



Schéma d'actions en faveur des personnes handicapées

Pour un schéma en faveur des personnes handicapées responsable, solidaire et innovant



2016-2021



ÉDITORIAL

Les personnes en situation de handicap sont au cœur des missions du Département et par là même de ses préoccupations. Lors des phases de restitution du précédent schéma, les différents acteurs du champ du handicap ont souligné les avancées majeures en terme de réponses aux questions et attentes du public handicapé et de leurs familles : on citera notamment la mise en place de la MDPH, les nombreuses créations d'ESMS ou encore les actions de soutien dans les domaines de la vie culturelle, sportive ou du logement.

Cette première étape, qui s'est achevée en 2015, était axée autour d'une approche plutôt quantitative et collective de rééquilibrage en termes d'offre de services et d'appropriation des principes édictés par la loi de 2005. Cette phase désormais assumée-intégrée se devait d'être complétée par une analyse à la fois plus prospective et plus ciblée où l'individu occupe la place centrale ; à cet égard, les récents rapports : Jacob, Piveteau, et tout dernièrement la mission Dessaulle constituent des points de repère intéressants.

C'est le sens que j'ai souhaité donner à ce schéma.

D'abord, un document destiné en premier lieu aux personnes handicapées elles-mêmes : les orientations ont donc été déterminées de leur point de vue en fonction de l'analyse des besoins des plans élaborés par la MDPH ; les notions d'accompagnement, de continuité de parcours ont été réaffirmées.

Ensuite, un schéma commun, fruit d'une large concertation entre les différents acteurs institutionnels, professionnels et associatifs, qui se sont réunis pendant près de huit mois dans six groupes de travail thématiques.

Et enfin, un plan où l'innovation, l'intégration des nouvelles technologies, la recherche de solutions non conventionnelles constituent le fil conducteur de l'ensemble des 66 actions.

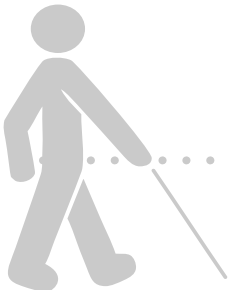
L'ambition est clairement de mise avec cette planification dont les principes fondateurs sont également communs aux perspectives tracées par Marne 2025.

Je remercie l'ensemble des parties prenantes qui ont participé aux travaux préparatoires de la rédaction du schéma ainsi que tous les partenaires qui seront associés à la mise en œuvre des actions.

La juste compensation est une ardente obligation qui doit nous guider et nous inspirer par et pour nos concitoyens en situation de handicap.

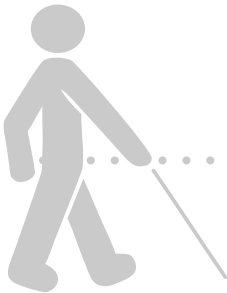
René-Paul SAVARY
Sénateur de la Marne
Président du Conseil
départemental de la Marne





Sommaire

Éditorial	3
Contexte juridique	7
Une méthode d'élaboration partenariale et interactive	9
Contexte démographique et socio-économique	11
Bilan du schéma départemental des actions en faveur des personnes handicapées 2005	23
Les orientations stratégiques	37
Fiches actions	41
1 Être pleinement acteur et citoyen	44
Fiche 1.1 : Développer l'information aux usagers	44
Fiche 1.2 : Promouvoir l'accessibilité sur tous les aspects de la vie	47
2 Agir par et pour son projet individuel	61
Fiche 2.1 : Repérer et accueillir dès le plus jeune âge	61
Fiche 2.2 : Prendre en compte les situations complexes	67
Fiche 2.3 : Améliorer la structuration	70
Fiche 2.4 : Éviter les ruptures	75
Fiche 2.5 : Développer et améliorer la qualité des outils d'instruction, d'évaluation et de suivi de la MDPH	78
3 Être accompagné en confiance dans son parcours de vie	82
Fiche 3.1 : Favoriser l'accès et le maintien dans l'emploi en milieu protégé	82
Fiche 3.2 : Fluidifier les parcours entre les secteurs protégé et ordinaire	86
Fiche 3.3 : Développer l'accompagnement en logements autonomes	90
Fiche 3.4 : Améliorer et développer le dispositif de prise en charge institutionnelle	95
Évaluation	102
Délibération de l'Assemblée départementale	103
Glossaire	106



CONTEXTE JURIDIQUE

Les lois Defferre en 1982-1983, organisant la décentralisation, ont confié aux Départements un large pan des dispositions des lois de 1975 « *d'orientation en faveur des personnes handicapées* » et « *relative aux institutions sociales et médico-sociales* ». Elles ont ouvert une responsabilité et une compétence départementale qui furent confortées par les textes dits « refondateurs » des lois du 2 janvier 2002 « *renovant l'action sociale et médico-sociale* » et du 11 février 2005 « *pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* ».

Cette loi, qui fait suite à la loi du 30 juin 2004 « *relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées* » créant notamment la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), redéfinit la notion de handicap et la responsabilité de la société dans sa prise en charge :

« *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.* »

La loi de 2005 crée une Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) dans chaque département sous la direction du Département. Elle a 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 Conseil départemental, dans ses compétences consolidées par les lois « *relative aux libertés et responsabilités locales* » du 13 août 2004 et « *Nouvelle organisation Territoriale de la République* » du 7 août 2015, assure donc tout à la fois la gestion de prestations, le financement et le contrôle d'établissements et de services ainsi que le bon fonctionnement de l'instance d'information, d'orientation et d'accès aux droits des personnes handicapées. Plus largement, et pour l'ensemble des acteurs et intervenants en faveur des personnes handicapées, le Conseil Départemental a la responsabilité d'adopter un schéma départemental médico-social dans ce domaine.

Dans la mise en œuvre des responsabilités confiées aux diverses institutions, le Schéma Départemental d'actions en faveur des personnes handicapées, occupe la place centrale d'un instrument de politique sociale et d'un outil d'aide à la décision. A partir d'une analyse des besoins des usagers et d'une évaluation des ressources disponibles, il permet de programmer l'évolution des dispositifs existants et la création de structures et actions nouvelles mais également de définir des modalités de collaboration avec des secteurs d'intervention connexes ou complémentaires.

L'élaboration de ce schéma répond à une obligation légale qui s'inscrit lui aussi dans un cadre juridique renforcé par les lois du 2 janvier 2002 « *renovant l'action sociale et médico-sociale* », du 11 février 2005 « *pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* » et du 21 juillet 2009 « *portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires* ».

Tout en définissant la compétence du Conseil départemental dans le domaine des personnes handicapées, ces textes ont reprecisé le cadre réglementaire des schémas départementaux tels qu'ils avaient été définis par les lois de décentralisation.

Ainsi, le code de l'action sociale et des familles précise dans ses articles L 312-4 et L 312-5 les caractéristiques du schéma :

Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale, sont établis pour une période maximum de cinq ans en cohérence avec le schéma régional de santé. C'est ainsi que le schéma d'actions en faveur des personnes handicapées doit :

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

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

3° [Déterminer] les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale et, notamment, ceux nécessitant des interventions sous forme de création, transformation ou suppression d'établissements et services et, le cas échéant, d'accueils familiaux (...);

4° [Préciser] le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services (...), ainsi qu'avec les établissements de santé (...) ou tout autre organisme public ou privé, afin de satisfaire tout ou partie des besoins mentionnés au 1° ;

5° [Définir] les critères d'évaluation des actions mises en œuvre. »

Ce même article indique qu'« Un document annexé aux schémas (...) peut préciser, pour leur période de validité, la programmation pluriannuelle des établissements et services sociaux et médico-sociaux qu'il serait nécessaire de créer, de transformer ou de supprimer. »

Acteur du champ sanitaire et médico-social, l'Agence Régionale de Santé doit quant à elle adopter un « schéma régional d'organisation médicosociale [qui] a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médicosociaux, afin notamment de répondre aux besoins de prises en charge et d'accompagnements médicosociaux de la population handicapée ou en perte d'autonomie.

Ce schéma veille à l'articulation au niveau régional de l'offre sanitaire et médicosociale relevant de la compétence de l'Agence Régionale de Santé. Pour une partie des établissements et services, ce schéma régional est établi et actualisé au regard des schémas départementaux

d'organisation sociale et médicosociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie arrêtés par les conseils généraux de la région. »

Par ailleurs, le schéma départemental d'actions en faveur des personnes handicapées se doit de s'inscrire dans les orientations nationales déclinées par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) à travers ses conventionnements et notamment dans le cadre de responsabilités liées à la gestion de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

C'est ainsi que le schéma intègre les conséquences de la Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé dont l'article 89 pose le cadre juridique du dispositif « Une réponse accompagnée pour tous » issu du rapport « Zéro sans solution », remis au gouvernement en juin 2014 par Denis Piveteau.

C'est tout ce corpus, complété des préconisations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANSEM), qui fonde et guide le présent schéma.



UNE MÉTHODE D'ÉLABORATION PARTENARIALE ET INTERACTIVE

L'ensemble des schémas élaborés par le Département et ce depuis plusieurs années, est réalisé selon une méthode participative qui associe les partenaires sociaux et médico-sociaux, en plus des services, afin de mettre en commun et réfléchir sur les orientations et les besoins à satisfaire pour la population concernée. Le schéma en faveur des personnes handicapées, tout comme le schéma gérontologique qui a été voté par l'assemblée le 24 juin 2016, n'a pas fait exception à cette méthode.

143 personnes et partenaires, élus départementaux, représentants de l'ARS, de la CARSAT, CPAM, MSA, CCAS, villes, associations et collectivités gestionnaires d'établissements pour personnes handicapées, de services médico-sociaux et/ou sanitaires, bailleurs sociaux, associations œuvrant dans le domaine des personnes handicapées et/ou du logement, services sociaux départementaux, services de la MDPH, ont contribué à l'élaboration de ce schéma, dans toutes les étapes de sa progression.

Plusieurs phases ont jalonné ce parcours :

Dès février 2015, un bilan du précédent schéma a été présenté à tous, mettant en exergue surtout les avancées significatives réalisées, des bilans intermédiaires ayant déjà été développés les années antérieures. Ce bilan avait pour objectif non seulement de clore les précédentes orientations mais aussi de préparer le lancement du futur schéma.

Le lancement de la nouvelle planification a été effectué en novembre 2015 auprès des mêmes interlocuteurs, sous la forme d'une réunion précisant les axes de travail envisagés, la méthodologie de projet et le calendrier. Concrètement, cela s'est traduit par la constitution de groupes de travail, libres d'inscriptions, qui se sont réunis sur les thèmes définis préalablement soit 6 groupes de travail correspondant aux 6 thèmes, se réunissant chacun une fois par mois pour 3 à 4 séances de travail maximum.

Dans l'objectif d'accompagner les personnes handicapées tout au long de leur parcours, 2 grandes orientations ont prévalu dans les débats :

- poursuivre et amplifier l'inclusion des personnes handicapées au sein de la Société

- garantir la cohérence des parcours dans le cadre d'un projet concerté axé autour de la personne et de ses besoins

Dans la première orientation, les thèmes suivants avaient été pré-sélectionnés comme base de réflexions et d'échanges :

- information, accessibilité (mobilité, logements, domotique), bien-être (culture, sports, loisirs)
- du jeune enfant à l'adulte : crèches, établissements scolaires, enseignement supérieur,
- apprentissage
- insertion professionnelle et maintien en emploi

La seconde orientation nécessitait d'investiguer les thèmes ci-après :

- l'évaluation : projet de vie et attentes, diagnostic et repérage précoce, les cas complexes, le rôle de la MDPH, les liens du sanitaire avec le médico-social
- adapter, réaménager et compléter l'offre d'accompagnement et d'accueil : adéquation des établissements et services aux besoins (tous types de handicaps, perte d'autonomie, prises en charge alternatives, solutions innovantes..)
- la continuité des parcours : à l'école, à domicile, en établissement, du domicile aux établissements et vice versa, passage des enfants aux adultes, les sorties d'ESAT, les personnes handicapées vieillissantes, l'aide aux aidants...

Les groupes de travail ont ainsi été constitués avec la dénomination suivante :

- Groupe 1 : vie sociale
- Groupe 2 : grandir
- Groupe 3 : insertion professionnelle
- Groupe 4 : évaluation et coordination
- Groupe 5 : offre d'accompagnement et d'accueil
- Groupe 6 : la continuité des parcours

Dans chaque groupe, un rapporteur en charge de la synthèse des travaux et de sa restitution lors des réunions suivantes a été désigné. L'animation a été assurée par la Vice-Présidente en charge des personnes handicapées et un cadre de la direction de la solidarité. Lorsque le besoin en a été ressenti, un groupe transversal sur une séance a été créé, notamment pour aborder le sujet de la domotique dans l'habitat ainsi que des sous-groupes à thématique spécialisée sur les habitats regroupés et sur le sport. Au cours des séances, des

fusions de groupes ont également été réalisées lorsque les sujets à réfléchir étaient connexes.

Les partenaires qui souhaitaient participer à ces groupes de travail se sont inscrits librement, en fonction de leurs préoccupations. De plus, des invités spécialistes ont parfois été sollicités pour témoigner d'une expérience ou d'une réalisation de projet, alimentant ainsi les groupes de travail.

Deux restitutions des propositions des groupes ont été effectuées en réunion plénière, réunissant à chaque fois une centaine de participants, à mi-parcours et à la fin des travaux, avec pour objectifs de porter à la connaissance de tous l'avancée des travaux et de vérifier qu'aucune thématique n'avait été oubliée.

Par ailleurs, des outils ont été mis à disposition des participants des groupes de travail :

- une boîte mail dédiée aux travaux du schéma (schema.ph@marne.fr), afin de centraliser les demandes
- un site collaboratif : <https://ged.cg51.fr/partenaires/schemas> où sont délivrées toutes les informations : calendrier, modifications de réunions, compte-rendu

des groupes, power point présentés, documents statistiques, ainsi que les contributions des membres des groupes et/ou organismes via un forum

- une assistance fonctionnelle et technique par téléphone.

La méthodologie de projet se voulait donc très interactive, avec des présences physiques mais aussi la possibilité de contribuer par écrit pour les partenaires qui n'avaient pu se rendre disponibles.

Au total, ce sont 24 demi-journées de travaux de groupe qui ont été animées, soit 72 heures de débats.

Les réflexions des groupes de travail ont donné lieu à la rédaction des fiches action présentées ci-après et qui constituent le programme d'intervention du Département dans le domaine des personnes handicapées, pour les années à venir.

Voté par l'Assemblée départementale, le schéma validé sera publié à l'attention des partenaires et des usagers, ainsi que sur les différents supports de la collectivité.



CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE ET SOCIO-ÉCONOMIQUE



LE CADRE GÉOGRAPHIQUE ET ADMINISTRATIF

Avec une superficie de 8 162 km², la Marne se place au 7ème rang des départements français métropolitains. Situé aux marges de la nouvelle Région Grand Est, le département est également influencé par les régions Ile de France et des Hauts de France, notamment à travers des infrastructures routières (A4 et A26) et ferroviaires (LGV Est, TER,...). Au 1er janvier 2016, le Département compte 5 arrondissements, 23 cantons, 617 communes et 29 EPCI à fiscalité propre (15¹ au 1^{er} janvier 2017).

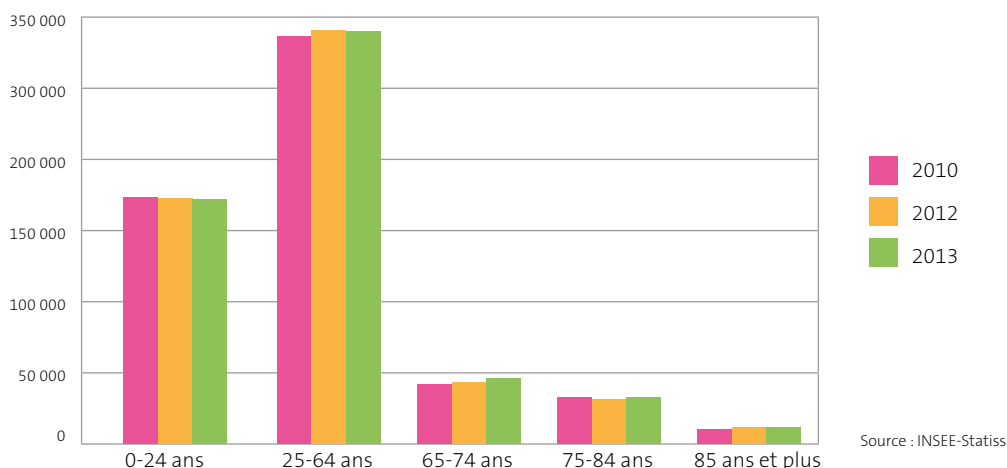
La Marne est un département empreint de ruralité (près de 90 % des communes comptent moins de 1 000 habitants) dont le maillage urbain se caractérise d'abord par le poids de l'agglomération de Reims (communauté urbaine du Grand Reims : 290 735 habitants) et par un réseau de villes moyennes (21 communes de plus de 2 500 habitants dont seulement 5 de plus de 10 000), à l'image de la ville chef-lieu, jusqu'à peu capitale administrative de la région Champagne Ardenne. Au total, plus de 77 % de la population vit dans les grandes aires urbaines.

LE CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE

En 2015, le département compte 572 968 habitants (estimations populations municipales provisoires INSEE) soit une densité de 70 habitants/km² ; la population marnaise a très faiblement évolué (+ 4 000 habitants entre 2012 et 2015) et représente un peu

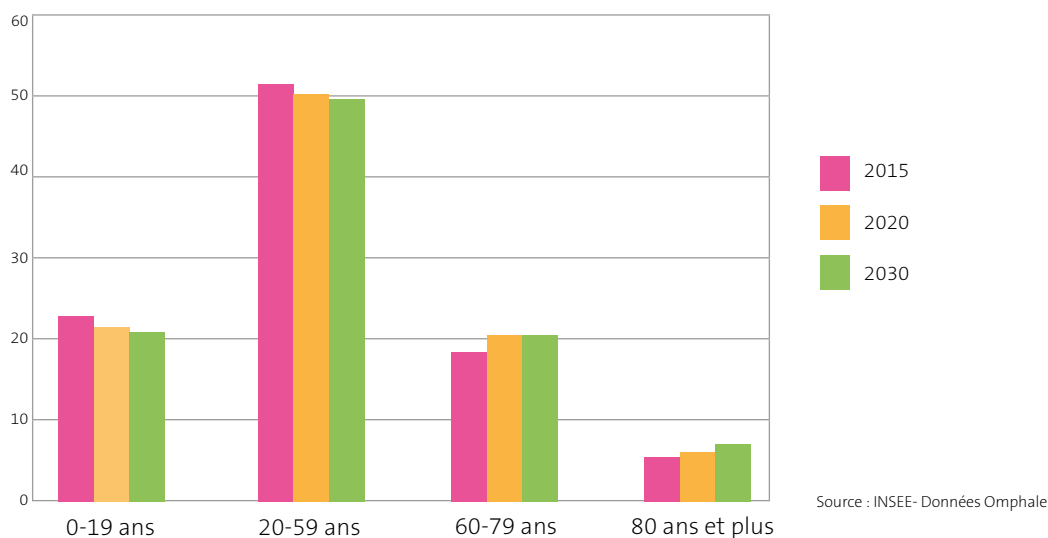
moins de 10% du nouvel ensemble régional ; à noter que sur l'ancien ressort de la région Champagne Ardenne, le contexte est plutôt à la baisse consécutivement au déclin démographique des départements des Ardennes et de la Haute-Marne.

► Évolution de la répartition de la population marnaise de 2010 à 2013



⁽¹⁾ En tenant compte de la CA de Saint-Dizier et Blaise qui concerne 10 communes marnaises

► Projection de la répartition de la population marnaise à l'horizon 2030 en %



Sur le fondement d'un scénario central, les projections Omphale mettent en évidence une baisse notable de la population de la Marne - 17 000 habitants (au mieux, le département se maintiendrait avec des scénarii hauts concernant la fécondité et l'espérance de vie). Concomitamment, la part des plus de 60 ans serait

en très nette augmentation avec notamment un accroissement de la représentation des plus de 80 ans. Ainsi, on dénombrerait 132 500 personnes de plus de 65 ans (+ 43 %) et 19 800 personnes de plus de 85 ans (+ 34 %).

LES ALLOCATAIRES PERSONNES HANDICAPÉES

Finalement assez peu de statistiques sur les personnes bénéficiaires d'allocations ou de prestations sont disponibles sur le champ du handicap. A titre d'exemple, le site de l'INSEE, référence française en terme de données sociodémographiques n'a que très peu investi ce domaine.

Par conséquent, les différentes données chiffrées sont issues des bases informatiques de la MDPH. Même s'il est évident que le rôle dévolu par le législateur à cet organisme en fait un pourvoyeur de statistiques important, il ne reflète néanmoins qu'imparfaitement la réalité. En effet, d'une part les informations individuelles collectées supposent le dépôt d'une demande, ce qui

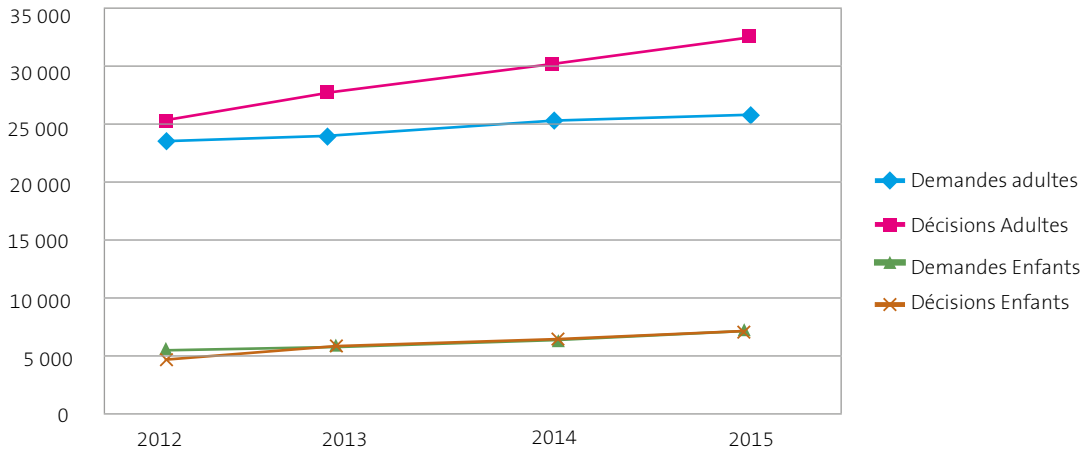
exclut les non-recours aux droits et d'autre part, les caractéristiques recueillies sont essentiellement liées au formulaire de demandes qui finalement n'intègre que très partiellement l'angle sociodémographique.

À ce jour, la MDPH totalise près de 47 000 dossiers enfants et adultes confondus avec des droits actifs, soit rapportés à la population départementale un peu plus de 8 % de personnes en situation de handicap. Si en 2015, l'évolution haussière a été inversée, cela est dû aux opérations de « toilettage » préalables à la dématérialisation des dossiers.

En moyenne, près de 1 000 dossiers sont créés chaque année.

	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre de dossiers en stocks	57 822	61 041	64 570	68 111	73 300
Nombre de dossiers actifs	47 030	50 121	52 609	55 135	46 868

► Évolution du nombre de demandes et de décisions sur les 4 dernières années



Dernièrement, on constate dans le Marne comme ailleurs en France, une accélération du nombre de demandes. Ainsi, en 2015, on enregistre 34 505 demandes (+7,2%) et 40 125 décisions (+7,2%).

Cette hausse très marquée, pour mémoire l'augmentation 2014/2013 n'était que de + 4,1%, est directement corrélée à la très forte progression du secteur enfant (+ 16%). Il convient également de noter la forte incidence sur l'activité 2015 des demandes de renouvellements liées au caractère itératif des premières demandes des années précédentes.

Les demandes formulées par les personnes handicapées donnent également un éclairage du profil de la personne

handicapée même s'il convient d'être extrêmement prudent s'agissant de la « compilation » de situations par définition différentes. On note toutefois, à l'analyse de l'activité de la MDPH, une nette prédominance des demandes d'allocations et notamment l'allocation adulte handicapé (AAH) et l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) qui représentent à elles deux plus de 20% du nombre annuel de demandes.

Le tableau ci-dessous comptabilise, au 31 décembre 2015, les bénéficiaires de droits ouverts² et droits payés aux principales prestations sur le champ du handicap :

AAH et complément de ressources	PCH adulte droits ouverts	PCH adulte droits payés	AEEH et compléments	PCH enfant droits ouverts	PCH enfant droits payés	ACTP
7 339	1 878	1 291	2 844	601	297	943

Données MDPH

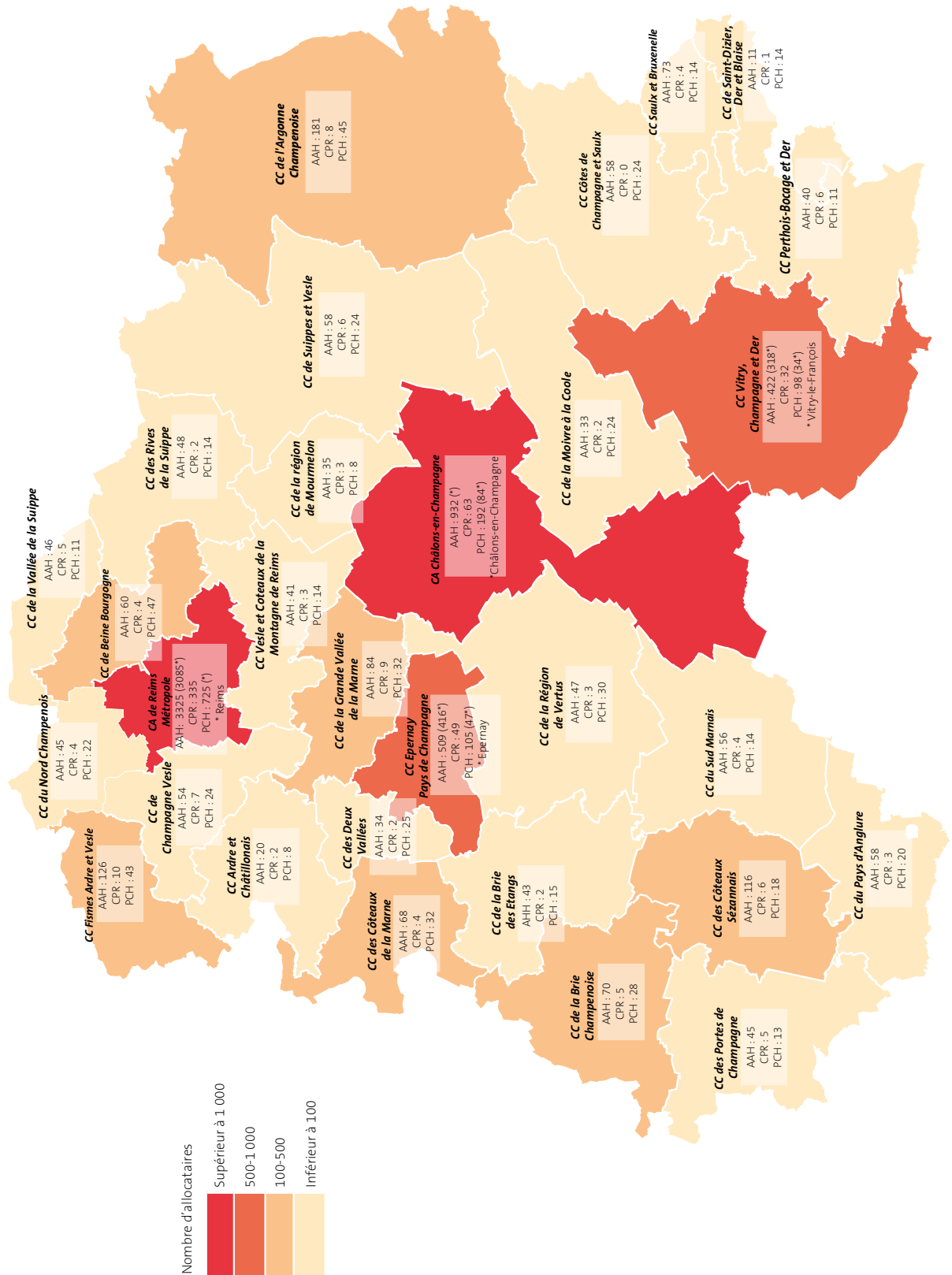
Sur la localisation géographique³ (cf. carte intercommunale), sans surprise les allocataires habitent principalement les zones urbaines et périurbaines (communauté d'agglomération de Reims, communautés de communes

de Châlons, Épernay, Vitry) et dans une moindre mesure les zones rurales autour de bourgs centre (Sézanne, Montmirail, Dormans, Sainte-Ménéhould, Fismes).

² Il convient de rappeler que les droits ouverts peuvent parfois être sensiblement différents des droits payés, et notamment la PCH, qui ouvre certains droits sur des périodes pluriannuelles sans qu'il y ait nécessairement versement d'une aide.

³ Les données ayant servi à la cartographie sont issues du progiciel de la MDPH au 30 juillet 2016

► Allocataires adultes (droits ouverts) par EPCI en 2016



	Châlons-en-Champagne	Épernay	Reims	Vitry-le-François
AAH	754	416	3 085	316
PCH adulte (droits ouverts)	84	47	372	34
AEEH	193	85	826	64
PCH enfant (droits ouverts)	18	14	113	2

Les données sont issues du progiciel de la MDPH au 30 juillet 2016

Le handicap est un facteur d'appauvrissement, compte tenu de l'abaissement des ressources qu'il induit notamment sur les revenus professionnels et des dépenses qu'il implique en terme de compensation, même si la loi de 2005 prend mieux en compte cet élément notamment au travers la prestation de compensation du handicap (PCH).

Sur ce dernier point, l'étude de l'AAH est révélatrice puisque cette allocation est avant tout un minimum social censé permettre un revenu de subsistance à des personnes dans l'incapacité de trouver un travail du fait de leur handicap (50 à 79%) ou dont le taux d'incapacité est supérieur à 80%. À cet égard, l'AAH est également un indicateur de précarité important.

La Marne ne se distingue pas des standards nationaux puisque le taux départemental est de 2,7 allocataires pour 100 personnes de 20 à 64 ans (données statistiques 2015). Toutefois si les zones urbaines chalonaise et rémoise sont très proches de la moyenne départementale, Épernay et plus encore Vitry-le-François se distinguent avec respectivement des taux de 3% et 4,3% (données MDPH). Plus précisément, le montant moyen

de l'AAH s'élève à 693 € par mois pour 2015, 70 % des allocataires bénéficient d'un versement à taux plein (données CAF de la Marne) et près de 60 % ont un taux d'incapacité égal ou supérieur à 80 %.

Pour les autres prestations, deux présentent un caractère dynamique :

- l'AEEH et ses compléments dont le nombre est en augmentation ces dernières années consécutivement à la fois aux nouvelles situations impliquant uniquement le versement de l'allocation de base et aux choix des familles de ne pas solliciter la PCH par le droit d'option lorsque le handicap n'entraîne pas des aides humaines importantes,
- la PCH enfant pour les situations exigeant un accompagnement renforcé,

La PCH adulte, après une montée en régime entre 2007 et 2013, tend à se stabiliser. A noter que le département connaît encore un nombre important de personnes bénéficiant d'une allocation compensatrice tierce personne (ACTP), qui n'ont pas souhaité faire valoir leur droit d'option.

LES LISTES D'ATTENTE EN ESMS

C'est la première fois que l'exercice consistant à agréger les différentes listes d'attente des établissements et services médico-sociaux (ESMS) du département est mené. Dans l'attente du déploiement de la plateforme d'échange de données Via-trajectoire, il s'est agi pour la MDPH de transmettre un tableau de renseignements à tous les ESMS afin d'indiquer les noms des personnes handicapées bénéficiant d'orientations validées en

commission des droits et de l'autonomie de la personne handicapée (CDAPH) et ayant effectué les démarches pour être inscrits. Par convention d'exercice, les personnes inscrites sur plusieurs listes d'attente n'ont été comptabilisées qu'une seule fois. Ainsi, au 30 juillet 2016, on obtient 617 personnes figurant sur une liste d'attente.

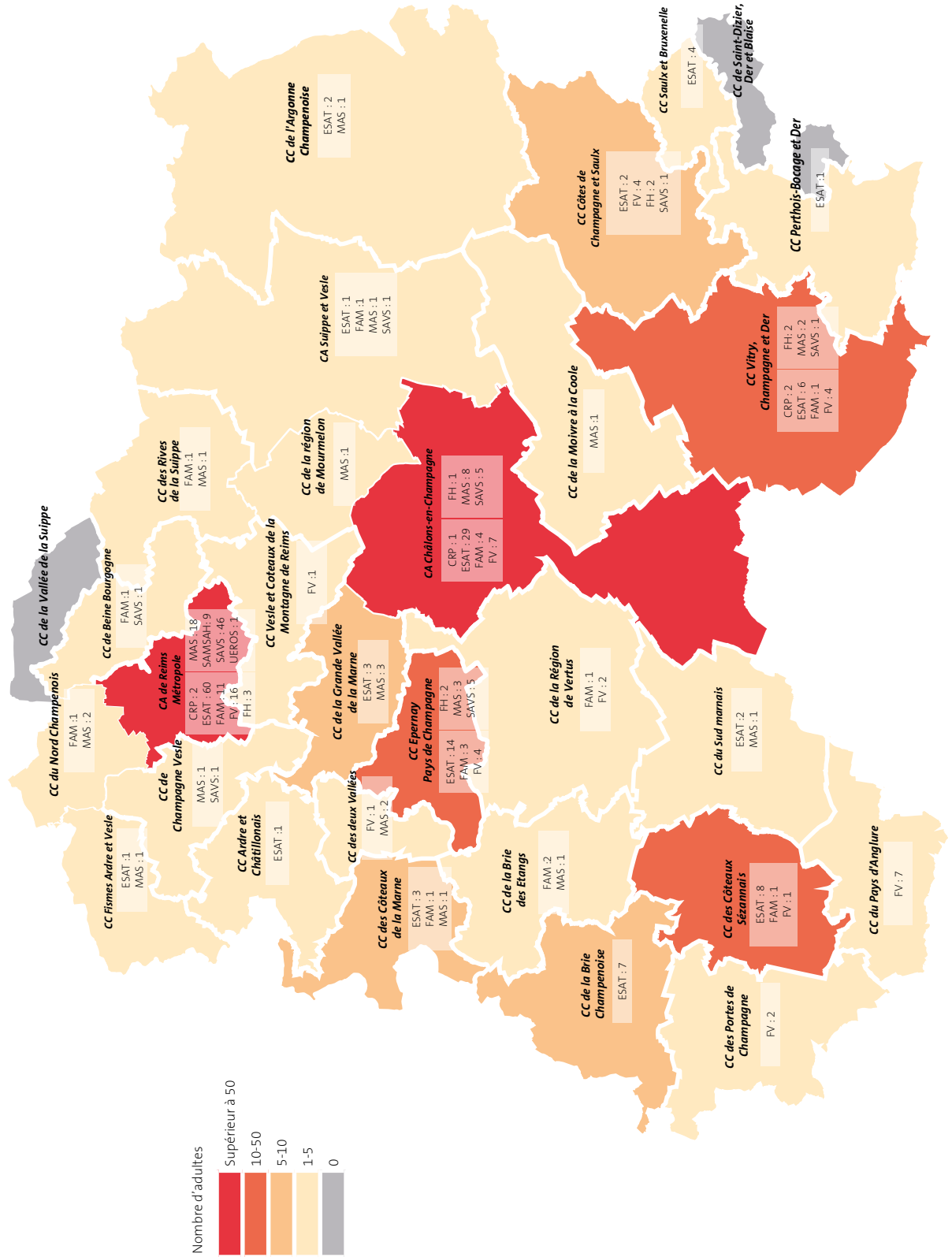
Type d'ESMS	Nombre de personnes ayant une orientation en cours de validité et sans inscription	Nombre de personnes ayant une orientation en cours de validité et en liste d'attente	Nombre de personnes ayant une orientation en cours de validité et en ESMS
ESAT	357	133	1 248
FAM	145	28	206
FH	65	10	350
FV	295	47	337
IME et IEM	177	137	879
ITEP	67	53	102
MAS	70	52	310
SAMSAH	61	10	55
SAVS	120	61	600
SESSAD	101	86	344
Total	1 458	617	4 431

Les données sont issues du progiciel de la MDPH au 30 juillet 2016

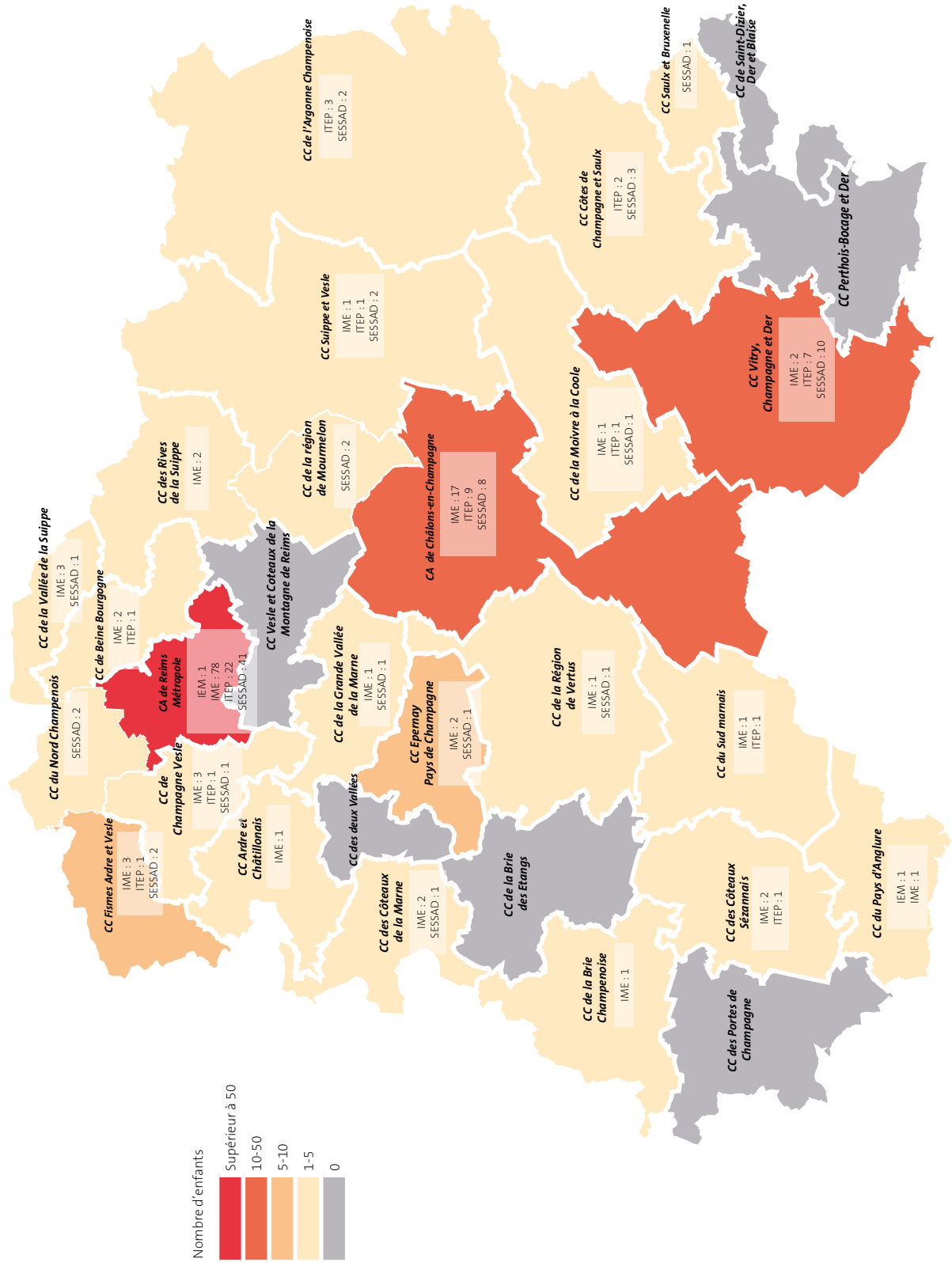
Sans surprise, deux types d'ESMS concentrent 44 % du total à savoir les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) et les instituts médico-éducatifs (IME), et ce malgré un nombre de places conséquentes.

Si l'on ajoute au total de la liste d'attente le nombre d'orientations sans inscription sur liste d'attente, on obtient plus de 2 000 personnes en situation de handicap en attente.

► Liste d'attente adultes par EPCI en 2016



► Liste d'attente enfants par EPCI en 2016



Sur la localisation géographique, on retrouve les déterminants précédemment évoqués concernant les zones urbaines et les secteurs ruraux.

LE CODAGE DES DOSSIERS

Une autre donnée concerne le codage entamé depuis début 2013 à la MDPH ; cette opération s'effectue conformément aux préconisations de la CNSA et consiste à attribuer un code sur le fondement de la CIM 10 afin d'identifier la pathologie principale ⁴ (diagnostic), puis identifier l'origine de la pathologie (accident, liée à la naissance, maladie, origine inconnue). Concomitamment, lors de l'évaluation sont également codées les déficiences. Il s'agit en l'espèce de lister les limitations dans la vie de la personne notamment celles ayant un impact réel sur les activités.

Deux remarques doivent être formulées à ce stade : tout d'abord, l'exercice de coder systématiquement est encore récent et mérite une attention particulière dès lors que l'analyse porte sur le diagnostic. Ensuite, les données de benchmarking national ne sont à ce

jour pas encore disponibles au regard du processus de normalisation en cours à la CNSA sur le « degré de profondeur » du codage à opérer.

Pour autant, l'objectif pourra à terme consister à cartographier les données de codage notamment dans la perspective de création de services ou d'établissements. Sans prétention d'exhaustivité au regard des 30 000 codes possibles de la CIM 10, l'on citera plus particulièrement le nombre de personnes codées F 84 pathologie principale (autismes) ayant formulé une demande auprès de la MDPH : 300 enfants et 270 adultes.

Ces éléments, notamment le code de la pathologie principale, seront mobilisés lors de la création ou extension de services et/ou d'établissements afin de circonscrire précisément les besoins.

Catégorie déficience	Nombre de dossiers codés adultes	Nombre de dossiers codés enfants
Autres déficiences	3 379	111
Déficiences auditives	753	89
Déficiences du langage et de la parole	481	823
Déficiences du psychisme	3 547	1 458
Déficiences intellectuelles	1 470	1 016
Déficiences motrices	4 780	351
Déficiences viscérales	2 965	259
Déficiences visuelles	585	119
Plurihandicap ⁵	1 502	153
Polyhandicap ⁵	140	44
Surhandicap ⁵	1 527	431
Total	21 132	4 855

Les données sont issues du progiciel de la MDPH au 30 juillet 2016

⁴ Les préconisations de la CNSA ont également impliqué de coder les pathologies associées

⁵ **Plurihandicap** : le plurihandicap est défini comme l'association de deux ou plusieurs déficiences qu'elles soient motrices, intellectuelles légères ou moyennes, auditives, visuelles ou de maladie rares handicapantes ou autre, de même degré, ne permettant pas d'en désigner un des deux comme principale,

Polyhandicap : le polyhandicap est défini comme l'association de déficiences graves avec retard mental moyen, sévère ou profond, le tout réalisant un tableau de restriction extrême de l'autonomie,

Surhandicap : le surhandicap est défini comme l'association d'une déficience physique ou intellectuelle avec une déficience psychique (troubles d'apprentissage ou relationnels)

Pour complément d'informations, ci après le tableau des déficiences niveau 1 et 2 :

- Déficiences intellectuelles et cognitives : retard mental ; démence globale ; démence lacunaire ou partielle ; autres déficiences de la mémoire ; déficiences du cours de la pensée ; autres déficiences de l'intelligence non codées ailleurs ; déficiences intellectuelles non précisées.
- Déficiences du psychisme : déficiences de la conscience et de la vigilance ; troubles du comportement, de la personnalité et des capacités relationnelles ; déficiences des émotions et de la volition ; déficiences des fonctions psychomotrices ; troubles de la perception et de l'attention ; troubles des pulsions ; autres déficiences du psychisme non codées ailleurs ; déficiences du psychisme non précisées.
- Déficiences du langage et de la parole : déficience sévère de la communication ; déficiences de l'apprentissage du langage écrit ou oral ; déficience de la voix ou de l'élocution ; autres déficiences du langage ou de la parole non codées ailleurs ; déficiences du langage ou de la parole non précisées.
- Déficiences auditives : déficiences auditives bilatérales ; déficiences auditives unilatérales ; acouphènes ; déficiences de la fonction vestibulaire et de l'équilibra-

tion ; autres déficiences de l'appareil auditif non codées ailleurs ; déficiences auditives non précisées.

- Déficiences visuelles : déficiences visuelles ; déficiences du champ visuel ; déficiences de la mobilité oculaire ; autres déficiences des fonctions visuelles non codées ailleurs ; déficiences visuelles non précisées.
- Déficiences viscérales : déficiences cardio respiratoires ; déficiences hépato-digestives ; déficiences rénales ou urinaires ; déficiences métabolique, endocrinienne ou enzymatique ; déficiences hématologique ou du système immunitaire ; autres déficiences viscérales non codées ailleurs ; déficiences viscérales non précisées.
- Déficiences motrices : déficiences motrices par absence (amputation) ; déficiences motrices par atteinte de la commande neurologique ; déficiences motrices de la tête et du tronc ; déficiences mécaniques ; déficiences musculaires ; déficiences complexes de la motricité ; autres déficiences motrices non codées ailleurs ; déficiences motrices non précisées.
- Autres déficiences : déficiences esthétiques ; douleurs chroniques ; fatigue chronique, autres déficiences non codées ailleurs ; déficiences non précisées.

Liste d'attente par déficiences	ESAT	MAS	FAM	Foyer de vie	Foyer Hébergement	IME	ITEP	SAMSAH	SAVS	SESSAD	Total
Autres déficiences	2	1	0	2	0	4	1	0	2	3	15
Déficiences auditives	1	2	0	0	0	1	0	0	2	0	6
Déficiences du langage et de la parole	7	1	1	5	0	27	4	0	3	16	64
Déficiences du psychisme	52	13	12	20	4	58	37	6	20	44	266
Déficiences intellectuelles	32	7	6	13	2	36	5	0	14	15	130
Déficiences motrices	7	13	8	2	0	9	0	1	3	5	48
Déficiences viscérales	4	5	1	3	1	7	2	0	3	2	28
Déficiences visuelles	2	1	0	1	0	3	0	1	4	1	13
Plurihandicap	2	4	2	6	2	2	1	2	3	1	25
Polyhandicap	0	11	2	0	0	4	0	0	0	0	17
Surhandicap	27	2	1	4	3	15	4	1	11	6	74
Etat végétatif chronique ⁶	20	7	2	8	1	12	6	0	7	13	76
Total	156	67	35	64	13	178	60	11	72	106	752

⁶ Les éléments chiffrés concernant cette déficience feront l'objet d'une prochaine consolidation.

BILAN DU SCHÉMA DÉPARTEMENTAL
DES ACTIONS EN FAVEUR
DES PERSONNES HANDICAPÉES 2005



Le précédent schéma s'est décliné autour de 3 thématiques :

- « **Changer le regard, changer l'approche** » portant particulièrement sur la diffusion de l'information et l'accès à la vie sociale (actions sportives, culturelles, adaptation du logement, transport) ;
- « **Accompagner la personne handicapée tout au long de la vie** » à travers l'offre d'accompagnement pour les enfants, l'offre d'accompagnement pour les adultes, la compensation du handicap et l'insertion professionnelle ;
- « **Placer la personne handicapée au centre d'une culture de réseau** » en donnant toute sa place à la MDPH nouvellement créée par la loi du 11 février 2005.

Globalement, les objectifs du précédent schéma ont été tenus, voir dépassés.

CHANGER LE REGARD, CHANGER L'APPROCHE

Les actions en faveur de l'habitat

Elles se sont développées autour de 3 objectifs : optimiser le parc immobilier adapté (Adalogis 51), améliorer la qualité des adaptations (Charte du logement adapté), et faciliter le financement des opérations (déploiement de la PCH).

► ADALOGIS 51 (Bourse aux logements adaptés)

Les objectifs recherchés par ces dispositifs consistaient à faciliter l'accès à un logement adapté pour les personnes à mobilité réduite, avoir une connaissance quasi exhaustive et actualisée « en temps réel » de l'offre de logements adaptés, approcher et qualifier la demande et créer et pérenniser un partenariat actif autour de la bourse aux logements.

Une partie de l'objectif est remplie avec depuis la création en 2010:

- 1 353 demandes gérées au 31/12/2015
- 1 236 logements recensés au 31/12/2015
- 629 ménages relogés par le dispositif au 31/12/2015

► « Charte du logement adapté » (Label)

Cette Charte a pour objectif de sensibiliser les professionnels du bâtiment aux enjeux du vieillissement, de proposer des solutions techniques adaptées et de garantir un aménagement réellement conforme aux besoins.

Cette Charte est ainsi née du partenariat Conseil Général, CAPEB et FFB avec une mise en œuvre par le COMAL et regroupe 91 artisans et entreprises.

Elle a été renouvelée en septembre 2015.

► La PCH adaptation du domicile

Cette aide plafonnée à 10 000 € sur 10 ans complétée de la participation du Fonds Départemental de Compensation du Handicap a permis notamment des aménagements spécifiques de salles de bain (douche fond plat, barre d'appui,...), pose de monte-escaliers, ou des aménagements complets (sanitaires, cuisine, seuils, domotique...).

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	moyenne
Bénéficiaires* adultes/enfants	273	293	295	267	215	214	254	259
Montants versés	181 k€	196 k€	230 k€	238 k€	171 k€	211 k€	275 k€	214 k€

*bénéficiaires : personnes avec un droit d'accès à la prestation, différent du nombre de personnes ayant eu un versement

Les actions en faveur du transport

À la suite de l'adoption de ses schémas gérontologique et en faveur des personnes handicapées, le Département a apporté une aide cumulée de 2,36M € aux agglomérations mettant en œuvre un transport adapté et dans l'attente des effets de la loi NOTRe. Il se recentre désormais sur sa compétence en dehors des PTU (Périmètre de transport urbain) sur 3 axes :

- Mobulys
- Le transport des élèves en situation de handicap
- Le Schéma Directeur d'Accessibilité des Transports

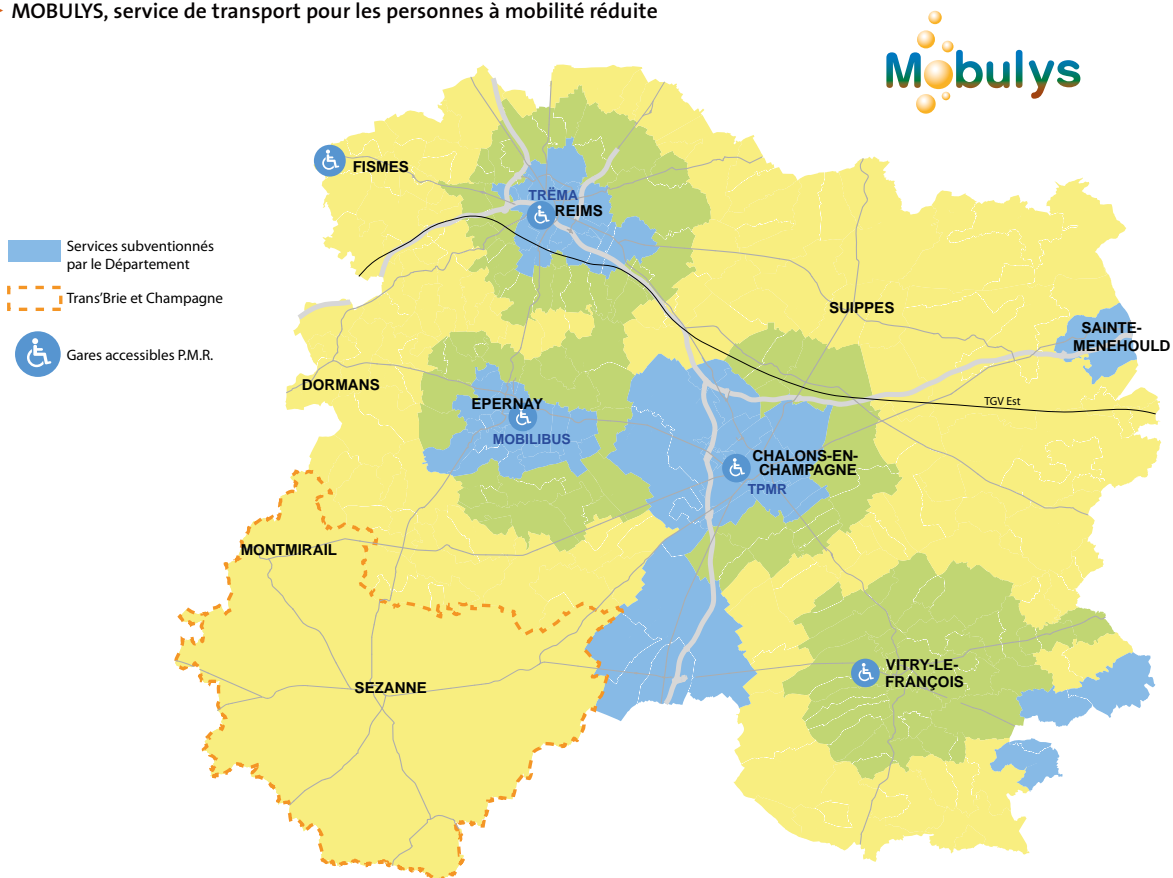
> Mobulys

Depuis 2006, MOBULYS est un transport collectif à la demande en zones périurbaines et rurales du Département de la Marne.

Le service est accessible aux personnes qui ne peuvent emprunter, en raison de leurs difficultés de mobilité, les transports publics habituels : les personnes handicapées titulaires d'une carte d'invalidité et les personnes bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (GIR 1-2-3-4).

En 2015, ce service d'un coût de 400 000€ représente 9 021 voyages pour 785 ayants droits.

► MOBULYS, service de transport pour les personnes à mobilité réduite



> Le transport des élèves en situation de handicap

Il se caractérise par une prise en compte des situations individuelles :

2005/2006	304 élèves transportés	(1,39 M€)
2010/2011	434 élèves transportés	(2,25 M€)
2013/2014	302 élèves transportés	(1,6 M€)
2014/2015	310 élèves transportés	(1,7 M€)

> Le Schéma directeur d'accessibilité des transports

Dans le cadre du Schéma Directeur d'Accessibilité des Transports, les axes votés en 2009 sont les suivants :

- rendre accessibles les lignes régulières

- maintenir, en matière de transports scolaires, les dispositifs dédiés aux élèves handicapés
- développer le transport à la demande
- recenser les points d'arrêt et sensibiliser les communes.

À ce jour, toutes les lignes régulières du réseau marnais « Marne mobilité » sont équipées de véhicules UFR permettant l'accès par le biais d'une rampe et avec un emplacement spécifique dans le véhicule.

Pour les véhicules de transports scolaires, les véhicules sont pré-équipés PMR. Cependant, un élève handicapé ou temporairement invalide est pris en charge dans le cadre des transports spécifiques des élèves en situation de handicap



> La PCH Aménagement du véhicule

Ce volet de la PCH est apparu constant sur la durée du schéma et a confirmé son rôle au profit de la mobilité.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Moyenne
Bénéficiaires*	134	145	165	154	136	130	147	144
Montants versés	91 k€	52 k€	77 k€	68 k€	89 k€	83 k€	109 k€	81 k€

* Bénéficiaires : personnes avec un droit d'accès à la prestation, différent du nombre de personnes ayant eu un versement

Participation à la vie sociale

> La culture

Le soutien à l'accès à la culture pour le public en situation de handicap est particulièrement marqué par un soutien aux associations (théâtre, arts plastiques) passé de 20 000€ en 2005 à 60 345€ en 2015 et des actions spécifiques telles que :

- la participation du Département au festival de Ciné-Sourds (31 000 €).
- les partenariats avec plusieurs compagnies théâtrales et la Comédie de Reims : Compagnie de marionnettes pour un spectacle sous-titré pour les déficients auditifs, des dispositifs d'audio description de spectacles, des visites tactiles d'ateliers...
- un partenariat avec le Manège de Reims et la danseuse Milena Gilbert pour un travail de sensibilisation au Foyer Thibierge et à l'Institut Michel Fandre (IMF).

> Le tourisme

La prise en compte du handicap dans le cadre de la politique touristique est marquée par le Label « Tourisme

et Handicap » qui soutient les structures touristiques d'hébergement avec 33 sites labellisés depuis 2007 et des subventions supplémentaires pour les chambres d'hôtes et gîtes ruraux (majoration de subvention de 1 000 € par création de chambre accessible, sous réserve de l'obtention du label « Tourisme et Handicap », correspondant à 23 aides accordées depuis 2009) pour 26 000 € de subventions versées.

> Le sport

Deux natures de soutien :

- Un soutien aux associations handisport avec des aides au financement d'un emploi sportif à l'association Reims Handisport (10 000€/an), des aides aux jeunes licenciés et des aides à l'achat de matériel sportif.
- Un soutien à l'organisation de grandes manifestations handisport et sport adapté tel que le Championnat de France Cross-country en 2013 ou le Championnat du Monde Indoor d'athlétisme 2014.

L'ACCOMPAGNEMENT TOUT AU LONG DE LA VIE

L'accompagnement des enfants

> La petite enfance

Les crèches : en 2015 sur les 167 structures de la Marne, 82 enfants en situation de handicap sont accueillis.

L'accompagnement précoce en CAMSP (centre d'actions médico-social précoce) : le financement cumulé des 2 CAMSP (Reims et Épernay) est passé de 1 368 000 € en 2005 à 2 110 000 € en 2015.

> La scolarité

La scolarisation dans le premier degré représente **1 184** élèves scolarisés en 2014, soit quasi le même nombre qu'en 2009.

La scolarisation dans le second degré représente **1 220** élèves scolarisés en 2014 soit une progression de +58 % depuis 2009.

Quant à la scolarisation dans les unités d'enseignement, elle touche **791** élèves scolarisés en 2014, marquant une progression de + 36 % depuis 2009.

Ce sont désormais **18 Enseignants référents** (+ 4 de 2011 à 2013) qui œuvrent dans la Marne.

> Les dispositifs CLIS et UPI

Les ULIS – premier degré (ex-CLIS) :

	2009	2012	2015
Nombre de CLIS	28	33	39
Nombre d'élèves	322	373	468

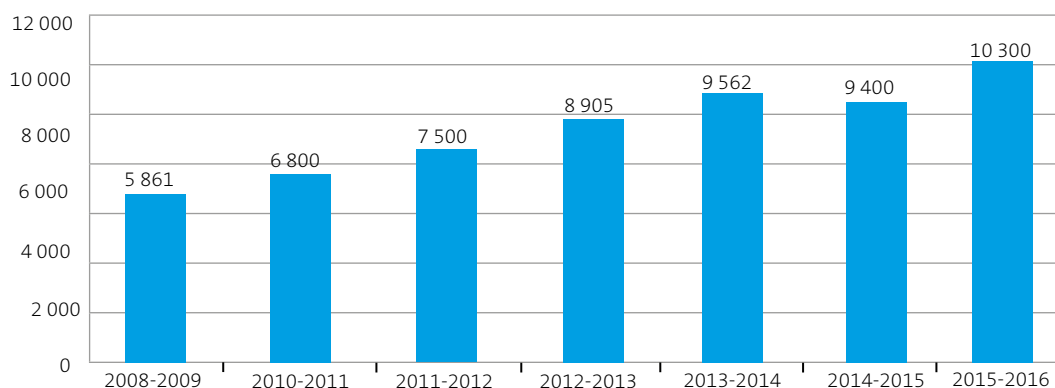
Les ULIS – second degré

	2009	2012	2015
Nombre d'ULIS	18	23	31
Nombre d'élèves	162	236	395

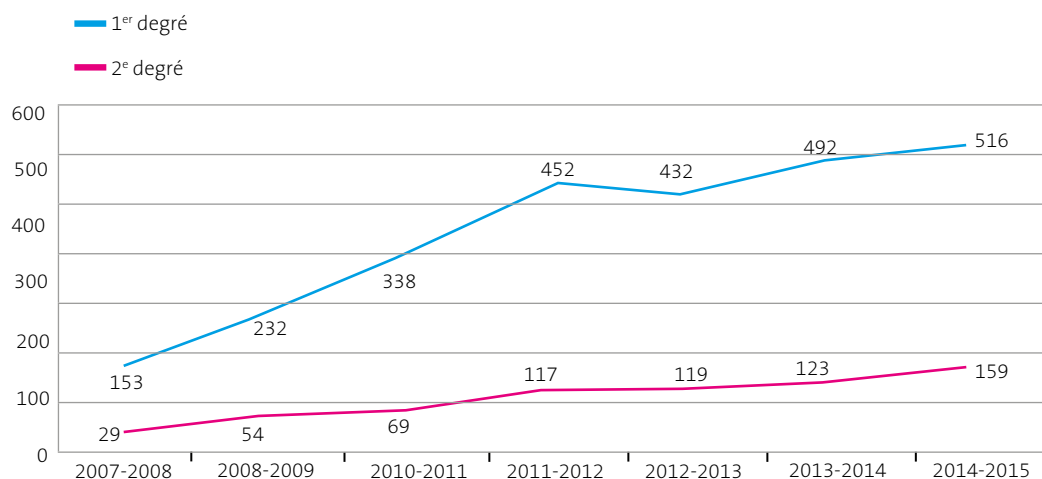
► Les Auxiliaires de Vie Scolaire

Pour la rentrée 2016, 740 élèves se sont vu notifier un besoin d'Auxiliaire de Vie Scolaire pour un total de 10 300 h, soit une hausse de +75 % des interventions d'AVS.

► Nombre d'heures notifiées



► Évolution du nombre d'élèves bénéficiaires d'une AVS par niveau de scolarité



► Les établissements et services pour enfants handicapés

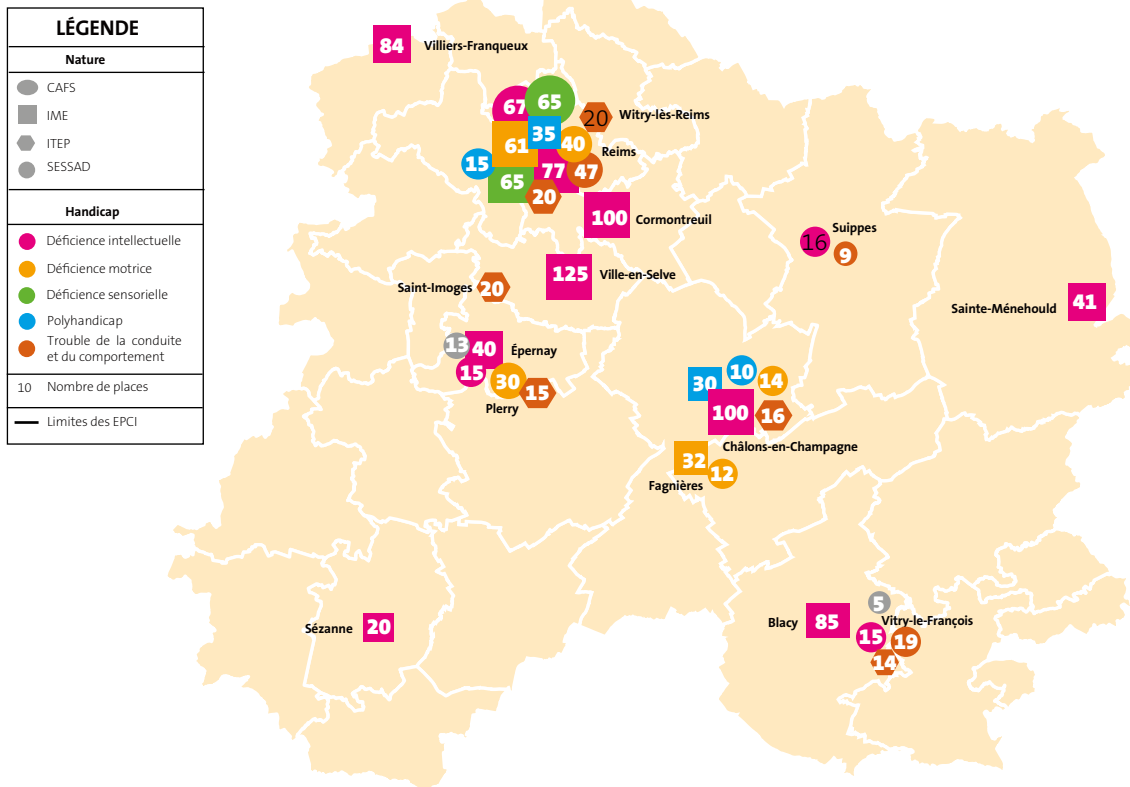
L'offre sur la Marne se compose de 1 377 places soit :

- 1 000 places en établissement
- 359 places en SESSAD
- 18 places en CAFS
- 3 CMPP (avec 8 antennes)
- 2 CAMSP

Cette offre fait suite à la création de 207 places depuis l'adoption du schéma :

- Troubles de la conduite et du comportement (TCC) : + 129
- Autisme : + 27
- Polyhandicap : + 20
- Déficience sensorielle : + 5
- Déficience intellectuelle : + 26

► **Établissements enfance handicapée - nombre de places**



L'accompagnement des adultes

► **En établissements de la compétence du Département**

Les Foyers d'hébergement ont représenté + 32 places créées par extension d'établissements et 4 par création avec le Foyer l'Arche à Reims.

	2005	2010	2015
Capacité	286	322	322
Charge nette*	5 141 000 €	6 477 000 €	6 727 000 €

*produits de la tarification

Les Foyers de vie présentent un solde de + 76 places entre les créations, les extensions et les réductions pour transformation en places de FAM.

	2005	2010	2015
Capacité	240	314	316
Charge nette*	6 345 000 €	9 877 000 €	10 796 000 €

*produits de la tarification

Les Foyers d'accueil de jour ont progressé de + 51 places créées par extension de foyers et la création de l'accueil de jour de Murigny. 11 places sont médicalisées.

	2005	2010	2015
Capacité	66	99	117
Charge nette*	455 000 €	842 000 €	1 021 000 €

*produits de la tarification

Les Foyers d'Accueil Médicalisé sont en augmentation de + 132 places par création de sections ou d'établissements autonomes.

	2005	2010	2015
Capacité	74	126	206
Charge nette*	2 046 000 €	4 246 000 €	7 543 000 €

*produits de la tarification

Ainsi, l'objectif de renforcement de l'offre a été atteint : globalement 313 places d'établissements et services (dont SAVS) étaient inscrites à créer et **473 places nouvelles ont été réalisées (+151% de l'objectif réalisé).**

Cette progression quantitative s'accompagne d'une recherche d'adaptation de l'offre à la diversité des besoins :

- La prise en compte du **vieillessement** avec la création de section FAM dans les foyers de vie, ouverture de foyers spécialisés (sous forme foyer d'hébergement, foyer de vie ou FAM)
- Un renforcement de l'offre pour le handicap psychique : création d'un foyer de vie (MARPHA de Sompuis), d'un FAM (Maison des Sequoia à Dormans) et d'un foyer mixte FAM/FV (Maison au bord de l'Auve en Argonne)
- La prise en compte de l'Autisme avec un 2^{ème} FAM spécialisé
- Une réponse à la demande des jeunes sortant d'IME avec les foyers de jour de l'Arche et de Murigny
- Un conventionnement avec des établissements belges pour garantir une offre complémentaire sécurisée et de qualité

Par ailleurs, outre l'offre d'établissements, une augmentation de l'offre d'accueil et d'accompagnement en Familles agréées est à constater avec 66 familles et 100 personnes handicapées accueillies (+33 places par rapport à 2005).

En complément de ces réalisations, l'année 2016 est également marquée par :

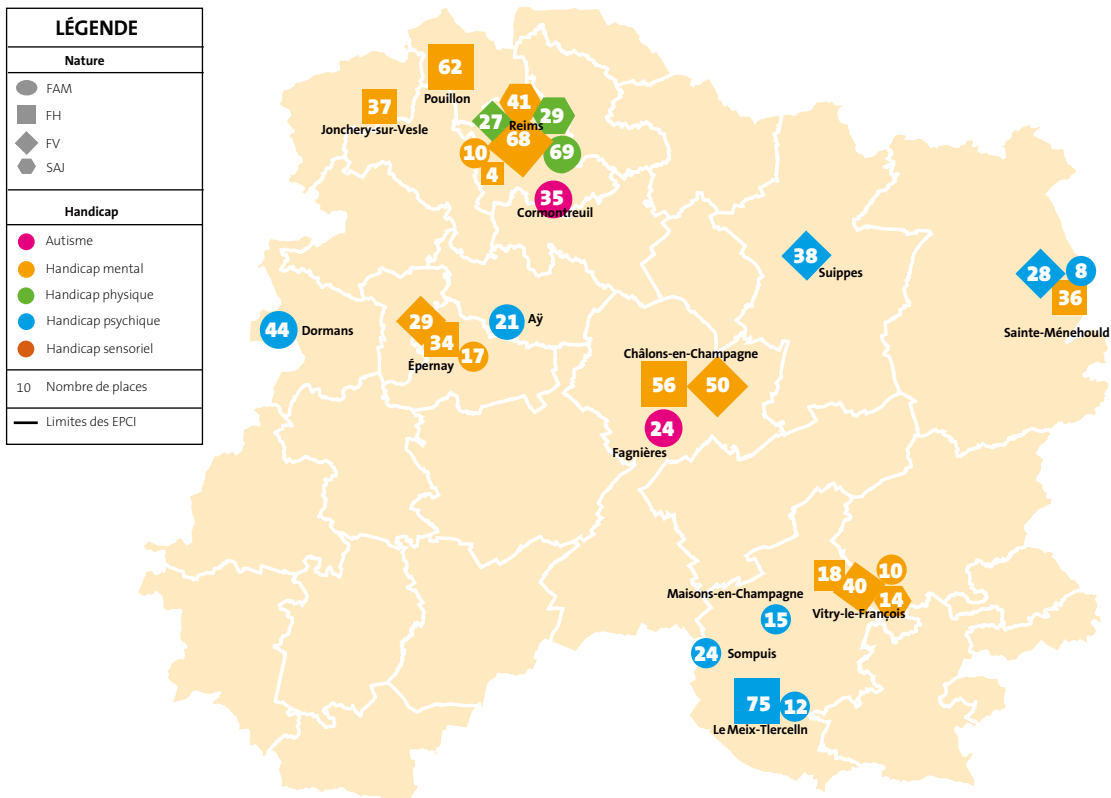
- L'ouverture d'un FAM pour personnes handicapées vieillissantes à Châlons-en-Champagne (40 places)
- La construction en cours d'un FAM de 20 places et d'un Foyer de vie de 24 places à Bétheny
- Des projets de spécialisation de places pour l'accueil de personnes handicapées vieillissantes en EHPAD (projet CHU-Papillons Blancs de Reims)
- Des réhabilitations en cours de programmation de foyers d'hébergement

Ainsi au 31/12/2015, l'offre d'hébergement regroupe sur le département 41 établissements ou services de la compétence exclusive ou conjointe du Conseil départemental pour 963 places :

- 8 foyers d'hébergement annexés à un ESAT (322 places),
- 12 foyers de vie (316 places),
- 9 foyers d'accueil médicalisé ou section FAM (206 places),
- 12 services d'activités de jour ou section semi-internat (119 places).

La dépense totale de fonctionnement de ces structures s'élève à 38 M € contre 37,3 M € en 2014, en hausse de 1,74 %.

► **Établissements médico-sociaux adultes - compétence Département**



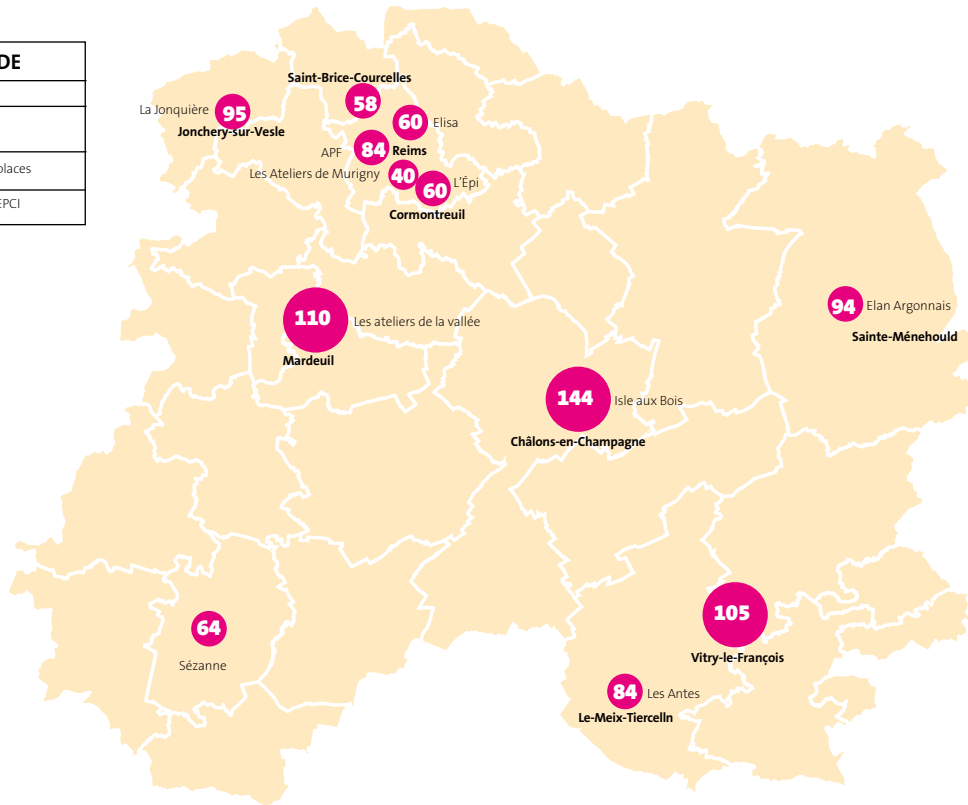
► **En établissement de la compétence de l'Etat**

L'offre relevant d'un financement ARS se compose de 1 774 places soit :

- 283 places de MAS
- 1 183 places d'ESAT
- 51 places de SSIAD – PH
- 217 places de FAM
- 40 places de SAMSAH

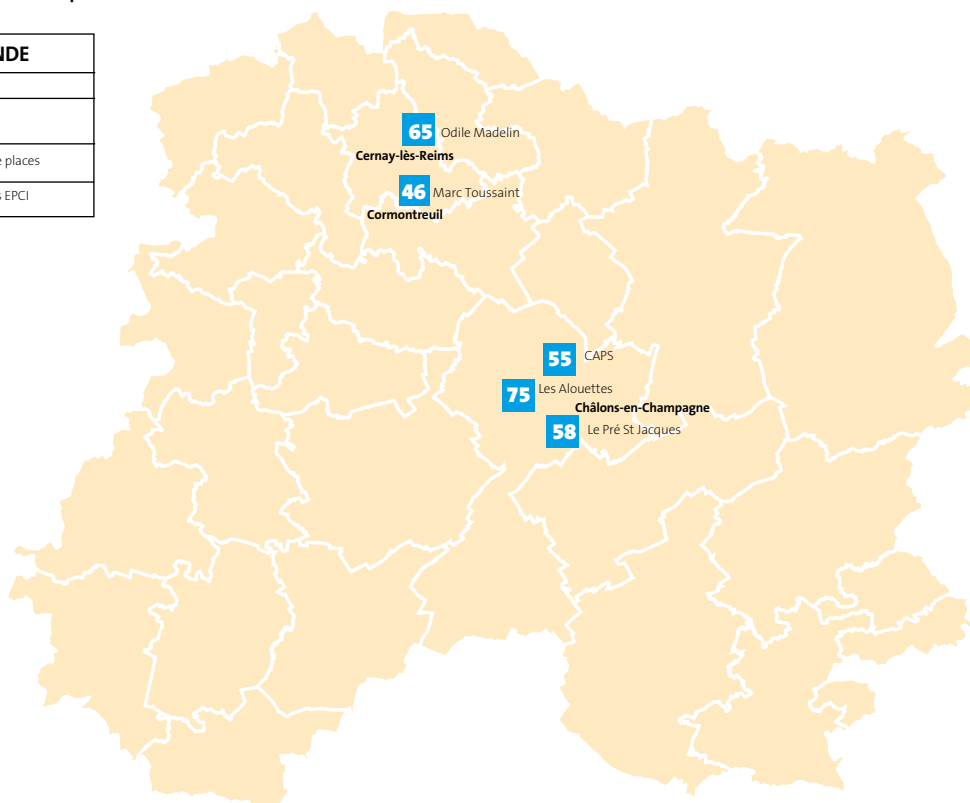
► **ESAT - Nombre de places**

LÉGENDE	
Nature	
●	ESAT
10	Nombre de places
—	Limites des EPCI



► **MAS - Nombre de places**

LÉGENDE	
Nature	
■	MAS
10	Nombre de places
—	Limites des EPCI



Création de places prévues au PRIAC 2014-2018 (hors autisme)

Année	Catégorie de structure	Public concerné	Territoire	Nb places nouvelles	Total
2015	MAS	Polyhandicap	Châlons	10	26
2015	MAS	TC	Reims	2	
2015	Accueil de jour MAS	Déficiência psychique	Châlons	10	
2016	Accueil de jour MAS	Déficiência psychique	À définir	4	
2015	FAM	PHV	Châlons	40	60
2016	FAM	Déficiência intellectuelle	Reims	20	

L'intervention de l'Etat est également marquée par les priorités d'intervention suivantes :

- Accompagnement des réhabilitations et constructions neuves dans le cadre du plan d'aide à l'investissement de la CNSA : 9 structures depuis 2006 pour un montant de 6 millions d'euros
- Accompagnement des établissements dans les évaluations interne et externe
- Le 3^{ème} plan autisme qui a conduit à l'adoption du plan d'action régional en 2014 et la création d'une unité d'enseignement en maternelle de 7 places à Reims en septembre 2014
- Pour les handicaps rares : la création en décembre 2014 d'une équipe relais interrégionale.

➤ À domicile par une prestation globale : la PCH

La durée du schéma fut marquée par la montée en charge de la PCH désormais arrivée à maturité :

Droits payés	Bénéficiaires	Dépenses	Dotations CNSA	Coût pour le CD
2009	982	6,52 M€	5,07 M€	1,45 M€
2010	1 361	11,91 M€	5,42 M€	6,48 M€
2011	1 405	12,68 M€	4,78 M€	7,90 M€
2012	1 449	12,57 M€	5,20 M€	7,37 M€
2013	1 538	13,68 M€	5,04 M€	8,64 M€
2014	1 665	14,45 M€	4,84 M€	9,61 M€
2015	1588	14,92 M€	4,86 M€	10,06 M€

La PCH pour adultes représente 10,9M€. 92% des dépenses concernent de l'aide humaine dont 36% versée aux aidants familiaux (3,9M€)

La PCH pour enfants représente 4M€. 94% des dépenses concernent de l'aide humaine dont 70% versée aux aidants familiaux (2,8M€)

> À domicile par des services

• Les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale

Les SAVS sont en forte progression avec +381 places créées en diversifiant l'offre (handicap psychique (+213), handicap sensoriel (+40), déficience intellectuelle (+128))

SAVS	2005	2010	2015
Capacité	243	644	623
Charge nette	1 527 000 €	3 672 000 €	3 706 000 €

• Les Services d'Accompagnement Médico-Social pour adultes handicapés (SAMSAH), créés par un décret de 2005 comptent désormais 64 places dont 24 polyhandicap, 20 handicap psychique et 20 pour déficience intellectuelle.

SAMSAH	2005	2010	2015
Capacité	0	16	62
Charge nette	0 €	181 000 €	330 000 €

Outre les services d'aide à domicile aux personnes âgées qui peuvent réaliser des interventions auprès des personnes handicapées, le Département compte au 31/12/2015 les services autorisés suivants :

- 14 services d'accompagnement à la vie sociale (609 places).
- 4 services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (64 places),
- 1 service de suivi en appartements (19 places),
- 1 service d'aide à domicile spécialisé dans les adultes handicapés,
- 1 service d'aide à domicile spécialisé dans l'accompagnement des enfants handicapés.

L'ensemble de ces structures spécialisées présente des dépenses totales de fonctionnement s'élevant à 6,3 M €.

> L'insertion Professionnelle

L'accord cadre 2012-2013 du PRITH prolongé par avenant jusqu'en mai 2016 comprend 5 axes.

- **Axe 1** : Accès à la formation
 - Mise en place d'actions de sensibilisation - réalisation d'un état des lieux de l'offre de formation pour lequel reste à finaliser l'existence d'un référent PH dans les structures d'accueil.
 - 848 personnes accompagnées par Cap Emploi sont entrées en formation (+ 4 % sur 2013), 66 contrats en alternance enregistrés par l'AGEFIPH (48 en 2013)
- **Axe 2** : Accès à l'emploi
 - Réalisation d'un état des lieux et création d'un tableau de bord dont il reste à garantir la complémentarité des dispositifs.
 - Augmentation des placements réalisés par Cap Emploi mais progression des placements précaires.
 - Hausse de la création d'activités à travers les projets financés par l'AGEFIPH.
 - 87 aides Handi Insert accordées par la Région contre 75 en 2012.
- **Axe 3** : Sensibilisation des employeurs
 - Obtenir une présentation de l'offre de service ESAT / EA
 - Reste à finaliser : mieux suivre les entreprises sous accord, opérer une prospection concertée des employeurs privés et publics,
 - Le taux d'emploi direct dans le secteur privé s'établit à 3,5% en Champagne Ardenne contre 2,8% au niveau national, 12 600 personnes handicapées se trouvent en emploi
- **Axe 4** : Maintien dans l'emploi
 - Promotion de visites de pré-reprise, mobilisation des branches
 - Guide d'information à destination des médecins
 - Reste à finaliser : remobilisation et convalescence active
 - Baisse du nombre de signalements de désinsertion professionnelle : 486 maintiens dans l'emploi réalisés par le SAMETH , cependant +9,5 % du nombre d'avis pour inaptitude
- **Axe 5** : Communication

Comprenant la création d'un espace collaboratif, d'une Newsletter

Dans le cadre du PRITH, il est constaté :

- 83 % des actions ont eu une évolution de leur contenu
- Ressenti des acteurs : une efficacité améliorée, la valorisation des actions déjà initiées et une coordination des moyens

Mais reste en perspective une amélioration de la lisibilité et la communication avec une attention particulière au chevauchement possible des actions et la mise en place d'indicateurs d'évaluation et de résultats.

FAVORISER UNE CULTURE DE RÉSEAU

Le schéma adopté en 2005 était fortement marqué par la place nouvelle à donner à la Maison départementale des Personnes Handicapées.

La MDPH, une structure originale

Elle a été créée sous la forme d'un Groupement d'Intérêt Public le 22 décembre 2005 et dispose désormais d'un budget de 3 M€ dont 400 k€ en investissement (hors Fonds Départemental de Compensation du Handicap). 60 % des recettes proviennent du Département, 20 % de la CNSA et 20% de l'État.

Ses missions sont les suivantes :

- Accueillir, conseiller, orienter, accompagner-
- Évaluer les demandes de compensation

- Suivre les décisions de la CDAPH
- Construire les partenariats
- Observer et agréger les données statistiques

Pour mémoire, le Fonds Départemental de Compensation du Handicap qui vient compléter les aides légales concernant les plans de compensation s'élevait à quelques 400 k€ fin 2015 pour en moyenne de l'ordre de 150 à 170k € attribués par an.

Accueillir : une mission fondamentale

En 2015, près de **8 900** personnes reçues en permanence et plus de **17 000** appels téléphoniques traités (soit 70 appels/j en moyenne),

Des accueils physiques sur l'ensemble du territoire : Châlons-en-Champagne, Reims, Vitry-le-François, Sézanne, Sainte-Ménéhould, Fismes.

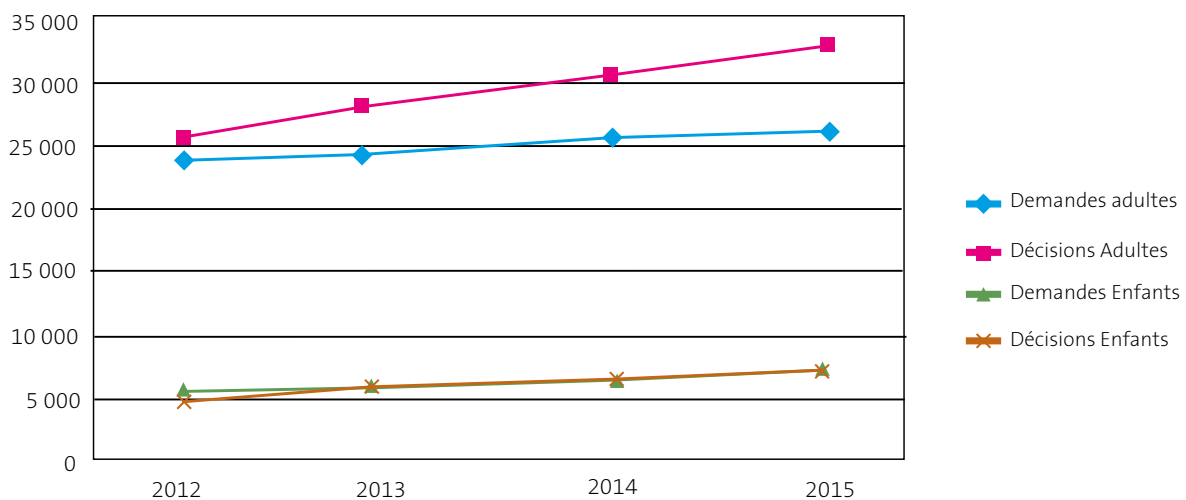
La MDPH, c'est aussi :

- Près de 47 000 dossiers actifs consécutivement aux opérations de toilettage préalables au projet de

gestion électronique de documents (GED), plus de 70 000 dossiers créés depuis 2005.

- 34 505 demandes déposées (dont plus de 20% de demandes enfants) soit en 10 ans d'existence, + 100 % et chaque année, des progressions entre de 5 et 10 % en demandes, notamment pour les enfants.
- 40 125 décisions prises pour 16 000 personnes handicapées.

La hausse continue des demandes et des décisions



L'évaluation : deux approches privilégiées

L'équipe pluridisciplinaire avec une appréhension globale des situations

- Sur dossiers : plus de 600 demi-journées en 2015,
- En face à face par des visites à domicile, des rendez-vous d'évaluations médicales : 2 000 personnes rencontrées
- Des expertises particulières sur certains dossiers impliquant une évaluation spécifique (JEROS, PDJ, AFM,...),

Une valorisation et mobilisation des partenariats avec l'ensemble des domaines concernés :

- Logement,
- Enseignement,
- Insertion professionnelle,
- Secteur médical,

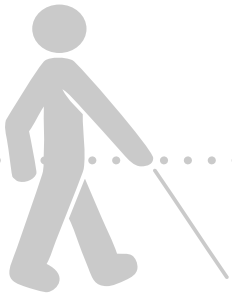
Il s'agit d'intégrer les analyses des partenaires dans le processus d'évaluation (renseigner les demandes, accompagner et décider de compensations adaptées, orienter et ré-orienter, primo évaluation, suivi des situations individuelles par les ESMS,...).

Les enjeux

- Tendre vers un service toujours plus adapté à l'utilisateur avec l'information, les supports de communication et le respect des délais de traitement des demandes.
- Intégrer le caractère haussier des demandes comme une variable quasi pérenne.

Par ailleurs, la MDPH a dû absorber l'émergence de nouveaux besoins et de besoins non satisfaits ainsi que la consolidation du rôle d'observatoire dévolu aux MDPH (codage des situations et synthèses avec les financeurs), la commission de cas complexes...





LES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES



Un schéma en faveur des personnes handicapées responsable, solidaire et innovant, tels sont les principes qui ont conduit notre démarche et permis de fixer nos orientations dans le respect de ceux-ci.

Dès le départ, l'objectif était de partir de l'usager et pour l'usager ; services, établissements, financements, étant des moyens et non des fins. Ces trois principes ont donc constitué le fil conducteur des réflexions. Ils sont centrés d'une part sur la volonté et la mise en action de la personne handicapée, illustrant en cela la notion de responsabilité. Ils font appel d'autre part à l'ensemble des acteurs sociaux et médico-sociaux, agissant dans un même objectif d'accompagnement, et dans une volonté de coopération, c'est la notion de solidarité qui est ainsi représentée. Enfin, l'inscription dans l'environnement technologique du 21ème siècle pour faciliter la vie quotidienne, reflète la volonté de participer à l'innovation sociale et d'en être un élément moteur.

Le handicap requiert une approche attentive, centrée sur la situation de la personne et de ses proches, dans toutes ses composantes matérielles, psychologiques, sociales ; il appelle des réponses multiples, cohérentes et conjuguées, par des professionnels et non professionnels agissant dans tous les domaines de la vie (éducation, santé, logement, travail, culture ...).

C'est dans le respect du libre choix de la personne handicapée, avec l'objectif de fluidifier son parcours de vie, de la petite enfance à l'âge adulte, jusqu'à l'avancée en âge que se sont réalisés les travaux et les propositions qui en découlent.

Six thèmes ont été explorés dans les groupes de travail, portant sur l'inclusion dans la société, la construction du parcours du jeune enfant à l'adulte, la continuité du parcours, l'insertion professionnelle, l'évaluation, l'accompagnement et l'accueil, qui ont permis de façonner l'ossature de ce schéma en l'organisant selon 3 grandes orientations :

- 1 Être pleinement acteur et citoyen**
- 2 Agir par et pour son projet individuel**
- 3 Être accompagné en confiance dans son parcours de vie**

① Dans cette première orientation, les postures d'acteur et de citoyen, faisant écho au principe de responsabilité, ont été analysées au regard de leur accessibilité dans la Marne, sur les thématiques où le département pouvait agir. Ainsi le développement de l'information à destination des personnes handicapées mais aussi des acteurs intervenant en leur faveur est particulièrement mis en avant et constitue un élément incontournable de tout plan d'actions destiné à ce public ciblé.

Les personnes en situation de handicap qui aspirent à vivre et s'intégrer en milieu ordinaire, se trouvent confrontées à des difficultés d'accessibilité de tous ordres. En dehors des problèmes d'accessibilité des lieux et des équipements publics, se pose la question de leur participation à la vie de la cité dans toutes ses dimensions, (logement, transport, culture, sport, tourisme). Des propositions d'actions en ce sens ont donc été réfléchies afin de conforter et développer cette appartenance citoyenne.

Une mention particulière est à souligner concernant la volonté départementale de s'intégrer dans les dispositifs innovants liés au maintien à domicile, via les nouvelles technologies domotiques, pour gagner en autonomie.

② La deuxième orientation s'attache à la notion de parcours individuel, qui démarre dès la naissance. Repérer au plus tôt pour accompagner au mieux nécessite une sensibilisation accrue des professionnels de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du scolaire et une formation effective. Les institutions spécialistes de la petite enfance doivent ainsi pouvoir inscrire dans leurs orientations de travail cette attention particulière pour l'enfance handicapée, incluant le développement de nécessaires actions d'information et d'accompagnement auprès et avec les parents.

La fluidité des parcours est parfois encore plus difficile à réaliser, pour les enfants dont les situations sont très complexes, avec troubles du comportement surreprésentés. Certains enfants en situation de handicap confiés à l'aide sociale à l'enfance sont particulièrement touchés par ces troubles, en raison de leur parcours de vie ; il est donc nécessaire de s'attacher à mettre en place des dispositifs destinés à améliorer leur prise en charge.

Les parcours plus classiques ne nécessitent pas moins d'attention, pour éviter les ruptures, faciliter et développer les passerelles entre les cursus, et faire correspondre les places d'accueil et les services aux besoins. Tous ces objectifs nécessitent une meilleure coordination

des acteurs institutionnels, où la concertation, l'expérimentation, l'innovation et la solidarité vont contribuer à améliorer l'orientation de chacun. La MDPH a un rôle particulièrement important en la matière en termes de pilotage et rassemblement des forces vives mais aussi de mise à disposition d'outils améliorés et performants.

③ La troisième orientation vise deux objectifs : d'une part faciliter le parcours professionnel tout au long de la vie par un accompagnement renforcé au moment des passages charnières et d'autre part, améliorer l'accompagnement en respectant le projet de vie personnalisé.

Malgré la loi du 11 février 2005, le taux d'emploi global des personnes handicapées demeure nettement inférieur à celui de l'ensemble de la population active (35 % contre 65 %), et le taux de chômage est le double (20 % contre 10 %). Or, favoriser l'accès des personnes handicapées au monde du travail est une condition essentielle de leur insertion sociale et de leur autonomie financière. L'ANESM recommande d' « identifier les modalités de fluidité des parcours adaptés aux attentes et besoins des personnes mais aussi d'encourager le développement de pratiques et d'organisations au sein des ESAT susceptibles d'améliorer les réponses apportées ». Tout un chapitre est par conséquent consacré à l'amélioration de l'accès à l'emploi, tant par le développement des services d'accompagnement que par la mise en place de passerelles et dispositifs d'anticipation visant à tester la mise à l'emploi, en milieu ordinaire ou protégé.

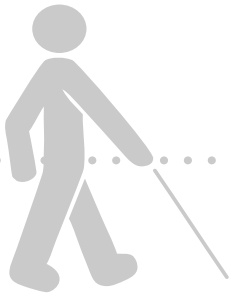
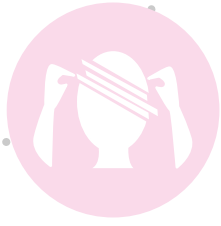
Le projet de vie personnalisé est le réceptacle des besoins, aspirations et souhaits de la personne handicapée. C'est une notion irriguant tout le dispositif actuel construit par la loi de 2005. Les conditions de logement font partie des piliers fondateurs de ce projet de vie, qui favorisent ou obèrent le développement de l'autonomie. C'est ainsi que des propositions sont formulées dans ce schéma pour la création de SAVS renforcés et/ou pour s'inscrire dans de nouvelles formes d'habitat, intermédiaires entre le domicile et l'établissement.

Enfin lorsque le degré d'autonomie et le projet de vie impliquent un accueil en établissements, il faut pouvoir répondre à ce besoin en personnalisant les solutions. Notamment, les débats et réflexions ont été riches et fournis sur le sujet du vieillissement des personnes. En effet, les personnes handicapées vivent mieux et plus longtemps. Cette grande chance de l'allongement de la vie doit permettre de profiter pleinement de ces nouvelles années.

Cependant, l'allongement de l'espérance de vie des personnes handicapées, couplée à un processus de vieillissement pouvant être plus précoce que pour la population générale, fait que les ESAT se retrouvent confrontés à la problématique de l'accompagnement de travailleurs handicapés vieillissants. Des propositions variées sont par conséquent émises afin de prendre en compte cette problématique.

L'élaboration de ce schéma impliquait également de se réinterroger sur l'adéquation de l'offre d'accueil en hébergements et services aux besoins. Des comptages ont été réalisés par la MDPH qui s'est attachée à mesurer les orientations par type de handicap et les inscriptions sur liste d'attente des établissements ou services. Même s'il est relevé des distorsions entre les orientations et les inscriptions sur listes d'attente des établissements, des estimations peuvent néanmoins être effectuées et permettent de présenter une programmation de l'offre médico-sociale marnaise. La réalisation de cette programmation, tant de la part du Département que de la part de l'ARS, est assujettie aux possibilités financières des deux administrations et pourra par conséquent s'étaler dans le temps, tous deux faisant cependant effort pour que les priorités (établissements et services pour personnes handicapées avec troubles du comportement) soient installées à court terme.

Telles sont les orientations qui sont déclinées dans ce document de réflexion et de programmation, qui reflètent la volonté toujours affirmée du Département de la Marne de porter attention aux populations à besoins spécifiques. Le Département continue par là-même de faire face à ses responsabilités et remplit tout son rôle de chef de file de l'action sociale. De plus, ce schéma en faveur des personnes handicapées, tout comme le schéma gérontologique qui vient d'être adopté par l'assemblée départementale, a pour vocation à s'inscrire dans le projet « MARNE 2025 », et constituer ainsi l'un des dynamiseurs de l'axe du développement solidaire du territoire.





FICHES ACTIONS



FICHES ACTIONS

1 Être pleinement acteur et citoyen

Fiche 1.1 : Développer l'information aux usagers	44
Faciliter l'accès à l'information	45
Rendre plus lisible l'information délivrée par la MDPH en développant les supports à destination des usagers et des professionnels	45
Personnaliser l'information	46
Investir l'information des acteurs sociaux de terrain	46
Fiche 1.2 : Promouvoir l'accessibilité sur tous les aspects de la vie	47
Diffuser les informations sur les modalités de prises en charge des transports pour les enfants handicapés en tous lieux de vie	48
Développer une action mobilité au travers du co-voiturage et du permis de conduire.....	48
Élargir le dispositif ADALOGIS 51.....	50
Former les professionnels intervenant au domicile des personnes handicapées sur les risques et les améliorations de l'habitat.....	50
Mettre en avant l'innovation sociale	52
Augmenter le rythme d'adaptation des logements des bailleurs sociaux	52
Créer une plateforme de télé-assistance.....	53
Créer un service de récupération et revente de matériel technique d'occasion.....	53
Mettre à disposition l'offre culturelle dans le département.....	55
Encourager la pratique «amateur» culturelle des personnes handicapées	55
Améliorer l'accès aux équipements	57
Développer le sport adapté.....	57
Faciliter l'intervention des aides humaines en milieu sportif.....	58
Inciter à la mise en accessibilité des structures touristiques.....	60
Sensibiliser et accompagner les porteurs de projet touristique à l'accueil des personnes handicapées..	60

2 Agir par et pour son projet individuel

Fiche 2.1 : Repérer et accueillir dès le plus jeune âge	61
Former les professionnels de la petite enfance au repérage du handicap et à l'accueil des enfants en situation de handicap (assistantes maternelles, personnel des EAJE, LAPE, actions REAAP,...)	62
Améliorer le dépistage du handicap par les professionnels médicaux et paramédicaux.....	63
Renforcer le partenariat et le réseau des acteurs locaux intervenant autour de l'enfance handicapée.....	64
Développer l'information aux familles	64
Développer les actions de parentalité spécifiques handicap	65
Soutenir un projet de CAMPS à Châlons-en-Champagne et Argonne	66
Fiche 2.2 : Prendre en compte les situations complexes	67
S'organiser pour solutionner les situations complexes des enfants pris en charge à l'Aide Sociale à l'Enfance.....	68
Rechercher des accueils diversifiés et innovants.....	68
Inciter à la création de places pour les troubles du comportement en établissements spécialisés et/ou création d'équipes mobiles, sanitaires et médico-sociales, en appui des structures et des familles d'accueil de l'ASE.....	69
Fiche 2.3 : Améliorer la structuration du parcours scolaire des enfants handicapés ..	70
Poursuivre l'adaptation de la prise en charge et le renforcement de places en IME	71
Développer la scolarisation en milieu hospitalier dans le cadre d'établissements soins/études	71
Accompagner l'orientation des enfants en situation de handicap dès la classe de 4ème.....	72

Faciliter les passerelles entre milieu scolaire ordinaire et milieu protégé	73
Mettre en réseau des démarches d'accompagnement pour les sortants IME/ITEP du département	74
Accompagner les expérimentations contribuant à une prise en charge globale de l'enfant et de l'adolescent	74
Fiche 2.4 : Éviter les ruptures	75
Renforcer le dispositif d'orientation permanente	76
Développer les instances de concertation	77
Créer une plateforme « jeunes 15-25 ans » en rupture scolaire et professionnelle	77
Fiche 2.5 : Développer et améliorer la qualité des outils d'instruction, d'évaluation et de suivi de la MDPH	78
Améliorer la lisibilité du formulaire de demandes	79
Porter une vigilance particulière au certificat médical	79
Mieux faire comprendre le cheminement de son dossier et la décision de la CDAPH	80
Accélérer les traitements	80
Personnaliser le rapport à la MDPH après le dépôt du dossier	80
Créer un observatoire des personnes handicapées	81
3 Etre accompagné en confiance dans son parcours de vie	82
Fiche 3.1 : Favoriser l'accès et le maintien dans l'emploi en milieu protégé	82
Développer les SESSAD PRO	83
Sécuriser et dynamiser les stages ESAT	83
Faire vivre la charte des ESAT de la Marne	84
Élaborer des chartes de partenariat pour les autres ESMS	84
Viser à faire correspondre l'offre au besoin de places en ESAT	85
Rendre accessibles les formations de droit commun	85
Fiche 3.2 : Fluidifier les parcours entre les secteurs protégé et ordinaire	86
Soutenir l'insertion professionnelle par le dispositif « ESAT TREMPLIN » pour le public relevant du milieu ordinaire mais présentant des difficultés spécifiques	87
Sécuriser le parcours en milieu ordinaire de façon pérenne après une sortie ESAT	87
Ouvrir un ESAT psy « hors les murs » à Châlons-en-Champagne	88
Valoriser les activités et savoirs faire des ESAT et Entreprises adaptées	88
Pour les personnes cérébro-lésées, développer l'accompagnement par Unité d'Évaluation, de Réentraînement et d'Orientation Sociale et/ou professionnelle (UEROS)	89
Diversifier les différentes formes d'habitat non institutionnel en fonction du degré d'autonomie	92
Adapter l'accès aux personnes handicapées aux résidences autonomie	93
Créer de nouvelles places de SAVS et SAVS renforcés	93
Renforcer l'accompagnement en soins des personnes handicapées par des créations de SAMSAH et SPASAD pour personnes handicapées	94
Mettre à disposition des employeurs des familles d'accueil agréées des outils de calcul des paies et des droits à prestations	94
Fiche 3.4 : Améliorer et développer le dispositif de prise en charge institutionnelle	95
Renforcer et structurer l'offre d'accueil en établissements médico-sociaux pour adultes	98
Réhabiliter le parc immobilier des Foyers d'hébergement pour travailleurs ESAT	99
Accompagner les personnes handicapées vieillissantes : développer l'accompagnement de jour pour travailleurs ESAT	99
Accompagner les personnes handicapées vieillissantes : l'après Foyer d'hébergement pour les retraités d'ESAT	100
Accompagner les personnes handicapées vieillissantes : développer l'accueil spécifique en EHPAD	100
Diversifier les solutions de soutien et répit aux aidants	101
Susciter des coopérations et mutualisations entre gestionnaires d'établissement	101

1 Être pleinement acteur et citoyen

Fiche 1.1 : Développer l'information aux usagers

Constats

La MDPH, en tant que guichet unique d'accès aux droits et prestations pour les personnes en situation de handicap, concentre la majorité des demandes de renseignements. On dénombre ainsi plus de 17 000 appels réceptionnés en 2015 (71 appels/jour) soit une augmentation de plus de 1 000 appels (+6%) par rapport à 2014. Cette augmentation est surtout liée à la hausse constante de demandes d'informations des personnes handicapées.

Sans surprise, les motifs d'appels concernent en très grande majorité (plus de 75%) le suivi du dossier ; viennent ensuite les sollicitations pour les formulaires de demandes, puis plus marginalement des demandes d'informations (dossier, démarches, horaires d'ouverture de la MDPH,...).

Pour l'accueil physique qui reste aujourd'hui une des solutions développées pour contacter la MDPH, 8 875 personnes (+9%) ont été rencontrées dans les 8 lieux de permanences soit plus de 800 personnes par mois avec une surreprésentation des sites châlonnais et rémois (plus de 200 000 habitants dans l'agglomération) qui à eux seuls rassemblent plus de 85% du public.

Pour autant, le ressenti des usagers est finalement relativement mitigé ; en effet, le fait de joindre l'accueil téléphonique est vécu comme difficile et finalement ne permettant pas un échange réellement personnalisé du fait de la contrainte téléphonique, et les accueils physiques impliquent un déplacement qui peut paraître compliqué pour certaines personnes, ceci même si des permanences sont territorialisées. Concomitamment, la capacité de traitement et d'absorption quantitative des équipes d'accueil est de fait limitée au nombre de personnels dédiés à cette mission.

Objectifs

L'enjeu est donc de répondre mieux à des attentes en hausse. Cela implique de repenser le mode d'approche à la fois en :

- mobilisant plus encore les nouvelles technologies, notamment en rendant à cet égard les usagers acteurs de leurs démarches en les autonomisant,
- et en s'adossant au maillage des acteurs sociaux.

Actions

- Faciliter l'accès à l'information
- Rendre plus lisible l'information délivrée par la MDPH en développant les supports à destination des usagers et des professionnels
- Personnaliser l'information
- Investir l'information des acteurs sociaux de terrain

Action n° 1.1.1

Faciliter l'accès à l'information	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Création d'un site pour la MDPH où seraient disponibles outre les informations la concernant mais également les liens nécessaires vers les autres sites institutionnels et associatifs, ■ Intégrer les web services <ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'une interface de prise de rendez-vous en ligne • Création d'une application MDPH ou d'une version mobile du site • Accès à des formulaires en ligne
Public visé	Tous publics
Pilote	MDPH
Partenaires associés	Département (support technique)
Coût	1 poste de chargé de communication/webmestre
Indicateurs d'évaluation	Nombre de dossiers irrecevables, Nombre de connexions au site Nombre de documents remplis via les web services

Action n° 1.1.2

Rendre plus lisible l'information délivrée par la MDPH en développant les supports à destination des usagers et des professionnels	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Création d'une charte graphique ■ Élaboration d'une ligne éditoriale ■ Création des différents supports de communication (plaquettes, kakemono,...)
Public visé	Tous publics
Pilote	MDPH
Partenaires associés	Département (support technique)
Indicateurs d'évaluation	Nombre de dossiers irrecevables,

Action n° 1.1.3

Personnaliser l'information	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mise en place de permanences sur rendez-vous ■ Ecriture d'une charte de qualité d'accueil pour le standard de la MDPH ■ Mise en place de permanences par type de handicap (sourds,...) et/ou thématiques
Public visé	Tous publics
Pilote	MDPH
Partenaires associés	Département (support technique)
Indicateurs d'évaluation	Questionnaires de satisfaction à destination des usagers

Action n° 1.1.4

Investir l'information des acteurs sociaux de terrain	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Informer, former les acteurs de 1er niveau (CLIC, CSD, maisons de services publics, CCAS, CIAS, associations,...), et nouer des partenariats, ■ Animer ce réseau par des échanges réguliers et par l'utilisation d'un support commun (outil collaboratif sur le web) ■ En complément des informations généralistes transmises par les acteurs de 1er niveau, organiser des permanences spécialisées par la MDPH sur les sites où cela est nécessaire (Reims, Epernay, Vitry-le-François,...) ■ Définir un référent technique MDPH afin d'accompagner les travailleurs sociaux des CCAS, CLIC... ■ Mettre à leur disposition des supports d'information et des formulaires de demandes MDPH ■ Mise en place d'une traçabilité des dossiers MDPH, déposés sur les différents sites d'accueil
Public visé	CLIC, CSD, maisons de service public, CCAS, CIAS, associations,...
Pilote	MDPH
Partenaires associés	Département, Etat, ARS,...
Indicateurs d'évaluation	<p>Conventions de partenariat</p> <p>Nombre de dossiers transmis par les partenaires</p> <p>Nombre de dossiers irrecevables,</p> <p>Évolution des taux de refus anormalement hauts par rapport au standard national</p>

Fiche 1.2 : Promouvoir l'accessibilité sur tous les aspects de la vie

La loi du 11 février 2005 met la notion de citoyenneté et de vie sociale au cœur des dispositifs de prise en charge des personnes handicapées. Elle s'appuie notamment sur l'idée que la personne handicapée a le droit à la pleine réalisation de son projet de vie. L'accès à la culture, aux transports, aux pratiques sportives, disposer d'un habitat adapté propice à l'épanouissement personnel constituent des enjeux majeurs pour l'inclusion sociale des personnes en situation de handicap.

Promouvoir l'accessibilité à travers le transport

Constats

La mobilité et l'autonomie dans ses déplacements est l'expression même de la citoyenneté, de la liberté d'aller et venir. Les situations de handicap, quelles qu'en soient la nature, réduisent ou limitent l'expression de ce droit. Qu'il s'agisse de mobilité dans la cité ou entre communes, en déplacements doux ou véhiculés, le handicap se doit d'être pris en considération.

Le transport au profit des personnes handicapées a représenté un axe majeur du précédent schéma qui a conduit notamment à promouvoir les services TPMR, urbains et interurbains. L'évolution des obligations des autorités organisatrices de transport et la création de services ont apporté une réponse globalement satisfaisante qui doit principalement être améliorée dans ses aspects d'informations au public des dispositifs et organismes compétents en fonction de l'objet du déplacement et sur les besoins d'accompagnement par un aidant.

Par ailleurs, besoins ou opportunités se font ressentir pour des modes de déplacement non collectifs, soit par l'accès à une autonomie des déplacements par la recherche de l'obtention du permis de conduire, qui nécessite des conditions adaptées pour préparer et passer l'examen, soit par le développement d'un covoiturage spécifique intégrant les caractéristiques de voyageurs handicapés.

Actions

- Diffuser les informations sur les modalités de prises en charge des transports pour les enfants handicapés en tous lieux de vie
- Développer une action mobilité au travers le co-voiturage et le permis de conduire

Action n° 1.2.1

Diffuser les informations sur les modalités de prises en charge des transports pour les enfants handicapés en tous lieux de vie	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Elaboration de supports d'information détaillés (guide, plaquettes d'information, sites Web...) permettant de renseigner, conseiller, orienter les familles et les professionnels, à diffuser largement (papier, sites internet de l'Éducation nationale, de la MDPH, de la CPAM et du département) pour : rappeler, identifier et répertorier les compétences des organismes et le type de prise en charge en transports en tous lieux de vie : <ul style="list-style-type: none"> • scolaire • établissements médico-sociaux • soins (hôpital, kinésithérapie, orthophonie...) • vie quotidienne (loisirs...) ■ Définir les modalités d'accompagnement des aidants familiaux dans le cadre des transports
Public visé	Familles, travailleurs sociaux, MDPH, Éducation nationale, ESMS, CPAM
Pilote	Département
Partenaires associés	CPAM, Etablissements médico-sociaux, MDPH, Éducation nationale
Indicateurs d'évaluation	Nombre d'appels Nombre de plaquettes et guides d'information diffusés

Action n° 1.2.2

Développer une action mobilité au travers du co-voiturage et du permis de conduire	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Initier des partenariats avec les sites existants de co-voiturage afin de développer des offres complémentaires de co-voiturage en proposant des services susceptibles de répondre aux attentes et besoins du public handicapé, ■ Sur le permis de conduire : <ul style="list-style-type: none"> • sensibiliser, en étroite concertation avec l'organisation professionnelle, les auto-écoles à l'accueil et à la meilleure prise en compte des publics handicapés : supports oraux ou écrits en Français faciles à lire et à comprendre, entraînement renforcé à domicile (DVD, cours en ligne), aménagement du temps, langue des signes • étendre et développer le concept « d'auto-école sociale » qui offre un enseignement adapté pour des publics en échec au code et à la conduite compte tenu de difficultés de compréhension et d'apprentissage • permettre grâce au co-voiturage aux publics handicapés éloignés des centres urbains de se rendre à l'auto-école
Public visé	Les personnes handicapées âgées de plus de 18 ans
Pilote	Département, MDPH, Etat
Partenaires associés	Associations handicap, Auto-écoles
Indicateurs d'évaluation	Mise en place de circuits de co-voiturage Évolution du nombre de personnes handicapées titulaires du permis de conduire

Promouvoir l'accessibilité à travers l'habitat

Constats

Continuer à vivre « chez soi » est la situation souhaitée par la majorité des personnes âgées et des personnes handicapées ; encore faut-il que le lieu de vie soit adapté aux besoins de la personne et à l'évolution de sa dépendance.

Le Département fut novateur en créant une bourse au logement adapté, ADALOGIS 51, dont l'intérêt ne cesse d'être confirmé. Il convient de porter ce dispositif vers un niveau encore supérieur en augmentant considérablement le nombre des logements recensés et inscrits dans la base de données, notamment en recherchant une intégration des données inscrites dans les recensements des logiciels internes de gestion des bailleurs. Il a été notamment constaté que toute l'offre nouvelle de logement n'était pas inscrite. Une action volontariste et partagée des parties prenantes à ce dispositif permettrait d'augmenter le recensement mis à disposition de la demande.

La qualité des adaptations doit également faire l'objet d'une vigilance et d'une promotion. A cet égard, la création de la Charte du logement adapté a sécurisé les particuliers réalisant des travaux d'adaptations. Pour faire vivre cette qualité et assurer la réussite des adaptations financées, la sensibilisation et la formation des professionnels doivent être constantes.

Actions

- Élargir le dispositif Adalogis 51
- Former les professionnels intervenant au domicile des personnes handicapées sur les risques et les améliorations de l'habitat

Action n° 1.2.3

Élargir le dispositif ADALOGIS 51	
Mise en œuvre opérationnelle	<p>Harmoniser la classification des logements adaptés en systématisant la classification ADALOGIS dans les pratiques des bailleurs,</p> <p>Recenser de manière exhaustive l'offre de logements adaptés en confiant au COMAL SOLIHA le recensement et la coordination des logements adaptés par les bailleurs en :</p> <ul style="list-style-type: none"> • important les données transmises par les logiciels des bailleurs, • recensant lorsque cela n'est pas possible directement dans la base Adalogis (à raison de 200 logements par an, soit 1000 logements supplémentaires répertoriés et proposés sur la durée du schéma)
Public visé	Bailleurs sociaux
Pilote	COMAL-SOLIHA 51
Partenaires associés	Communes
Indicateurs d'évaluation	Nombre de logements adaptés renseignés dans le logiciel

Action n° 1.2.4

Former les professionnels intervenant au domicile des personnes handicapées sur les risques et les améliorations de l'habitat	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sensibiliser et former les aidants professionnels, les aidants familiaux aux dangers liés au logement, aux solutions et astuces pour y remédier afin de limiter les risques, ■ Rendre le logement plus sûr par la mise en place de sessions d'ateliers pour anticiper l'aménagement du domicile et faciliter le travail des aidants ■ Créer un appartement témoin sur les solutions d'adaptation adossé au COMAL SOLIHA (show-room et outils mobiles)
Public visé	Les professionnels intervenant au domicile des personnes âgées
Pilote	Département/COMAL-SOLIHA 51
Partenaires associés	CLIC/MAIA/EMS/Résidences Autonomie/MARPA/ Gardiens d'immeubles/Aidants familiaux/Cluster PA de Châlons
Indicateurs d'évaluation	<p>Fiche d'évaluation des stages</p> <p>Nombre de visites de l'appartement témoin</p>

Promouvoir l'accessibilité à travers la domotique et les équipements

Constats

Les différentes applications de la domotique ont pour objectif commun d'assurer le maintien à domicile en aidant les personnes à conserver leur indépendance dans les gestes quotidiens.

La domotique consiste à réunir des technologies installées au sein d'une habitation. Elle permet d'automatiser certaines actions du quotidien, de veiller à la sécurité de la personne dans son logement.

Le problème du coût, de la maintenance, des contrôles de sécurité constituent encore aujourd'hui des freins à la généralisation pourtant indispensable de ces dispositifs. Les surcoûts, les abus tarifaires sont fréquents, faute de contrôles et d'une législation nationale adaptée.

Le problème se pose de l'engagement des bailleurs, davantage sur l'adaptation des logements existants que sur le bâti neuf où il est plus facile d'intégrer les conceptions idoines.

La question de l'adaptation des communs dans les habitats collectifs demeure un problème évoqué par les personnes dépendantes. En effet, atteindre l'interrupteur, pouvoir appeler l'ascenseur, choisir son étage etc...ne sont pas des manipulations tout le temps bien réfléchies.

Les bailleurs sont conscients et sensibilisés à ces difficultés. Les choix effectués et travaux entrepris témoignent de leur engagement. Néanmoins, ils se trouvent confrontés à la difficulté de pouvoir relouer un appartement « stigmatisé » handicap et au coût global de maintenance.

La complexité de l'adaptation du logement provient également du fait qu'elle n'est vraiment efficace que si elle est personnalisée, étudiée au cas par cas, évoluant en fonction des pertes d'autonomie. Sur l'habitat collectif, les adaptations ne peuvent se cantonner qu'au « basique ».

Les diagnostics habitats et le montage des dossiers d'aides financières restent complexes.

Les restes à charge demeurent élevés. Certaines personnes renoncent ou repoussent les travaux alors que les besoins sont réels.

Dans un environnement technologique particulièrement évolutif et concurrentiel, il apparaît nécessaire de créer un lieu de recensement des actions, des évolutions, des problématiques et ainsi permettre la mise à disposition d'une « banque de données » permettant d'être une référence, de garantie et de protection pour toute personne handicapée ou âgée.

Plus particulièrement, les nouvelles technologies peuvent apporter des réponses pertinentes en matière de télé-vigilance et télé-surveillance, sur des problématiques liées à la santé, à l'environnement de la personne et à son comportement. De nouveaux dispositifs de détection et l'interconnexion entre ces systèmes intelligents et un service de proximité en astreinte devraient apporter aux personnes lourdement handicapées des temps de répit et d'intimité limitant le recours à une surveillance humaine à domicile. Une expérimentation en relation avec une structure gestionnaire de services spécialisés et de logements adaptés, dans le cadre des cofinancements avec la CNSA (section IV) devrait pouvoir confirmer le modèle technologique, la combinaison de service et l'adhésion des personnes handicapées.

L'autonomie passe également par la compensation apportée par des aides techniques. A cet égard, il est nécessaire que le poids financier du reste à charge pour l'acquisition des équipements soit réduit afin que chaque personne handicapée puisse se doter du matériel adéquat. L'évolution du besoin d'une personne handicapée pouvant être plus rapide que l'usure d'un matériel utilisé, cela conduit à ce que du matériel encore utilisable soit changé sans qu'un marché de l'occasion structuré et sécurisant ne trouve à réutiliser un matériel souvent fortement subventionné. En relation avec les innovations inscrites dans le schéma gérontologique départemental, le matériel technique à destination des personnes handicapées pourrait s'intégrer dans un dispositif de récupération et revente d'occasion.

Actions

- Mettre en avant l'innovation sociale
- Augmenter le rythme d'adaptation des logements des bailleurs sociaux
- Créer une plateforme de télé-assistance
- Créer un service de récupération et revente de matériel technique d'occasion

Action n° 1.2.5

Mettre en avant l'innovation sociale	
Mise en œuvre opérationnelle	Créer un centre de ressources départemental relatif aux nouvelles technologies de la domotique, mutualisé avec les dispositifs seniors et associant les expériences d'associations locales gestionnaires d'établissements spécialisés dans l'accueil et les services aux personnes à mobilité réduite
Public visé	Personnes handicapées à mobilité réduite, handicapés moteurs
Pilote	Département, COMAL SOLIHA
Partenaires associés	Association des IMC, La Sève et le Rameau, APF, cluster du CRSD
Indicateurs d'évaluation	Création du centre

Action n° 1.2.6

Augmenter le rythme d'adaptation des logements des bailleurs sociaux	
Mise en œuvre opérationnelle	Inciter les bailleurs à équiper les logements en domotique via les modalités d'exonération de la taxe foncière sur les propriétés bâties par les échanges de bonnes pratiques. Création d'un comité de suivi Systématiser l'inscription de ces logements dans les outils de recensement
Public visé	Personnes handicapées
Pilote	Département
Partenaires associés	ARCA, Bailleurs sociaux, MDPH
Indicateurs d'évaluation	Nombre de logements recensés

Action n° 1.2.7

Créer une Plateforme de télé-assistance	
Mise en œuvre opérationnelle	Créer un service associant la télé-assistance automatisée avec un service d'aide et d'accompagnement à domicile mobilisable 24h/24 afin de favoriser les temps de répit et d'intimité des personnes handicapées nécessitant une surveillance constante.
Public visé	Personnes lourdement handicapées nécessitant une surveillance constante
Pilote	Département
Partenaires associés	La Sève et le Rameau
Indicateurs d'évaluation	Création du service et nombre de personnes concernées

Action n° 1.2.8

Créer un service de récupération et revente de matériel technique d'occasion	
Mise en œuvre opérationnelle	Action commune aux schémas gérontologique et en faveur des personnes handicapées : Conception d'un chantier d'insertion autour de : - la récupération en établissements ou auprès de particuliers du matériel technique - la remise en état éventuelle du matériel - la commercialisation et présentation à des tarifs d'occasion des matériels techniques
Public visé	Personnes handicapées
Pilote	Département
Partenaires associés	Associations d'insertion, ESMS, EHPAD
Indicateurs d'évaluation	Existence et modalités du service

Promouvoir l'accessibilité à travers la culture

Constats

La culture doit être accessible à tous, pour tous les âges et sur l'ensemble du territoire marnais.

Le Département a mis en place depuis plusieurs années une véritable politique culturelle d'accompagnement, par le biais de subventions pour des projets culturels liés au handicap, dont de nombreux ateliers de pratiques amateurs.

Au titre de l'année 2015, le financement du Département s'est élevé à près de 50 000 €.

A ce jour, la volonté de développer des actions « Culture et Handicap » existe. Outre les possibilités de financement de la collectivité, certaines actions ne peuvent être mises en place faute de porteurs de projet.

Il convient donc de favoriser des projets culturels liés au handicap en encourageant notamment la pratique « amateur » culturelle des personnes handicapées.

Afin que la culture permette aux personnes handicapées de s'épanouir, communiquer, s'exprimer et partager, il est primordial d'améliorer la visibilité de l'offre culturelle accessible, ce qui fait cruellement défaut à ce jour.

Actions

- Mettre à disposition l'offre culturelle dans le département
- Encourager la pratique « amateur » culturelle des personnes handicapées

Action n° 1.2.9

Mettre à disposition l'offre culturelle dans le Département	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Création d'un guide de l'offre culturelle spécialisé handicap avec les éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Identifier les structures culturelles accessibles ou non (quel handicap ? Spectacle avec ou sans audiodescription ?) • Recenser l'offre culturelle dédiée au « tout public » dont le public handicapé • Répertorier l'offre et la personne référente au sein de la structure ■ Mise en réseau des informations aux structures (associations, CSD, Maisons de quartier, Groupe d'Entraide Mutuelle...)
Public visé	Tout public adultes/enfants
Pilote	Département
Partenaires associés	Associations, structure culturelles et sociales
Indicateurs d'évaluation	Constitution de la base de données et suivi Création d'un guide

Action n° 1.2.10

Encourager la pratique «amateur» culturelle des personnes handicapées	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Faire connaître le soutien financier du Département eu égard aux ateliers de pratique amateur, conduits par des associations spécialisées via le Mag, le site internet du Département ■ Réaliser une communication institutionnelle : table ronde, réunions d'information...
Public visé	Associations porteuses de projet «atelier»
Pilote	Département
Partenaires associés	DRAC
Indicateurs d'évaluation	Évaluation du nombre de demandes Nouveaux bénéficiaires du dispositif

Promouvoir l'accessibilité à travers le sport

Constats

La pratique sportive ou d'une activité physique adaptée qu'elle soit de bien-être ou compétitive doit être facilitée, tant dans sa pratique handisport que sport adapté.

La pratique du sport dans le milieu ordinaire des personnes handicapées doit être une possibilité, pas un objectif : « le sport de son choix, dans le club de son choix pour la pratique de son choix »

En ce qui concerne le sport adapté, il se développe principalement après 16 ans car avant cet âge, il existe moins d'écart de pratiques entre les enfants.

Plusieurs freins à la pratique sont identifiés :

- Les manques en matière d'aide humaine ou de transport entravent pour beaucoup de personnes handicapées la pratique sportive,
- Le développement de la pratique du sport adapté dépend pour beaucoup de l'implication des ESMS à promouvoir l'existence d'un club attachant à l'établissement.
- Les difficultés de réservation des équipements en journée en priorité dédiés aux scolaires, alors qu'après 17h se posent les problèmes de l'accompagnement nécessaire.

L'approche doit donc être double, favoriser l'accueil des pratiquants handicapés dans les structures ordinaires et favoriser la progression de la pratique en milieu spécifique.

Objectifs

Afin de renforcer la pratique sportive ou d'activités physiques adaptées, il convient de :

- Continuer à inciter les clubs sportifs à s'ouvrir au handicap et faciliter le financement des équipements spécifiques sur projet,
- Améliorer l'accès aux équipements sportifs pour les clubs, sections handisport ou sport adapté durant la journée,
- Favoriser le développement du sport adapté en réaffirmant le rôle des établissements pour la pratique sportive par le biais des autorités de tarification,
- Mieux faire connaître l'intérêt du service civique au profit du sport adapté au sein des équipes locales Handisport et Sport adapté.

Par ailleurs, et particulièrement dans l'aide humaine à détacher des structures sportives :

- Faciliter le recours à une aide humaine mutualisée (PCH mutualisée entre pratiquants) pour l'avant et après pratique sportive,

Actions

- Améliorer l'accès aux équipements
- Développer le sport adapté
- Faciliter l'intervention des aides humaines en milieu sportif

Action n° 1.2.11

Améliorer l'accès aux équipements	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Inciter les clubs valides à ouvrir des créneaux de pratique accessibles aux personnes handicapées avec des conditions d'accueil et d'équipement dédiés : soutien aux formations fédérales spécifiques à l'accueil du public handicapé, financement d'équipements spécifiques sur projet ■ Améliorer l'accès aux équipements sportifs des clubs handisport ou sports adaptés en journée par des conventionnements avec les collectivités propriétaires d'équipements et les établissements scolaires utilisateurs (collèges et lycées) ■ Accompagner le financement de salles spécifiques mutualisées entre ESMS et clubs (Projet de salle agréée « sport adapté » à Chalons en Champagne)
Public visé	Personnes handicapées
Pilote	Département
Partenaires associés	Associations de la FFH et FFSA, DDSCPP, CNDS, Établissements scolaires
Indicateurs d'évaluation	Nombre de personnes handicapées bénéficiaires

Action n° 1.2.12

Développer le sport adapté	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Favoriser le développement du sport adapté en réaffirmant le rôle des établissements pour la pratique sportive, en intégrant cette pratique dans les projets d'établissements et par l'incitation à la création d'associations de sport adapté, en complément des activités physiques adaptées proposées par l'ESMS ■ Mieux faire connaître l'intérêt du service civique au profit du sport adapté au sein des équipes locales Handisport et Sport adapté.
Public visé	Public handicapé accompagné par un ESMS
Pilote	Département et ARS
Partenaires associés	DDCSPP, CNDS, FFH, FFSA
Indicateurs d'évaluation	Intégration dans les projets d'établissement Création d'associations

Action n° 1.2.13

Faciliter l'intervention des aides humaines en milieu sportif	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Identifier le surcoût du handicap dans la pratique sportive lié à l'intervention d'aide humaine complémentaire à l'éducateur sportif ■ Tendre à mutualiser entre les pratiquants d'un créneau sportif adapté l'aide humaine relative à la préparation des sportifs handicapés avant et après leurs pratiques (temps en vestiaire et en marge du terrain ou piscine), lorsqu'elle relève de la PCH ■ Organiser des coopérations entre les clubs handisports et les services d'aide à domicile de proximité pour faciliter et garantir une aide humaine lors des créneaux de pratique.
Public visé	Sportifs licenciés auprès de la FFH pratiquants en séances collectives
Pilote	MDPH, Département
Partenaires associés	FFH, SAAD
Indicateurs d'évaluation	Recensement des mutualisations et coopérations

Promouvoir l'accessibilité à travers le tourisme

Constats

En 2016, 33 structures touristiques sont labellisées Tourisme et Handicap dans la Marne. Elles concernent 2 visites de cave, 19 hébergements locatifs de type chambre d'hôte et meublé de tourisme, 3 hôtels, 2 itinéraires de randonnée, 1 activité de loisirs, 3 Offices de Tourisme, 2 musées, 1 jardin public.

Ce label national est attribué, depuis 2001 pour un ou plusieurs types de handicap, après évaluation de l'accessibilité des sites. L'évaluation repose sur des critères liés à l'architecture et aux équipements mais également sur la qualité de l'accueil et des services.

Les personnes handicapées bénéficient ainsi d'une information fiable et développée sur l'accessibilité des lieux de vacances leur permettant de gagner en autonomie et d'accéder, comme tout un chacun, à l'offre de loisirs et vacances.

Il en est de même pour la marque « Destination pour tous » dont l'objectif est de valoriser des territoires proposant une offre touristique cohérente et globale pour les personnes handicapées, intégrant à la fois l'accessibilité des sites et des activités touristiques, mais aussi l'accessibilité des autres aspects de la vie quotidienne et facilitant les déplacements sur le territoire concerné.

Or, nous savons que dans la Marne, au vu des chiffres pré-cités, une marge de progression existe dans la mise en accessibilité tous éléments confondus de nos structures de tourisme, qu'il nous appartient de réduire.

L'Agence de Développement Touristique de la Marne s'est engagée à cet égard dans une démarche de sensibilisation et de mobilisation des professionnels du tourisme pour l'intégration des personnes handicapées. Elle est le référent Tourisme et Handicap dans le département, en coordination avec la Délégation Régionale au Tourisme.

Objectifs

- Augmenter les hébergements adaptés afin d'accueillir un public plus nombreux
- Investir les différents labels liés au tourisme pour personnes handicapées, qui permettent de se fixer des objectifs quantitatifs et qualitatifs, et assurent ainsi un réel dynamisme des démarches.

Actions

- Inciter à la mise en accessibilité des structures touristiques
- Sensibiliser et accompagner les porteurs de projet touristique à l'accueil des personnes handicapées

Action n° 1.2.14

Inciter à la mise en accessibilité des structures touristiques	
Mise en œuvre opérationnelle	Poursuite de l'attribution d'une prime de 1000 € par chambre adaptée dans les structures d'hébergement pour les 4 principales déficiences (motrice, mentale, auditive et visuelle) pour les porteurs l'ayant inscrit dans leur dossier de demande de subvention, sous réserve du contrôle effectué par l'Agence départementale du tourisme.
Public visé	Personnes handicapées
Pilote	Département
Partenaires associés	Agence départementale du tourisme
Indicateurs d'évaluation	Nombre de chambres créées

Action n° 1.2.15

Sensibiliser et accompagner les porteurs de projet touristique à l'accueil des personnes handicapées	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Diffuser des informations à destination des établissements recevant du public culturel et touristique sur leurs obligations au regard de la loi de 2005 sur le Handicap ■ Évaluer les structures en vue de l'obtention de la Marque Tourisme et Handicap ■ Viser la Marque «Destination pour tous» pour le territoire de la Marne ■ Favoriser la formation des structures d'accueil touristique à l'accueil de personnes en situation de handicap
Public visé	Les personnes handicapées
Pilote	Agence départementale du tourisme
Partenaires associés	Département
Indicateurs d'évaluation	Nombre de contacts, réunions et formations

2 Agir par et pour son projet individuel

Fiche 2.1 : Repérer et accueillir dès le plus jeune âge

Constats

Quelles que soient les définitions considérées et les méthodologies employées, la plupart des enquêtes épidémiologiques concluent à une prévalence des handicaps chez l'enfant autour de 2 % (CTNERHI, 2004), incluant les déficiences ou handicaps modérément sévères. Un repérage le plus en amont possible suivi d'un diagnostic et d'une prise en charge précoce adaptée sont des étapes fondamentales pour limiter l'aggravation du handicap et ses incidences sur l'évolution de l'enfant.

Or, le retard ou l'absence de prise en charge liés au manque d'information des familles, aux difficultés de dépistage ou aux délais d'intervention (liste d'attente en CAMSP) ne permettent pas toujours de faire bénéficier l'enfant d'une réponse précoce et efficace pour limiter l'aggravation du handicap et de ses conséquences, d'autant plus que les passages de relais sont parfois difficiles entre les différentes structures spécialisées de prise en charge.

Le service départemental de protection maternelle et infantile (PMI) est un acteur important du repérage et dépistage du handicap, sa mission « comprend les actions de prévention et de dépistage des handicaps des enfants de moins de 6 ans ainsi que les conseils aux familles pour la prise en charge des handicaps ».

Le rôle des CAMSP est également déterminant. Pour autant, seulement 2 structures sont présentes actuellement sur la Marne, à Épernay et à Reims, le territoire de Chalons en Champagne en étant dépourvu. Or, la CNSA préconise de « tendre vers une offre polyvalente d'accompagnement précoce, accessible à moins de 40 minutes du domicile ».

L'Éducation nationale détient un rôle essentiel dans le repérage précoce du handicap car l'identification des difficultés rencontrées par un enfant en rapport avec les apprentissages, permet de déclencher en temps voulu, les soins et les adaptations nécessaires, et notamment le projet de scolarisation.

Objectifs

C'est pourquoi, l'accompagnement des familles doit s'effectuer le plus en amont possible, dès la suspicion ou la découverte des troubles, par tout acteur, professionnel de santé ou non, association ou autres, intervenant auprès de l'enfant dès son plus jeune âge. Bien évidemment, il s'agira également d'accompagner les parents dans leur cheminement personnel quant à l'annonce, l'appropriation et la compréhension du handicap de leurs enfants.

Deux objectifs sont donc à poursuivre :

- Accroître les possibilités de dépistage, diagnostic et accompagnement précoce de l'enfant pour favoriser son développement et promouvoir l'inclusion sociale de l'enfant et de sa famille et en s'adossant au maillage des acteurs sociaux.
- Accompagner les familles en rendant accessible l'information et favorisant l'intégration des enfants dans les structures de droit commun

Actions

- Former les professionnels de la petite enfance au repérage du handicap et à l'accueil des enfants en situation de handicap (assistantes maternelles, personnel des établissements accueillant des jeunes enfants (EAJE), lieux d'accueil parents enfants (LAPE), actions REAAP,...)
- Améliorer le dépistage du handicap par les professionnels médicaux et paramédicaux
- Renforcer le partenariat et le réseau des acteurs locaux intervenant autour de l'enfance handicapée
- Développer l'information aux familles
- Développer des actions de parentalité spécifiques handicap
- Soutenir un projet de CAMSP à Châlons-en-Champagne et Argonne

Action n° 2.1.1

Former les professionnels de la petite enfance au repérage du handicap et à l'accueil des enfants en situation de handicap (assistantes maternelles, personnel des EAJE, LAPE, actions REAAP,...)	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Inscrire l'action au sein du schéma départemental de services aux familles ■ Définition d'un programme de formation (repérage, annonce aux parents, prise en charge...) ■ Mettre en place des formations communes pour les professionnels de la petite enfance ■ Désignation de personnes référentes au sein des EAJE, LAPE, sensibilisées à la détection des signes de vigilance pour les enfants
Public visé	Assistants maternels, professionnels des EAJE, des LAPE,
Pilote	Département
Partenaires associés	Villes, CAF
Indicateurs d'évaluation	Formations mises en place, nombre de professionnels formés

Action n° 2.1.2

Améliorer le dépistage du handicap par les professionnels médicaux et paramédicaux

Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Renforcer le dépistage par la PMI lors des bilans en école maternelle par l'utilisation et la formation à l'outil Eval mater (batterie d'épreuves se référant aux modèles neuropsychologiques développementaux) ■ Améliorer le dépistage par les acteurs médicaux et médico-sociaux de 1ère ligne (PMI, médecins libéraux) afin d'affiner l'orientation vers les structures de 2ème ligne (CAMSP, services pédopsychiatriques,...) en mettant en œuvre le « réseau de suivi des enfants vulnérables » (projet en cours porté par le réseau périnatal qui consiste en un recensement, suivi et accompagnement par tous les professionnels médicaux de ces enfants dits vulnérables-nés prématurés, de faible poids de naissance, avec vulnérabilité psychosociale). <p>Ce suivi permettrait d'examiner les étapes progressives du développement de l'enfant afin d'orienter si nécessaire le plus précocement possible vers une aide psychologique ou sociale, les familles qui en éprouveraient le besoin.</p>
Public visé	Enfants 0-6 ans
Pilote	Département
Partenaires Associés	Réseau périnatal, ARS, médecins libéraux
Indicateurs d'évaluation	<p>Bilan d'utilisation de l'outil Eval Mater</p> <p>Mise en place du réseau des enfants vulnérables avec bilan</p>

Action n° 2.1.3

Renforcer le partenariat et le réseau des acteurs locaux intervenant autour de l'enfance handicapée	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Relancer et enrichir les rencontres entre le service PMI, les CAMSP, le réseau périnatal et la MDPH (renforcement du partenariat et des collaborations sur les cas cliniques, mise en place de relais, meilleures orientations des usagers entre les dispositifs) afin de mieux orienter et prendre en charge les familles ■ Améliorer le repérage et la connaissance du handicap des enseignants via la MDPH ■ Mettre en œuvre des conventions de partenariat entre structures petite enfance et associations gestionnaires de structures pour enfants handicapés pour des échanges multi-accueil afin de favoriser l'intégration des enfants porteurs de handicap (cf. crèche multi-accueil Maison Blanche avec Association des Papillons Blancs de Reims) ■ Définir précisément les situations pour lesquelles il y a opportunité de compléter les moyens d'encadrement habituels par des auxiliaires individuelles dans les structures petite enfance
Public visé	Professionnels PMI, CAMSP, réseau périnatal, enseignants
Pilote	Département, MDPH
Partenaires associés	CAMSP, réseau périnatal, EAJE, structures gestionnaires d'établissements pour enfants handicapés
Indicateurs d'évaluation	Nombre de réunions et protocoles Nombre de conventions de partenariat Évaluation qualitative sur les dossiers et les suivis initiés

Action n° 2.1.4

Développer l'information aux familles	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aider les familles à mieux connaître leurs droits et les possibilités d'accueils de la petite enfance en situation de handicap : réalisation d'une plaquette d'information à l'attention des parents présentant le panel des dispositifs d'accueil possibles (avec identification des ressources associatives ou institutionnelles). ■ Retransmission de ces informations à faire paraître sur le futur site internet de la MDPH
Public visé	Les familles
Pilote	MDPH
Partenaires associés	CAMSP, Département, structures REAAP
Indicateurs d'évaluation	Réalisation des supports d'information

Action n° 2.1.5

Développer les actions de parentalité spécifiques handicap

Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Proposer des actions d'aide à la parentalité pour les parents d'enfants handicapés, en s'appuyant sur les professionnels de la PMI et des CAMSP ■ En étroite concertation avec la CAF de la Marne : <ul style="list-style-type: none"> • Intégrer l'objectif de « Mieux répondre aux besoins en terme d'accompagnement sur la parentalité pour les parents en situation de handicap et pour les parents d'enfants handicapés » dans le schéma départemental des services aux familles, • Faire apparaître cet objectif dans les orientations du REAAP • Proposer l'émergence d'un réseau d'aide à la parentalité dans les CAF (cf. CAF de Gironde) recensant les aides déjà existantes. • Étendre les aides de la CAF à l'ensemble des parents en situation de handicap, et pas seulement aux seuls bénéficiaires de l'AAH. ■ Inscrire l'aide à la parentalité dans l'élément aides humaines de la Prestation de Compensation du Handicap pour régulariser des pratiques déjà en vigueur et augmenter le Plan Personnalisé de Compensation du parent pour pouvoir prendre en charge une partie de l'intervention d'un tiers auprès du bébé. ■ Création d'un Service d'Accompagnement à la Parentalité des Personnes Handicapées sur le modèle de celui existant à l'Institut de Puériculture de Paris. ■ Dans le cadre d'un partenariat à créer associant les sages-femmes, les gynécologues, le service de Protection Maternelle et Infantile du Département, la CAF..., proposer dans les maternités des formations à la manipulation des bébés auprès des parents handicapés, au même titre que les cours à l'accouchement
Public visé	Les familles
Pilote	Département, MDPH, ARS, CAF, DDCSPP
Partenaires associés	CAMSP, Département, structures REAAP
Indicateurs d'évaluation	<p>Actions de parentalité mises en place</p> <p>Participation des familles aux actions mises en place</p>

Action n° 2.1.6

Soutenir un projet de CAMSP à Châlons en Champagne et Argonne	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Développer un projet de CAMSP sur Châlons-en-Champagne et l'Argonne : <ul style="list-style-type: none"> • participer à l'étude de besoins via les données PMI, • déterminer avec l'ARS la définition et le dimensionnement de cette nouvelle offre ■ Réfléchir à une extension des CAMSP actifs sur l'ensemble des bassins notamment par la mise en place de permanences (sézannais...)
Public Visé	Familles
Pilote	ARS-Département
Partenaires associés	CAMPS, MDPH
Indicateurs d'évaluation	Création de centres

Fiche 2.2 : Prendre en compte les situations complexes

Constats

Dans leur rapport 2015 intitulé « Handicap et protection de l'enfance » : des droits pour des enfants invisibles, le Défenseur des droits Jacques Toubon et la Défenseure des enfants Geneviève Avenard, font état d'une enquête auprès des conseils départementaux révélant que le taux d'enfants pris en charge en protection de l'enfance et porteurs d'un handicap reconnu par la MDPH s'établit à 25%.

Ce taux est donc particulièrement élevé et supérieur d'environ 7 fois le taux de prévalence du handicap s'établissant de 2 % à 4 % pour la population générale. Dans la Marne, au regard des 1 400 enfants placés en 2015, il s'avère que 43% d'entre eux ont un suivi régulier en pédopsychiatrie. Ces enfants présentent des situations très hétérogènes, avec handicaps reconnus (physique, mental, psychique) et/ou une surreprésentation des troubles du comportement, souvent sévères. La majorité des prises en charge se fait dans des structures non-spécifiques : maisons d'enfants à caractère social et des familles d'accueil, pouvant être couplées à une scolarité en ITEP, IME ou un hôpital de jour.

Or, ces structures ou familles d'accueil n'ont évidemment pas à leur disposition des professionnels médicaux ou des plateaux techniques suffisants en termes de prise en charge psychologique ou psychiatrique. Elles se trouvent par conséquent inadaptées pour assurer un accompagnement satisfaisant des enfants en situation de handicap, alors même qu'elles vont être sollicitées pour les enfants présentant les troubles les plus lourds. Il s'ensuit des changements de lieux d'accueil, parfois dans l'urgence, afin de trouver l'institution qui sera en capacité de prendre en charge ces enfants. Les cloisonnements institutionnels (médico-social, sanitaire), l'empilement des dispositifs et la multiplicité des acteurs constituent de réels freins à la fluidité du partenariat et nuisent à l'« intérêt » de l'enfant. Les partenariats doivent pouvoir être resserrés autour de projets d'organisation fédérateurs et dynamisants.

Objectifs

- Venir en appui des professionnels de l'enfance pour accompagner la prise en charge des situations problématiques
- Intervenir en amont avant que la situation ne se dégrade et soit problématique, afin d'assurer à l'enfant un projet de vie dans son intérêt

Actions

- S'organiser pour solutionner les situations complexes des enfants pris en charge à l'aide sociale à l'enfance
- Rechercher des accueils diversifiés et innovants
- Inciter à la création de places pour les troubles du comportement en établissements spécialisés et/ou création d'équipes mobiles, sanitaires et médico-sociales, en appui des structures et des familles d'accueil de l'ASE

Action n° 2.2.1

S'organiser pour solutionner les situations complexes des enfants pris en charge à l'Aide Sociale à l'Enfance	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mise en place d'une commission pluridisciplinaire pour évaluer et répondre le plus en amont possible aux situations complexes afin de favoriser la continuité du parcours de l'enfant, ainsi que le dialogue et la compréhension mutuelle entre des acteurs relevant de secteurs distincts (Département, MDPH, Éducation Nationale, MECS, IME, Pédopsychiatrie...) ■ Veiller à ce titre à leur articulation avec les autres instances de coordination notamment celles liées au handicap ■ Identifier au sein des services départementaux un coordonnateur chargé d'animer cette commission
Public visé	Enfants pris en charge par l'Aide sociale à l'enfance
Pilote	Département
Partenaires associés	MDPH, Éducation nationale, MECS, IME, ARS, pédopsychiatrie
Indicateurs d'évaluation	Création de la commission Nombre de réunions Nombre de situations solutionnées

Action n° 2.2.2

Rechercher des accueils diversifiés et innovants	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Trouver des alternatives à l'hospitalisation pour les cas les plus difficiles par des prises en charge différentes (CATTP, hôpital de jour, de nuit, appartements thérapeutiques, familles d'accueil thérapeutique). ■ Associer plus étroitement le milieu de la pédopsychiatrie avec le Département, la MDPH et l'Éducation Nationale (dispositif ITEP élargi) ■ Adapter les modes d'accueil classiques (semi-internat/internat) en intégrant pleinement le séquentiel et assouplir les règles de prise en charge pour le sanitaire et le médico-social
Public visé	Enfants pris en charge par l'Aide sociale à l'enfance
Pilote	Département
Partenaires associés	ARS, MDPH, Éducation nationale, établissements
Indicateurs d'évaluation	Bilan du partenariat Conventions éventuelles signées Protocoles réalisés

Action n° 2.2.3

Inciter à la création de places pour les troubles du comportement en établissements spécialisés et/ou création d'équipes mobiles, sanitaires et médico-sociales, en appui des structures et des familles d'accueil de l'ASE

Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Développer avec l'ARS la spécialisation de services existants (SESSAD, IME, ITEP) pour venir en appui des professionnels ASE, et/ou prendre en charge les enfants à troubles du comportement sévères (5 à 6 places par territoire) ■ Développer un « pôle de compétences et de prestations externalisées » sur le département
Public visé	Enfants à troubles du comportement sévères
Pilote	ARS, Département
Partenaires associés	Structures médico-sociales, pédopsychiatrie
Indicateurs d'évaluation	Création des nouveaux services

Fiche 2.3 : Améliorer la structuration du parcours scolaire des enfants handicapés

Constats

Pour l'année scolaire 2015-2016, 2 400 élèves porteurs d'un handicap sont scolarisés en milieu ordinaire. Cette situation doit beaucoup à la loi de 2005 et à la prise de conscience de l'institution scolaire de privilégier l'inclusion dans le cycle habituel en veillant à l'adapter. C'est le sens des nombreux aménagements et matériels pédagogiques proposés par la MDPH aux parents et à l'Éducation nationale facilitant ainsi le parcours scolaire, les apprentissages et l'intégration des enfants handicapés. C'est aussi plus récemment, la forte montée en régime des différentes aides humaines à la scolarisation. Ainsi, ce sont plus de 1 000 demandes qui ont été accordées, et mises en œuvre par près de 670 auxiliaires de vie scolaire soit de manière individualisée, soit en mutualisant les différents suivis en classe.

Les progrès sont par conséquent évidents. Pour autant, l'augmentation du nombre des demandes, les moyens financiers nécessairement limités et la relative lourdeur de la gestion de ce dispositif tant s'agissant de la formulation des demandes que de l'identification et du suivi des personnels au plus près du domicile et de l'école des familles accompagnées, constituent des freins.

Concomitamment, l'expérience des trajectoires individuelles mettent également en lumière des liens parfois distendus et par conséquent non profitables entre l'institution, le secteur sanitaire et le milieu ordinaire dans la logique de parcours du jeune. Le dispositif ITEP participe de cette réflexion mais ne répond évidemment pas à tous les enjeux. Cependant des initiatives de certains services tendent à mieux répondre aux enjeux d'une prise en charge globale de l'enfant s'affranchissant ainsi d'une trop grande segmentation de l'offre d'accompagnement (Cap Intégration...).

Enfin, le manque de places en IME largement connu des familles compte tenu des délais d'attente importants a fait l'objet d'un comptage précis par la MDPH. Ainsi, les établissements sollicités ont communiqué qu'au 1er juin 2016, 137 enfants étaient inscrits sur liste d'attente auxquels s'ajoutent 177 enfants avec une orientation mais sans inscription. Face à cette situation et compte tenu de marges de manœuvres budgétaires et financières limitées, il revient aux autorités publiques de proposer des solutions aux familles, susceptibles de répondre aux attentes et aux projets de vie des enfants.

Objectifs

Il s'agit de permettre la mise en place effective des orientations et préconisations de l'équipe pluridisciplinaire, tout d'abord en renforçant les capacités d'accueil des structures existantes et en veillant au décroisement des prises en charge et ensuite en contribuant à soutenir les initiatives d'accompagnement global.

Actions

- Poursuivre l'adaptation de la prise en charge et le renforcement de places en IME
- Développer la scolarisation en milieu hospitalier dans le cadre d'établissements soins/études
- Accompagner l'orientation des enfants en situation de handicap dès la classe de 4^{ème}
- Faciliter les passerelles entre milieu scolaire ordinaire et milieu protégé
- Mettre en réseau des démarches d'accompagnement pour les sortants IME/ITEP du département
- Accompagner les expérimentations contribuant à une prise en charge globale de l'enfant et de l'adolescent

Action n° 2.3.1

Poursuivre l'adaptation de la prise en charge et le renforcement de places en IME	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Inscrire comme prioritaire la création de 30 places sur la durée du schéma par extension d'établissements, ■ Suivre plus efficacement les orientations afin d'interpeler les situations a priori non suivies d'une démarche d'inscription auprès des IME ■ Spécialiser 5 à 10 places d'IME pour la prise en charge d'enfants nécessitant un encadrement et un accompagnement renforcés (cf. foyer répit de Belleville sur Bar dans les Ardennes) ■ Former les professionnels des ESMS à la prise en charge des cas complexes
Public visé	Enfants handicapés
Pilote	ARS
Partenaires associés	Département, MDPH, IME
Indicateurs d'évaluation	<p>Nombre d'enfants handicapés sur liste d'attente</p> <p>Nombre d'enfants handicapés avec orientation non-inscrits sur liste d'attente</p>

Action n° 2.3.2

Développer la scolarisation en milieu hospitalier dans le cadre d'établissements soins/études	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Créer un groupe de travail regroupant ARS-MDPH-Éducation nationale-établissements sanitaires (EPSMM, CHU) pour affiner le besoin de créer des hébergements ■ Développer ces hébergements en fonction des conclusions du groupe par secteur hospitalier géographique pour éviter au maximum l'éloignement familial et social ■ Recenser les jeunes concernés par des difficultés scolaires voire des ruptures du fait des besoins prioritaires de soins rendant leur vie scolaire et sociale impossible temporairement. A ce jour, les premiers éléments font état d'une petite centaine de jeunes concernés ■ Créer des hébergements (au sein d'établissements sanitaires existants) avec des journées organisées autour des soins, de la rééducation et de la scolarité autant générale que technologique, avec des prises en charge pouvant aller de quelques mois à plusieurs années selon les pathologies
Public visé	Jeunes de 14 à 20 ans scolarisés du collège au lycée, voire en université
Pilote	ARS, Éducation Nationale
Partenaires associés	Secteurs psychiatriques, Pédiatrie, MDPH
Indicateurs d'évaluation	Nombre de jeunes concernés, création des hébergements

Action n° 2.3.3

Accompagner l'orientation des enfants en situation de handicap dès la classe de 4 ^{ème}	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Réaffirmer le rôle central de l'Equipe de Suivi de Scolarisation (ESS) en amont du stage pour l'élaboration du projet professionnel du jeune et de son éventuel ajustement en fonction des circonstances (exemples : anticiper d'éventuelles demandes d'orientation en IMPRO, notamment pour les enfants en ULIS ou EGPA) ■ Organiser une journée d'information à destination de l'ensemble des élèves en situation de handicap (notamment ULIS/EGPA), et de leur famille sur les cursus et filières proposés par les ESMS (IMPRO, voire ESAT) ■ Accompagner les élèves par le conseiller d'orientation professionnelle et le professeur référent dans leurs démarches de mise en place de l'orientation, comme pour tout élève de cet âge. ■ Pour les élèves non détectés en 4^{ème}, prévoir les mêmes circuits, sur la période septembre/janvier, pour que d'éventuelles demandes de réorientation en ESMS puissent être travaillées et étudiées sur des temps raisonnables.
Public visé	Elèves de 4 ^{ème} en situation de handicap
Pilote	Éducation nationale
Partenaires associés	CIO, Conseillers d'Orientation Pédagogique, MDPH
Indicateurs d'évaluation	Nombre d'accompagnements réalisés dans le cadre du dispositif

Action n° 2.3.4

Faciliter les passerelles entre milieu scolaire ordinaire et milieu protégé	
Mise en œuvre opérationnelle	<p>Jusqu'à la primaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Systématiser par le biais de conventions les liens entre établissements scolaires ordinaires, et ESMS enfants par sectorisation, ■ Informer les familles et les enseignants sur les différents ESMS de leur secteur de rattachement, et leur champ de compétences, ■ Prévoir des visites de ces établissements par les enseignants pour éviter les « a priori », et mieux répondre aux besoins des enfants, ■ Officialiser des Equipes de Suivi de Scolarisation communes écoles, ESMS en invitant les professionnels des ESMS lorsque l'équipe de suivi envisage une orientation en milieu protégé, pour avoir un avis expert. <p>Pour préparer l'insertion professionnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Systématiser par convention les liens entre établissements scolaires ordinaires, et ESMS par sectorisation ■ Établir, lors des Equipes de Suivi de Scolarisation, les possibilités et les choix de stages offerts aux jeunes, par les ESMS de secteur (IMPRO, ESAT...) ■ Prévoir des visites des différents ESMS par les enseignants de classe ULIS/EGPA pour connaître les possibilités de stages et d'ateliers existants ■ Rédiger des conventions entre les établissements par les directeurs concernés.
Public visé	Enfants scolarisés jusqu'au lycée
Pilote	Éducation nationale
Partenaires associés	ESMS, Permanence du Jard, Missions locales, ESMS, MDPH, ARS, CAMSP, Pédopsychiatrie, Département,
Indicateurs d'évaluation	Nombre de conventions, d'équipes de suivi de scolarisation

Action n° 2.3.5

Mettre en réseau des démarches d'accompagnement pour les sortants IME/ITEP du département	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Élaborer une étude pyramidale des âges IME/ITEP ■ Organiser des rencontres régulières entre les équipes des services de suite en vue d'une harmonisation des bonnes pratiques et partage d'outils ■ Mettre en place des activités communes et décloisonnement des modalités d'accueil en vue de rompre les effets filière et « ouvrir le champ des possibles » pour gagner en autonomie
Public visé	Sortants d'IME/ITEP/SESSAD sur une période de 3 ans
Pilote	Un IME ou un ITEP
Partenaires associés	ESAT, Missions locales, CFA (Alternance pour tous), CAP Emploi, Permanence du Jard
Indicateurs d'évaluation	<p>Nombre de rencontres</p> <p>Outils communs déployés</p>

Action n° 2.3.6

Accompagner les expérimentations contribuant à une prise en charge globale de l'enfant et de l'adolescent	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Favoriser les passerelles entre le milieu scolaire et le domicile notamment pour les situations exigeant une grande personnalisation de la réponse ■ Soutenir notamment via la PCH les initiatives des acteurs du champ du handicap (Associations, services d'aide à domicile,...) qui prendraient en compte des « éléments connexes » de l'accompagnement à domicile (loisirs, culture,...)
Public visé	Enfants accompagnés à domicile par le biais d'une PCH
Pilote	Département, MDPH, ARS
Partenaires associés	Associations, services d'aide à domicile,... MDPH, ARS, CAF,...
Indicateurs d'évaluation	<p>Nombre d'expérimentations</p> <p>Nombre de personnes accompagnées</p>

Fiche 2.4 : Éviter les ruptures

Constats

Les conclusions du groupe de travail « éviter les ruptures » constitué à l'occasion de la réflexion du présent schéma ont permis de circonscrire les situations caractéristiques de ce phénomène :

- passage délicat d'une situation à une autre : enfant-adulte, départ à la retraite,...
- aléas de la vie qui produisent des conséquences sur le parcours professionnel,
- contexte souvent défavorable : milieu familial défaillant ou en grand désarroi, handicap avec trouble associé, difficultés institutionnelles de répondre à des situations toujours plus complexes, évaluations non stabilisées, insuffisances des prises en charges, moyens limités.

Il est donc primordial dès le début de prévenir et le cas échéant de remédier rapidement à d'éventuelles ruptures. Cet enjeu évidemment global est au cœur de l'analyse du rapport « Zéro sans solution » de Denis Piveteau et des préconisations de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » qui y fait suite. L'objectif est de faire évoluer les méthodes de travail des MDPH et de leurs partenaires pour que chaque personne en situation de handicap puisse se voir proposer, avec son accord, une solution correspondant aux possibilités effectives de prise en charge sur son territoire de vie.

Le cadre juridique a été posé par l'article 89 de la loi de modernisation du système de santé. La généralisation doit intervenir au plus tard le 1^{er} janvier 2018. A ce jour, 24 départements se sont positionnés pour amorcer ce déploiement.

Lorsqu'une proposition d'orientation cible faite à une personne handicapée ne peut pas être mise en œuvre immédiatement, parce qu'elle n'est pas disponible ou qu'elle n'est pas adaptée ou que la situation présente une complexité particulière, le plan personnalisé de compensation (PPC) est complété par un plan d'accompagnement global (PAG). L'objectif est de prévenir tout risque de rupture de prise en charge. Ce plan est élaboré avec l'accord de la personne handicapée par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH. Il comporte diverses mesures d'accompagnement, telles que des interventions thérapeutiques, éducatives, d'insertion professionnelle ou sociale, d'aide aux aidants.

Objectifs

L'objectif est au travers le PAG institué par la mission Dessaulle (une réponse accompagnée pour tous) de prévenir tout risque de rupture notamment sur les étapes structurelles du parcours et de permettre sur certaines situations de disposer d'un point de repère – le « case manager » à l'instar des MAIA – qui sera le garant de la bonne application du PAG et le cas échéant de son réajustement.

Concomitamment, des actions plus structurelles de mise en réseau des partenaires peuvent être mises en place lorsque la situation l'exige à la fois en terme de prévention mais également en réponse immédiate face à une urgence ou une rupture avérée

Actions

- Renforcer le dispositif d'orientation permanente
- Développer les instances de concertation
- Créer une plateforme « jeunes 15-25 ans » en rupture scolaire et professionnelle

Action n° 2.4.1

Renforcer le dispositif d'orientation permanente

Mise en œuvre opérationnelle	<p>Action 1.1 : mieux accompagner les familles dans leurs démarches après la notification</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Mettre en ligne les informations concernant <ul style="list-style-type: none"> • les ESMS existants en fonction des âges et des handicaps ; • les différents centres de référence de dépistage, et les centres nationaux de réseaux handicaps rares ; ■ Transmettre aux familles (en fonction du handicap, et de la classe d'âge de l'enfant) la liste des organismes de prise en charge, et des associations existantes pour pouvoir échanger sur les expériences ; ■ A partir des listes d'attente, systématiser à n+1 le principe du phoning et le cas échéant d'un entretien et/ou d'une visite à domicile pour effectuer un point de situation avec les familles. Le cas échéant, réévaluer la situation et initier un accompagnement par un « case manager » <p>Action 1.2 : Densifier les liens entre les institutions et associations pour apporter un suivi plus qualitatif des parcours en réaffirmant le rôle de coordinateur de la MDPH</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Mieux identifier les différentes étapes importantes dans le parcours des PH en formalisant dès le dépôt de la demande des livrets d'orientation individuels reprenant les accompagnements relevant du sanitaire, du médico-social et définis par classe d'âge charnière (0/6 ; 6/20 ; 15/25 et à partir de 45 ans pour les travailleurs handicapés), ■ Organiser des points de situation réguliers entre les différents acteurs sous l'égide de la MDPH ■ Mettre en place via trajectoire de manière à contribuer au partage des informations entre tous les acteurs dépositaires du parcours <p>Action 1.3 : Formaliser le référencement des situations complexes</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Recruter 2 à 4 « case managers » au sein de la MDPH chargés pour les situations complexes d'identifier les éléments permettant de prévenir l'aspect critique et favorisant le retour à la normale.
Public visé	Toutes les personnes en situation de handicap (enfants/adultes) dont la complexité du handicap ne permet pas un accompagnement « classique », mais nécessitant un travail de partenariat avec l'ensemble des acteurs professionnels
Pilote	MDPH
Partenaires associés	Département, ARS, Éducation Nationale, ESMS (adultes, enfants), secteur sanitaire (pédopsychiatrie, pédiatrie, psychiatrie...)
Coût	200 000 €
Indicateurs d'évaluation	Évolution du nombre de parcours en rupture

Action n° 2.4.2

Développer les instances de concertation

Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mettre en place des réunions partenariales de suivi individuel en amont de la commission des cas critiques avec l'inspection académique, les services du Département (ASE, PMI, SGAH,...), la pédopsychiatrie,... ■ Consolider l'existence et la pertinence de la commission des cas complexes dite « Carlotti » qui constituera le socle du Groupe opérationnel de synthèse (GOS) ■ Veiller à l'articulation avec les différentes commissions existantes, notamment pour les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance,
Public visé	Référénts des situations dans les différentes administrations Équipes pluridisciplinaires de la MDPH
Pilote	MDPH
Partenaires associés	Département, Éducation nationale
Indicateurs d'évaluation	Nombre de réunions organisées Nombre de situations suivies et évaluation qualitative

Action n° 2.4.3

Créer une plateforme « jeunes 15-25 ans » en rupture scolaire et professionnelle

Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Une plateforme par bassin, portée par les missions locales avec le soutien de la MDPH ■ Rencontres inter-partenariales autour de situations de jeunes fragiles nécessitant un accompagnement global en fonction du projet de la personne concernée et de son représentant ■ Mise en commun des outils de chaque partenaire et meilleure connaissance des dispositifs existants (santé, logement, handicap, insertion, emploi...)
Public visé	15-25 ans en situation de handicap et en risque de rupture ou identifiés
Pilote	Réseau Missions locales, MDPH
Partenaires associés	Centre d'Information et d'Orientation, SESSAD, CSD, Clubs de prévention, Services de suite, Protection Judiciaire Jeunesse, Uni-Cités (Service Civique)
Indicateurs d'évaluation	Nombre de situations détectées et ayant fait l'objet d'une suite de parcours positive

Fiche 2.5 : Développer et améliorer la qualité des outils d'instruction, d'évaluation et de suivi de la MDPH

Constats

Depuis sa création, la MDPH enregistre chaque année des taux de croissance des demandes déposées : cette tendance est alimentée mécaniquement par les renouvellements des droits arrivant à échéance (pour le secteur enfant, tous les deux ans en moyenne) mais également par le caractère dynamique des premières demandes. A ce jour, près de 47 000 dossiers sont considérés actifs au sein de la MDPH, c'est-à-dire avec un droit en cours, pour plus de 34 000 demandes annuelles. Il est évident que l'évolution législative et réglementaire des 10 dernières années et en premier lieu la loi de 2005 a largement contribué à mieux reconnaître des situations individuelles jusqu'alors non reconnues dans le champ du handicap ; il en est ainsi de certaines maladies handicapantes.

Pour autant, le manque de compréhension de la « machinerie MDPH » contribue à sur solliciter l'institution et peut générer une forme d'angoisse, d'insatisfaction sur le traitement de sa demande. Parallèlement, la lourdeur des textes et la gestion exclusivement papier des demandes constituent de sérieux freins à la fluidité et à la communication concernant le traitement du dossier. Enfin, les marges de progrès quant au remplissage du certificat médical incitent à plus de démarches vers le corps médical.

Objectifs

Certaines réponses sont évidemment nationales : il s'agit notamment de deux initiatives pilotées par la CNSA à savoir :

- le projet **IMPACT** « Innover et Moderniser les Processus MDPH pour l'Accès à la Compensation sur les Territoires ». Il a pour objectif, après une phase d'analyse, d'expérimenter de nouveaux processus de traitement des demandes dans les MDPH, en vue d'améliorer le service rendu aux usagers.

- **un référentiel de missions** : ce document présente les sept missions des MDPH et définit pour chacune d'elle le niveau de qualité de service minimal attendu.

En revanche, certaines pistes sont plus locales. Il s'agit de rationaliser et d'optimiser le traitement du dossier en répondant à la fois à un nombre de dossiers en hausse d'année en année mais également au souhait de la CDAPH et de l'utilisateur de bénéficier d'évaluations personnalisées et étayées. Pour ce faire, au-delà de la nécessaire formation continue des personnels, la principale piste réside dans l'intégration de l'outil informatique au cœur des différentes étapes de traitement. Cela commence notamment par l'abandon du papier.

Actions

- Améliorer la lisibilité du formulaire de demandes
- Porter une vigilance particulière au certificat médical
- Mieux faire comprendre le cheminement de son dossier et la décision de la CDAPH
- Accélérer les traitements
- Personnaliser le rapport à la MDPH après le dépôt du dossier
- Créer un observatoire PH

Action n° 2.5.1

Améliorer la lisibilité du formulaire de demandes

Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dans l'attente du projet IMPACT, ajuster le formulaire Cerfa en tenant compte des remarques des utilisateurs, associations (tutoriel en ligne sur le site de la MDPH de manière à répondre aux principales questions lors du remplissage) ■ Proposer une interface interactive sur le site permettant de rendre concrètes et exploitables les informations de la notice d'explications ■ Préfigurer la généralisation du dossier IMPACT (Innover et Moderniser les Processus MDPH pour l'Accès à la Compensation sur les Territoires) : <ul style="list-style-type: none"> • communiquer vers les associations et les différents acteurs du champ du handicap ainsi que vers les acteurs de 1er niveau • informer les usagers dont les droits seront renouvelés en 2018 • informer via le futur site de la MDPH • communiquer auprès du public et des acteurs de 1er niveau lors de la prochaine mise en place du projet IMPACT
Public visé	Tous publics
Pilote	MDPH
Partenaires associés	Associations, acteurs du champ social,...
Indicateurs d'évaluation	Enquête de satisfaction à destination des usagers

Action n° 2.5.2

Porter une vigilance particulière au certificat médical

Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sensibiliser individuellement chaque médecin traitant du département ■ Renforcer le pôle médical de l'équipe pluridisciplinaire ■ Nouer des partenariats plus étroits avec les secteurs sanitaire et associatif pour des valorisations de temps d'évaluations ■ Investir les cursus universitaires
Public visé	Usagers de la MDPH, médecins généralistes et spécialistes
Pilote	MDPH
Partenaires associés	Ordre des médecins, Université, secteur hospitalier
Indicateurs d'évaluation	Évolution du rapport situations évaluées sur dossier/nombre total des demandes Enquête de satisfaction

Action n° 2.5.3

Mieux faire comprendre le cheminement de son dossier et la décision de la CDAPH	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Réaliser des supports de communication pour expliquer simplement des étapes de traitement, présenter les délais nécessaires, ■ Améliorer la qualité argumentaire des décisions de la CDAPH ■ Développer plus encore la médiation comme outil de réassurance afin d'éviter des recours gracieux ou contentieux
Public visé	Tous publics
Pilote	MDPH
Partenaires associés	Tous acteurs du champ du handicap
Coût	1 poste supplémentaire de médiateur
Indicateurs d'évaluation	Nombre de recours gracieux et contentieux Lettres d'intervention

Action n° 2.5.4

Accélérer les traitements	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mise en place d'une cellule d'évaluation pour les demandes simples concomitante à l'enregistrement du courrier, ■ Admettre dans le prolongement des préconisations du rapport Piveteau et du CNH que des situations pérennes puissent être au maximum simplifiées s'agissant de leurs renouvellements, ■ Dématérialisation des dossiers papier (GED) et informatisation du traitement du dossier notamment sur la partie évaluation
Public visé	Tous publics
Pilote	MDPH
Partenaires associés	Département (support technique)
Coût	300 000€ (partie numérisation et logiciel GED)
Indicateurs d'évaluation	Questionnaires de satisfaction à destination des usagers

Action n° 2.5.5

Personnaliser le rapport à la MDPH après le dépôt du dossier	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Développer les visites à domicile autant que faire se peut et à chaque fois que cela est nécessaire (référentiel à élaborer,..) ■ Proposer aux usagers au moyen de web service la consultation de leur dossier et l'état d'avancement ■ Permettre aux usagers de poser des questions en ligne avec la possibilité de rappel par la MDPH
Public visé	Usagers de la MDPH
Pilote	MDPH
Indicateurs d'évaluation	Évolution du rapport situations évaluées sur dossier /sur total des demandes Enquête de satisfaction

Action n° 2.5.6

Créer un observatoire des personnes handicapées

Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dans le prolongement des travaux préalables au schéma, rassembler les différentes statistiques afin de déterminer les indicateurs pertinents ■ Assurer un suivi en effectuant des requêtes trimestrielles ■ Mettre en place « Via trajectoire PH » de manière à mieux suivre les parcours et ainsi optimiser l'offre d'accueil avec la demande de prise en charge des familles ■ Maintenir avec l'outil Via trajectoire un état stabilisé des listes d'attente des ESMS du département ■ Poursuivre et consolider le codage des différentes orientations ESMS adulte et enfants ■ Établir des cartographies susceptibles d'alimenter la perception des besoins
Public visé	Institutions et associations
Pilote	MDPH
Partenaires associés	Tous les acteurs
Indicateurs d'évaluation	Publication des statistiques

3 Être accompagné en confiance dans son parcours de vie

Faciliter le parcours professionnel tout au long de la vie par un accompagnement renforcé au moment des passages charnières

Fiche 3.1 : Favoriser l'accès et le maintien dans l'emploi en milieu protégé

Constats

Le handicap et ses conséquences constituent de sérieux freins à la fois à l'accès et au maintien dans l'emploi. Or, l'insertion professionnelle est un élément important de stabilité financière mais également d'insertion sociale. A contrario, les phénomènes de désinsertion produisent des effets de second tour sur le parcours de vie des personnes handicapées (logement, santé, sentiment d'utilité, estime de soi,...). Les conditions permettant l'accès et le maintien dans l'emploi sont par conséquent primordiales à investir.

Dans le milieu protégé, les difficultés d'accès et de maintien sont aggravées notamment par :

- des difficultés à évaluer les capacités de travail et à construire un projet de vie en l'absence d'une expérience professionnelle, en tenant compte des limitations liées au handicap,
- une grande variété des pratiques des ESAT qui nuit à la lisibilité de l'ensemble et qui peut produire des approches relativement différentes à situation équivalente,
- une insuffisante prise en compte dans les ESAT des handicaps sensoriels,
- une réponse institutionnelle en deçà du besoin, près de 140 personnes figurent sur liste d'attente,
- l'approche de formation essentiellement axée sur des compétences théoriques et écrites qui dessert les stagiaires en difficultés scolaires.

Objectifs

- Décliner un accompagnement spécifique qui tienne compte de la situation du handicap et de décrochage (redonner confiance, s'épanouir, se lancer des défis, découvrir le monde professionnel...)
- Ouvrir le « champ des possibles »
- Travailler ensemble
- Tenir compte des besoins individuels inhérents aux différents handicaps

Actions

- Développer les SESSAD PRO
- Sécuriser et dynamiser les stages ESAT
- Faire vivre la charte des ESAT de la Marne
- Élaborer des chartes de bonnes pratiques pour les autres ESMS
- Viser à faire correspondre l'offre au besoin de places en ESAT
- Rendre accessibles les formations de droit commun

Action n° 3.1.1

Développer les SESSAD PRO	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Réalisation d'un état des lieux, par bassin géographique, des jeunes en risque ou en rupture scolaire et professionnelle via les Missions locales, les IME/ITEP, les enseignants référents, la MDPH ■ Création de places de SESSAD Pro par extension, spécialisation, transformation ou ex-nihilo.
Public visé	Jeunes de 14 à 20 ans, nécessitant un accompagnement médico-social, en rupture scolaire et professionnelle
Pilotes	ARS, Éducation Nationale, IME, ITEP
Partenaires associés	Cap Emploi, Missions locales, CFA, CIO, CSD, Club de prévention
Indicateurs d'évaluation	Nombre de places en SESSAD PRO

Action n° 3.1.2

Sécuriser et dynamiser les stages ESAT	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Création d'outils partagés (référentiels, fiches de liaisons, bilan...) et mise en place de réunions de concertation pour harmoniser les pratiques d'accueil et de mise en stage ■ S'organiser entre établissements pour limiter les coûts de déplacement et de restauration à la charge directe du stagiaire, ■ Favoriser durant la période de stage l'accès à une offre d'hébergement médico-sociale en proximité des lieux de stage sans notification d'orientation préalable ■ Mettre en œuvre le dispositif de la Mise en Situation Professionnelle en ESAT (MISP) permettant de garantir au niveau assurantiel l'intégration de stagiaires en ESAT.
Public visé	Stagiaires ESAT de la Marne
Pilotes	MDPH
Partenaires associés	ARS, Département, ESAT
Indicateurs d'évaluation	Nombre de stages effectués

Action n° 3.1.3

Faire vivre la charte des ESAT de la Marne

Mise en œuvre opérationnelle	<p>■ Organiser des rencontres 2 fois par an pour effectuer un point sur les avancées des établissements et axes d'amélioration concernant les points évoqués dans la charte parmi lesquels:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les relais avec l'Éducation nationale et les ESMS enfants • La gestion des listes d'attente • Les outils partagés • Les sorties vers le milieu ordinaire et accompagnement • Les temps partiels • Les formations des professionnels et échanges de pratiques mutualisées
Public visé	Les directeurs ESAT et leurs équipes éducatives
Pilote	MDPH
Partenaires associés	Les 13 ESAT de la Marne et leurs partenaires
Indicateurs d'évaluation	Bilan intermédiaire

Action n° 3.1.4

Élaborer des chartes de partenariat pour les autres ESMS

Mise en œuvre opérationnelle	<p>■ Sur le modèle de la charte des ESAT et afin de développer plus encore la logique de parcours, contribuer à rapprocher les pratiques et les partenariats des ESMS sur les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les relais avec l'éducation Nationale et les autres ESMS • La gestion des listes d'attente • Les outils partagés • Les formations des professionnels et échanges de pratique mutualisées <p>Établissements prioritaires : IME et ITEP</p>
Public Visé	Les directeurs des autres ESMS et leurs équipes éducatives
Pilote	MDPH
Partenaires associés	ARS, Département,...
Indicateurs d'évaluation	Bilan intermédiaire

Action n° 3.1.5

Viser à faire correspondre l'offre au besoin de places en ESAT

Mise en œuvre opérationnelle	<p>L'offre d'ESAT dans le département doit tenir compte des tensions constatées par la MDPH, fonction du nombre de personnes en liste d'attente ou qui n'ont pas concrétisé leurs orientations</p> <p>Le besoin d'offres nouvelles est particulièrement marqué pour les personnes en situation de déficience du psychisme (environ 200 personnes concernées par un besoin non satisfait*), de déficience intellectuelle (environ 100 personnes*) et de surhandicap (environ 70 personnes*).</p> <p>Les territoires prioritaires identifiés sont l'agglomération de Reims (40 à 55% des besoins*), l'agglomération de Chalons en Champagne (15% à 20% des besoins*).</p> <p>En corollaire de l'évolution de l'offre en ESAT, l'offre d'hébergement devra être adaptée en fonction de l'expression des besoins.</p> <p><i>*chiffres arrondis fournis par la MDPH</i></p>
Public visé	Personnes handicapées orientées en ESAT
Pilote	ARS
Partenaires associés	MDPH, Département
Indicateurs d'évaluation	Nombre de places ESAT créées

Action n° 3.1.6

Rendre accessibles les formations de droit commun

Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Créer des passerelles entre les organismes de formation de droit commun et les dispositifs relatifs au handicap ■ Anticiper les situations d'accompagnement spécifiques des stagiaires handicapés par la mise en réseau des institutions concernées par la problématique et adopter un dispositif conjoint de prise en charge ■ Valoriser les compétences des personnes handicapées qui n'auraient pas validé de diplôme par une reconnaissance des aptitudes professionnelles en s'inspirant du dispositif « Différents et Compétents »
Public Visé	Stagiaires de la formation professionnelle ayant des besoins d'adaptation liés au handicap
Pilote	AGEFIPH Cap Emploi
Partenaires associés	Organismes de formation Alternance pour tous
Indicateurs d'évaluation	Passerelles créées et situations suivies

Fiche 3.2 : Fluidifier les parcours entre les secteurs protégé et ordinaire

Constats

Sur les quelques 1 200 travailleurs en ESAT, on dénombre moins de 5 sorties par an vers le milieu ordinaire. Même si au niveau national, on constate également des proportions très faibles de l'ordre de 3 à 5 %, les données marnaises sont anormalement basses et méritent une réponse à la hauteur de l'enjeu. Or, le PRITH (Plan Régional pour l'Insertion des Travailleurs Handicapés) qui constitue le fil conducteur de l'action publique en matière d'insertion professionnelle n'a que très peu investi cette phase encore trop en amont du milieu ordinaire.

Pourtant, les différentes réflexions en la matière démontrent l'utilité d'initier des parcours en les sécurisant afin que certaines situations puissent durablement « sortir » du milieu protégé et permettre par là même un renouvellement plus important des entrées en ESAT.

De même, les personnes cérébro-lésées, souvent à la suite d'accidents de la route, peuvent initier des parcours de réinsertion professionnelle en milieu ordinaire si elles sont accompagnées très en amont de manière à inscrire durablement leur projet en lien avec les différents acteurs.

Les freins à cette mobilité sont connus. Il s'agit principalement :

- du contexte socio-économique défavorable, plus impactant pour les plus fragiles,
- d'insuffisantes conditions d'adaptation du poste en milieu ordinaire,
- des réticences multiples :
 - des employeurs à embaucher une personne en situation de handicap,
 - de la personne à quitter le cadre rassurant et bienveillant de l'ESAT pour rejoindre un contexte de travail plus stressant et exigeant et souvent moins rémunérateur,
 - parfois des ESAT à se séparer des meilleurs éléments qui apportent du dynamisme et de l'efficacité dans les équipes,
- des inquiétudes des employeurs à l'idée d'embaucher une personne en situation de handicap surtout d'ordre mental ou psychique. Lorsque l'arrivée du travailleur ESAT sur un poste en milieu ordinaire est mal préparée (même volontairement par souci de discrétion et non stigmatisation), l'intégration peut être difficile au sein de l'équipe des collègues.
- méconnaissance entre les acteurs du secteur médico-social de l'accompagnement socio-professionnel et des entreprises (Qui fait quoi ? Quelles aides ?)

Objectifs

Rendre la personne actrice de son parcours professionnel

- Travailler en réseau à partir du projet de la personne
- Éviter les ruptures de parcours en facilitant et sécurisant les expériences professionnelles
- Sensibiliser et rassurer les employeurs à la question du handicap en offrant un accompagnement social et professionnel pérenne et réactif
- Avoir une attention particulière vers les personnes cérébro-lésées

Actions

- Soutenir l'insertion professionnelle par le dispositif « ESAT TREMPLIN » pour le public relevant du milieu ordinaire mais présentant des difficultés spécifiques
- Sécuriser le parcours en Milieu Ordinaire de façon pérenne après une sortie ESAT
- Ouvrir un ESAT psy « hors les murs » à Châlons-en-Champagne
- Valoriser les activités et savoirs faire des ESAT et Entreprises adaptées
- Pour les personnes cérébro-lésées, développer l'accompagnement par Unité d'Évaluation, de Réentraînement et d'Orientation Sociale et/ou professionnelle (UJEROS)

Action n° 3.2.1

Soutenir l'insertion professionnelle par le dispositif « ESAT TREMPLIN » pour le public relevant du milieu ordinaire mais présentant des difficultés spécifiques

Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Accorder des orientations dérogatoires pour un accompagnement en ESAT limité à 2 ans. ■ Engagement de l'ESAT à offrir un accompagnement renforcé ouvert vers l'extérieur ■ Engagement de la personne à s'impliquer au mieux dans le parcours proposé par voie de convention
Public Visé	Personnes relevant du Milieu Ordinaire mais devant lever des freins en lien avec le handicap
Pilote	MDPH
Partenaires associés	ESAT, IME
Indicateurs d'évaluation	Nombre de parcours ESAT TREMPLIN réalisés Sorties positives

Action n° 3.2.2

Sécuriser le parcours en milieu ordinaire de façon pérenne après une sortie ESAT

Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Préparer les employeurs et les salariés du milieu ordinaire à l'accueil et l'intégration des travailleurs handicapés (documentations, réunions...) ■ Mise en place des moyens de compensation du handicap si besoin (ergonomie, temps de travail...) ■ Désigner un référent de parcours chargé d'assurer l'accompagnement social global et/ou l'accompagnement en entreprise de manière pérenne si besoin, ■ Droit au retour en ESAT en cas de difficultés
Public Visé	Travailleurs sortants d'ESAT pour un emploi en Milieu Ordinaire
Pilote	ESAT
Partenaires associés	CSD, SAVS/SAMSAH, SESSAD PRO, UDAF, ATI, CAP Emploi, Permanence du Jard, Entreprises adaptées, chantiers d'insertion, économie sociale et solidaire, intérim social
Indicateurs d'évaluation	Nombre de sortants d'ESAT pour un emploi en Milieu Ordinaire Nombre de parcours pérennes en milieu ordinaire

Action n° 3.2.3

Ouvrir un ESAT psy « hors les murs » à Châlons-en-Champagne

Mise en œuvre opérationnelle	<p>Susciter une action expérimentale de sensibilisation des entreprises en vue de l'identification d'emplois et de postes de travail susceptibles d'être tenus par des personnes handicapées psychiques dans un environnement motivé.</p> <p>Par redéploiement de moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Soutenir la personne en situation de handicap psy dans la définition d'un projet professionnel et dans la recherche d'une entreprise d'accueil (contrat de mise à disposition 2 ans maximum avec facturation à l'entreprise) ■ Accompagner le parcours vers la pérennisation de l'emploi en partenariat avec les équipes de soins et la mise en place d'un relais social
Public Visé	Personnes souffrant de troubles psychiques (stabilisées) et souhaitant tenter une insertion professionnelle par le biais d'un accompagnement spécifique
Pilote	ESAT Les Antes, Elisa
Partenaires associés	ARS, EPSM, CREF, entreprises locales Appui de l'ESAT hors les murs de Troyes (ADAPT)
Indicateurs d'évaluation	Nombre d'emplois intégrés

Action n° 3.2.4

Valoriser les activités et savoirs faire des ESAT et Entreprises adaptées

Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Inciter les ESAT à organiser leurs propres journées portes ouvertes en s'inscrivant dans une dynamique globale et médiatisée, durant la semaine pour l'emploi des personnes handicapées ■ Créer des passerelles avec le milieu ordinaire (nouveaux contrats, détachement de travailleurs...)
Public Visé	Personnes handicapées, familles, partenaires, entreprises, équipes des ESAT et des Entreprises adaptées
Pilote	ESAT
Partenaires associés	ESAT, Entreprises adaptées, ARS, DIRECCTE
Indicateurs d'évaluation	Nombre d'ESAT et Entreprises adaptées impliqués Nombre de visiteurs

Action n° 3.2.5

Pour les personnes cérébro-lésées, développer l'accompagnement par Unité d'Évaluation, de Réentraînement et d'Orientation Sociale et/ou professionnelle (UEROS)

Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Définir avec l'UEROS la possibilité d'organiser des sessions par zone géographique (Châlons / Sézanne et Epernay / Vitry le François / Ste Ménéhould) avec mise en place de solutions de transport : train + navette, co-voiturage, navette commune selon situation. ■ Organiser des rencontres entre les futurs stagiaires d'une même zone géographique par la MDPH pour aborder notamment la question du transport et/ou du logement
Public Visé	Personnes cérébro-lésées habitant loin de Reims, ne pouvant ni se déplacer seules ni occuper l'appartement proposé par l'UEROS le temps du stage
Pilote	UEROS - MDPH
Partenaires associés	Les stagiaires UEROS et leur famille, ESAT IMC, réseau collaboratif internet, foyer des jeunes travailleurs, CLIC, associations personnes âgées, bailleurs sociaux, ORRPA (Office Rémois des Retraités et Personnes âgées)
Indicateurs d'évaluation	Nombre de sessions et rencontres organisées

Améliorer l'accompagnement en respectant le projet de vie personnalisé

Que la personne handicapée soit plus ou moins indépendante ou plus ou moins autonome, qu'elle vive dans un domicile individuel, semi-collectif ou dans un établissement médico-social, il existe un besoin d'accompagnement. Cet accompagnement modulable, sécurisant mais non intrusif, doit pouvoir s'adapter et garantir une continuité de parcours aux différents âges et temps de la personne handicapée.

C'est donc cette notion d'accompagnement, au sens large intégrant notamment l'hébergement et la couverture des besoins sanitaires qui doit continuer à progresser qualitativement et quantitativement.

Objectifs

- Développer une offre de logement autonome intégrant un accompagnement socio-éducatif et une coordination de prestations pouvant être partagées
- Améliorer et développer le dispositif de prise en charge institutionnel par des créations nouvelles de services accompagnant et soutenant le domicile, par des offres et dispositifs pensés pour les personnes handicapées vieillissantes

Fiche 3.3 : Développer l'accompagnement en logements autonomes

Constats

À domicile mais pas tout seul

Tant pour des raisons d'adaptation aux envies de certaines personnes handicapées suffisamment autonomes que pour des raisons financières tenant aux coûts de construction et de fonctionnement des foyers de vie et des foyers d'hébergement, le développement d'habitats intermédiaires, sécurisés, accompagnés mais non médico-sociaux apparaît une alternative innovante à bâtir avec les associations.

De l'évolution des attentes et des capacités d'un certain nombre de personnes handicapées est née une volonté partagée par les professionnels de voir se diversifier les solutions d'habitat avec un accompagnement adapté telles que « les habitats regroupés ». Ces habitats regroupés, parfois appelés « béguinage » présenteraient une solution innovante et souple, intermédiaire entre le domicile individuel et l'établissement médico-social collectif. Proche de la construction initiée avec les « Familles Gouvernantes » de l'UDAF, ces modes d'habitats nécessiteraient notamment de faciliter les mutualisations de prestations que sont la PCH, les Services Ménagers, le portage de repas avec un renforcement de l'accompagnement réalisé par les SAVS.

Par ailleurs, ce modèle d'habitat regroupé avec SAVS « renforcé » pourrait tout à fait trouver un intérêt pour des secteurs du département non pourvus de foyer d'hébergement bien qu'avec une activité ESAT (Secteur de Sézanne) ou pour un public plus jeune et autonome dont la vie collective des foyers ne répond pas aux aspirations et qui trouverait un environnement plus adapté dans une forme de colocation sécurisante.

Enfin, la loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 réforme les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées en organisant les modalités de fonctionnement des Résidences Autonomie, ouvrant celles-ci à l'accueil dans des proportions limitées et sous conditions d'un projet d'établissement spécifique de personnes handicapées. L'offre de Résidences Autonomies du Département représentant plus de 1980 places, des coopérations entre ces établissements et les SAVS pourraient ouvrir de nouvelles perspectives d'habitat.

Un besoin de renforcer l'offre de service et diversifier ses modes d'interventions

Un renforcement de l'offre de service doit être mis en œuvre pour tenir compte de l'accroissement des demandes d'accès aux services sociaux ou médico-sociaux et des nouvelles conditions d'hébergement exprimées ci-dessus.

En recoupant les informations disponibles pour quantifier les besoins que sont les orientations sans mise en œuvre pour les personnes hors établissements et les listes d'attentes déclarées par les SAVS et SAMSAH, plusieurs secteurs en tension ont été identifiés.

Ainsi, il est constaté des besoins estimés particulièrement marqués en :

- SAVS (estimés à 180 personnes en attente)
- SAMSAH (estimés à 70 personnes en attente)

S'agissant des SAVS, la demande est particulièrement prégnante, d'autant que tous les handicaps ne disposent pas de SAVS sur tout le territoire marnais. Aussi, bien que le Département soit particulièrement bien doté en nombre de places de service d'accompagnement à la vie sociale (notamment en raison de son investissement dès la fin des années 1980 dans ces services et par la construction innovante du SAVS « Familles Gouvernantes »), l'ouverture ou l'extension de nouveaux services destinés à répondre à la demande et à mieux couvrir le territoire doit être envisagée. Cette extension du nombre de places doit également pouvoir s'accompagner d'une différenciation des conditions de suivi, avec les structures « renforcées » notamment en soutien aux habitats regroupés ou résidences autonomie, mais aussi la définition d'un suivi plus léger et ponctuel sous forme de « file active ».

L'accompagnement des personnes handicapées à domicile nécessite pour certaines d'entre elles, d'intégrer une dimension soins dans des proportions importantes ; soit que cette dimension soins nécessite des interventions de soins infirmiers, soit qu'elle requière interventions et coordinations à dimension sanitaire. L'émergence de places de SSIAD dédiées aux personnes handicapées tout comme l'apparition progressive de SAMSAH dans le département n'a pas répondu à l'importante demande en la matière. Ainsi, alors que la Marne dispose de 64 places de SAMSAH (24 pour handicap moteur, 20 pour handicap psychique et 20 pour déficience intellectuelle), les réponses non retenues à l'appel à projet pour la création de 20 places pour déficience intellectuelle ont cependant permis de présenter des estimations des besoins pour les secteurs de Chalons en Champagne, Epernay et Vitry-le-François. Ces besoins sont importants, avec une tendance à la progression compte tenu du vieillissement. En outre le besoin pour ce public n'est pas couvert sur le secteur de Reims par les seules 8 places créées. Quant aux handicaps moteurs et psychiques, l'offre actuelle ne permet pas une couverture des principaux territoires urbains du département et reste limitée à l'agglomération rémoise.

S'agissant des besoins de soins infirmiers, le cadre d'un fonctionnement intégré avec les interventions des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) apporté par les SPASAD (services polyvalents d'aide et de soins à domicile) présente un dispositif intéressant d'amélioration des interventions pour des bénéficiaires de la PCH. Principalement lancé dans le champ des personnes âgées, ce fonctionnement associant SSIAD et SAAD pourrait être organisé pour les personnes handicapées. Néanmoins, cela nécessite un nombre de places de SSIAD dédiées aux personnes handicapées suffisant qui n'existe actuellement que sur l'agglomération de Reims. Et encore faudra-t-il préalablement à l'organisation d'un SPASAD dépasser les contraintes d'une sectorisation des quelques places de SSIAD PH par quartier, peu compatible avec leur nombre.

Enfin, parmi les réponses adaptées et souples que le Département a su promouvoir et organiser, le dispositif d'accueil familial agréé reste une solution qu'il faut conforter. En la matière, la sécurisation du statut d'employeur de la personne handicapée hébergée avec la complexité inhérente à cette situation est une préoccupation constante des services départementaux. Le Département de la Marne a depuis 2005 mis à disposition des familles et tuteurs un programme informatique permettant le calcul semi-automatisé des fiches de paies et facturations à l'aide sociale. A ce jour, cet outil connaît des limites que les technologies de l'information devraient lever. Aucun logiciel n'ayant été développé sur le marché, la conception par les services du Département reste l'alternative la plus pertinente.

Actions

- Diversifier les différentes formes d'habitat non institutionnel en fonction du degré d'autonomie
- Adapter l'accès aux personnes handicapées aux résidences autonomie
- Créer de nouvelles places de SAVS et SAVS renforcés
- Envisager la création d'un SPASAD pour personnes handicapées
- Mettre à disposition des employeurs des familles d'accueil agréées des outils de calcul des paies et des droits à prestations

Action n° 3.3.1

Diversifier les différentes formes d'habitat non institutionnel en fonction du degré d'autonomie

Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Définir un cahier des charges de l'habitat regroupé en tenant compte des spécificités du public (retraité ou travailleur) avec notamment : <ul style="list-style-type: none"> • cadre architectural • modalité ou nature d'accompagnement • services et prestations associés ■ Secteurs prioritaires identifiés : <ul style="list-style-type: none"> • pour les travailleurs ESAT : le Sézannais (compte tenu de l'absence d'offre de foyer d'hébergement) et l'agglomération rémoise (compte tenu de d'une offre limitée en foyer d'hébergement au regard du nombre de places d'ESAT) • pour les personnes handicapées vieillissantes : Sainte Menehould, Jonchery sur Vesle, Vitry-le-François, Sézanne, Épernay, Reims, Chalons en Champagne
Public Visé	Personnes handicapées présentant une autonomie intermédiaire entre la capacité d'une vie seule à domicile et en foyer d'hébergement
Pilote	Département
Partenaires associés	Associations gestionnaires d'établissements, bailleurs sociaux
Indicateurs d'évaluation	Réalisation du cahier des charges Création des places d'hébergement

Action n° 3.3.2

Adapter l'accès aux personnes handicapées aux résidences autonomie

Mise en œuvre opérationnelle	<p>Sensibiliser les gestionnaires de résidence autonomie aux possibilités d'accueil des personnes handicapées</p> <p>Faciliter les rencontres et les projets entre ces gestionnaires et les associations gestionnaires de services pour personnes handicapées.</p> <p>Accompagner les projets d'accueil de personnes handicapées pour un SAVS associé au projet et pour l'existence d'un réseau social.</p>
Public Visé	Personnes handicapées autonomes
Pilote	Département
Partenaires associés	Associations
Indicateurs d'évaluation	Nombre de personnes handicapées en résidences autonomie

Action n° 3.3.3

Créer de nouvelles places de SAVS et SAVS renforcés

Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Assurer la présence des SAVS pour tous types de handicap sur le territoire. ■ Affiner avec la MDPH le besoin géographique des extensions de capacité à mettre en œuvre ■ Décliner une offre de SAVS « renforcés » en soutien à la création d'habitats regroupés ■ Adapter les modes de fonctionnement, de financement et d'autorisation des SAVS pour qu'ils apportent un soutien irrégulier et ponctuel souple à un nombre élargi de personnes : notion de file active pour une partie de l'activité ■ Objectif de 150 places sur 5 ans
Public Visé	Personnes handicapées dont la vie à domicile nécessite un accompagnement à la vie sociale
Pilote	Département
Partenaires associés	MDPH
Coût	900.000€ annuel pour 150 places nouvelles
Indicateurs d'évaluation	Évolution du nombre de personnes orientées SAVS sans prise en charge

Action n° 3.3.4

Renforcer l'accompagnement en soins des personnes handicapées par des créations de SAMSAH et SPASAD pour personnes handicapées

Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pour les SPASAD : <ul style="list-style-type: none"> • Mener un état des lieux de l'offre de SSIAD pour personnes handicapées sur le secteur rémois • Identifier les synergies potentielles avec un service d'accompagnement et d'aide à domicile spécialisé dans le handicap • Mettre en place un SPASAD à taille opérationnel ■ Pour les SAMSAH : <ul style="list-style-type: none"> • Favoriser la création dans chaque bassin de population, d'une offre de SAMSAH complémentaire à l'offre de SAVS • Définir une capacité minimale de places permettant la création d'un plateau technique fonctionnel • Pour les déficiences intellectuelles, adosser les créations de places nouvelles de SAMSAH à des SAVS du territoire non couvert et pour les handicaps psychiques ou moteurs les adosser à un SAMSAH déjà existant sur l'agglomération rémoise
Public Visé	Personnes handicapées à domicile présentant un besoin de soins infirmiers et d'aides à domicile bénéficiaires de la PCH
Pilote	Département, ARS
Partenaires associés	SSIAD et SAAD spécialisé Gestionnaire de SAVS et SAMSAH
Indicateurs d'évaluation	Réalisation de l'état des lieux des SSIAD Création d'un SPASAD opérationnel Création de places de SAMSAH

Action n° 3.3.5

Mettre à disposition des employeurs des familles d'accueil agréées des outils de calcul des paies et des droits à prestations

Mise en œuvre opérationnelle	<p>Adapter et améliorer les outils informatiques mis à disposition des personnes âgées ou handicapées accueillies en Familles d'accueil.</p> <p>Permettre le calcul sécurisé de la rémunération, l'édition du bulletin de paie et la facturation à l'aide sociale le cas échéant.</p> <p>Réaliser un outil spécifique par un stagiaire en école informatique.</p>
Public Visé	Personnes âgées ou handicapées accueillies en familles d'accueil agréées
Pilote	Département
Coût	De 1 500 à 3 000 €
Indicateurs d'évaluation	Réalisation des outils

Fiche 3.4 : Améliorer et développer le dispositif de prise en charge institutionnelle

Constats

■ Une nécessaire adaptation de l'offre d'établissements et des conditions d'accueil et de prise en charge à l'évolution du public :

L'évolution du public accueilli et la confrontation des établissements aux troubles du comportement

De plus en plus de personnes présentant des troubles du comportement associés à un handicap mettent en difficultés ou en échec les professionnels des établissements. Les équipes éducatives sont désarmées car non formées à appréhender ce type de comportement. Bien que le Département ait adopté un dispositif spécifique, sécurisant et qualitatif, pour orienter certaines personnes vers quelques établissements belges plus adaptés, la construction d'une offre nouvelle, renforcée et adaptée à ces pathologies associées apparaît indispensable et reconnue à plusieurs niveaux des réflexions menées dans le cadre de la préparation de ce schéma (cf. Fiche action 2.4 : éviter les ruptures).

Il est donc recommandé la création d'un établissement spécialisé « pour situations complexes » avec milieu de vie limité à une unité de 6 places. Une telle réponse au besoin identifié par la MDPH et les établissements du département pourrait prendre la forme soit d'un établissement neuf comprenant 3 unités de 6 places autonomes, soit la construction d'unités spécifiques de 6 places annexées à des établissements existants. Considérant la spécificité du public, et la nature de la prise en charge (permanente ou de répit) la catégorie médico-sociale de cette structure (foyer de vie, FAM, MAS) devra être envisagée avec souplesse et son financement conjoint, Département/Assurance Maladie, dépasser le cadre du forfait soin.

Cette offre nouvelle, qui s'inscrirait dans une stratégie d'offre de proximité (cf. « Plan de prévention et d'arrêt des départs non souhaités de personnes handicapées vers la Belgique » présenté par l'État en janvier 2016) ne pourra constituer qu'une partie des réponses à cet enjeu du développement des troubles des comportements constatés dans les établissements. Dans une approche plus globale de la réponse à apporter, le Département doit pouvoir construire un réseau d'accueil et de prise en charge complémentaire permettant à chaque personne touchée par des troubles du comportement de trouver sa place et des conditions de vie et de soins adaptées ; les personnes atteintes de troubles autistiques devant également être ici prises en considération. Un tel réseau doit pouvoir s'appuyer sur des établissements spécialisés présentant des thématiques d'accueil complémentaires avec des conditions de fonctionnement par petits groupes ou unités. Compte tenu des diversités et des évolutions, il convient de prévoir une offre intégrant des places de FAM, de foyers de vie, de MAS dans des modalités associées de parcours coordonnés.

Les personnes handicapées vieillissantes (PHV)

Un consensus a été établi autour de constats touchant au vieillissement des personnes handicapées. Si cette problématique avait déjà été abordée avec conscience lors du précédent schéma, les retours d'expérience apportent de nouvelles considérations.

Il est nécessaire de répondre aux besoins spécifiques de l'avancée en âge des personnes en situation de handicap. Les travailleurs handicapés âgés entre 45 et 60 ans représentent 45% de la population ESAT dans la Marne.

L'accompagnement en âge des travailleurs ESAT nécessite une adaptation de leur temps de travail et la mise en place de temps de travail partiel couplé avec des temps d'activités culturelles, intellectuelles...

Cette flexibilité du temps de travail doit être articulée avec la fatigabilité et l'usure professionnelle de la personne handicapée et nécessite d'apporter des réponses au projet social en complément d'un temps de travail ponctuel.

Plus précisément, ce vieillissement pose les questions de la prise en charge de journée des travailleurs lors de leur temps partiel et du lieu de vie ainsi que sa transition lors du passage à la retraite. En effet, les foyers d'hébergement pensés pour des travailleurs (et le rythme professionnel qui en découle) ne sont pas adaptés pour des pensionnaires restant en journée. Si des avancées notables ont été menées en dotant la plupart des foyers d'hébergement de

personnel de journée pour organiser cet accueil de jour, ils ne peuvent s'adapter au maintien sur site de jeunes retraités qui y ont pourtant tous leurs repères. C'est donc tout à la fois la préparation, la transition et l'habitat pour la retraite des travailleurs ESAT qu'il convient d'imaginer.

Plusieurs dispositifs ont déjà été mis en place ou créés ces dernières années dans le département : établissements spécialisés (foyer d'hébergement « La Roseraie » à Sainte Ménéhould, foyer de vie « MARPHA » à Sompuis, conventionnement entre association gestionnaire d'ESAT et EHPAD pour la création d'unité spécifique à Reims). Avec cette diversité d'offres qui mérite de se renforcer s'ajoute également une passerelle vers les « habitats regroupés » avec services d'accompagnement à créer.

La réhabilitation des établissements d'hébergement

Plusieurs foyers d'hébergement annexés à des ESAT présentent des conditions d'accueil vieillissantes, inadaptées aux demandes des usagers et aux standards de confort d'aujourd'hui. Construits il y a plus de 25 ans, les foyers d'hébergement Mermoz à Chalons en Champagne, Le Relais à Pouillon, La Jonquière à Jonchery-sur-Vesle et Les Antes au Meix-Tiercelin nécessitent d'importants travaux de réhabilitation ou reconstruction pour permettre la mise à disposition d'espaces individuels et collectifs de qualité et tout particulièrement concernant les sanitaires et douches dont le nombre réduit est inadapté aux besoins et aux rythmes des travailleurs ESAT.

Une importante programmation, d'ores et déjà débutée s'agissant du foyer La Jonquière, doit être mise en œuvre afin de rénover et moderniser ces établissements dont la nature des propriétaires diffère (Bailleur social, Département, Gestionnaire...)

■ Un développement de l'offre pour répondre aux besoins des personnes en attente de solutions :

Le besoin de renforcement de l'offre d'établissements dans le département

Outre les interventions et créations pour apporter une réponse aux personnes présentant des troubles du comportement associés à un handicap (18 places à créer), un renforcement de l'offre d'établissements pour adultes doit être mise en œuvre pour tenir compte de l'accroissement des demandes d'accès à des établissements.

En recoupant les informations disponibles pour quantifier les besoins que sont les orientations sans mise en œuvre, les listes d'attentes déclarées des ESMS et les prévalences statistiques, plusieurs secteurs en tension sont identifiés.

Il convient néanmoins préalablement à la définition d'une programmation, d'exprimer les limites des données disponibles et de considérer nécessaire la poursuite du travail de recensement et d'analyser des besoins menés par la MDPH. En effet, nous pouvons noter :

- Un manque de précisions sur les besoins TED
- Les besoins des résidents des foyers de vie/SAVS vers les FAM/MAS/SAMSAH ne sont pas apparents car leurs établissements d'accueil ne formalisent pas de demande d'orientation avant la place disponible
- Tous les établissements ne fournissent pas leur liste d'attente et leur tenue reste à harmoniser
- Les listes d'attente ne peuvent concerner que des établissements ou services déjà existants
- Un besoin de prendre en compte les évolutions médicales (ex : nouveaux médicaments qui laissent plus d'autonomie).
- L'évaluation du besoin doit intégrer la distinction « sans solution » et « avec solutions dégradées ».

En outre, l'ouverture en avril 2016 puis en novembre 2016 du FAM pour personnes handicapées vieillissantes de Chalons en Champagne (44 places) et de l'ensemble de foyers de Betheny (20 places de FAM et 24 places de Foyers de vie), va impacter très positivement les demandes d'accueil en établissement, ce qui nécessitera d'évaluer finement en 2017 le besoin en foyers de vie après stabilisation de ces 88 places nouvelles.

Ces données de prudence apportées, il est constaté des besoins estimés particulièrement marqués en MAS (estimés de 60 à 120 personnes en attente) et en FAM (estimés de 100 à 160 personnes en attente).

En ce qui concerne les MAS dont la demande est fortement marquée, il convient de mettre en lumière les situations complexes de personnes au handicap survenant entre 50 et 60 ans, dont l'absence de places en MAS conduisent les services hospitaliers de Soins de Suite et Réadaptation à solliciter des dérogations d'âge en EHPAD (induisant des inadaptations de prise en charge et des transferts de dépenses entre financeurs) ou la construction de plans d'aide PCH particulièrement lourds à mettre en œuvre et inconfortables à vivre.

Plus particulièrement pour les personnes autistes dont une partie des réponses pourra être apportée, une structure supplémentaire dans le département, intégrant accueil de journée et hébergement mixte médicalisé et non médicalisé devra être étudiée en position complémentaire aux 2 FAM déjà existants. Compte tenu des investissements et espaces d'activités spécifiques des FAM de Cormontreuil et Fagnières, cette nouvelle offre pourra s'inscrire dans des logiques de mutualisation.

■ Une nouvelle approche de la gestion des établissements et services

La gestion des établissements et services en faveur des personnes handicapées relevant du Département se répartit entre 20 associations ou structures publiques. Dans un contexte général où les coûts de structures doivent être maîtrisés et les contraintes de gestion et de normes sont accentuées, les gestionnaires marnais se trouvent globalement en situation de faiblesse sur des aspects techniques (recrutement de spécialistes, expertise...), voir sur des aspects de finances et de gouvernance.

Tout en préservant la proximité, l'esprit d'initiative et la responsabilité locale, des coopérations sont possibles, notamment concernant les aides techniques (exemple : le choix de l'organisme de mutuelle, les suivis de maintenance, les démarches qualité, les paies et droits du travail...). Il apparaît que les gestionnaires sont conscients de ces problématiques mais qu'ils recherchent ou attendent que la dynamique soit impulsée par le Département.

Si un travail pour déterminer des thèmes pouvant faire l'objet d'une mutualisation ou de coopération doit être entrepris, le domaine des formations est d'ores et déjà identifié. En effet, le budget des formations étant divisé par deux depuis le 1er janvier 2016 dans les établissements, il s'avère difficile de former tout le personnel alors même que les besoins et les domaines à privilégier font consensus. Il pourrait ainsi être créé des plateformes de formation ou organisés des échanges de pratiques et de formations communes afin de réduire le coût, tout en considérant que des financements supplémentaires par les autorités de tarification de certaines formations comme « canaliser la violence en institution » relèvent d'une nécessité.

Dépassant les intérêts de stricte gestion, ces coopérations conduiront également à une meilleure connaissance, reconnaissance, voir solidarité des établissements entre eux et pourront avoir un effet positif sur la fluidité de l'offre et les parcours des personnes handicapées d'une structure à l'autre.

Actions :

- Renforcer et structurer l'offre d'accueil en établissements médico-sociaux pour adultes
- Réhabiliter le parc immobilier des Foyers d'hébergement pour travailleurs ESAT
- Accompagner les personnes handicapées vieillissantes : développer l'accompagnement de jour pour travailleurs ESAT
- Accompagner les personnes handicapées vieillissantes : l'après Foyer d'hébergement pour les retraités d'ESAT
- Accompagner les personnes handicapées vieillissantes : développer l'accueil spécifique en EHPAD
- Diversifier les solutions de soutien et répit aux aidants
- Susciter des coopérations et mutualisations entre gestionnaires d'établissement

Action n° 3.4.1

Renforcer et structurer l'offre d'accueil en établissements médico-sociaux pour adultes

Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Répondre au besoin quantitatif de places médicalisées en affinant la définition du besoin par nature de handicap notamment entre les natures les plus représentées en liste d'attente (Déficience du psychisme, déficience motrice, polyhandicap, maladies invalidantes) et faire reconnaître le besoin de places nouvelles en MAS/FAM par le PRIAC concernant le Département de la Marne. ■ Construire une offre polyvalente et intégrée d'établissements par l'organisation d'un ensemble complémentaire d'accueil des personnes en situation de handicaps complexes avec troubles du comportement, permettant à chaque personne de trouver sa place adaptée à sa situation dans une logique d'une orientation foyer de vie, FAM ou MAS comprenant : <ul style="list-style-type: none"> • Des places spécialisées « pour situations complexes » par réalisation d'un appel à projet portant sur 1 établissement avec dotation soins de 3x6 places ou de 3 extensions d'établissements existants pour 6 places • Des places de FAM (2x20 places à créer) fonctionnant en coopération et mutualisation avec des foyers de vie ou FAM existants pour : <ul style="list-style-type: none"> - personnes handicapées mentales démunies de capacité de prise en charge personnelle et nécessitant des soins médicaux - personnes handicapées mentales dont les difficultés sont liées à leur(s) problématique(s), à l'environnement et aux interactions entre les personnes et l'environnement • Des places nouvelles pour adultes autistes dans un établissement combinant places d'accueil de jour (10 places) et hébergement partiellement médicalisé (20 places) • Des places de MAS ou d'unités spécifiques au sein de plusieurs MAS existantes, au projet d'établissement à redéfinir (2 X 6 places) <p>Définition d'un cadre de fonctionnement novateur entre financeurs et gestionnaire.</p>
Public Visé	<p>Personnes lourdement handicapées</p> <p>Personnes handicapées présentant des situations complexes liées à des troubles du comportement</p>
Pilote	Département
Partenaires associés	ARS
Indicateurs d'évaluation	<p>Création des places</p> <p>Nombre de personnes identifiées dans les commissions dédiées</p> <p>Fréquence des admissions dans des établissements Belges</p> <p>Nombre de dérogations d'âge en EHPAD pour personnes de 50 à 60 ans</p>

Action n° 3.4.2

Réhabiliter le parc immobilier des Foyers d'hébergement pour travailleurs ESAT	
Mise en œuvre opérationnelle	Accompagner les gestionnaires de foyers d'hébergement dans la définition de leurs besoins de réhabilitation. Assurer la programmation financière des opérations de réhabilitation Cout +200 000 €/ans sur 4 ans
Public Visé	Résidents des foyers d'hébergement Mermoz, Les Antes, la Jonquièrre et Le Relais
Indicateurs d'évaluation	Établissements réhabilités

Action n° 3.4.3

Accompagner les personnes handicapées vieillissantes : développer l'accompagnement de jour pour travailleurs ESAT	
Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pour les travailleurs hébergés en Foyers : <ul style="list-style-type: none"> •Faciliter la mise en œuvre des temps partiels en ESAT par la constitution d'une offre d'accueil de jour au sein des Foyers d'hébergement ■ Pour les travailleurs non hébergés : <ul style="list-style-type: none"> •Acter le principe qu'une place d'ESAT peut être occupée par plusieurs temps partiels et renforcer l'accompagnement éducatif en tenant compte du nombre de personnes et non pas seulement du nombre de places autorisées. •Organiser le temps libre par des activités internes ou ouvertes sur l'extérieur (Groupe d'Entraide Mutuelle, Maisons de quartiers, clubs 3^{ème} âge...)
Public Visé	Travailleurs ESAT à temps partiel
Pilote	Département et ARS
Partenaires associés	Établissement ESAT et Foyers d'Hébergement
Indicateurs d'évaluation	Temps partiels supplémentaires, places à double entrée

Action n° 3.4.4

Accompagner les personnes handicapées vieillissantes : l'après Foyer d'hébergement pour les retraités d'ESAT

Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Anticiper les dates de départs en retraite des travailleurs ESAT et réviser systématiquement le projet de vie à un an de l'échéance. ■ Pour les résidents de foyer d'hébergement, définir l'autonomie et les aspirations pour orienter vers la structure la plus adaptée dans l'offre possible (foyer de vie, FAM, EHPAD, accueil familial, habitat regroupé, résidence autonomie). ■ Permettre la mise en œuvre si nécessaire d'un temps de transition dans le foyer d'hébergement après la fin de l'activité professionnelle à l'ESAT avec prise en charge de journée et temps d'essais. ■ Organiser un service de suite spécifique aux ESAT pour les retraités ne relevant pas d'un hébergement pour assurer le passage vers d'autres services éventuels et limiter le risque d'isolement.
Public Visé	Travailleurs en ESAT proches de la fin d'activité professionnelle
Pilote	Département, ARS, MDPH
Partenaires associés	Établissements ESAT et foyers d'Hébergement
Indicateurs d'évaluation	Trajectoires des personnes handicapées vieillissantes

Action n° 3.4.5

Accompagner les personnes handicapées vieillissantes : développer l'accueil spécifique en EHPAD

Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Déployer sur chacun des principaux bassins de vie du département disposant d'une offre d'EHPAD satisfaisante et d'établissements pour personnes handicapées des conventions de coopération permettant la création d'une unité de personnes déficientes intellectuelles à l'accompagnement adapté. ■ Sur le modèle déjà éprouvé entre le CHU de Reims et les Papillons Blancs de la Région de Reims et dans les établissements Jean Collery à Aÿ, ouvrir des unités d'accompagnement spécifiques au CH de Vitry-le-François, à Sainte-Ménehould et à Sézanne. Le bassin chalonnois disposant d'un établissement spécialisé, le besoin est moins prégnant mais les initiatives en ce sens pourront être prises en considération. ■ Financer sur un tarif hébergement spécifique d'un ETP socio-éducatif pour 15 personnes handicapées
Public Visé	Personnes handicapées vieillissantes déficientes intellectuelles
Pilote	Département
Partenaires associés	ARS
Indicateurs d'évaluation	Nombre de places identifiées

Action n° 3.4.6

Diversifier les solutions de soutien et répit aux aidants

Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Permettre aux aidants de bénéficier de formations de quelques jours, leur permettant de sortir de leur quotidien, et permettant les échanges avec d'autres personnes confrontées aux mêmes difficultés ■ Mobiliser les ESMS dans un rôle de centre ressource pour les aidants familiaux des personnes handicapées non hébergées ■ Assurer l'existence d'une offre d'hébergement temporaire et d'urgence dans les territoires.
Public Visé	Aidants familiaux de personnes handicapées sans prise en charge institutionnelle
Pilote	Département et ARS
Partenaires associés	MDPH et associations gestionnaires d'ESMS
Indicateurs d'évaluation	Nombre de formations

Action n° 3.4.7

Susciter des coopérations et mutualisations entre gestionnaires d'établissement

Mise en œuvre opérationnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Définir les objets de coopération par la constitution d'un groupe de travail animé par le Département ■ Mettre en place une organisation commune de formations ■ Mettre en place des rencontres des associations représentatives et fédérations autour de ces thématiques ■ Introduction d'un dialogue sur les coopérations lors des procédures budgétaires
Public Visé	Associations locales de gestion d'établissements et services pour personnes handicapées
Pilote	Département
Partenaires associés	ARS
Indicateurs d'évaluation	Nombre et contenu des coopérations/mutualisations

ÉVALUATION

L'évaluation des actions dans le social n'est jamais simple. On ne peut se satisfaire d'indicateurs uniquement quantitatifs. La qualité du travail mené doit également pouvoir être évaluée sachant qu'elle comporte une part importante de subjectivité même si les critères d'appréciation ont préalablement été définis.

Ainsi, il a été prévu que chaque action déclinée dans ce schéma puisse être évaluée en cours et en fin de période. C'est pourquoi dès la définition de chaque fiche action, a été créée une rubrique s'intitulant « indicateurs d'évaluation ». Les consolidations de résultats devront ainsi être facilitées.

Cependant, il est important de préciser que toutes les actions n'ont pas été pensées avec la même temporalité, certaines s'inscrivant dans la durée du schéma, et d'autres pouvant être mises en œuvre sur du court terme. Les évaluations devront par conséquent tenir compte de ce paramètre de base.

Comme pour les schémas précédents, des bilans intermédiaires sont d'ores et déjà actés, qui seront présentés aux élus et aux partenaires, en fonction de la réalisation effective des actions.

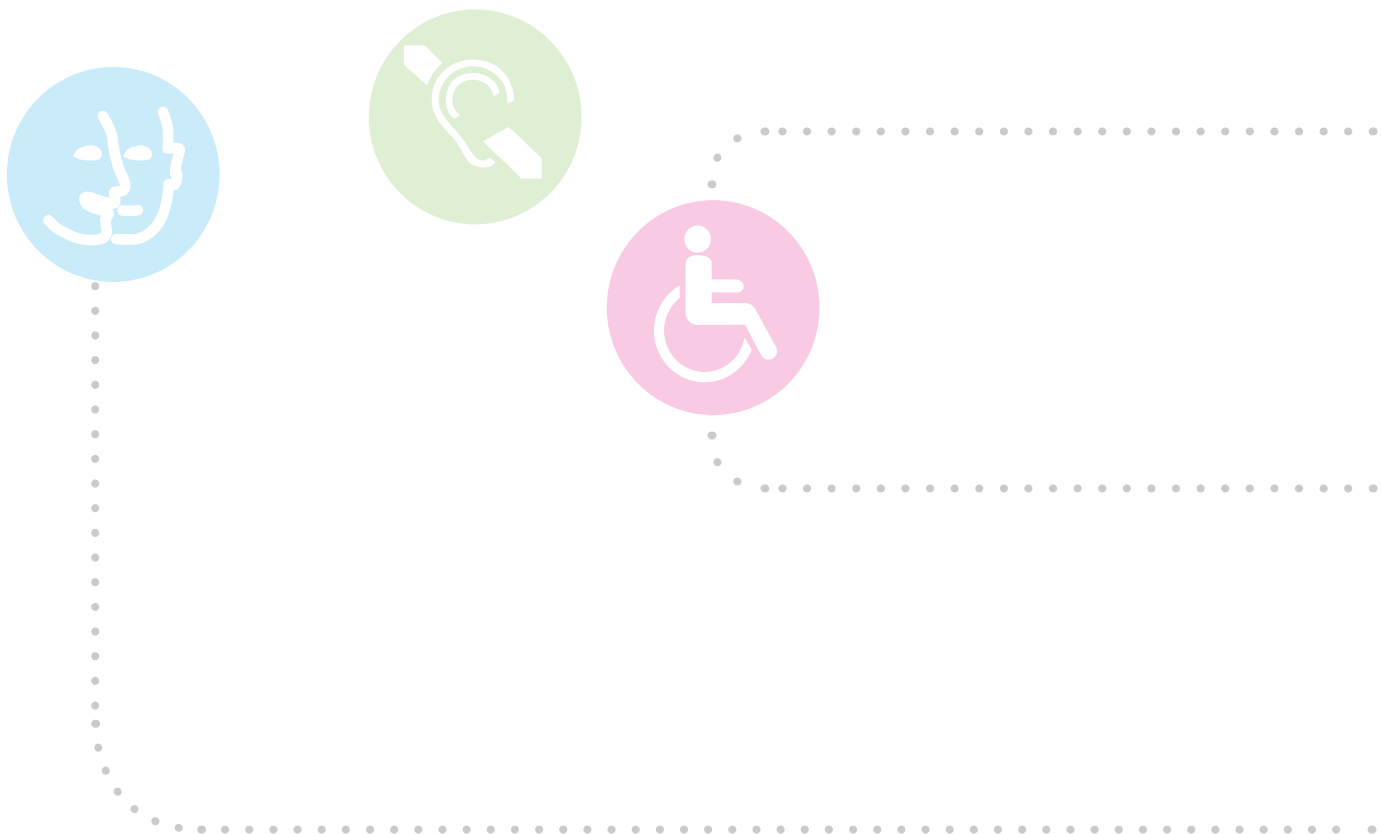
Enfin, les modifications législatives ainsi que les contingences financières peuvent être source de ralentissement ou de questionnements, et nous aurons à prendre en compte ces incertitudes dans l'accomplissement des projets.

Mais l'essentiel est aujourd'hui de poursuivre l'action : la dynamique créée à l'occasion de ces nombreuses réunions a permis aux partenaires de se rencontrer, parfois d'apprendre à se connaître, et en tout cas d'échanger, et finalement mesurer combien chaque acteur, personne handicapée en premier lieu, est un rouage essentiel dans l'organisation d'un service complexe, évolutif, et au fond singulier.

A cet égard, il convient également d'être attentif à la communication la plus large possible de tous nos dispositifs, à la fois en direction des professionnels mais aussi de la population en situation de handicap et de sa famille.

La meilleure évaluation est donc au fond celle que nous renvoie le public sur l'articulation, la disponibilité et les compétences des services d'aide à domicile, sur le maillage, la diversité, et l'humanité des structures d'hébergement, et plus généralement encore sur l'adéquation entre les coûts et les services rendus.

C'est aussi sur tout cela qu'il convient de veiller.



DÉLIBÉRATION

SE16-11-III-02

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA MARNE



SÉANCE PLÉNIÈRE DU VENDREDI 4 NOVEMBRE 2016

OBJET : PERSONNES HANDICAPÉES – Schéma départemental des actions en faveur des personnes handicapées

EXTRAIT du PROCÈS-VERBAL DES DÉLIBÉRATIONS

L'an deux mille seize, le 4 novembre, l'Assemblée Départementale s'est réunie à l'hôtel du département sous la Présidence de Monsieur René-Paul SAVARY pour examiner les rapports inscrits à l'ordre du jour.

NOMBRE DE CONSEILLERS DÉPARTEMENTAUX EN EXERCICE : 46

QUORUM : 24

SOUS LA PRÉSIDENTE DE : M. SAVARY, Président du Conseil départemental

MEMBRES PRÉSENTS :

Mme BELAREDJ-TUNC, M. BENETON, Mme BERAT, Mm. BLANCHARD, BONDZA, Mme BRESSION, M. BRUYEN, Mme COULON, Mm. DE COURSON, DESAUTELS, Mme DETERM, M. DEVAUX, Mmes DORGUEILLE, DUNTZE, ERRE, FERAT, GABET, GERARD-MAIZIERES, Mm. KARIGER, LANG, Mmes LOISELET, MAGNIER, M. MARX, Mmes MILLER, MORAND, M. NAMUR, Mme PINCE, Mm. ROSSI, SALMON, Mme SAVART, Mm. TCHIGNOUMBA, VALENTIN, VERSTRAETE, Mme VUIBERT.

MEMBRES ABSENTS EXCUSÉS ET REPRÉSENTÉS : Mm. BUSSY, MOITTE, SCHWEIN, Mme SIMON-DEPAQUY.

MEMBRES ABSENTS EXCUSÉS ET NON REPRÉSENTÉS : Mme CONREAU, Mm. FORTUNE, LEVEQUE, Mme PICOT, M. ROZÉ, Mmes SIGNOLLE-GONET, SCHULTHESS.

Rapporteur : Madame Monique DORGUEILLE

La priorité en matière d'ingénierie sociale a été donnée cette année à l'actualité départementale des politiques publiques dont au terme de la loi nous assurons le chef de fil. Ainsi le 24 juin dernier, vous avez pu adopter le nouveau schéma gérontologique. Il nous appartient à cette session de définir les nouvelles orientations en faveur des personnes handicapées au travers ce 3^{ème} plan stratégique. C'est à ce titre qu'il vous a été présenté en détails lors de la commission plénière du 14 octobre dernier.

Le précédent schéma, adopté en 2005 nous a permis de finaliser la mise en œuvre des actions préconisées et de parachever les créations d'établissements et de services, tout en préparant les actions à venir.

Ce nouveau schéma a été construit selon la même méthode, à savoir partenariale et interactive : autour d'élus et d'agents du Département, de la MDPH et de 143 participants ont contribué à cette production (ARS, CARSAT, CPAM, MSA, CCAS, villes, associations et collectivités gestionnaires d'établissement pour personnes handicapées, de services médico-sociaux et/ou sanitaires, bailleurs sociaux, dans le domaine des personnes handicapées et/ou du logement). Ils ont pu s'exprimer, réfléchir, témoigner, et élaborer des propositions au plus près des besoins de compensation.

SE16-11-III-02

Chaque séance de travail a été animée conjointement par moi-même et les services de la direction de la solidarité. Un site de travail collaboratif spécifique a été mis à disposition pour suivre les avancées des travaux (compte rendu, calendrier contributions supplémentaires ...)

Quelques éléments de contexte : près de 47 000 dossiers enfants et adultes confondus, avec des droits actifs sont comptabilisés à la MDPH soit environ 8% de la population de notre Département. Plus précisément, on note ainsi une nette prédominance des demandes d'allocations et surtout l'allocation adulte handicapé (AAH) et l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) qui représentent à elles deux plus de 20% du nombre de demandés. Le taux départemental de l'AAH est de 2,7 allocataires pour 100 personnes de 20 à 64 ans (données 2005) soit la moyenne nationale. (À noter que si les zones urbaines Châlonnaise et Reims se sont très proches de la moyenne départementale, Epernay et encore plus Vitry le François se distinguent par des taux plus élevés de 3% et 4,3%). Pour mémoire, l'enveloppe consacrée aux personnes handicapées pour 2016 s'élève à 61 millions d'euros.

Le Président a souhaité que ce nouveau schéma soit responsable, solidaire et innovant. Ces trois principes ont conduit à ce schéma et ainsi fixé nos orientations. Ainsi, dès le départ, la volonté a été de faire un projet par et pour l'usager. L'inscription dans l'environnement technologique en pleine évolution était également essentielle, afin de faciliter la vie quotidienne, mais aussi dans le but de participer à l'innovation sociale chère à notre démarche Marie 2025.

Vous le savez, le handicap requiert une approche attentive, centrée sur la situation de la personne et de ses proches, dans toutes ses composantes matérielles, psychologiques, sociales ; il appelle des réponses multiples, cohérentes et conjuguées, par ces professionnels et non professionnels agissant dans tous les domaines de la vie (éducation, santé, logement, travail, culture ...).

C'est dans le respect du libre choix de la personne handicapée, avec l'objectif de fluidifier son parcours de vie, de la petite enfance à l'âge adulte, jusqu'à l'avancée en âge, que se sont réalisés les travaux, et discutées les propositions qui en découlent.

5 thèmes ont été explorés dans les groupes de travail, portant sur l'inclusion dans la société, la construction du parcours du jeune enfant à l'adulte, la continuité du parcours, l'insertion professionnelle, l'évaluation, l'accompagnement et l'accueil, qui ont permis de façonner l'ossature de ce schéma en l'articulant autour de 3 grandes orientations :

1 – Être pleinement acteur et citoyen, posture rendue possible par la diffusion d'informations supplémentaires par la MDPH, notamment en utilisant les services web, par l'amélioration de l'accessibilité au transport, à la culture, au sport, au tourisme, dans l'habitat, par le biais de la domotique et des équipements.

2 – Agir par et pour son projet individuel : l'enjeu vise à améliorer le dépistage du handicap chez le jeune enfant et son accueil dans les structures de droit commun, mettre en place de nouvelles coordinations et services pour apporter des solutions adaptées et efficaces aux situations complexes, améliorer la structuration du parcours scolaire des enfants handicapés, éviter les ruptures de parcours lors des passages de classes d'âge, développer et améliorer la qualité des outils d'instruction, d'évaluation et de suivi de la MDPH

3 – Être accompagné en confiance dans son parcours de vie : l'insertion professionnelle est une des conditions d'accès pour les personnes handicapées à la citoyenneté. Il convient donc de faciliter le parcours professionnel tout au long de la vie par un accompagnement renforcé au moment des passages charnières, de favoriser l'accès et le maintien dans l'emploi en milieu protégé, et de fluidifier les parcours entre les secteurs protégé et ordinaire.

En outre, nous savons que les conditions de logement sont un des piliers fondateurs du projet de vie, qui favorisent ou obèrent le développement de l'autonomie. C'est ainsi que des propositions sont formulées dans ce schéma pour la création de Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) renforcés et/ou pour s'inscrire dans de nouvelles formes d'habitat, intermédiaires entre le domicile et l'établissement.

Enfin, un chapitre est consacré à la prise en compte du vieillissement des personnes handicapées, notamment pour les travailleurs d'ESAT, et au renforcement de notre offre d'accueil en établissements, compte-tenu des besoins recensés par la MDPH.


SE16 11-III-02

C'est bien un programme ambitieux de 66 fiches-actions qui vous est présenté pour approbation et qui constitue un axe de développement majeur de notre démarche Marne 2025. Il devra, notamment pour les créations de services et établissements, pouvoir être intégré dans nos projections financières, de même que dans celles de l'ARS par le biais du PRIAC (programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie qui organise et finance l'adaptation et l'évolution de l'offre régionale de prise en charge). En outre, les propositions inspireront inmanquablement les réflexions préalables à la prochaine réunion du projet régional de santé par l'ARS.

La 3^{ème} commission remercie et félicite l'ensemble des participants à ce travail d'élaboration du schéma en faveur des personnes handicapées et émet un avis favorable aux actions proposées.

ADOpte A L'UNANIMITÉ

Le Président du Conseil départemental,



René-Paul SAVARY
Sénateur de la Marne

Glossaire

A.A.H. : Allocation Adulte Handicapé

A.C.T.P. : Allocation Compensatrice pour Tierce Personne

A.E.E.H. : Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé

A.F.M. : Association Française contre les Myopathies

A.G.E.F.I.P.H. : Association de Gestion du Fond pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées

A.N.E.S.M : Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

A.P.A. : Allocation Personnalisée d'Autonomie

A.P.F. : Association des Paralysés de France

A.R.C.A. : Association Régionale pour l'Habitat Social Champagne-Ardenne

A.R.S : Agence Régionale de Santé

A.S.E. : Aide Sociale à l'Enfance

A.T.I. : Association Tutélaire des Inadaptés

A.V.S : Auxiliaire de Vie Scolaire

C.A.F : Caisse d'Allocations Familiales

C.A.F.S : Centre d'Accueil Familial Spécialisé

C.A.M.S.P. : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

C.A.P.E.B. : Confédération de l'Artisanat et des Petites Entreprises du Bâtiment

C.A.R.S.A.T. : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

C.D. : Conseil Départemental

C.D.A.P.H : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

C.F.A. : Centre de Formation d'Apprentis

C.H.U. : Centre Hospitalier Universitaire

C.C.A.S. : Centre Communal d'Action Sociale

C.I.A.S. : Centre Intercommunal d'Action Sociale

C.I.O. : Centre d'Information et d'Orientation

C.L.I.C. : Centre Local d'Information et de Coordination Gériatrique

C.L.I.S : Classe d'Intégration Scolaire

C.N.D.S. : Centre National pour le Développement du Sport

C.N.S.A : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

C.O.M.A.L SOLIHA 51 : Comité Marnais d'Amélioration du Logement

C.P.A.M. : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

C.R.E.F. : Centre de Recherche d'Étude et de Formation

C.S.D. : Circonscription de la Solidarité Départementale de la Marne

D.D.C.S.P.P. : Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations
 D.I.R.E.C.C.T.E. : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
 D.R.A.C. : Direction Régionale des Affaires Culturelles de Champagne-Ardenne
 E.A. : Entreprise Adaptée
 E.A.J.E. : Établissement d'Accueil du Jeune Public
 E.G.P.A. : Enseignements Généraux et Professionnels Adaptés
 E.S.M.S. : Établissements et Services sociaux et Médico-Sociaux
 E.H.P.A.D. : Établissement d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes
 E.P.C.I. : Établissement Public de Coopération Intercommunale
 E.P.S.M.M. : Établissement public de santé mentale de la Marne
 E.S.A.T. : Établissement et Service d'Aide par le Travail
 E.T.P. : Equivalent Temps Plein
 F.A.M. : Foyer d'Accueil Médicalisé
 F.D.C.H. : Fond Départemental de Compensation du Handicap
 F.F.B. : Fédération Française du Bâtiment
 F.F.H. : Fédération Française Handisport
 F.F.S.A. : Fédération Française du Sport Adapté
 F.H. : Foyer d'Hébergement
 F.V. : Foyer de Vie
 G.E.D. : Gestion Electronique de Documents
 G.I.R. : Groupe Iso Ressources
 G.O.S. : Groupe Opérationnel de Synthèse
 I.M.E. : Institut Médico-Educatif
 I.M.P.R.O. : Institut Médico-Professionnel
 I.N.S.E.E. : Institut National de Statistiques et d'Études Économiques
 I.T.E.P. : Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique
 L.A.P.E. : Lieux d'Accueil Parents-Enfants
 M.A.I.A. : Méthode d'Action pour l'Intégration des Services d'Aide et de Soins
 M.A.R.P.A. : Maisons d'Accueil Rurale des Personnes Âgées
 M.A.R.P.H.A. : Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Handicapées Psychiques Âgées
 M.A.S. : Maison d'Accueil Spécialisé
 M.D.P.H. : Maison Départementale des Personnes Handicapées
 M.E.C.S. : Maison d'Enfants à Caractère Social
 M.S.A. : Mutualité Sociale Agricole
 P.A.G. : Plan d'Accompagnement Global
 P.C.H. : Prestation de Compensation du Handicap

P.D.J. : Permanence du Jard

PH: Personne Handicapée

PHV : Personne Handicapée Vieillissante

P.M.I. : Protection Maternelle et Infantile

P.M.R. : Personne à Mobilité Réduite

P.P.C. : Plan Personnalisé de Compensation

P.R.I.A.C : Programme Interdépartemental d'Accompagnement des Personnes Handicapées et de la Perte d'Autonomie.

P.R.I.T.H. : Plan Régional d'Insertion Professionnelle des Travailleurs Handicapés

P.T.U. : Périmètre du Transport Urbain

O.R.R.P.A. : Office Rémois des Retraités et des Personnes Âgées

R.E.A.A.P : Réseau d'Écoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents

S.A.A.D. : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

S.A.M.E.T.H. : Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés

S.A.M.S.A.H. : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

S.A.V.S. : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

S.E.S.S.A.D. : Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile

S.P.A.S.A.D : Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile

S.S.I.A.D. : Service de Soins Infirmiers A Domicile

T.P.M.R. : Transport pour Personnes à Mobilité Réduite

U.D.A.F. : Union Départementale des Associations Familiales

U.E.R.O.S. : Unité d'Évaluation de Réentrainement et d'Orientation Sociale

U.F.R. : Unité Fauteuil Roulant

U.L.I.S. : Unités localisées pour l'inclusion scolaire

DÉPARTEMENT DE LA MARNE
Direction de la Solidarité Départementale
Service solidarité, grand âge et handicap
courriel : dsd@marne.fr
tél. 03 26 69 56 56
www.marne.fr

