

Conseil général de l'Indre-et-Loire

*Schéma départemental en faveur des adultes handicapés*

*2012-2016*

# Sommaire

Sommaire.....	2
Présentation de la méthodologie et du contenu du schéma.....	5
Méthodologie d'élaboration du schéma.....	5
Présentation du contenu du schéma départemental.....	7
Introduction.....	8
Partie 1 : Présentation du département et de ses territoires : contexte sociodémographique et caractéristiques économiques.....	9
1.1. Portrait démographique d'Indre et Loire : les chiffres clés.....	9
1.1.1. Le département présente de fortes disparités territoriales mais son évolution démographique globale est proche de la moyenne nationale.....	9
1.1.2. Le taux de natalité est un peu plus faible que la moyenne nationale mais supérieur aux taux observés dans la plupart des départements de comparaison.....	12
1.1.3. La répartition de la population par tranches d'âge est assez homogène et très proche de la répartition observée au niveau national.....	12
1.1.4. La population va vieillir dans les 20 prochaines années de manière plus accentuée qu'au niveau national.....	13
1.2. Le contexte socio-économique en Indre et Loire.....	14
1.2.1. La répartition de la population active est proche des départements de comparaison et du niveau national.....	14
1.2.2. Le taux de chômage est favorable par rapport aux taux régional et national.....	14
1.2.3. La demande d'emploi des travailleurs handicapés en Indre-et-Loire est relativement faible au sein de la région Centre.....	15
1.2.4. Un département dont les revenus de la population sont inférieurs aux moyennes nationales	16
1.2.5 La population est toutefois moins précarisée.....	17
1.3. Les prestations destinées à assurer une source de revenu aux personnes handicapées.....	18
1.3.1. La représentation des bénéficiaires de l'AAH est relativement faible.....	18
1.3.2. Les rentes accident du travail et les pensions d'invalidité.....	19
Partie 2 : Les acteurs du champ du handicap.....	21
2.1. La Maison départementale des personnes handicapées (MDPH 37) et la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).....	21
2.2. Les acteurs du champ médico-social.....	23
2.2.1. L'Agence régionale de santé (ARS).....	23
2.2.2. Le Conseil général.....	24
2.2.3. Les organismes gestionnaires d'établissements et de services pour personnes adultes handicapées.....	26
2.3. Les acteurs du champ professionnel.....	27
2.3.1. La DIRECCTE.....	27
2.3.2. L'AGEFIPH et le FIPHFP.....	27
2.3.3. POLE EMPLOI/Les Missions locales.....	27
2.3.4. CAP EMPLOI/Le SAMETH.....	28
2.3.5. Le CPO et le CRP de Fontenailles.....	28
2.3.6. Les acteurs expérimentent des dispositifs pour accompagner les personnes vers l'insertion professionnelle.....	28
Synergie 37.....	28
SIPROMES.....	28

2.4.	Les acteurs du champ sanitaire .....	29
2.4.1.	Le secteur hospitalier et psychiatrique .....	29
2.4.2.	Les Groupements d'entraide mutuelle (GEM) .....	29
2.5.	Les acteurs en matière d'accès à la vie sociale : .....	29
2.5.1.	La Direction départementale de la Cohésion sociale (DDCS) .....	29
2.5.2.	Les différentes compétences du Conseil général .....	30
2.5.3.	Les bailleurs sociaux et privés .....	30
2.5.4.	Les associations d'usagers .....	30
Partie 3 : Le maintien à domicile des personnes handicapées .....		31
3.1.	la compensation du handicap .....	31
3.1.1.	La Prestation de compensation du handicap (PCH) et l'Allocation Compensatrice (AC) solvabilisent les personnes lourdement handicapées et leur permet de rester à leur domicile .....	31
3.1.2.	L'aide-ménagère .....	35
3.2.	Les acteurs permettant le maintien à domicile .....	36
3.2.1.	Les dispositifs d'aide à domicile .....	36
3.2.2.	Les dispositifs de soin à domicile .....	41
3.2.3.	L'accueil familial des personnes handicapées .....	43
Partie 4 : La prise en charge en établissement des personnes handicapées .....		45
4.1.	Données générales sur la prise en charge en établissement .....	46
4.2.	Les établissements pour adultes handicapés .....	50
4.2.1.	Les foyers d'hébergement : une faible évolution du nombre de places .....	50
4.2.2.	Un département bien doté en places de foyer de vie (accueil permanent) .....	52
4.2.3.	Un niveau d'équipement en foyers occupationnel de jour encore relativement faible .....	53
4.2.4.	Une augmentation sensible du nombre de places de Foyers d'accueil médicalisé (FAM) qui reste insuffisant .....	55
4.2.5.	Un taux d'équipement en places de Maisons d'accueil spécialisé (MAS) insuffisant au regard de la demande .....	56
4.2.6.	Les personnes handicapées accueillies en structures pour personnes âgées .....	57
Partie 5 : L'insertion dans la société .....		59
5.1.	Le travail .....	59
5.1.1.	Le travail en milieu protégé ou adapté .....	60
5.1.2.	L'accompagnement en milieu ordinaire .....	61
5.2.	Les transports .....	62
5.3.	Le logement .....	63
5.4.	Vie sociale .....	64
Partie 6 : Liste des actions à mettre en œuvre au cours des prochaines années .....		65
<b>AXE 1 : A PARTIR DE L'ANALYSE DES SITUATIONS ET DES PARCOURS INDIVIDUELS, AMÉLIORER LA CONNAISSANCE DES BESOINS</b> .....		66
FICHE N°1 : CONSTRUIRE UN OUTIL D'ÉVALUATION PARTAGÉ ENTRE LA MDPH ET SES PARTENAIRES .....		67
FICHE N°2 : PROPOSER DES PÉRIODES DE STAGE EN AMONT DES ORIENTATIONS .....		69
FICHE N°3 : MIEUX OBSERVER LES BESOINS COLLECTIFS POUR PLANIFIER L'OFFRE À VENIR .....		70
FICHE N°4 : ACCOMPAGNER ET SUIVRE LES ORIENTATIONS DE LA CDAPH .....		71
<b>AXE 2 : FAVORISER UNE MEILLEURE COORDINATION DES ACTIONS DANS UNE LOGIQUE TERRITORIALE</b> .....		73
FICHE N°5 : MIEUX COORDONNER LES INTERVENTIONS DES ACTEURS LOCAUX AUTOUR DES SITUATIONS INDIVIDUELLES .....		74
FICHE N°6 : ÉLARGIR LE RÔLE ET LES MISSIONS DES SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT .....		76
FICHE N°7 : FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT DE LIENS AVEC LE SECTEUR SANITAIRE ET PSYCHIATRIQUE .....		78
<b>AXE 3 : FAIRE ÉVOLUER L'OFFRE POUR MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS DES PERSONNES HANDICAPÉES ET À L'ÉVOLUTION DE LEUR DEMANDE</b> .....		80

FICHE N°8 : DÉVELOPPER LES DISPOSITIFS DE RÉPIT .....	81
FICHE N°9 : ADAPTER LES RÉPONSES AU VIEILLISSEMENT DES PERSONNES HANDICAPÉES À DOMICILE ET EN ÉTABLISSEMENT .....	83
FICHE N°10 : FAIRE ÉVOLUER L'OFFRE EN FONCTION DES BESOINS DE PLACES EN ESMS ET DIVERSIFIER LES RÉPONSES .....	86
FICHE N°11 : FAVORISER L'INSERTION PROFESSIONNELLE DES PERSONNES HANDICAPÉES .....	88
FICHE N°12 : PROMOUVOIR ET PERMETTRE LE DÉVELOPPEMENT DE L'ACCUEIL FAMILIAL .....	90
<b>AXE 4 : AMÉLIORER LA QUALITÉ D'ACCOMPAGNEMENT DE VIE DES PERSONNES HANDICAPÉES ET DE LEUR ENTOURAGE .....</b>	<b>92</b>
FICHE N°13 : AIDER ET ACCOMPAGNER LES AIDANTS FAMILIAUX DES PERSONNES HANDICAPÉES .....	93
FICHE N°14 : FACILITER L'ACCÈS DES PERSONNES HANDICAPÉES À DES LOGEMENTS AUTONOMES .....	95
FICHE N°15 : DÉVELOPPER LA QUALITÉ DANS LES INTERVENTIONS AUPRÈS DES PERSONNES HANDICAPÉES À DOMICILE ET EN ÉTABLISSEMENT .....	97
FICHE N°16 : FAVORISER L'OUVERTURE À LA VIE SOCIALE DES PERSONNES HANDICAPÉES .....	99
6.1. Mise en œuvre des actions .....	101
Annexe 1 : Composition du comité de pilotage .....	103
Annexe 2 : Participants (personnes et institutions) à l'élaboration du schéma.....	104
Annexe 3 : Glossaire.....	108

## Présentation de la méthodologie et du contenu du schéma

Le Code de l'Action Sociale et des Familles a prévu la réalisation, au moins tous les 5 ans, d'un Schéma Départemental de l'organisation sociale et médico-sociale.

Les schémas sont arrêtés par le Président du Conseil général, après concertation avec le représentant de l'Etat dans le département et avec l'Agence Régionale de Santé.

Ce schéma doit remplir 5 objectifs :

- apprécier les besoins sociaux et médico-sociaux de la population du département (leur nature, leur niveau et leur évolution)
- établir un bilan de l'offre sociale et médico-sociale existante, en termes qualitatifs et quantitatifs
- déterminer les objectifs et les perspectives de développement de cette offre, notamment ceux nécessitant de créer, transformer ou supprimer des établissements et services
- préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services (y compris de santé) afin de répondre au mieux aux besoins de la population
- définir les critères d'évaluation des actions mises en œuvre.

Le schéma départemental en faveur des personnes handicapées d'Indre-et-Loire étant arrivé à échéance en 2010, une démarche concertée a été mise en œuvre pour réfléchir à la politique du Département en faveur de cette population pour les prochaines années.

Le schéma départemental en faveur des personnes adultes handicapées d'Indre-et-Loire 2012-2016 s'inscrit dans un contexte législatif qui a profondément évolué ces dernières années :

- ❖ la loi 2002-2 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale place l'usager au centre des dispositifs sociaux et instaure la démarche qualité au sein des ESMS (établissements et services médico-sociaux).
- ❖ la loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées prévoit l'accès des personnes handicapées aux droits : (formation, scolarité, citoyenneté) et instaure le guichet unique (la MDPH : Maison départementale des personnes handicapées), la compensation du handicap avec la PCH (prestation de compensation du handicap).
- ❖ la loi 2009-879 dite « loi hôpital, patient, santé, territoires » (HPST) du 21 juillet 2009 qui met en place les ARS (Agence Régionale de Santé), en remplacement des DDASS, DRASS et ARH, et réforme les conditions de délivrance d'autorisation avec une procédure d'appel à projets.

### *Méthodologie d'élaboration du schéma*

Le Conseil général a décidé de s'adjoindre les services d'un cabinet de consultants pour l'aider dans l'élaboration du schéma. Un appel à candidatures a été lancé en octobre 2010 sur la base d'un cahier des charges validé par le comité de suivi du précédent schéma lors de la présentation du bilan du schéma 2005-2010, en septembre 2010. Le cabinet CEKOIA CONSEIL a été retenu.

La conception de ce schéma en faveur des personnes adultes handicapées s'est déroulée en trois grandes phases :

- 1<sup>ère</sup> phase : Décembre 2010 – Avril 2011

Cette phase a consisté principalement à faire le bilan du précédent schéma et l'état des lieux de la prise en charge des personnes handicapées dans le département. Ils ont été réalisés à partir d'entretiens que le cabinet CEKOIA a menés avec les principaux acteurs concernés (au sein du Conseil général, de l'ARS, des organismes de sécurité sociale, des représentants des usagers, des services intervenant au domicile des personnes handicapées, des établissements et services médico-sociaux, etc) et d'une analyse de documents décrivant la prise en charge des personnes handicapées en Indre-et-Loire.

Parallèlement, des questionnaires ont été adressés aux personnes handicapées en établissement et à domicile, aux responsables de services spécialisés et aux responsables d'établissements. Les résultats de ces questionnaires ont alimenté l'état des lieux et le bilan du précédent schéma.

Le comité de pilotage, composé de 18 membres représentant le Conseil général, la MDPH, les organismes d'Etat, l'ARS, les organismes de sécurité sociale, l'Union départementale des CCAS, le Centre hospitalier régional, le représentant des organismes tutélaires, les représentants des associations d'usagers et des associations gestionnaires a été réuni à l'issue de cette première phase pour valider l'état des lieux et la méthodologie de travail des deux phases suivantes (composition du comité de pilotage en annexe1).

- 2<sup>ème</sup> phase : Avril - Juin 2011

Pendant cette phase, a été menée une importante consultation qui a permis à l'ensemble des acteurs intervenant dans le domaine du handicap de participer aux travaux. A partir des enjeux identifiés par le comité de pilotage, trois groupes de travail ont été formés. Chaque groupe était composé d'une vingtaine de personnes représentant les associations gestionnaires d'établissements et services, les différents métiers concernés par le handicap et associant systématiquement des représentants des usagers.

Leur rôle consistait à proposer des solutions aux problématiques suivantes :

- comment favoriser la coordination des professionnels autour de la personne handicapée sur les différents territoires (coordination des dispositifs, maillage territorial, amélioration de la qualité des interventions) ? Comment innover afin de faire évoluer les pratiques des structures, des associations gestionnaires d'établissements et de services pour répondre aux besoins identifiés sur les territoires ?
- comment au travers de démarches innovantes, favoriser la fluidité des parcours notamment en fonction de l'âge ?
- comment répondre aux besoins concernant l'ensemble des aspects de la vie quotidienne des personnes handicapées dans la société (travail, vie sociale, logement, transports, accessibilité) ?

Ces travaux ont abouti à la définition des orientations générales et à l'élaboration de fiches actions.

- 3<sup>ème</sup> phase : Juillet – Septembre 2011

Cette phase a permis de finaliser les fiches actions et le plan d'action qui ont été validés par le comité de pilotage réuni le 12 septembre 2011.



## *Présentation du contenu du schéma départemental*

Ce document comprend les éléments suivants :

- ❖ Une présentation du département d'Indre-et-Loire et de ses territoires d'un point de vue socio-démographique, en le comparant avec les moyennes régionale et nationale
- ❖ une présentation des acteurs principaux intervenant dans la politique en faveur des personnes adultes handicapées
- ❖ une analyse des dispositifs présents pour le maintien à domicile des adultes handicapés
- ❖ une analyse des dispositifs présents pour un accompagnement en établissement des adultes handicapés
- ❖ une analyse des dispositifs présents pour l'insertion dans la société des adultes handicapés
- ❖ des fiches actions et des grandes orientations de la prise en charge des personnes handicapées pour le département de l'Indre et Loire sur la période 2012-2016.

## Introduction

Des efforts importants en termes d'équipement ont été réalisés pendant le précédent schéma 2005-2011. Aujourd'hui, le département d'Indre et Loire se caractérise par un bon niveau d'équipement même s'il existe un manque important en matière d'offre de MAS et de FAM. La MDPH, élément structurant de la politique envers les personnes handicapées mis en place en 2006, fonctionne de manière satisfaisante et propose un site internet de très bon niveau, très consulté par les usagers.

Après des années consacrées à la construction d'outils qui ont contribué à l'accompagnement des personnes en situation de handicap, le système arrive à un niveau où il est essentiel d'évaluer les actions réalisées et d'en optimiser le fonctionnement dans un souci de qualité, d'innovation et d'efficacité.

Parallèlement à l'effort d'équipement et à l'amélioration de leurs conditions de vie, la dernière décennie a vu l'espérance de vie des personnes handicapées croître de manière très importante. Il s'agit d'un succès important qui témoigne que les efforts réalisés par la société et notamment ceux des professionnels qui travaillent auprès de cette population vulnérable ont porté leurs fruits. Cette évolution a entraîné une augmentation des besoins en nombre de places et également une adaptation de l'offre en direction des usagers vieillissants. En Indre et Loire comme dans le reste de la France, la solution utilisée a consisté à adapter l'offre existante en médicalisant les établissements et en proposant de nouveaux services à domicile.

Cette évolution nécessaire de l'outil d'accompagnement a aujourd'hui trouvé ses limites : le système est actuellement bloqué ; il ne permet plus aux plus jeunes de trouver des places en établissement, comme en témoigne l'augmentation du nombre des jeunes en aménagement CRETON (+ 9,5 % entre décembre 2010 et mai 2011).

Les acteurs clés du dispositif, le Département et l'Autorité de santé, devront rechercher ensemble des solutions adaptées et résoudre le problème du vieillissement des personnes en situation de handicap en inventant de nouveaux modes d'accompagnement. Les travaux réalisés à l'occasion de la construction de ce schéma ont permis de lancer la réflexion qui devra, au cours de sa mise en œuvre, faire l'objet de nouvelles actions en mobilisant dans un même mouvement l'ensemble des professionnels qui travaillent sur le thème de l'autonomie.

Enfin, le présent schéma sera l'occasion de mettre en place de nouveaux modes collaboratifs comme l'appel à projet, la construction avec les associations de Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) afin de garantir aux financeurs et aux gestionnaires une programmation financière pluriannuelle responsable. Les difficultés financières des organismes qui financent le système sont une donnée qu'il faudra intégrer dans la réflexion.

Il devra contribuer à faire évoluer l'image des personnes en situation de handicap dans la société. Un certain nombre d'actions sont prévues pour leur permettre d'avoir accès, plus qu'aujourd'hui, à des activités destinées à l'ensemble de la population, notamment dans les domaines du sport, des loisirs et de la culture.

Enfin, il est important de souligner que ce schéma a été l'occasion de réunir de manière constructive les acteurs clés du champ du handicap et d'associer de manière importante les usagers du dispositif.

## Partie 1 : Présentation du département et de ses territoires : contexte sociodémographique et caractéristiques économiques

### 1.1. Portrait démographique d'Indre et Loire : les chiffres clés

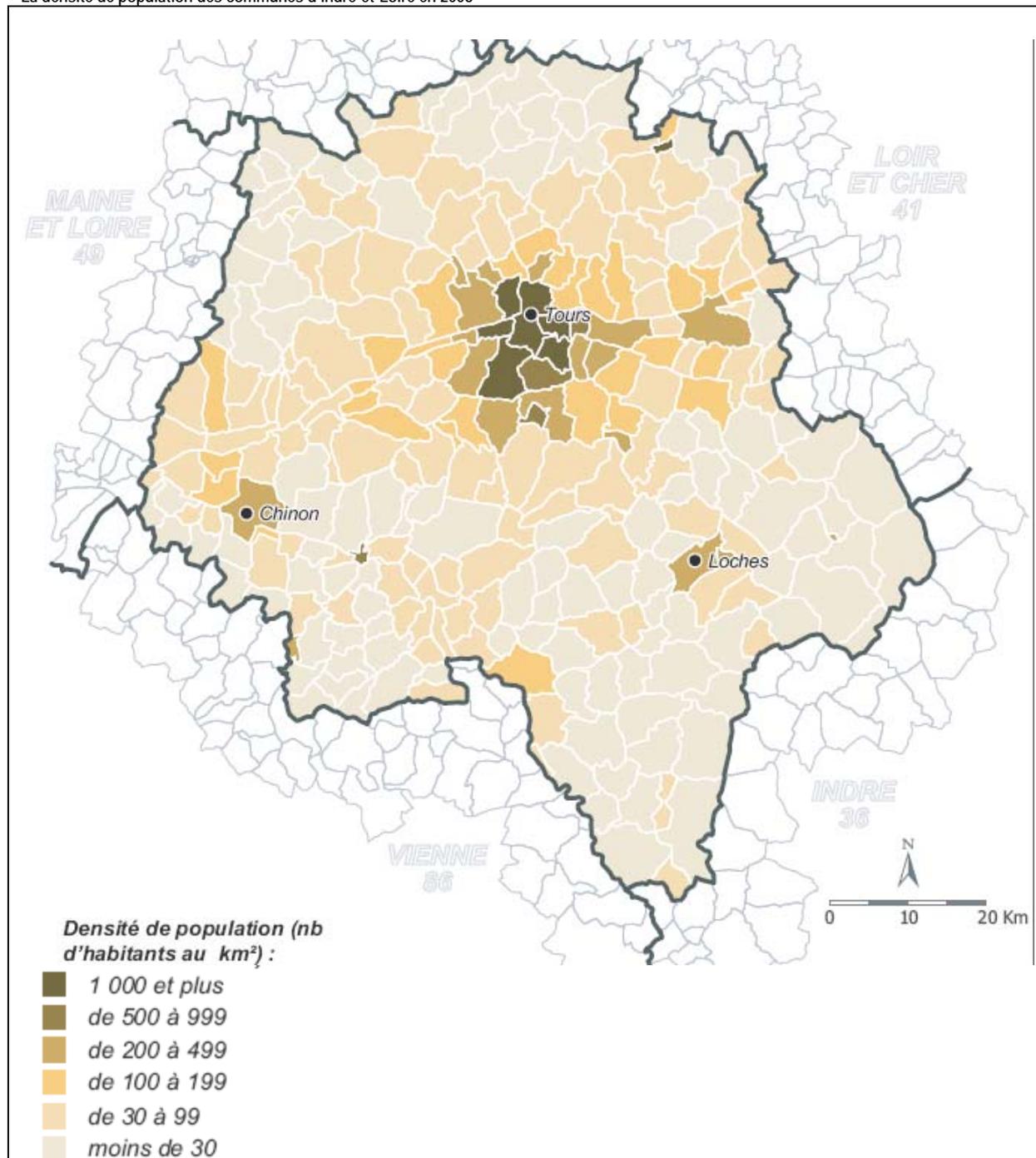
#### 1.1.1. Le département présente de fortes disparités territoriales mais son évolution démographique globale est proche de la moyenne nationale

Densité et évolution de la population

Départements	Densité en habitants au km <sup>2</sup> (en 2008)	Evolution de la population en % (entre 1999 et 2008)	Population totale (2009)
<b>Indre et Loire</b>	<b>95,5</b>	<b>5,7%</b>	<b>588 294</b>
Charente Maritime	89,1	9,8%	616 632
Côtes d'Armor	84,6	7,2%	585 116
Loiret	96,1	5,3%	653 744
Puy de Dôme	78,9	4,0%	630 544
Pyrénées Atlantiques	84,7	7,9%	651 665

Source : INSEE / ANDASS 2011

Avec 588 294 habitants en 2009, l'Indre-et-Loire est un département à densité de population moyenne. Celle-ci est comparable à celle du Loiret et supérieure à celle des autres départements de comparaison. En revanche, la carte ci-après montre que la très grande majorité des communes du département présente une densité inférieure à 30 habitants au km<sup>2</sup> (en particulier dans le Lochois et plus globalement dans tout le quart sud-est du département).



Sources : INSEE RP 2008. Cartographie : OE2T, janvier 2010

Seules 8 des 277 communes du département ont plus de 10 000 habitants. La ville de Tours et son agglomération rassemblent plus de 307 000 habitants, constituant ainsi le pôle urbain le plus important de la région Centre. En effet, à l'échelle de l'Indre-et-Loire, la communauté d'agglomération Tours-Plus rassemble 48 % de la population du département.

Lorsque l'on regroupe les cantons en fonction des zones retenues par le Conseil général pour l'élaboration de ce schéma, on constate que l'Indre-et-Loire regroupe des zones vastes comme le nord-ouest Touraine (zone D dans le tableau ci-après) ou le Lochois (zone B dans le tableau ci-après) qui sont proportionnellement peu peuplées (respectivement 42 387 habitants et 50 179 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2011) alors que les 7 cantons de Tours comptent 135 000 habitants (au 1<sup>er</sup> janvier 2011).

Population des cantons d'Indre et Loire selon les zones retenues pour le schéma  
(Référence statistique 1er janvier 2008)

Cantons de Tours et son agglomération

Canton	Nombre de communes	Population municipale
<b>Zone A</b>		
Amboise	12	24 845
Bléré	16	22 945
Château-Renault	16	15 957
<b>Total zone A</b>	<b>44</b>	<b>63 747</b>
<b>Zone B</b>		
Descartes	9	8 630
Le Grand-Pressigny	9	4 138
Ligueil	13	7 772
Loches	18	18 975
Montrésor	10	5 492
Preuilly-sur-Claise	8	5 172
<b>Total zone B</b>	<b>67</b>	<b>50 179</b>
<b>Zone C</b>		
Azay-le-Rideau	12	14 365
Bourgueil	8	11 770
Chinon	15	19 470
L'Île-Bouchard	15	7 334
Richelieu	16	8 299
Sainte-Maure-de-Touraine	12	11 446
<b>Total zone C</b>	<b>78</b>	<b>72 684</b>
<b>Zone D</b>		
Château-la-Vallière	15	10 274
Langeais	9	12 016
Neuillé-Pont-Pierre	10	13 598
Neuvy-le-Roi	10	6 499
<b>Total zone D</b>	<b>44</b>	<b>42 387</b>
<b>Total des zones hors agglomération de Tour</b>		<b>228 997</b>

Canton	Nombre de communes	Population municipale
<b>Zone E</b>		
Luynes	5	21 714
Saint-Cyr-sur-Loire	1	15 841
Vouvray	11	26 913
<b>Total zone E</b>	<b>17</b>	<b>64 468</b>
<b>Zone F</b>		
Montlouis-sur-Loire	4	21 648
Saint-Avertin	1	14 002
Saint-Pierre-des-Corps	1	15 528
<b>Total zone F</b>	<b>6</b>	<b>51 178</b>
<b>Zone G</b>		
Chambray-les-Tours	5	21 494
Montbazou	7	23 254
<b>Total zone G</b>	<b>12</b>	<b>44 748</b>
<b>Zone H</b>		
Ballan-Miré	7	24 696
Joué-les-Tours	1	35 839
<b>Total zone H</b>		<b>60 535</b>
<b>Zone I</b>		
Tours 7 cantons	1	135 480
<b>Total zone I</b>	<b>1</b>	<b>135 480</b>
<b>Total Tours et agglomération :</b>		<b>356 409</b>
<b>Total ensemble du département :</b>		<b>585 406</b>

Source: document INSEE-décembre 2010 Recensement de la population. Pop. légales en vigueur au 1er janvier 2011

Sources : INSEE, RP 1999 et 2008. Cartographie : Observatoire de l'Economie et des Territoires de Touraine, janvier 2011

### 1.1.2. Le taux de natalité est un peu plus faible que la moyenne nationale mais supérieur aux taux observés dans la plupart des départements de comparaison

Naissances et taux de natalité en 2009

Départements	Population totale (2009)	Naissances domiciliées en 2009	Taux de natalité en 2009 (nombre de naissances pour 1000 hab)
<b>Indre et Loire</b>	<b>588 294</b>	<b>6 828</b>	<b>11,6</b>
Charente Maritime	616 632	6 209	10,1
Côtes d'Armor	585 116	6 559	11,2
Loiret	653 744	8 499	13,0
Puy de Dôme	630 544	6 774	10,7
Pyrénées Atlantiques	651 665	6 652	10,2
<b>France métropolitaine</b>	<b>62 473 876</b>	<b>794 508</b>	<b>12,7</b>

Source : INSEE / ANDASS 2011

L'Indre-et-Loire comptait 11,6 naissances pour 1 000 habitants en 2009 ; ce qui est légèrement plus faible que le taux de natalité observé au niveau national (12,7 %) mais supérieur à 4 des 5 départements de comparaison.

### 1.1.3. La répartition de la population par tranches d'âge est assez homogène et très proche de la répartition observée au niveau national

Départements	Population totale (2009)	Répartition de la population estimée par âge en 2009									
		0 à 19 ans	Part des 0-19 ans dans la population totale	20 à 39 ans	Part des 20-39 ans dans la population totale	40 à 59 ans	Part des 40-59 ans dans la population totale	60 à 74 ans	Part des 60-74 ans dans la population totale	75 ans et plus	Part des 75 ans et plus dans la population totale
<b>Indre et Loire</b>	<b>588 294</b>	<b>141 216</b>	<b>24%</b>	<b>149 613</b>	<b>25%</b>	<b>158 775</b>	<b>27%</b>	<b>82 552</b>	<b>14%</b>	<b>56 138</b>	<b>10%</b>
Charente Maritime	616 632	133 460	22%	133 636	22%	168 979	27%	107 708	17%	72 849	12%
Côtes d'Armor	585 116	137 214	23%	123 332	21%	160 216	27%	97 770	17%	66 584	11%
Loiret	653 744	163 663	25%	168 240	26%	176 203	27%	88 705	14%	56 933	9%
Puy de Dôme	630 544	138 716	22%	163 125	26%	176 204	28%	93 309	15%	59 190	9%
Pyrénées Atlantiques	651 665	143 372	22%	150 634	23%	183 130	28%	102 275	16%	72 254	11%
<b>France métropolitaine</b>	<b>62 473 876</b>	<b>15 344 488</b>	<b>25%</b>	<b>16 117 752</b>	<b>26%</b>	<b>17 012 893</b>	<b>27%</b>	<b>8 525 240</b>	<b>14%</b>	<b>5 473 503</b>	<b>9%</b>

Source : INSEE / ANDASS 2011

En 2009, la population de l'Indre-et-Loire était composée de 24 % de jeunes de moins de 20 ans, 25 % de personnes de 20 à 39 ans, 27 % de personnes de 40 à 59 ans et 24 % de personnes de plus de 60 ans<sup>1</sup>. Cette répartition relativement homogène est très similaire à la répartition observée au niveau national.

<sup>1</sup>14 % de la population totale a entre 60 et 74 ans et 10 % a plus de 75 ans

Part des plus de 40 ans et des plus de 50 ans dans la population totale en 2010

	40 - 54 ans	Part des 40 - 54 ans dans la population totale	+ de 50 ans	Part des plus de 50 ans dans la population totale
<b>Indre-et-Loire</b>	<b>119 795</b>	<b>20,36%</b>	<b>217 241</b>	<b>36,93%</b>
Cher	65 585	20,97%	132 067	42,23%
Eure-et-Loir	88 863	20,91%	152 508	35,88%
Indre	48 041	20,73%	103 416	44,63%
Loir-et-Cher	67 479	20,61%	135 216	41,29%
Loiret	132 232	20,23%	232 612	35,58%
Centre	521 995	20,56%	973 060	38,32%
<b>France métropolitaine</b>	<b>13 281 199</b>	<b>20,65%</b>	<b>22 766 040</b>	<b>35,39%</b>

Source : Insee, estimations de population au 1er janvier 2010.

La plupart des études qui envisagent le vieillissement des personnes handicapées évoque l'âge de 40 ans comme le début du processus du vieillissement. Lorsque l'on analyse la part des personnes de 40 à 54 ans dans la population globale d'Indre-et-Loire (20,36 %), il apparaît que cette part est légèrement inférieure à celle constatée dans la région Centre (20,56 %) et au niveau national (20,65 %). La part des personnes de 40 à 54 ans est la plus faible au sein de la région Centre après le département du Loiret.

#### 1.1.4. La population va vieillir dans les 20 prochaines années de manière plus accentuée qu'au niveau national

Projection de population à l'horizon 2030 en Indre-et-Loire (selon le scénario central)

Année	Population au 1er janvier	Structure par âge							
		0-19 ans		20-59 ans		60-79 ans		80 ans et plus	
		%	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif
2010	582 649	23,4	136 183	52,7	306 836	18,1	105 335	5,9	34 295
2015	595 749	23,1	137 824	50,8	302 467	19,7	117 158	6,4	38 300
2020	606 762	22,8	138 295	49,2	298 471	21,4	129 644	6,7	40 352
2025	615 823	22,0	135 469	48,3	297 198	23,0	141 568	6,8	41 588
2030	623 694	21,3	133 042	47,3	295 025	23,2	144 699	8,2	50 928

Source : Insee, modèle OMPHALE, décembre 2008

A l'horizon 2030, l'Indre-et-Loire compterait, selon les projections de l'INSEE (scénario central), 31,4 % de plus de 60 ans (dont 8,2 % de personnes âgées de 80 ans ou plus) contre 24 % de plus de 60 ans en 2010 (dont 5,9 % de personnes âgées de 80 ans ou plus).

A l'échelle nationale, on ne compterait que 29,2 % de plus de 60 ans à l'horizon 2030.

L'Indre-et-Loire est un département qui présente de fortes disparités territoriales avec près de 61 % de la population située sur Tours et son agglomération mais dont l'évolution démographique globale est proche de la moyenne nationale. Le taux de natalité constaté est légèrement inférieur à la moyenne nationale mais reste supérieur aux taux constatés dans les autres départements de la région Centre. Enfin, la répartition de la population par tranches d'âge est assez homogène. L'analyse de la part des plus de 40 ans et des plus de 50 ans dans la population totale fait apparaître que l'Indre-et-Loire est un des départements les moins vieillissants de la région Centre. Cependant, cette population devrait connaître un vieillissement important (31,4 % de la population devrait avoir plus de 60 ans en 2030 contre 24 % en 2010).

## 1.2. Le contexte socio-économique en Indre et Loire

### 1.2.1. La répartition de la population active est proche des départements de comparaison et du niveau national

Départements	CATEGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES (en 2007)												Population active en 2007
	Agriculteurs exploitants		Artisans commerçants & chefs d'entreprise		Cadres & professions Intel. Supérieures		Professions intermédiaires		Employés		Ouvriers		
	Efficif	Part dans la pop. Active	Efficif	Part dans la pop. Active	Efficif	Part dans la pop. Active	Efficif	Part dans la pop. Active	Efficif	Part dans la pop. Active	Efficif	Part dans la pop. Active	
Indre et Loire	5 002	1,8%	14 824	5,5%	34 953	12,9%	67 200	24,8%	80 929	29,9%	67 571	25,0%	270 620
Charente Maritime	9 699	3,7%	20 907	8,0%	24 695	9,4%	56 220	21,5%	84 503	32,2%	65 879	25,1%	262 082
Côtes d'Armor	13 606	5,5%	17 442	7,1%	24 379	9,9%	53 631	21,7%	69 989	28,3%	68 432	27,7%	247 138
Loiret	4 313	1,4%	14 407	4,7%	40 658	13,2%	76 429	24,8%	87 215	28,3%	84 811	27,6%	307 680
Puy de Dôme	8 023	2,8%	17 069	5,9%	36 034	12,4%	69 840	24,0%	85 961	29,6%	73 483	25,3%	290 418
Pyrénees Atlantiques	9 997	3,5%	20 648	7,1%	33 908	11,7%	70 138	24,2%	88 904	30,7%	67 217	23,2%	289 373
France métropolitaine	531 081	1,8%	1 624 886	5,6%	4 244 126	14,8%	6 908 657	24,0%	8 411 484	29,2%	6 974 540	24,2%	28 772 020

Source : INSEE / ANDASS 2011

Dans des proportions similaires au niveau national, l'Indre-et-Loire compte une majorité d'employés et d'ouvriers. En revanche, les cadres et professions intellectuelles supérieures sont proportionnellement moins nombreux au sein de la population active en Indre-et-Loire qu'au niveau national (12,9 % en Indre-et-Loire contre 14,8 % en France métropolitaine) mais leur part dans la population active est encore plus faible dans les autres départements de comparaison, mis à part le Loiret.

### 1.2.2. Le taux de chômage est favorable par rapport aux taux régional et national

Evolution du taux de chômage de 2005 à 2010

Départements	Moyenne 2005	Moyenne 2006	Moyenne 2007	Moyenne 2008	Moyenne 2009	1er trim 2010	2e trim 2010
Indre-et-Loire	7,9	7,8	7,0	6,6	8,1	8,5	8,2
Charente-Maritime	10,0	9,9	8,9	8,3	10,4	11,0	10,4
Côtes-d'Armor	7,2	7,3	6,6	6,1	7,6	7,8	7,7
Loiret	7,2	7,3	6,5	6,2	8,2	8,8	8,6
Puy-de-Dôme	7,7	7,9	7,4	7,0	8,6	9,0	8,7
Pyrénees-Atlantiques	7,9	7,6	7,0	6,6	8,1	8,4	8,2
France métropolitaine	8,9	8,8	8,0	7,4	9,1	9,5	9,3

Source : Insee - Taux de chômage localisés

Avec un taux de chômage au 2<sup>ème</sup> trimestre 2010 de 8,2 %, l'Indre-et-Loire est l'un des départements ayant le plus bas taux par rapport aux départements de comparaison. Effectivement, seul le département des Côtes d'Armor possède un taux de chômage inférieur à la même date. De même, l'Indre-et-Loire possède un taux de chômage plus faible que la moyenne nationale qui s'élève à 9,3 % au 2<sup>ème</sup> trimestre 2010.

On constate, en outre, que si l'Indre-et-Loire a connu une baisse systématique de son taux de chômage entre 2005 et 2008, ce taux a fortement augmenté depuis 2009 (+1,5 points en 2009 et + 0,4 point au 1<sup>er</sup> trimestre 2010).

### Taux de chômage localisé au 4<sup>ème</sup> trimestre 2010

Départements	Population totale (4 <sup>ème</sup> trimestre 2010)	Taux de chômage
<b>Indre-et-Loire</b>	<b>588 294</b>	<b>8,10%</b>
Cher	312 738	9,2%
Eure-et-Loir	425 023	8,8%
Indre	231 724	8,0%
Loiret	653 744	8,7%
Loir-et-Cher	327 487	7,8%
Région Centre	2 539 010	8,4%
<b>France métropolitaine</b>	<b>62 474 000</b>	<b>9,20%</b>

Source : Agefiph Centre - Mars 2011

Ce tableau met en évidence qu'avec un taux de chômage de 8,1 % au 4<sup>ème</sup> trimestre 2010, l'Indre-et-Loire affiche un des taux le plus bas de la région Centre après ceux de l'Indre et du Loir-et-Cher. A l'inverse, le Cher est le département de la région Centre qui possède le taux de chômage le plus élevé, identique à celui constaté au niveau national.

### 1.2.3. La demande d'emploi des travailleurs handicapés en Indre-et-Loire est relativement faible au sein de la région Centre

Nombre de demandeurs d'emploi handicapés en fin de mois (fin décembre 2010)<sup>2</sup>

Départements	DEFM handicapés	Evolution N-1/N (fin décembre 2009/ fin décembre 2010)	DEFM Tous publics	Part des DEFM handicapés / DEFM Tous publics
<b>Indre-et-Loire</b>	<b>2 006</b>	<b>5,20%</b>	<b>35 481</b>	<b>5,65%</b>
Cher	1 404	1,90%	18 675	7,52%
Eure-et-Loir	1 728	14,50%	27 099	6,38%
Indre	881	-7,00%	12 264	7,18%
Loir-et-Cher	1 295	-3,40%	19 788	6,54%
Loiret	2 391	9,40%	42 520	5,62%
Région Centre	9 705	4,70%	155 827	6,23%
<b>France métropolitaine</b>	<b>257 121</b>	<b>11,20%</b>	<b>4 351 883</b>	<b>5,91%</b>

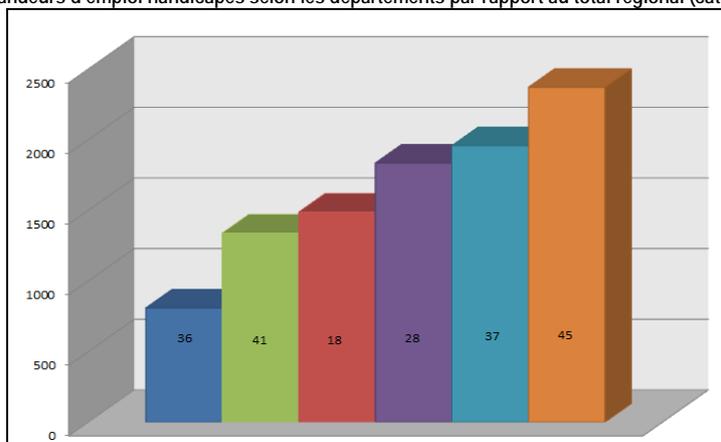
Source : Agefiph Centre Mars 2011

L'Indre-et-Loire, avec 5,65 % de demandeurs d'emploi en fin de mois (DEFM) handicapés, est un des départements qui affiche le taux le plus bas de la région Centre après le Loiret. La part des demandeurs d'emploi handicapés est plus faible que celle constatée aux niveaux régional et national. Par rapport à fin décembre 2009, ce nombre a connu une augmentation légèrement plus forte que l'augmentation moyenne régionale. En revanche, cette progression est nettement inférieure à l'évolution connue au niveau national (+11,2%).

<sup>2</sup> Hors allocation adulte handicapé (AAH) seule. Les bénéficiaires de l'AAH seule ne sont plus repérés par Pôle emploi comme bénéficiaires de l'obligation d'emploi. Ils représentaient fin 2009 près de 7,6% de la demande d'emploi handicapée nationale.

### Répartition des travailleurs handicapés demandeurs d'emploi par catégorie<sup>3</sup> (sept.2010)

Part des demandeurs d'emploi handicapés selon les départements par rapport au total régional (catégories A, B, C)



Source : SESE Direccte Centre, fichiers Pôle emploi, présentation PRITH Centre du 6 décembre 2010

L'Indre-et-Loire regroupe 20 % de la demande d'emploi de travailleurs handicapés dans la région Centre à la fin du mois de septembre 2010, juste derrière le Loiret (24,4 %).

### Ancienneté moyenne d'inscription au chômage en mois (fin décembre 2010)

Départements	Publics handicapés	Tous publics
Indre-et-Loire	20,1	12,6
Cher	24,2	14,3
Eure-et-Loir	22,6	14,6
Indre	26,4	13,5
Loir-et-Cher	22,8	13,8
Loiret	21,0	13,5
Région Centre	22,3	13,6
France métropolitaine	21,1	14,0

Source : Agefiph Centre Mars 2011

En Indre-et-Loire, l'ancienneté moyenne d'inscription au chômage est inférieure à celle constatée au niveau régional et au niveau national. C'est également vrai pour les demandeurs d'emploi handicapés. En effet, l'ancienneté moyenne d'inscription au chômage des personnes handicapées en Indre-et-Loire est de 20,1 mois contre 22,3 et 21,1 mois aux niveaux régional et national. Il faut préciser que les chiffres affichés par l'Indre-et-Loire sont les plus favorables de la région Centre.

### 1.2.4. Un département dont les revenus de la population sont inférieurs aux moyennes nationales

Revenus et impôts de 2008 (en euros)						
	Revenu fiscal de référence moyen	Revenu fiscal de référence :		Impôt moyen payé par les foyers imposés	Nombre de foyers fiscaux	Part des foyers fiscaux ne payant pas d'impôts (%)
		Contribuables non imposables	Contribuables imposés			
<b>Indre-et-Loire</b>	<b>22 695</b>	<b>9 936</b>	<b>32 986</b>	<b>1 790</b>	<b>326 312</b>	<b>44,4%</b>
Région Centre	22 326	10 053	32 342	1 703	1 432 799	44,9%
France métropolitaine	23 202	9 659	34 999	2 309	36 390 286	46,6%

Source : Niveau de vie en Indre et Loire, Edition Septembre 2010, Les Collections de l'OE2T

Le revenu fiscal de référence moyen de l'Indre-et-Loire (22 695 € en 2008) est proche de celui de la région Centre mais inférieur à la moyenne nationale (23 202 €).

## 1.2.5 La population est toutefois moins précarisée

Pauvreté et indicateurs de précarité au 31.12.2009

	Taux de pauvreté monétaire 2007	Nombre total d'allocataires RSA	Part des 15-64 ans touchant le RSA	Bénéficiaires de la CMU de base	Bénéficiaires de la CMU complémentaire	CMU : % couverture de la population
<b>Indre-et-Loire</b>	<b>11,6%</b>	<b>13091</b>	<b>3,5%</b>	<b>11067</b>	<b>26772</b>	<b>4,6%</b>
Pyrénées-atlantiques	11,8%	15061	3,7%	12684	27963	4,3%
Puy-de-dôme	12,7%	15387	3,7%	12057	30212	4,8%
Côtes d'Armor	12,5%	10488	3,0%	9752	19813	3,4%
Loiret	10,7%	14485	3,4%	13341	36435	5,6%
Charente Maritime	14,1%	18797	5,0%	13776	31382	5,1%
Région Centre	11,6%	58491	3,6%	53753	131213	5,2%
France métrop.	13,4%	1730154	4,3%	1731205	3547424	5,7%

Source : STATISS 2010

Concernant les indicateurs de pauvreté et de précarité, l'Indre-et-Loire présente des taux globalement inférieurs à ceux observés dans la plupart des départements de comparaison et aux niveaux régional et national. En effet, l'Indre-et-Loire possède un taux de pauvreté monétaire (part des personnes dont le niveau de vie est inférieur à 60 % du niveau de vie médian) de 11,6 % (soit le même taux qu'à l'échelle de la région Centre) alors que la Charente Maritime présente un taux de 14,1 % par exemple et qu'au niveau national, ce taux s'élève à 13,4 %.

Par ailleurs, 4,6 % de la population d'Indre-et-Loire bénéficie de la couverture maladie universelle (CMU) au 31 décembre 2008 contre 5,7 % au niveau national.

Le taux de chômage constaté en Indre-et-Loire est favorable par rapport à ceux constatés aux niveaux régional et national. La part des demandeurs d'emploi handicapés parmi l'ensemble des demandeurs d'emploi est plus faible en Indre-et-Loire que dans la plupart des autres départements de la région Centre (même si en valeur absolue le nombre de demandeurs d'emploi handicapés est un des plus élevé).

En Indre-et-Loire, les revenus de la population sont inférieurs aux moyennes nationales mais les écarts sont moins importants. Enfin, les indicateurs de précarité sont plus favorables en Indre-et-Loire que dans les autres départements de comparaison ou aux niveaux régional et national.

### 1.3. Les prestations destinées à assurer une source de revenu aux personnes handicapées

Au 31 décembre 2009, 10 723 personnes bénéficiaient d'une prestation liée au handicap, destinée à leur procurer une source de revenu (AAH, pension d'invalidité, rente accident du travail), soit 3,47 % des personnes ayant entre 20 et 59 ans en Indre-et-Loire.

#### 1.3.1. La représentation des bénéficiaires de l'AAH est relativement faible

Evolution du nombre de bénéficiaires de l'AAH de 2005 à 2009

Département	Bénéficiaires au 31 décembre					Part des bénéficiaires dans les 20-59 ans en 2009	Variation 2005 - 2009
	2005	2006	2007	2008	2009		
<b>Indre-et-Loire</b>	<b>6 798</b>	<b>6 861</b>	<b>7 021</b>	<b>7 174</b>	<b>7 501</b>	<b>2,43%</b>	<b>10,34%</b>
Charentes Maritimes	6701	6814	7042	7668	8248	2,73%	23,09%
Cotes d'Armor	8 256	8 333	8 447	8 840	9 041	3,18%	9,51%
Loiret	5 900	6 097	6 296	6 539	6 870	1,99%	16,44%
Puy de Dôme	8 397	8 348	8 281	8 392	8 522	2,50%	1,49%
Pyrénées Atlantiques	10 745	10 793	10 942	11 475	11 730	3,51%	9,17%
<b>France</b>	<b>768 414</b>	<b>772 296</b>	<b>781 972</b>	<b>817 851</b>	<b>851 316</b>	<b>2,57%</b>	<b>10,79%</b>

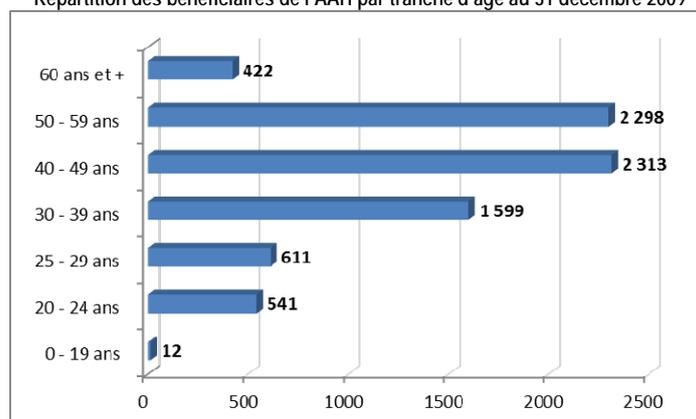
Source : CNAF fichier FILEAS

En 2009, la CAF d'Indre-et-Loire comptait 7 501 allocataires de l'AAH<sup>4</sup>. Depuis 2005, le nombre de bénéficiaires de l'AAH (allocataires CAF) a augmenté de 10,34 %. Cette évolution est relativement proche de celle constatée au niveau national (+ 10,79 %).

La part des bénéficiaires de l'AAH parmi les personnes de 20 à 59 ans en 2009 était de 2,43 % en Indre-et-Loire.

Ce taux est inférieur à celui constaté au niveau national (2,57 %) et correspond au taux le plus bas parmi les départements de comparaison après le Loiret.

Répartition des bénéficiaires de l'AAH par tranche d'âge au 31 décembre 2009

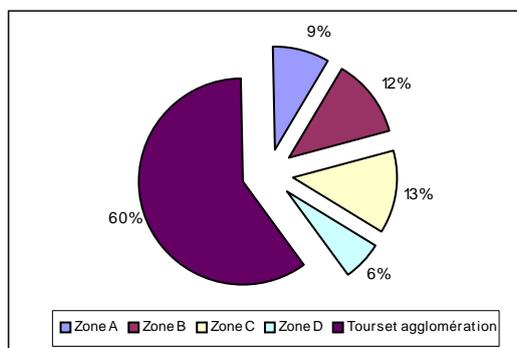


Source : Conseil général 37 – Direction des personnes handicapées

<sup>4</sup> Ces données ne prennent pas en compte les bénéficiaires de l'AAH affiliés à la MSA.

Au 31 décembre 2009, l'Indre-et-Loire comptait 7 796 allocataires de l'AAH (CAF et MSA). Les personnes ayant entre 40 et 49 ans sont les plus représentées parmi ces bénéficiaires. De plus il apparaît que la tranche d'âge des 30-60 ans regroupe près de 80 % des allocataires de l'AAH. Les tranches d'âge extrêmes sont les moins représentées, avec seulement 7,1 % des allocataires qui ont moins de 25 ans et 5,4 % qui ont plus de 60 ans.

Répartition géographique des bénéficiaires de l'AAH



Source : Conseil général 37 – Direction des personnes handicapées

Zone A : Amboise, Bléré, Château-Renault,  
 Zone B : Circonscription de Loches,  
 Zone C : Azay le Rideau, Bourgueil, Chinon, l'Île Bouchard, Richelieu, Sainte-Maure-de-Touraine,  
 Zone D : Château-la-Vallière, Langeais, Neuillé-Pont-Pierre, Neuvy-le-Roi,  
 Tours et agglomération.

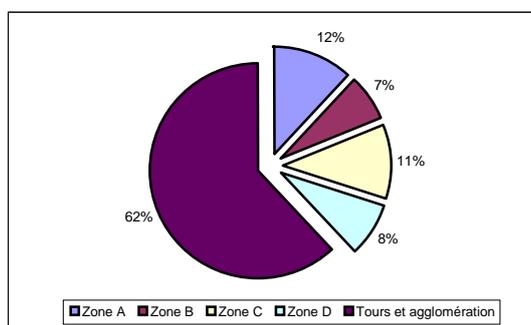
60 % des allocataires de l'AAH vivent sur Tours et son agglomération. Tours concentre près de 32 % de la totalité des bénéficiaires de l'AAH.

### 1.3.2. Les rentes accident du travail et les pensions d'invalidité

Au 31 décembre 2009, 2 698 personnes bénéficiaient d'une pension d'invalidité en Indre-et-Loire (régime général et régime agricole).

Une majorité de ces personnes bénéficiait d'une pension d'invalidité de 2<sup>ème</sup> catégorie (96,3 %), les autres personnes ayant droit à une pension d'invalidité de 3<sup>ème</sup> catégorie<sup>5</sup>.

Répartition géographique des bénéficiaires de pensions d'invalidité



Source : Conseil général 37 – Direction des personnes handicapées

<sup>5</sup> Les pensions d'invalidité de 2<sup>ème</sup> catégorie sont accordées aux personnes qui sont incapables d'exercer une quelconque profession. Pour bénéficier de la pension d'invalidité de 3<sup>ème</sup> catégorie, il faut en outre que l'état de la personne nécessite l'aide d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie quotidienne. (L 341-4 du code la Sécurité sociale).

La zone de Tours et son agglomération regroupent 61 % des personnes bénéficiant d'une pension d'invalidité.

Au 31 décembre 2009, 229 personnes bénéficiaient d'une rente accident du travail de 66 % d'IPP (incapacité permanente partielle) en Indre-et-Loire.

Plus de la moitié des bénéficiaires avait plus de 60 ans (54 %). Plus les tranches d'âge sont jeunes, moins elles sont représentées.

En ce qui concerne la répartition géographique des bénéficiaires, la zone de Tours et son agglomération regroupent une majorité de bénéficiaires (58,6 %). Cependant, la ville de Tours ne concentre que 20 % des bénéficiaires de rentes accident du travail. Ce taux est plus élevé pour les autres types d'aide.

La part de bénéficiaires de l'AAH en Indre-et-Loire est relativement faible par rapport aux autres départements de comparaison. L'analyse de l'ensemble des prestations destinées à assurer une source de revenus aux personnes handicapées en Indre-et-Loire fait apparaître que la majorité des bénéficiaires sont localisés sur Tours et l'agglomération (entre 58 et 62 % selon les prestations). De plus, parmi les bénéficiaires de ce type de prestation, les tranches d'âge au-delà de 40 ans sont les plus représentées.

## Partie 2 : Les acteurs du champ du handicap

### 2.1. *La Maison départementale des personnes handicapées (MDPH 37) et la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)*

Créées par la loi du 11 février 2005, les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) exercent une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil auprès des personnes handicapées et de leur famille. Elles mettent en place et organisent le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire chargée d'évaluer les besoins de compensation des personnes handicapées et leur incapacité permanente sur la base de leur projet de vie et de proposer un plan personnalisé de compensation du handicap. Les MDPH aident les personnes à formuler leur projet de vie et à mettre en œuvre des décisions prises par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Pour remplir ses missions, la MDPH 37, ouverte en avril 2006, est organisée en trois pôles :

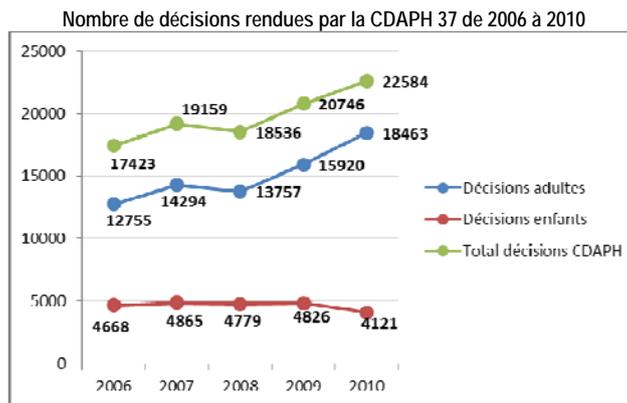
- le pôle accueil
- le pôle instruction, qui regroupe les instructeurs administratifs des secteurs « enfance » et « adultes »
- le pôle évaluation composé de la coordinatrice de l'équipe pluridisciplinaire enfance, de la coordinatrice de l'équipe pluridisciplinaire adulte, de médecins, d'ergothérapeutes et de travailleurs sociaux.

En 2010, 35,5 agents en équivalent temps plein ont travaillé à la MDPH.

La Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) est une instance décisionnelle de la MDPH. Elle s'est substituée à la Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (Cotorep) et à la Commission départementale d'éducation spéciale (CDES).

La CDAPH prend les décisions relatives aux prestations et aux orientations aussi bien pour les adultes que pour les enfants handicapés. Un nombre important d'acteurs du champ du handicap est représenté au sein de la CDAPH : les membres sont des représentants du Conseil général, de l'Etat, des organismes de Sécurité sociale, des syndicats, des associations d'usagers, des gestionnaires d'établissements.

La CDAPH est organisée en trois commissions afin de privilégier l'approche globale des besoins de compensation des personnes handicapées et pour prendre en compte les spécificités liées aux différents âges de la vie : une commission « Enfance », une commission « 16-25 ans », une commission généraliste « Personnes handicapées adultes ».



Depuis 2006, le nombre de décisions pris par la CDAPH a augmenté de 30 %.

Les décisions concernant les adultes handicapés ont fortement progressé entre 2006 et 2010 excepté en 2008 où la diminution du nombre de décisions concernait plus particulièrement les orientations professionnelles (soit - 21,6 % entre 2007 et 2008) et la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (soit - 11,8 % entre 2007 et 2008).

En revanche, le nombre de décisions concernant les enfants handicapés est resté relativement stable entre 2006 et 2009 (soit une hausse du nombre de décision de + 3,38 %). En 2010, le nombre de décisions concernant ce public a diminué de 14,6 %. Cette baisse concernait essentiellement les orientations vers un établissement ou un service spécialisé (soit - 35 % entre 2009 et 2010).

Grâce aux entretiens qui ont été réalisés dans le cadre du diagnostic et aux questionnaires diffusés, l'opinion sur la MDPH 37 des différents partenaires et des usagers a pu être recueillie. Les forces et les faiblesses actuelles de la MDPH 37 ont été dégagées.

#### **Les principales forces de la MDPH 37 :**

- les efforts de réorganisation depuis 2009 pour mieux prendre en compte la globalité du projet de vie de la personne handicapée ainsi que les spécificités liées à l'âge :
  - o création d'une équipe pluridisciplinaire pour les personnes de 16 à 25 ans
  - o mise en place d'un pôle accueil dédié depuis mai 2010
  - o réorganisation en pôles,
- le site internet de la MDPH de bonne qualité, qui est très utilisé par les usagers :
  - 30 410 connexions par mois pour une moyenne de 1 437 visites par jour en 2010
- l'outil mis en place par la MDPH pour suivre les orientations vers un établissement ou un service, décidées par la CDAPH 37 et non suivies d'effet ; ce qui permet de mettre en évidence les besoins collectifs et de travailler avec les structures pour trouver une réponse aux situations prioritaires,
- les bonnes relations entre les différents partenaires et la MDPH, soulignées à plusieurs reprises,
- les usagers se disent majoritairement satisfaits des réponses apportées par la MDPH, en particulier pour la mise à jour de leur dossier, l'écoute et le dépôt d'une demande de prestation ou d'orientation.

## Les principales faiblesses de la MDPH 37 :

- l'insuffisance de suivi des décisions de la CADPH 37, notamment des plans d'aide PCH ou des orientations vers un établissement médico-social (élément ressorti du questionnaire),
- l'absence de référent insertion professionnelle depuis décembre 2010 ; ce qui a des répercussions au niveau du travail de l'équipe pluridisciplinaire et de la mise en œuvre des orientations professionnelles,
- la clarification insuffisante des critères d'admission dans les établissements. Ce point qui avait déjà fait l'objet d'une fiche action du précédent schéma reste un objectif de travail de la MDPH. Il en est de même pour l'action 13 qui prévoyait d'établir un référentiel des réponses apportées par les structures et qui reste à réaliser,
- l'absence d'harmonisation des évaluations effectuées par la MDPH et les établissements spécialisés,
- le traitement parfois trop administratif des dossiers. Le système de fonctionnement de la MDPH est encore proche de ceux de la COTOREP et de la CDES. La MDPH ressemble encore trop à un organisme « distributeur » de décisions,
- des projets personnalisés trop centrés sur les prestations ou les orientations et insuffisamment sur un projet de vie global de la personne,
- le manque de données chiffrées sur les personnes en situation de handicap en Indre-et-Loire, le rôle d'observatoire de la MDPH n'en étant qu'à ses débuts,
- l'insuffisance de moyens humains que ce soit au niveau de l'accueil ou encore de l'instruction administrative pour répondre aux exigences de la loi et à l'augmentation des demandes.

## 2.2. Les acteurs du champ médico-social

### 2.2.1. L'Agence régionale de santé (ARS)

Créée depuis le 1<sup>er</sup> avril 2010 (suite à la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires - HPST- du 21 juillet 2009), l'ARS du Centre met en œuvre la politique régionale de santé en coordination avec les partenaires et en tenant compte des spécificités de la région et de ses territoires. L'ARS est compétente sur le champ de la santé dans sa globalité, de la prévention aux soins, de l'accompagnement médico-social.

C'est au titre de cette dernière compétence que l'ARS est l'autorité qui a en charge la tarification et le contrôle d'un certain nombre d'établissements et services spécialisés pour personnes handicapées (établissements et services pour enfants handicapés, établissements et services pour adultes handicapés médicalisés...).

L'ARS Centre est composée de 6 délégations territoriales qui correspondent aux 6 départements de la région Centre. Ces délégations territoriales s'inscrivent dans la stratégie régionale et sont garantes de la territorialisation des politiques et des projets de santé.

Par ailleurs, l'ARS du Centre est en train d'élaborer son schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) qui comprend un volet « personnes handicapées » intégré au projet régional de santé (PRS). Le schéma départemental devra s'articuler avec le SROMS.

Il est ressorti des questionnaires diffusés aux responsables d'établissements et de services spécialisés qu'il existe de bonnes relations entre ces derniers et la délégation territoriale 37 de l'ARS.

## 2.2.2. Le Conseil général

- *L'organisation du Conseil général en matière de handicap*

Le Direction des personnes handicapées est une des 5 directions de la Direction de la Solidarité entre les Personnes du Conseil général d'Indre-et-Loire. Cette direction regroupe 2 services.

- **Le service des établissements** a en charge la planification, la tarification et le contrôle des établissements et services pour personnes handicapées adultes de la compétence du Conseil général dans le département (services d'accompagnement à la vie sociale, foyers d'hébergement, foyers de vie, foyers d'accueil médicalisés) ainsi que des services autorisés d'aide à domicile.

En 2010, il a arrêté le budget de 43 établissements ou services qui offrent 1 604 places dans le département, pour un montant total de 41 805 853 €.

- **Le service de l'aide sociale** instruit et liquide les demandes d'aide sociale légales et facultatives. Il est également chargé de la liquidation de la prestation de compensation du handicap (PCH) et de l'allocation compensatrice (AC). Il traite le contentieux lié à l'aide sociale pour personnes handicapées.

Cette organisation sera modifiée en février 2012 : les deux directions « personnes âgées » et « personnes handicapées » seront regroupées au sein d'une « Direction de l'autonomie » pour mieux répondre aux enjeux actuels, notamment pour apporter des réponses mieux adaptées aux personnes handicapées vieillissantes, pour améliorer les réponses à domicile aux personnes fragiles, qu'elles soient âgées ou handicapées et pour faciliter la mise en œuvre des deux schémas « personnes âgées » et « personnes handicapées » dont de nombreuses actions sont communes ou s'articulent et se complètent.

La Direction de l'autonomie regroupera un service des établissements, un service des prestations, un service médical, un service des actions d'accompagnement à l'autonomie et un service « vie à domicile ».

Il a été souligné lors des entretiens et dans les questionnaires les bonnes relations qui existent entre le Conseil général d'Indre-et-Loire et ses différents partenaires.

### **L'aide sociale pour les personnes handicapées en Indre et Loire**

L'aide sociale est l'expression de la solidarité de la collectivité à l'égard des personnes qui, en raison de leur état de santé physique et/ou mental, de leur situation économique et sociale, ont besoin d'être aidés, qu'elles vivent à domicile ou dans un établissement.

A fin 2010, l'aide sociale intervenait auprès de près de 3 500 personnes handicapées, au titre de diverses prestations : services ménagers (340 bénéficiaires), prestation de compensation du handicap ou allocation compensatrice (1 378 personnes), accueil familial (35 personnes), services d'accompagnement à la vie sociale (390 personnes), accueil en établissement, en accueil de jour ou accueil permanent (1 355 personnes).

L'aide sociale du Conseil Général est compétente pour aider les personnes handicapées ayant leur domicile de secours en Indre et Loire, qu'elles vivent ou non dans le département. Elle est donc amenée à prendre en charge l'hébergement de 239 personnes qui vivent dans un établissement d'un autre département ou de Belgique.

A contrario, d'autres Conseils généraux prennent en charge l'hébergement de 183 de leurs ressortissants qui résident dans les établissements d'Indre et Loire. L'aide sociale de l'Indre et Loire ne finance donc que 78% environ des budgets des établissements du département.

Par ailleurs, sont à la charge du Conseil général les frais d'hébergement de 83 personnes handicapées adultes qui sont en IME (au titre de l'amendement Creton) ou en EHPAD (établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes) alors qu'elles devraient être, en fonction de leur orientation, dans des établissements spécialisés pour adultes.

Cela a représenté en 2010 un montant de dépenses brutes de 61 256 245 €, ramené à 48 780 723 € de dépenses nettes (après déduction des recettes de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au titre de la PCH et des participations des résidents à leurs frais d'hébergement).

Les dépenses d'aide sociale en 2009

Départements	Dépenses réelles de fonctionnement en € en 2009	Dépenses totales d'aide sociale en € en 2009	Part des dépenses totales d'aide sociale parmi les dépenses réelles de fonctionnement	Dépenses nettes d'aide sociale par habitant en € en 2009	Dépenses totales d'aide sociale aux personnes handicapées en € en 2009	Part des dépenses totales d'aide sociale aux personnes handicapées parmi le total des dépenses d'aide sociale
<b>Indre et Loire</b>	<b>406 432 122</b>	<b>257 833 538</b>	<b>63,4%</b>	<b>366,5</b>	<b>58 839 894</b>	<b>22,8%</b>
Charente Maritime	508 757 779	318 485 328	62,6%	419,7	71 093 253	22,3%
Côtes d'Armor	441 334 890	246 070 250	55,8%	359,7	50 799 913	20,6%
Loiret	423 010 448	270 635 973	64,0%	345,9	60 155 905	22,2%
Puy de Dôme	487 890 899	279 239 986	57,2%	390,5	58 356 701	20,9%
Pyrénées Atlantiques	472 517 410	297 669 413	63,0%	367,4	52 742 992	17,7%

Source : ANDASS 2011

L'Indre-et-Loire est le département pour lequel les dépenses nettes d'aide sociale par habitant étaient les plus faibles en 2009 (soit 366,5 €) parmi les départements de comparaison.

Cependant, les dépenses d'aide sociale en faveur des personnes handicapées (58 839 894 €) représentaient 22,8 % des dépenses totales d'aide sociale en Indre-et-Loire en 2009. C'est la part la plus élevée parmi les départements de comparaison.

Dépenses nettes d'aide sociale aux personnes handicapées, au 31 décembre (en €)

Départements	2005	2006	2007	Evolution 2005-2007
<b>Indre et Loire</b>	<b>34 343 000</b>	<b>39 767 000</b>	<b>42 188 000</b>	<b>22,8%</b>
Charente Maritime	39 222 000	42 486 000	48 960 000	24,8%
Côtes d'Armor	32 065 000	35 665 000	44 255 000	38,0%
Loiret	41 058 000	40 715 000	51 773 000	26,1%
Puy de Dôme	38 412 000	44 505 000	46 169 000	20,2%
Pyrénées Atlantiques	31 562 000	34 478 000	39 044 000	23,7%
<b>France métropolitaine</b>	<b>3 496 031 000</b>	<b>4 000 355 000</b>	<b>4 352 723 000</b>	<b>24,5%</b>

Source : Série statistiques DRESS, n° 133 – mai 2009, Dépenses d'aide

Le tableau ci-dessus montre une plus faible progression des dépenses nettes d'aide sociale aux personnes handicapées en Indre-et-Loire sur la période 2005-2007 (22,8%) alors qu'au niveau national, ce taux était de 24,5 % et atteignait 38 % par exemple dans les Côtes d'Armor.

### 2.2.3. Les organismes gestionnaires d'établissements et de services pour personnes adultes handicapées

17 organismes, majoritairement des associations, gèrent les 3 180 places proposées en Indre et Loire aux personnes adultes handicapées.

La réponse au handicap mental prédomine largement, représentant 2 713 places (soit 85 %).

#### Nombre de places dans les structures pour personnes handicapées adultes fin 2011

	ESAT	SAVS/ SAMSAH	FOYERS D'HEBER GEMENT	SECTION ANNEXE D'ESAT -FO accueil de jour FOYERS DE VIE	FAM - accueil permanent/ accueil de jour	MAS - accueil permanent/a ccueil de jour	RETRAITES accueil de jour	Nbre de places par organisme	%
ADAPEI	370	87	118	153	24	75		827	26
ANAIS	270	75	25	67				437	14
LA SOURCE	85	55	35	98				273	9
CLUNY	110		101	41			19	271	9
LES ELFES	84	50	70	46				250	8
APAJH	97	40	40	66				243	8
LA BOISNIERE	65	15	39	69	24			212	7
LEOPOLD BELLAN	99	29	57	15				200	6
APF	70	75						145	5
CH CHINON						56		56	2
LA MUTUALITE		30			19	16		65	2
ADMR LES MAISONNEES					39	7		46	1
LE MAI					40			40	1
ARC EN CIEL					40			40	1
GROUPE KORIAN					40			40	1
CESAP						20		20	1
LA CROIX ROUGE				15				15	1
<b>Nombre total de places en 2011</b>	<b>1 250</b>	<b>456</b>	<b>485</b>	<b>570</b>	<b>226</b>	<b>174</b>	<b>19</b>	<b>3 180</b>	

Le poids des organismes gestionnaires est très variable : certaines associations offrent toute une gamme de réponses aux personnes handicapées ; d'autres n'ont qu'un établissement et se sont spécialisés dans un type de déficience.

L'action 11 du précédent schéma visait à favoriser la structuration de réseaux constitués entre les différents intervenants sur le secteur.

Une charte de coopération a été conclue entre 6 associations gestionnaires d'établissements et services du secteur adulte et du secteur enfance pour promouvoir une action commune. Les associations ont notamment réalisé une enquête en décembre 2008 pour avoir une vision prospective des besoins en places en Indre-et-Loire sur les 5 années suivantes. Cette enquête a porté sur les jeunes de plus de 15 ans en IME et sur les adultes présents en SAVS, ESAT, foyer d'hébergement, foyer de jour, foyer de vie, FAM ou MAS dans leurs établissements.

Par ailleurs, les associations ont développé certaines formes de collaboration. Cela s'est traduit par exemple par l'organisation d'un réseau des directeurs de SAVS.

Plus généralement, les questionnaires destinés aux responsables d'établissements font ressortir qu'ils sont particulièrement satisfaits de leurs relations avec les autres établissements pour adultes handicapés, la MDPH, les médecins libéraux et les services qui exercent des mesures de protection. A contrario, ils sont peu satisfaits de leurs relations avec d'autres acteurs tels que les accueillants familiaux, les services d'aide à domicile et les réseaux de santé.

En outre, il ressort des questionnaires diffusés auprès des services spécialisés que ces derniers sont particulièrement satisfaits de leurs relations avec les établissements pour adultes handicapés et les autres services de maintien à domicile. A contrario, ils sont peu satisfaits de leurs relations avec d'autres acteurs tels que les hôpitaux et les réseaux de santé.

## **2.3. Les acteurs du champ professionnel**

### **2.3.1. La DIRECCTE**

La Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) du Centre a été mise en place à la suite de la réforme de l'administration territoriale de l'Etat. Cette direction résulte du regroupement de 7 directions ou services régionaux de l'Etat. Elle ambitionne d'être pour tous les citoyens et acteurs économiques de la région une porte d'entrée unique pour les questions ayant trait au monde de l'entreprise.

L'unité territoriale 37 de la DIRECCTE Centre est le partenaire privilégié des acteurs du champ de l'insertion professionnelle et de la MDPH de l'Indre et Loire.

Elle a noué un partenariat efficace avec le Conseil général dans le cadre de l'agrément qualité des services à la personne.

La DIRECCTE Centre s'est associée à l'Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (Agefiph) pour élaborer le plan régional d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés (PRITH) pour les années 2011 – 2013.

Ce PRITH se substitue aux plans départementaux d'insertion des travailleurs handicapés (PDITH). Il regroupe la totalité des actions mises en œuvre par le Service Public de l'Emploi élargi et ses partenaires qui contribuent à l'insertion des travailleurs handicapés. Le PRITH prend ainsi une dimension globale et intégrée : un seul diagnostic, des objectifs partagés, un seul plan d'action, une évaluation concertée. Il est décliné au niveau départemental. Ainsi conçu, le plan d'action doit s'assurer de la complémentarité des interventions des différents acteurs.

Le PDITH fonctionnait bien en Indre-et-Loire. Les différents acteurs locaux qui interviennent en matière d'insertion professionnelle des personnes handicapés ont exprimé leurs inquiétudes quant à l'inversion de logique avec la mise en place du PRITH (un système descendant du niveau régional vers le niveau départemental). Ils sont en attente de voir les priorités qui seront dégagées par ce nouveau dispositif.

### **2.3.2. L'AGEFIPH et le FIPHFP**

La mission de l'AGEFIPH et du Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP) est de développer l'insertion professionnelle des personnes handicapées et leur maintien dans l'emploi.

Ainsi, les missions principales de l'AGEFIPH et du FIPHFP qui s'exercent auprès des personnes handicapées et des employeurs, consistent à :

- gérer les contributions des entreprises ou des employeurs publics pour financer des projets visant à compenser le handicap au travail,
- développer, organiser et animer un réseau de professionnels.

### **2.3.3. POLE EMPLOI/Les Missions locales**

POLE EMPLOI et les Missions locales ont notamment pour missions : l'accueil, l'information, l'orientation et l'accompagnement des personnes à la recherche d'un emploi, d'une formation ou d'un conseil. Les missions locales ont pour particularité de s'adresser aux jeunes qui ont entre 16 et 25 ans. Ces deux organismes qui accompagnent tous types de public peuvent également être amenés à accompagner des personnes handicapées vers l'insertion professionnelle en milieu ordinaire.

### **2.3.4. CAP EMPLOI/Le SAMETH**

CAP EMPLOI apporte un service de proximité aux employeurs et aux personnes handicapées pour toutes les questions liées au recrutement et au parcours vers l'emploi. Il s'adresse aux personnes handicapées engagées dans une démarche active d'accès ou de retour à l'emploi en milieu ordinaire de travail et aux employeurs privés ou publics.

Le Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH) aide les entreprises et les salariés handicapés à assurer le maintien dans l'emploi.

### **2.3.5. Le CPO et le CRP de Fontenailles**

Le Centre de Rééducation Professionnelle et de Préorientation de Fontenailles accueille des personnes en situation de handicap orientées par les MDPH dans le cadre d'un parcours d'orientation ou de formation professionnelle.

Le projet de ce centre est de permettre une insertion sociale et professionnelle réussie. Pour cela, un accompagnement individualisé et global est réalisé par une équipe pluridisciplinaire.

POLE EMPLOI, CAP EMPLOI et le CRP de Fontenailles font partie de l'équipe d'évaluation pluridisciplinaire de la MDPH.

### **2.3.6. Les acteurs expérimentent des dispositifs pour accompagner les personnes vers l'insertion professionnelle**

#### **Synergie 37**

Le service Synergie 37 est né de la réflexion de professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et de l'insertion pour permettre l'accès à la vie socio-professionnelle des personnes fragilisées par des troubles psychiques. Ce service mobile accueille des personnes handicapées psychiques pour les aider à passer la barrière du soin et de l'emploi, après un bilan et un réentraînement. Il a lié un partenariat avec la MDPH.

#### **SIPROMES**

Le Service d'Intégration PROfessionnelle et d'accompagnement MEDico-Social (SIPROMES) est un service expérimental de l'ADAPEI, installé sur le territoire de Sud-Touraine, qui a ouvert 10 places au cours du premier semestre 2010.

Il accompagnera les jeunes de 18 à 25 ans dans la mise en œuvre concrète de leur projet de vie sociale et professionnelle. Pour cela, les professionnels du SIPROMES développent et mobilisent le réseau de tous les acteurs du territoire (la maison de l'emploi, la mission locale, les associations, les entreprises, Pôle emploi, la MDPH, etc.) et les coordonnent.

## **2.4. Les acteurs du champ sanitaire**

### **2.4.1. Le secteur hospitalier et psychiatrique**

En Indre-et-Loire, 4 établissements hospitaliers prennent en charge des personnes souffrants de troubles psychiatriques : les centres hospitaliers d'Amboise/Château-Renault, de Loches, de Chinon, de Tours.

Le précédent schéma prévoyait d'améliorer la connaissance réciproque entre les secteurs de psychiatrie et les structures médico-sociales. Certaines améliorations ont été constatées mais restent insuffisantes.

Les liens entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire ne sont pas développés sur l'ensemble du département. De plus lorsque des liens existent, les différents partenaires ne sont pas toujours satisfaits des modes de collaboration existants. Or, il apparaît que la coordination entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social est indispensable pour répondre à l'ensemble des besoins des personnes handicapées.

### **2.4.2. Les Groupements d'entraide mutuelle (GEM)**

Les GEM sont des lieux d'écoute et d'échanges : ils organisent des activités culturelles et de loisirs pour des adultes en souffrance psychique présentant des pathologies psychologiques stabilisées. L'association UNAFAM a créé 2 GEM à Tours en 2007 et 2008 et en a confié la gestion à la Mutualité. Ils participent partiellement à la mise en œuvre de l'action 6 du précédent schéma qui prévoyait de créer des structures plus spécialisées pour les personnes souffrant de handicap psychique.

## **2.5. Les acteurs en matière d'accès à la vie sociale :**

La politique en faveur des personnes handicapées permettant l'accès à la vie sociale est une politique transversale qui implique un nombre important de partenaires institutionnels et associatifs. Actuellement, les acteurs mènent des actions individuellement, sans qu'il y ait suffisamment de concertation entre eux. Il semble important de développer les liens entre ces acteurs afin de mener des actions plus transversales.

### **2.5.1. La Direction départementale de la Cohésion sociale (DDCS)**

La DDCS d'Indre-et-Loire regroupe la partie sociale de la DDASS, la DDJS, la délégation aux droits des femmes et les personnels des préfectures intervenant sur l'accès au logement ou la politique de la ville.

La DDCS regroupe les compétences de l'Etat en matière sociale. Elle permet de mieux organiser la complémentarité de métiers dont le cœur des compétences est le maintien ou le développement du lien social, que celles-ci concernent des thèmes spécifiques (développement de la vie associative, des activités physiques, sportives, politiques de la jeunesse et de l'éducation populaire, hébergement-accès au logement) ou des publics particuliers (femmes, populations défavorisées...) ou encore des territoires (politique de la ville). Aussi la DDCS est amenée à conduire des actions en faveur des personnes handicapées.

### **2.5.2. Les différentes compétences du Conseil général**

En matière d'accès à la vie sociale des personnes handicapées, plusieurs directions sont concernées au sein du Conseil général d'Indre-et-Loire, dont bien évidemment la direction des personnes handicapées mais également la direction des transports, la direction du logement, la direction de l'insertion, la direction des sports ou encore la direction de la culture.

### **2.5.3. Les bailleurs sociaux et privés**

L'accès au logement participe à l'accès à la vie sociale, aussi les bailleurs sociaux et privés font partie des acteurs qui interviennent auprès des personnes handicapées.

En Indre-et-Loire, les principaux bailleurs sociaux sont Touraine logement, Val Touraine Habitat et l'OPAC de Tours.

Le PACT d'Indre-et-Loire intervient aussi dans le cadre du maintien à domicile des personnes âgées et handicapées.

### **2.5.4. Les associations d'usagers**

L'Indre-et-Loire compte un nombre important d'associations d'usagers qui sont recensées dans le Handiguide 37 établi par la MDPH. Ainsi, 5 associations interviennent dans le domaine du handicap auditif, 7 dans le domaine du handicap mental, 4 dans le domaine du handicap moteur, 4 dans le domaine du handicap visuel, 2 dans le domaine du polyhandicap, 20 dans le domaine des maladies invalidantes et enfin 14 autres associations interviennent pour différents types de handicap (traumatisés crâniens, épilepsie...).

La politique en faveur des personnes handicapées est une politique transversale qui implique de nombreux acteurs (institutions, associations...). Il est parfois difficile d'assurer une cohérence entre les différents dispositifs mis en place, que ce soit au niveau des actions collectives ou des réponses individuelles. La coordination entre les acteurs sera un enjeu du nouveau schéma. Compte tenu de son rôle pivot, la MDPH sera amenée à y jouer un rôle moteur.

## Partie 3 : Le maintien à domicile des personnes handicapées

Le maintien à domicile concerne deux types de population : les personnes handicapées légèrement dépendantes qui vivent à domicile avec le soutien ou non de services d'aide à la personne et les personnes plus lourdement dépendantes qui généralement bénéficient d'aides spécifiques, telles que la prestation de compensation du handicap ou l'allocation compensatrice.

Les personnes handicapées qui ont répondu aux questionnaires privilégient quatre éléments qui contribuent à la qualité de vie à domicile (par ordre d'importance) :

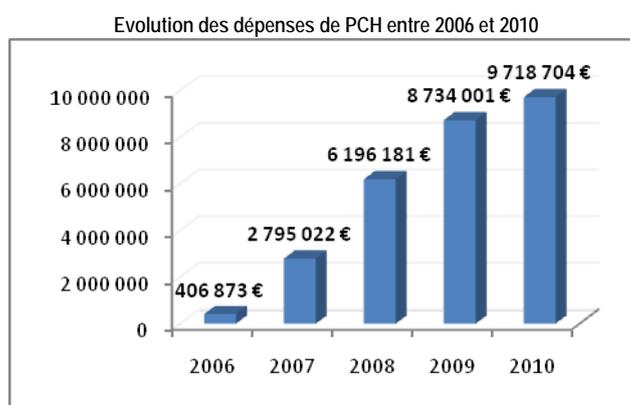
- une bonne intégration dans l'environnement : voisinage, activité professionnelle, loisirs, engagement associatif...
- des dispositifs de transport adaptés
- une aide à la vie quotidienne (toilette, repas, transferts...)
- du personnel soignant disponible qui se déplace à domicile.

### 3.1. la compensation du handicap

#### 3.1.1. La Prestation de compensation du handicap (PCH) et l'Allocation Compensatrice (AC) solvabilisent les personnes lourdement handicapées et leur permet de rester à leur domicile

La PCH est une aide personnalisée qui permet de compenser financièrement la perte d'autonomie des personnes lourdement handicapées. Elle a remplacé l'allocation compensatrice qui n'est plus attribuée à de nouveaux bénéficiaires depuis 2006.

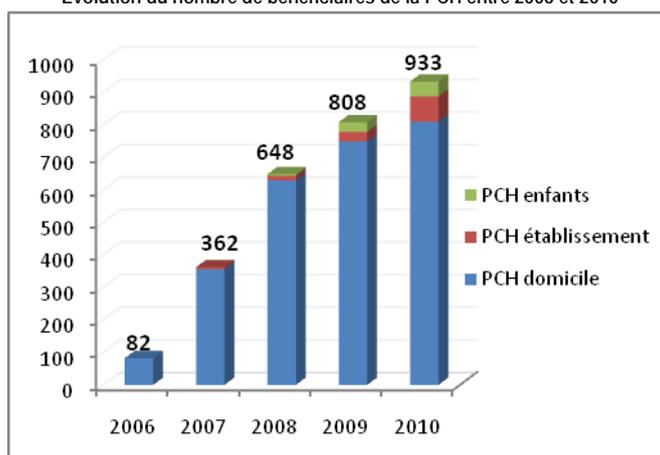
Elle a permis de renforcer très fortement la qualité de vie des personnes lourdement handicapées à domicile.



Source : Conseil général 37 – Direction des personnes handicapées

L'Indre-et-Loire a donc connu une montée en charge rapide du dispositif de PCH lors de la création de la prestation qui a ensuite été plus modérée à partir de 2008.

Evolution du nombre de bénéficiaires de la PCH entre 2006 et 2010



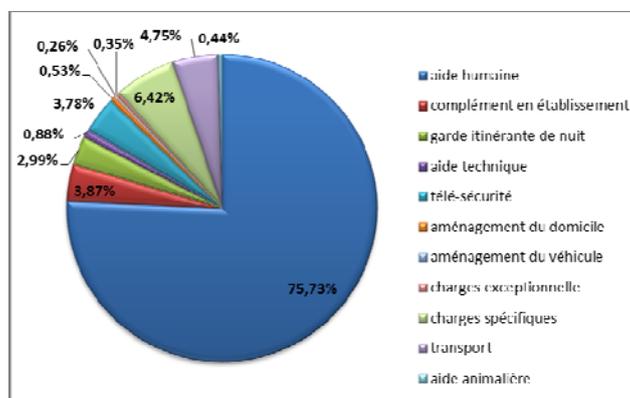
Source : Conseil général 37 – Direction des personnes handicapées

Le nombre de bénéficiaires de la PCH a été multiplié par 2,6 entre 2007 et 2010. En effet, depuis 2008, la PCH est ouverte aux personnes handicapées en établissement et aux enfants handicapés. Ainsi, en 2010, 46 enfants bénéficiaient de la PCH et 77 personnes percevaient cette prestation en établissement.

Cependant, la PCH à domicile reste la prestation majoritairement attribuée (86,8 % des bénéficiaires de la PCH en 2010).

▪ *Caractéristiques des plans d'aide*

Analyse des plans d'aide PCH en 2010



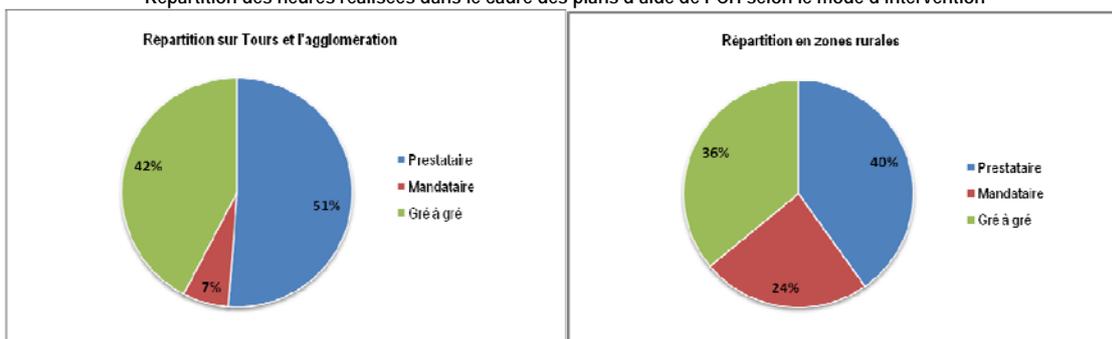
Source : Conseil général 37 – Direction des personnes handicapées

En 2010, la majorité des plans d'aide de PCH correspondait à des plans d'aide humaine (75,73 %).

D'après une enquête menée par la CNSA en 2008 auprès de 85 MDPH, le coût moyen d'un plan d'aide humaine est de 857 €. La MDPH 37 affichait des montants légèrement inférieurs en 2009 (834 €) et en 2010 (815 €).

Les heures d'aide humaine prévues par les plans d'aide PCH (430 729 heures en 2010) sont majoritairement réalisées en mode prestataire (54 %). 32 % des heures sont effectuées en « particulier-employeur ». Enfin, le mode mandataire ne représente que 14 % des heures réalisées.

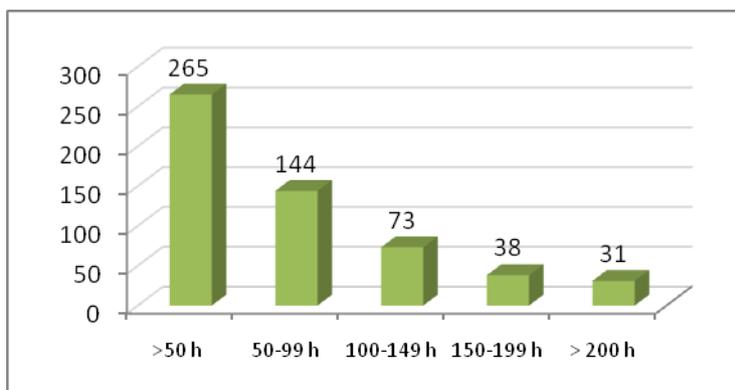
Répartition des heures réalisées dans le cadre des plans d'aide de PCH selon le mode d'intervention



Source : Conseil général 37 – Direction des personnes handicapées

Sur Tours et l'agglomération, 51 % des heures sont réalisées en mode prestataire contre seulement 40 % en zone rurale. En revanche, le mode mandataire représente 24 % des heures réalisées en zone rurale alors qu'il ne correspond qu'à 7 % des heures effectuées sur Tours et l'agglomération. Cela pose la question de l'homogénéité de l'offre sur l'ensemble du territoire départemental.

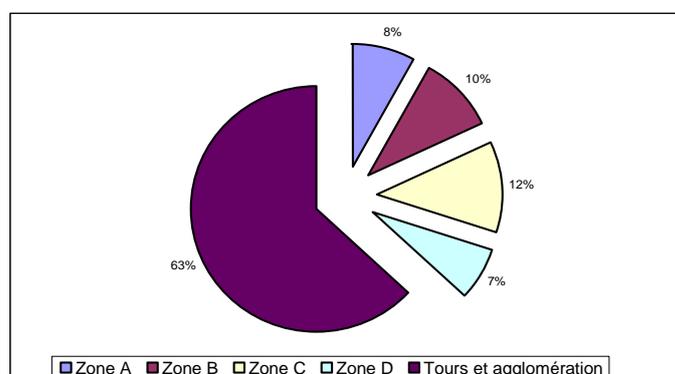
Répartition des plans d'aide de PCH selon le nombre d'heures mensuelles attribuées en août 2010



Source : Conseil général 37 – Direction des personnes handicapées

La majorité des plans d'aide PCH sont inférieurs à 50 heures d'aide humaine par mois (48 %). Les plans d'aide prévoyant plus de 150 heures par mois ne représentent que 12,5 % des situations.

Répartition géographique des heures réalisées dans le cadre des plans d'aide de PCH en 2009



Source : Conseil général 37 – Direction des personnes handicapées

Zone A : Amboise, Bléré, Château-Renault,  
 Zone B : Circonscription de Loches,  
 Zone C : Azay le Rideau, Bourgueil, Chinon, l'Île Bouchard, Richelieu, Sainte-Maure-de-Touraine,  
 Zone D : Château-la-Vallière, Langeais, Neuillé-Pont-Pierre, Neuvy-le-Roi,  
 Tours et agglomération.

La répartition des heures est assez proche de la répartition de la population entre les diverses zones du département : il semble donc que l'ensemble des personnes concernées connaît cette aide dans le département et qu'il y a équité de traitement sur le territoire.

La mise en place de la PCH a entraîné d'abord une forte diminution du nombre de bénéficiaires de l'allocation compensatrice qui tend maintenant à stagner. Il y avait 849 bénéficiaires en 2005 ; il n'y en a plus que 424. Ces personnes ont toujours le droit d'opter pour la PCH, voire l'APA lorsqu'ils ont plus de 60 ans quand le montant d'AC qu'elles perçoivent devient insuffisant à couvrir leurs besoins de compensation. En effet, le montant moyen mensuel d'AC n'est que de 597 € à domicile (815 € en PCH).

- *Analyse commune du profil des bénéficiaires de la PCH et de l'AC*

Répartition des bénéficiaires et des dépenses entre la PCH et l'AC

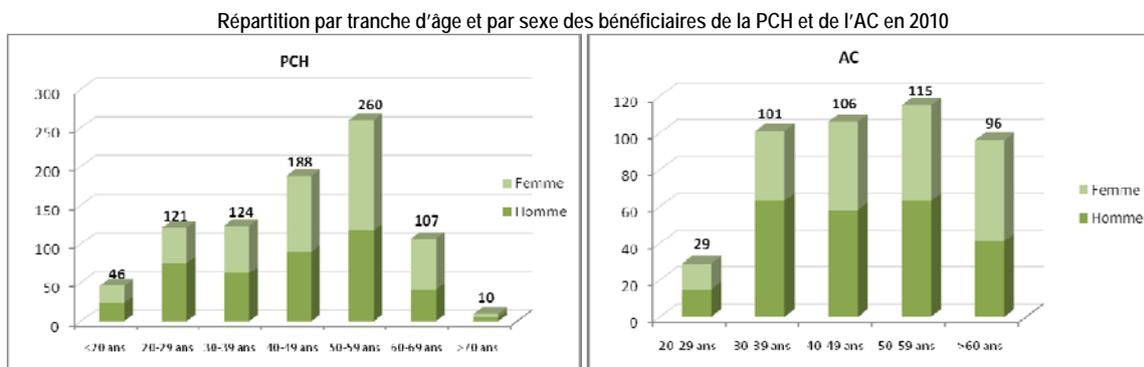
Départements	Part des bénéficiaires de la PCH en %	Part des bénéficiaires de l'AC en %	Part des dépenses de PCH en %	Part des dépenses d'AC en %	Nombre de bénéficiaires pour 1000 personnes de 20 à 59 ans
<b>Indre et Loire</b>	<b>68</b>	<b>32</b>	<b>74</b>	<b>26</b>	<b>5,7</b>
Charente Maritime	50	50	57	43	6,4
Côtes d'Armor	62	38	66	34	8,4
Loiret	56	44	48	52	5,6
Puy de Dôme	42	58	54	46	3,8
Pyrénées Atlantiques	44	56	54	46	5,9
<b>France métropolitaine</b>	<b>51</b>	<b>49</b>	<b>59</b>	<b>41</b>	<b>5,9</b>

Source : CNSA 2009

En Indre-et-Loire, la répartition des bénéficiaires entre la PCH et l'AC en 2009 marquait une forte représentation des bénéficiaires de la PCH (68 %). Ce taux est beaucoup plus élevé que ceux constatés dans les autres départements de comparaison et au niveau national. Par conséquent, les dépenses de PCH sont en proportion plus importantes que celles liées à l'AC. Les personnes handicapées d'Indre-et-Loire se sont donc plus vite orientées vers le nouveau dispositif mis en place par la loi du 11 février 2005 que dans les autres départements de comparaison.

Globalement, avec un taux de 5,7 bénéficiaires de la PCH et de l'AC au 31 décembre 2009 pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans, l'Indre-et-Loire se situe dans la catégorie basse par rapport aux départements de comparaison. Ce taux est relativement proche de ceux constatés dans le Loiret et au niveau national.

- **Comparaison du profil des bénéficiaires de l'AC et de la PCH**



Source : Conseil général 37 – Direction des personnes handicapées

La majorité des bénéficiaires de la PCH sont des femmes (51,85 %) tandis que la majorité des bénéficiaires de l'AC sont des hommes (soit 53,7 %).

En outre, la tranche d'âge la plus représentée est celle des 50-59 ans. On constate que 14,4 % des personnes ont plus de 60 ans.

Globalement, ce sont 1 448 personnes lourdement handicapées qui bénéficient d'une aide (AC ou PCH) en 2011 alors qu'il n'y avait que 849 bénéficiaires de l'AC à fin 2005, avant le démarrage de la PCH ; ce qui représente une augmentation de 75 %.

### 3.1.2. L'aide-ménagère

L'aide ménagère est accordée aux personnes ayant besoin, pour demeurer à leur domicile, d'une aide matérielle pour effectuer les tâches ménagères. Elle est toujours assurée en mode prestataire. Elle se cumule parfois avec la PCH puisque celle-ci ne couvre pas ce type de besoin.

En 2010, en moyenne 333 personnes handicapées ont bénéficié d'heures d'aide ménagère dans le cadre de l'aide sociale départementale. En moyenne, l'aide a été de 10 heures par mois. Elle a surtout concerné des personnes souffrant de troubles psychiques

Les ASSAD ont effectué 83 % et les ADMR 15 % des 39 500 heures effectuées en 2010.

On constate une forte représentation des bénéficiaires de la PCH en Indre-et-Loire mais l'évolution importante tend à se stabiliser. A l'inverse, le nombre de bénéficiaires de l'allocation compensatrice a fortement diminué depuis 2006.

Il apparaît que les profils des bénéficiaires de la PCH et de l'AC sont différents. Ainsi, les hommes sont plus représentés parmi les bénéficiaires l'AC, la situation est inverse pour les bénéficiaires de la PCH. Ensuite, une certaine hétérogénéité au niveau de l'âge des bénéficiaires est constatée pour l'AC tandis que les plus de 40 ans sont les plus représentés pour la PCH. Toutefois, globalement, la tranche d'âge la plus représentée parmi les bénéficiaires de prestations pour personnes handicapées est celle des 50-59 ans. Ce constat renforce la nécessité de s'attaquer à la problématique du vieillissement des personnes handicapées.

## 3.2. Les acteurs permettant le maintien à domicile

Le maintien à domicile de personnes handicapées qui connaissent une perte d'autonomie élevée n'est souvent possible que grâce à l'aide apportée par leurs aidants naturels. Ceux-ci n'ont pas encore fait l'objet d'un recensement ; aussi, il n'y a pas de paragraphe spécifique qui leur soit consacré dans cette partie.

### 3.2.1. Les dispositifs d'aide à domicile

L'augmentation de l'espérance de vie a eu deux conséquences : le vieillissement des personnes handicapées et celui de leurs aidants naturels. Sont donc apparus des besoins nouveaux au domicile des personnes handicapées auxquels il est nécessaire d'apporter aujourd'hui des réponses.

Les personnes handicapées qui bénéficient de l'aide d'intervenants à domicile ayant répondu au questionnaire, sont particulièrement satisfaites du degré d'autonomie que l'intervenant (ou les intervenants) à leur domicile leur permet d'atteindre et de leur relation avec le personnel du service. La continuité du service et la qualité des repas sont les deux aspects pour lesquels les répondants sont le moins satisfaits.

Par ailleurs, l'intervention du service à domicile correspond dans l'ensemble aux besoins et aux attentes de la majorité des personnes handicapées ayant répondu au questionnaire.

- *Les services d'aide à domicile : une couverture inégale du territoire avec une concentration des services en zone urbaine*

En 2009, 1 250 000 heures ont été réalisées par l'ensemble des services mandataires du département. 892 000 heures ont été financées par le Conseil général, dont 58 300 heures au titre de sa politique envers les personnes handicapées (soit 4.7 %).

2 571 000 heures ont été réalisées par les services prestataires. 865 400 heures ont été financées par le Conseil général, dont 246 700 heures pour les personnes handicapées (soit 9.6 %).

En Indre et Loire, les interventions auprès des personnes handicapées sont essentiellement réalisées par les 11 associations ASSAD et les 38 associations ADMR qui couvrent ensemble la presque totalité du territoire départemental : en 2009 et 2010 elles réalisaient 85.5 % des heures. 25 entreprises privées effectuaient les 15 % restants.

## Répartition géographique des heures effectuées en 2009 en APA et PCH

Heures réalisées	Prestataire	Mandataire	Gré à Gré	TOTAL	Répartition géographique
<b>Zone A</b>	118 072 42%	105 752 37%	59 115 21%	282 939	13%
<b>Zone B</b>	72 554 34%	97 070 46%	42 367 20%	211 991	10%
<b>Zone C</b>	149 812 42%	165 638 46%	41 377 12%	356 827	16%
<b>Zone D</b>	89 175 29%	180 187 58%	42 175 14%	311 537	14%
<b>Tours et agglomération</b>	435 742 42%	343 170 33%	266 479 25%	1 045 391	47%
<b>Total</b>	865 355 39%	891 817 40%	451 513 20%	2 208 685	

La répartition entre les différents modes d'intervention varie selon les zones géographiques : elle dépend du choix des personnes aidées, mais aussi du niveau d'offre qui n'est pas homogène sur le territoire départemental.

Le Schéma départemental des personnes âgées (2009-2013) a prévu, dans son axe 3 qui concerne « le développement des conditions de réussite d'une vie à domicile », une action spécifique pour accompagner la mutation des services d'aide à domicile. Cette action est notamment liée à la nouvelle procédure simplifiée d'agrément des services à la personne instaurée en juillet 2005. Cette démarche sera transversale aux schémas départementaux des personnes âgées et des personnes handicapées.

Soucieux de contribuer à l'amélioration de la qualité des services apportés, la DIRECCTE et les services du Conseil général poursuivent depuis 2010 un travail de réflexion et de définition d'axes de travail communs à tous les organismes agréés qualité. Une charte qualité départementale a ainsi été élaborée avec les représentants des organismes : elle définit un socle commun « qualité » attendu de tous les organismes qui interviennent auprès des personnes âgées et/ou handicapées et tend à les fédérer autour de mêmes engagements rendus plus lisibles pour les usagers. La charte sera signée en janvier 2012 par tous les services volontaires pour s'engager dans la démarche.

**Les Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) : un taux d'équipement situé dans la moyenne régionale.**

Les SAVS accompagnent les personnes handicapées en favorisant leur autonomie à domicile, le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, leur insertion sociale, scolaire ou professionnelle et en leur facilitant l'accès à l'ensemble des services de droit commun. Les SAVS apparaissent comme les interlocuteurs privilégiés pour répondre à des problématiques multiples sur un même territoire et coordonner les différents acteurs à domicile.

En Indre et Loire, 2 SAVS ont développé des services spécifiques d'évaluation préalable à l'accompagnement sur une longue durée. Le SAVS de l'APF accompagne des personnes handicapées moteur pour un "suivi court" (autorisation pour 250 suivis à l'année) et le Service d'Evaluation et d'Aide

à Domicile géré par l'association Léopold Bellan qui accompagne des personnes handicapées mentales sur le Chinonais. Depuis 2007, 130 personnes ont été suivies par le SEAD (dont 64 en 2010). Ces services permettent de répondre à des problématiques plus diversifiées grâce à un partenariat développé avec un nombre important d'acteurs.

Taux d'équipement en SAVS au 31/12/2010  
(pour 1000 personnes de 20 à 59 ans)

Départements	Taux d'équipement en SAVS
Indre-et-Loire	1,27
Cher	1,91
Eure-et-Loir	0,67
Indre	–
Loir-et-Cher	1,64
Loiret	1,02

Source : ARS – DT 37 Conseil général 37

Avec un taux d'équipement en places de SAVS de 1,27 places pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans, l'Indre-et-Loire se situe dans la moyenne par rapport aux autres départements de la région Centre.

- *Les caractéristiques des SAVS*

En 2010, l'Indre-et-Loire proposait 390 places de SAVS réparties entre 10 services avec une progression des places de 7,7 % entre 2005 et 2010.

Hormis 50 places pour des personnes handicapées moteur et 20 places pour des personnes handicapées psychiques ouvertes en 2008, les autres places sont destinées à des personnes handicapées mentales.

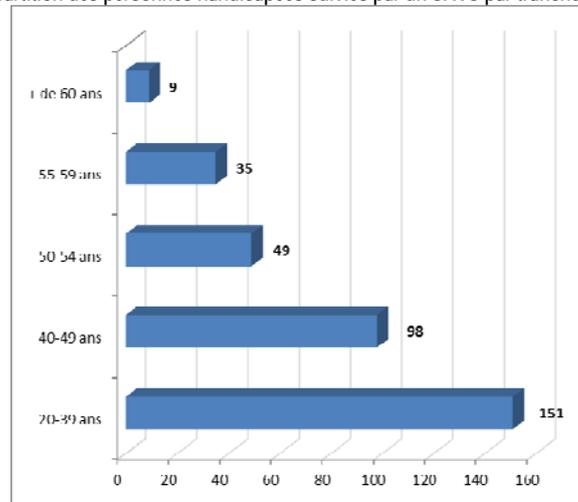
Les 6 SAVS de Tours et de l'agglomération offrent 280 places. Les autres places sont réparties inégalement sur les zones rurales (15 sur Château-Renault, 66 sur le Lochois, 29 sur Chinon). Le nord-ouest du département n'a pas de place.

Les capacités des services varient de 15 à 80 places. En 2010, l'ensemble des places en SAVS était utilisé.

- *Le profil des personnes handicapées accompagnées par un SAVS*

Une enquête menée en juin 2010 par le Conseil général auprès des responsables d'établissements et de services a permis d'obtenir des données concernant 342 personnes handicapées sur les 390 suivies par un SAVS.

Répartition des personnes handicapées suivies par un SAVS par tranche d'âge



Source : Conseil général 37 – Direction des personnes handicapées

73 % des usagers des SAVS ont entre 20 et 49 ans. 9 personnes ont dépassé 60 ans.

La forte représentation des tranches d'âge les plus jeunes est due au fait que près de 63 % des personnes suivies par un SAVS ont également une orientation vers un ESAT.

En Indre-et-Loire, les associations du champ du handicap mental ont créé les SAVS pour permettre aux personnes travaillant en ESAT et accueillies jusqu'alors en foyer d'hébergement de s'installer dans un domicile personnel. C'est donc historiquement que les SAVS accompagnent des travailleurs d'ESAT. Néanmoins, compte tenu du vieillissement d'une partie de ces personnes, les SAVS accompagnent désormais des personnes qui ne sont plus aptes au travail et des retraités. Par ailleurs, de plus en plus fréquemment, notamment sur Chinon, les SAVS accompagnent des jeunes en difficulté sociale et professionnelle.

### Les Services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés (SAMSAH) : un taux d'équipement bas malgré les efforts de création de places

Taux d'équipement en places de SAMSAH au 31 décembre 2010  
(pour 1000 personnes de 20 à 59 ans)

Départements	Taux d'équipement en SAMSAH
Indre-et-Loire	0,23
Cher	0,11
Eure-et-Loir	0,47
Indre	0,26
Loir-et-Cher	0,4
Loiret	0,28
Région Centre	0,28

Source : ARS – DT 37

#### ▪ Les caractéristiques des SAMSAH

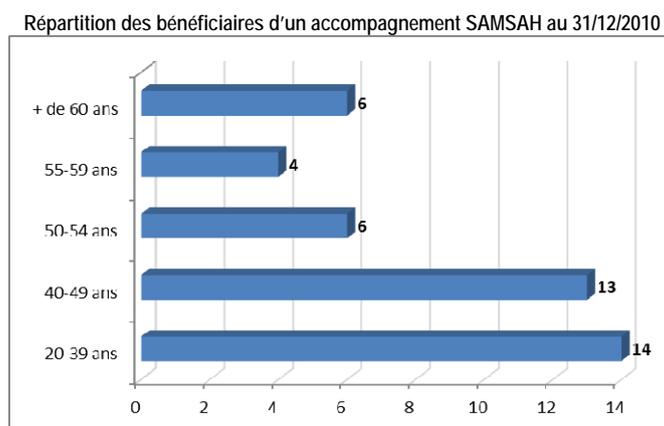
Au 31 décembre 2010, le département d'Indre-et-Loire disposait de 56 places de SAMSAH réparties entre 2 services. Le SAMSAH de 25 places pour personnes handicapées moteur géré par l'APF est couplé au SAVS ; il intervient sur l'ensemble du département.

Le SAMSAH géré par l'ADAPEI offre 31 places aux personnes handicapées mentales. Ce SAMSAH travaille en complémentarité avec le service d'accueil temporaire de la MAS de l'ADAPEI. Il intervient essentiellement sur l'agglomération.

En 2011, 10 des 20 places du SAVS pour personnes handicapées psychiques géré par la Mutualité ont été médicalisées pour tenir compte du besoin de soin des personnes accompagnées.

▪ *Le profil des personnes accompagnées par un SAMSAH*

Suite à l'enquête menée par le Conseil général auprès des responsables d'établissements et de services de l'Indre-et-Loire, des données ont pu être recueillies pour 43 des personnes handicapées accompagnées par un SAMSAH.



Source : Conseil général 37 – Direction des personnes handicapées

63 % des personnes accompagnées ont moins de 49 ans. Les plus de 55 ans ne représentent que 23 % des personnes suivies par ce type de service. La représentation des tranches d'âge est relativement hétérogène au sein du SAMSAH géré par l'APF. En effet, les plus de 50 ans et les moins de 50 ans sont pratiquement représentés à parts égales. En revanche, 78 % des personnes accompagnées par le SAMSAH de Joué les Tours ont moins de 50 ans.

L'axe 2 du précédent schéma en faveur des personnes handicapées « Développer des réponses diversifiées et souples alliant maintien à domicile et prise en charge institutionnelle » prévoyait en action 1 de renforcer l'accompagnement à domicile. Le développement des SAVS et l'ouverture des SAMSAH représentent des étapes de réalisation de cette action.

### 3.2.2. Les dispositifs de soin à domicile

Les professionnels libéraux : une densité démographique médicale relativement élevée dissimulant de fortes disparités entre les territoires

Professionnels de santé libéraux au 1er janvier 2009

Professions	Indre-et-Loire	Charente Maritime	Côtes d'Armor	Loiret	Puy-de-Dôme	Pyénées-Atlantiques
Médecins généralistes (nombre)	671	761	599	548	728	842
<i>densité*</i>	115	125	103	84	116	130
dont praticiens de 55 ans et plus	28,91%	36,93%	39,90%	45,80%	35,30%	35,04%
Médecins spécialistes (nombre)	556	439	336	423	556	755
<i>densité*</i>	95	72	58	65	88	117
dont praticiens de 55 ans et plus	36,33%	39,18%	41,96%	45,15%	41,37%	45,96%
Chirurgiens-dentistes (nombre)	299	327	331	285	469	561
<i>densité*</i>	51	54	57	44	75	87
Infirmiers (nombre)	474	720	914	386	883	1149
<i>densité*</i>	81	118	158	59	140	178
Masseurs kinésithérapeutes (nombre)	429	546	465	389	566	853
<i>densité*</i>	73	90	80	60	90	132
Pédicures-podologues (nombre)	97	104	108	100	65	187
<i>densité*</i>	17	17	19	15	10	29
Orthophonistes (nombre)	184	103	121	111	104	133
<i>densité*</i>	31	17	21	17	17	21

Source : D.R.E.E.S. - ARS - ADELI  
\* Pour 100 000 habitants

Avec 115 médecins généralistes pour 100 000 habitants, l'Indre-et-Loire se situe dans la moyenne des départements de comparaisons (112 pour 100 000). La part de praticiens de plus de 55 ans est relativement basse (29 %) alors que pour les autres départements ces taux sont supérieurs à 35 %. Les données concernant le Loiret sont les plus défavorables avec seulement 84 médecins pour 100 000 habitants et près de 46 % des praticiens qui ont plus de 55 ans.

Ces chiffres masquent de forts écarts entre les zones urbaines et rurales d'Indre et Loire : selon la localisation, la densité des généralistes peut varier de 39 à 133 pour 100 000 habitants.

L'Indre-et-Loire est le département le mieux doté au niveau de la densité de médecins spécialistes. La part de praticiens de plus de 55 ans est à nouveau la plus faible parmi les départements de comparaison. Là aussi, ces taux favorables cachent des disparités très fortes entre les zones.

Par ailleurs, l'Indre-et-Loire se situe dans la catégorie basse en matière de densité pour la plupart des autres professions libérales et plus particulièrement au niveau de la densité d'infirmiers (91 pour 100 000) et de la densité de chirurgiens-dentistes (51 pour 100 000). En revanche, le nombre d'orthophonistes pour 100 000 habitants est le plus élevé des départements de comparaison.

## Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) : un nombre de places relativement élevé mais une forte disparité entre les territoires

Taux d'équipement en places de SSIAD au 31 décembre 2010  
(pour 1000 personnes de 20 à 59 ans)

Départements	Taux d'équipement en SSIAD
Indre-et-Loire	0,34
Cher	0,31
Eure-et-Loir	-
Indre	0,23
Loir-et-Cher	0,37
Loiret	0,25
Région Centre	0,25

Source : ARS – DT 37

Avec un taux d'équipement de 0,34 places pour 1 000 personnes handicapées de 20 à 59 ans, l'Indre-et-Loire se situe dans la catégorie haute par rapport aux autres départements de la région Centre.

Les 94 places de SSIAD « personnes handicapées » du département ont été créées depuis l'adoption du précédent schéma. Ces places sont gérées par 5 services qui interviennent chacun sur un territoire déterminé.

Les zones d'intervention étant assez étendues, certains SSIAD ont mis en place un système de convention avec des SSIAD pour personnes âgées. Des petites unités pour personnes handicapées ont été intégrées dans ces SSIAD PA. Il est ressorti lors des entretiens que l'intervention des SSIAD PA auprès des personnes handicapées, malgré la mise en place d'unités spécialisées, n'est pas toujours adaptée.

L'axe 2 du précédent schéma en faveur des personnes handicapées « Développer des réponses diversifiées et souples alliant maintien à domicile et prise en charge institutionnelle » prévoyait en action 2 de développer les SSIAD pour les personnes handicapées. Cette action a été réalisée, cependant un travail sera engagé sur la répartition des places dans le Département.

### ▪ *L'hospitalisation à domicile (HAD)*

Deux services cohabitent sur le département :

. l'HAD Pierre Larmande qui dispose de 6 antennes avec une capacité de 104 places : 3 sur Tours, 1 à Chinon, 1 à Loches et 1 à Amboise. Ce service a fusionné en 2011 avec l'ASSAD Touraine pour mutualiser les moyens et offrir aux personnes un guichet d'accueil unique.

. l'HAD ARAIR : situé sur Tours, il intervient essentiellement sur l'agglomération et peut prendre en charge 30 patients.

### ▪ *La coordination des acteurs de terrain*

Pour améliorer la vie à domicile des personnes handicapées, notamment dans les situations difficiles, une coordination des acteurs de terrain a démarré en 2006. Elle regroupe aujourd'hui les SAVS, les

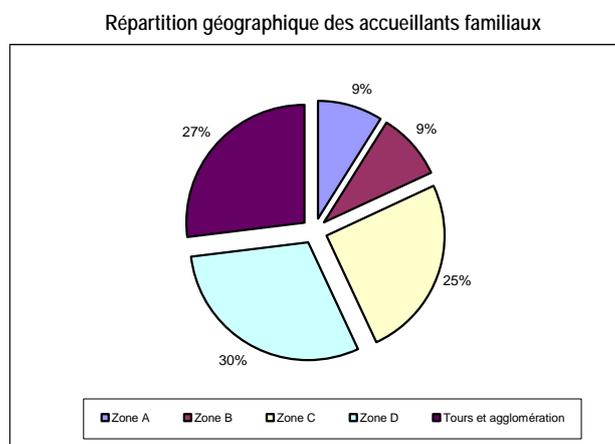
SSIAD pour personnes handicapées, l'ADMR, l'ASSAD Touraine, les deux SAMSAH et l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH.

Plusieurs niveaux d'organisation sont prévus sur le territoire. Ainsi sur Tours et l'agglomération, des réunions spécifiques ont lieu tous les trimestres mais sur les zones rurales ce dispositif reste à mettre en œuvre même si les acteurs profitent de l'existence des coordinations gérontologiques pour présenter les situations complexes.

### 3.2.3. L'accueil familial des personnes handicapées

En novembre 2010, 37 accueillants familiaux disposaient d'un agrément pour accueillir 56 personnes handicapées et 5 possédaient un agrément pour accueillir 12 personnes âgées et/ou des personnes handicapées.

Tous les accueillants agréés sont des femmes et 84 % d'entre elles vivent en couple. 73 % des accueillants familiaux ont moins de 60 ans et 6 accueillants (soit 14 %) ont plus de 65 ans.



Source : Direction des personnes handicapées – Conseil général 37

La majorité des accueillants familiaux est localisée en zone rurale (73 %), plus particulièrement dans le Nord-Ouest Touraine et dans le Chinonais.

En 2010, 5 nouveaux accueillants familiaux ont été agréés et 12 nouvelles demandes ont été formulées. Le Conseil général mène une politique volontariste pour favoriser l'accueil familial (c'est un des axes du schéma personnes âgées).

En 2010, parmi les 55 personnes handicapées accueillies, plus de la moitié habitaient à leur domicile seule ou avec leurs parents avant d'être hébergées en accueil familial. 11 d'entre elles étaient auparavant dans un établissement psychiatrique (soit 20 %) et autant vivaient au sein d'une famille d'accueil de l'ASE. Seulement 3 personnes handicapées étaient hébergées dans un établissement médico-social (toutes en foyer d'hébergement) avant de bénéficier d'un accueil familial.

L'action 14 du précédent schéma prévoyait d'organiser et de professionnaliser l'accueil familial. Pour cela, un pôle « accueil familial » a été identifié et un développement du suivi et de la formation des familles d'accueil a eu lieu. Cependant, cela semble encore insuffisant pour permettre un vrai développement dans de bonnes conditions de l'accueil familial des personnes handicapées<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> Cf Fiche action n°12

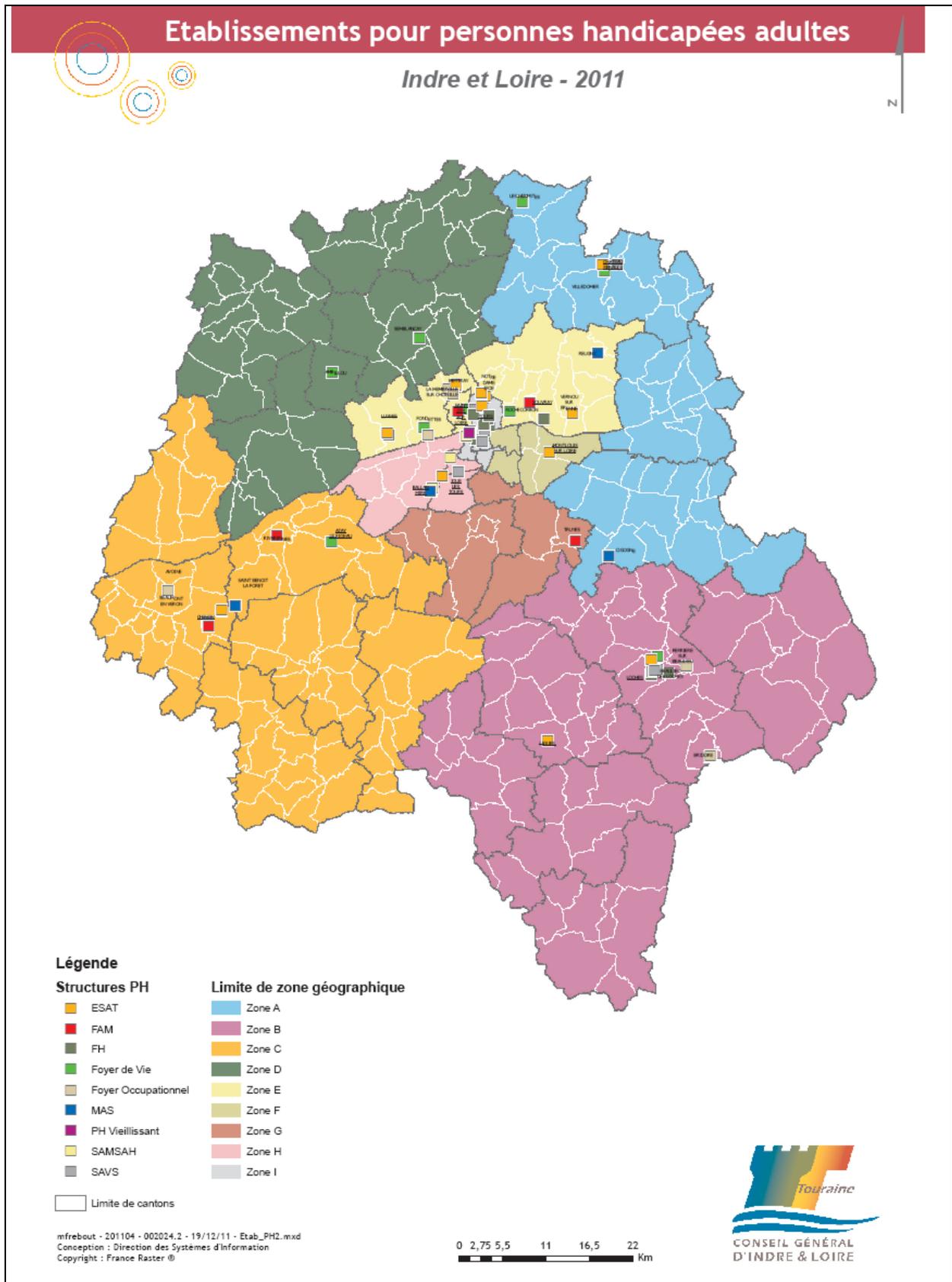
On constate une couverture inégale du territoire en services d'aide à domicile avec une concentration des services en zone urbaine. Ainsi, certains services dans les zones rurales sont quasi monopolistiques. Dans ce domaine, le secteur associatif est très largement majoritaire ; toutefois des services marchands se développent.

Les SAVS se caractérisent également par une concentration des places sur Tours et l'agglomération. Le Nord-Ouest Touraine ne dispose d'aucune place. En ce qui concerne les SAMSAH, malgré le nombre important de places créées ces dernières années, le taux d'équipement pour ce type de service reste faible en Indre-et-Loire.

Les densités de professionnels libéraux sont relativement élevées mais elles dissimulent des disparités fortes entre les zones urbaines et rurales.

Globalement, il apparaît que Tours et son agglomération sont bien pourvus en services. Le Chinonais et le Lochois sont également dotés de tous les types de services. En revanche, le Castelrenaudais et le Nord-Ouest Touraine se caractérisent par l'absence ou la rareté de certains services.

## Partie 4 : La prise en charge en établissement des personnes handicapées



## 4.1. Données générales sur la prise en charge en établissement

Taux d'équipement en structures d'accueil pour adultes handicapés au 1<sup>er</sup> janvier 2010

Départements	Taux d'équipement en MAS	Taux d'équipement en FAM	Taux d'équipement en foyer de vie	Taux d'équipement en ESAT
<b>Indre-et-Loire</b>	<b>0,49</b>	<b>0,44</b>	<b>1,92</b>	<b>3,99</b>
Charente Maritime	0,6	0,41	2,28	3,25
Côtes d'Armor	1,33	0,82	1,67	3,99
Loiret	0,24	0,45	1,58	3,43
Puy de Dôme	0,49	0,59	1,1	3,92
Pyrénées Atlantiques	0,75	0,18	1,98	4,45
<b>France métropolitaine</b>	<b>0,64</b>	<b>0,51</b>	<b>1,34</b>	<b>3,35</b>

\* Pour 1000 adultes de 20 à 59 ans  
Source : DREES – Enquête ES – FINESS

Au 1<sup>er</sup> janvier 2010, parmi les départements de comparaison, l'Indre-et-Loire était le département le moins bien doté en places de MAS après le Loiret (0,24 ‰). Ce taux était largement en dessous du taux national qui est de 0,64 places pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans.

De même, l'Indre-et-Loire avait un taux d'équipement inférieur en places de FAM (0,44 ‰ contre 0,50 ‰ au niveau national). Toutefois ce taux était proche de la moyenne des départements de comparaison (0,48 ‰).

En revanche, avec 1,92 places de foyer de vie pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans, l'Indre-et-Loire affichait un taux largement supérieur à celui constaté au niveau national (1,35 ‰). Seuls la Charente Maritime et les Pyrénées Atlantiques affichaient des taux plus favorables.

Le taux d'équipement en places d'ESAT (3,99 ‰) était également un des plus hauts parmi les départements de comparaison (après Les Pyrénées Atlantiques). Là encore le taux d'équipement constaté au niveau national (3,35 ‰) se situait largement en dessous de celui de l'Indre-et-Loire. Ces ratios ont évolué depuis 2 ans.

## Evolution du nombre de places dans les structures pour personnes handicapées adultes par zones géographiques, depuis 2005

TYPES DE STRUCTURES	ZONE A		ZONE B		ZONE C		ZONE D		TOURS et AGGLO		TOTAL		% d'augmentation entre 2011 et 2005	
	2 005	2 011	2 005	2 011	2 005	2 011	2 005	2 011	2 005	2 011	2 005	2 011		
ESAT	54	65	289	303	97	99			765	783	1 205	1 250	103,7%	
SAVS SAMSAH	12	15	56	66	29	29			265 35	280 66	362 35	390 66	107,7% 188,6%	
FOYERS D'HEBERGEMENT	39	39	199	195	57	57			170	194	465	485	104,3%	
SECTIONS ANNEXE D'ESAT					9				29		38	22	57,9%	
FO accueil de jour FOYERS DE VIE	2 89	6 63	48 30	59 66		15		83	83	79 141	116 140	129 343	196 352	151,9% 102,6%
FAM FAM accueil de jour MAS MAS Accueil temporaire		24			40	76 3			40	121 2	80	221 5	276,3% 5	
				53	56				56	96 22	109	152 22	139,4%	
SECTION RETRAITES				19								19		
<b>TOTAL</b>	<b>196</b>	<b>212</b>	<b>622</b>	<b>708</b>	<b>285</b>	<b>335</b>	<b>83</b>	<b>83</b>	<b>1 580</b>	<b>1 820</b>	<b>2 766</b>	<b>3 180</b>	<b>115,0%</b>	
% d'évolution entre 2004 et 2011		108,2%		113,8%		117,5%		100,0%		115,2%				

Zone A : cantons d'Amboise, Bléré et Château-Renault

Zone B : arrondissement de Loches

Zone C : cantons d'Azay-le-Rideau, Bourgueil, Chinon, l'Île Bouchard, Richelieu et Sainte-Maure-de-Touraine

Zone D : cantons de Château-la-Vallière, Langeais, Neuillé-Pont-Pierre, Neuvy-le-Roi.

L'augmentation du nombre de places a été importante entre 2005, date de début de mise en œuvre du précédent schéma, et 2011 : + 414 places. La médicalisation a été importante (31 places de SAMSAH, 141 places de FAM, 65 places de MAS) pour répondre au besoin de soin des personnes accompagnées et accueillies par des structures sociales. 48 places de FAM ont ainsi été créées par transformation de places de foyer de vie.

L'évolution a surtout concerné la zone C (+ 17, 5 % du nombre de places) et Tours et l'Agglomération (+15.2 %).

### Pourcentage de places par zones géographiques par rapport au poids démographique

	ZONE A	ZONE B	ZONE C	ZONE D	TOURS ET AGGLO	total
<b>Population</b>	<b>11%</b>	<b>9%</b>	<b>12%</b>	<b>7%</b>	<b>61%</b>	<b>100%</b>
<b>total places</b>	<b>7%</b>	<b>12%</b>	<b>11%</b>	<b>3%</b>	<b>58%</b>	<b>100%</b>
dont						
ESAT	5%	24%	8%	0%	63%	100%
SAVS et SAMSAH	3%	15%	6%	0%	76%	100%
Foyers d'hébergement	8%	42%	12%	0%	38%	100%
FO / foyers de vie	12%	22%	3%	15%	49%	100%
FAM/MAS	6%	0%	34%	0%	60%	100%

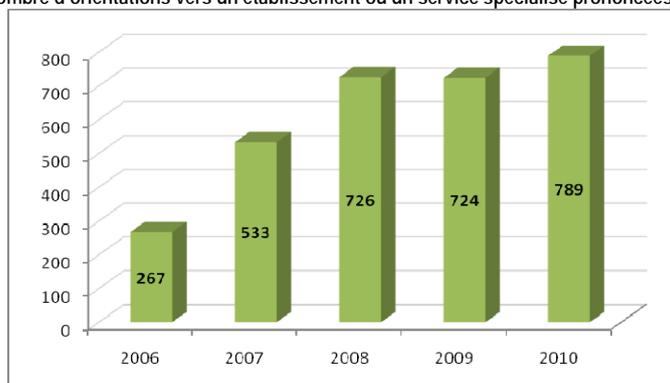
La répartition des structures par zones géographiques est déséquilibrée et les créations de places entre 2005 et 2011 n'ont que très partiellement contribué à améliorer la situation. Le faible nombre de places de foyer d'hébergement sur Tours et l'agglomération est compensé par une offre de places de SAVS importante.

Alors que sa population ne représente que 9 % de celle du département, on constate que le Lochois dispose de 24 % des places d'ESAT, de 15 % de places de SAVS, de 40 % de places de foyer d'hébergement et de 22 % de places de foyer de vie.

Le Chinonais est insuffisamment doté, sauf en places de FAM et le nord-ouest du département ne dispose que de foyers de vie dont le nombre n'a d'ailleurs pas évolué en 7 ans. Le nouveau schéma devra donc mieux prendre en compte la problématique territoriale, en s'appuyant sur une meilleure connaissance des besoins des personnes handicapées en fonction de leurs déficiences, par zones géographiques

## Les orientations en établissements de la CDAPH

Evolution du nombre d'orientations vers un établissement ou un service spécialisé prononcées par la CDAPH 37



Source : Rapports d'activité MDPH 37 2006/2010

Le nombre d'orientations vers un établissement ou un service spécialisé prononcées par la CDAPH 37 a été multiplié par près de 3 entre 2006 et 2010 mais la progression du nombre d'orientations tend à se stabiliser depuis 2008.

### ▪ *Les orientations non satisfaites*

La MDPH 37 a mis en place un outil de suivi des orientations des adultes handicapés qui permet d'analyser les orientations non satisfaites par types d'orientation (foyer de vie, FAM, MAS, ESAT), par déficiences et par niveaux de priorité. Aussi, une analyse des besoins des adultes handicapés en attente de places en services et établissements médico-sociaux a pu être réalisée à fin juin 2011.

Un manque de places est constaté prioritairement en FAM. Ainsi, 187 projets d'orientations en FAM ne sont pas satisfaits, 80 en MAS et 74 en foyer de vie. Si l'on considère les personnes qui sont dans une situation dite « urgente » (personnes en aménagement Creton, personnes à domicile, personnes en établissement mais avec une orientation en inadéquation urgente), il manque 67 places en FAM, 40 en MAS et 48 en foyer de vie.

Par ailleurs, un nombre important de personnes est en situation d'inadéquation : elles sont maintenues dans un établissement alors qu'elles relèvent d'une autre orientation. Ainsi, 107 personnes handicapées sont concernées dont 76 qui se trouvent en foyer de vie alors qu'elles relèveraient d'un FAM.

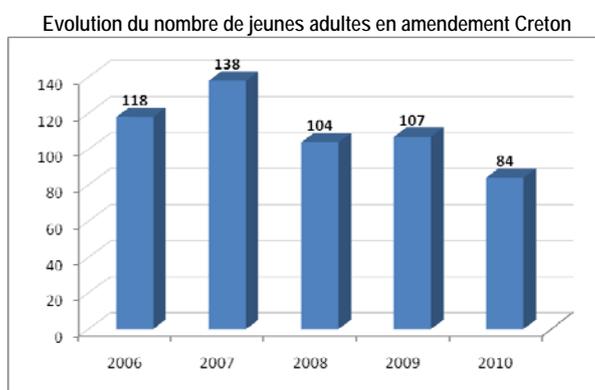
L'analyse des besoins par déficience a été réalisée sur la base de la déficience principale et laisse apparaître une prédominance des besoins pour les déficients intellectuels (141 orientations non satisfaites), un nombre important de besoins de places pour des adultes déficients psychiques (71 orientations non satisfaites), des besoins pour les personnes handicapées moteur (43 orientations non satisfaites) et des besoins pour les personnes atteintes d'autisme (28 orientations non satisfaites).

L'analyse par âge fait apparaître que 62 personnes de plus de 55 ans sont en attente de places (dont 44 qui ont une orientation vers un FAM).

Les questionnaires ont permis de mettre en évidence que selon les responsables d'établissements les structures faisant le plus défaut en Indre-et-Loire sont (par ordre d'importance) :

- les FAM
- les foyers de vie ou foyers occupationnels
- les MAS.

## Les amendements Creton



Entre 2006 et 2010, le nombre de jeunes adultes maintenus en amendement Creton dans les établissements spécialisés pour enfants a diminué compte tenu des ouvertures de places mais restait relativement élevé. En 2011, le nombre de personnes dans cette situation a progressé et on comptait 92 personnes en amendement Creton en mai 2011.

## Les dérogations en EHPAD

Actuellement, 60 personnes handicapées sont accueillies en EHPAD ou en services de soins de longue durée par dérogation d'âge. Elles sont réparties dans 23 établissements du département (dont les 3 structures qui ont une section spécialisée pour personnes handicapées). Ce nombre élevé est dû au vieillissement des personnes handicapées aussi bien à domicile qu'en établissement.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Cf Fiche action n°9

## 4.2. Les établissements pour adultes handicapés

Selon les personnes handicapées qui ont répondu au questionnaire, les quatre principaux éléments qui contribuent à la qualité de vie en établissement sont :

- du personnel soignant disponible
- une présence au quotidien
- l'existence d'activités
- une sécurité

Les personnes handicapées qui sont prises en charge dans une structure d'hébergement sont particulièrement satisfaites de la relation qu'elles ont avec le personnel de l'établissement, des locaux et équipements disponibles et de la qualité de vie dans leur établissement de façon générale. Le temps qui leur est consacré par les professionnels et la qualité des repas sont les deux aspects pour lesquels les répondants sont le moins satisfaits.

Les questionnaires font apparaître que selon les responsables d'établissement, les types de handicaps dont la prise en charge fait le plus défaut dans le département sont (par ordre d'importance) :

- le handicap psychique
- le polyhandicap
- le handicap mental
- l'autisme.

### 4.2.1. Les foyers d'hébergement : une faible évolution du nombre de places

#### Les caractéristiques des foyers d'hébergement

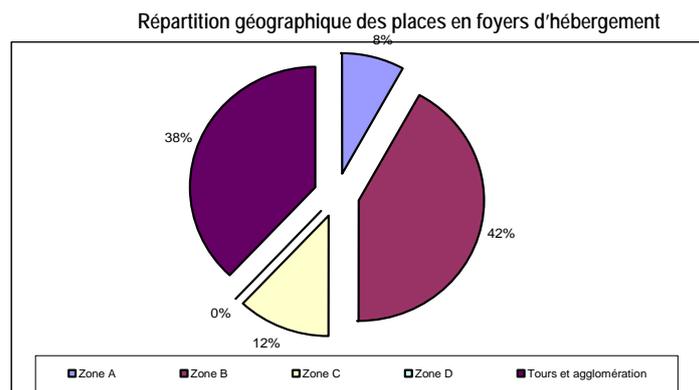
A la fin de 2010, l'Indre-et-Loire proposait 473 places de foyers d'hébergement réparties sur 9 structures. Depuis 2005, le nombre de places a peu évolué (+ 8 places) et le nombre de structures est resté identique. Cela s'explique par le fait qu'à partir de 1999, la plupart des places de SAVS ont été ouvertes par redéploiement des places de foyer d'hébergement, dans un souci de permettre aux résidents les plus autonomes de vivre à domicile. Pour autant, ce mouvement tend s'inverser pour répondre au vieillissement des travailleurs d'ESAT qui sont à leur domicile ou chez leurs parents âgés.

La construction ou la restructuration des lieux d'accueil permet néanmoins d'augmenter le nombre de places. Dans le cadre de la fermeture du foyer Beausite, devenu obsolète, l'association LES ELFES a ouvert 21 places dans un nouveau foyer d'hébergement à Luynes, à proximité de l'ESAT pour diminuer les temps de transport des travailleurs les plus fatigués et construit un nouveau foyer à Tours nord qui ouvrira en 2012. A terme, il y aura globalement 15 places supplémentaires.

De même, la restructuration du foyer d'hébergement de la Martinière a permis d'ouvrir 10 places nouvelles en 2011.

Malgré ces évolutions, l'ouverture en 2008 d'un bâtiment neuf à Château-Renault, la restructuration du foyer de Bridoré, on constate que beaucoup de bâtiments n'offrent plus les conditions d'accueil adaptées aux résidents dont les besoins ont évolué (bâtiments obsolètes et dont l'organisation rend difficile la cohabitation entre les jeunes travailleurs d'ESAT et les plus anciens dont certains sont en retraite).

L'ensemble des foyers d'hébergement d'Indre-et-Loire est destiné aux personnes handicapées mentales.

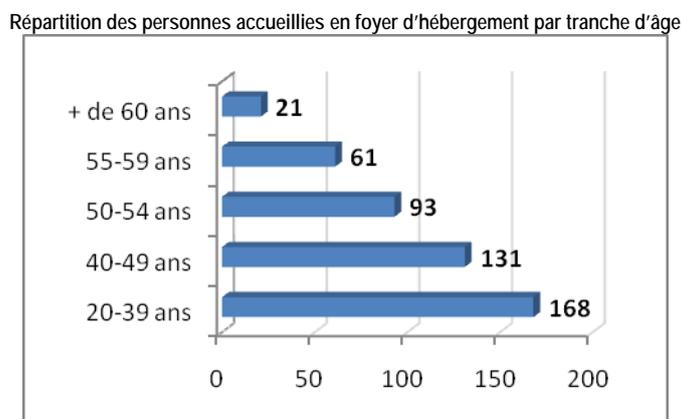


Source : Direction des Personnes handicapées – Conseil général 37

La majorité des places en foyers d'hébergement est concentrée dans le Lochois (42 % des places) et sur Tours et l'agglomération (38 % des places). Les autres territoires ruraux comportent peu de places (57 dans le Chinonais et 39 dans la Castelrenaudais). Le Nord-Ouest du département en est totalement dépourvu.

- **Le profil des personnes accompagnées en foyer d'hébergement**

L'enquête menée par le Conseil général auprès des responsables des établissements et services d'Indre-et-Loire a permis de recueillir des données qui concernent 458 personnes sur les 473 accueillies en foyer d'hébergement.



Source : Direction des personnes handicapées – Conseil général 37

Comme pour les personnes accompagnées par un SAVS, la majorité des personnes accueillies en foyer d'hébergement a moins de 49 ans (soit 63 %). Toutefois, la question du vieillissement des personnes handicapées et par là même celle des travailleurs d'ESAT retraités, se pose pour les foyers d'hébergement puisque 82 personnes actuellement présentes dans ces structures ont plus de 55 ans (soit 17 %).

On constate une certaine disparité dans la répartition des personnes handicapées par tranche d'âge d'un établissement à un autre. Ainsi, les foyers d'hébergement d'Anaïs à Tours, de La Boisnière à Château Renault et des Elfes à Luynes ne comprennent aucune personne handicapée de plus de 55 ans et seulement 3 personnes de plus de 50 ans (soit moins de 5 % des personnes accueillies). A l'inverse, les foyers d'hébergement de l'Adapei à Tours et de Cluny à Ligueil comptabilisent 41 personnes handicapées de plus de 55 ans (soit plus de 25 % des personnes accueillies dans ces établissements).

Les orientations prononcées par la CDAPH pour ces personnes hébergées en foyer d'hébergement montrent que 67 % d'entre elles ont une orientation vers un ESAT. De plus, actuellement, 46 personnes sont accueillies en journée en foyer occupationnel. C'est une des solutions apportées à l'arrêt ou à la diminution de l'activité en ESAT des travailleurs handicapés.

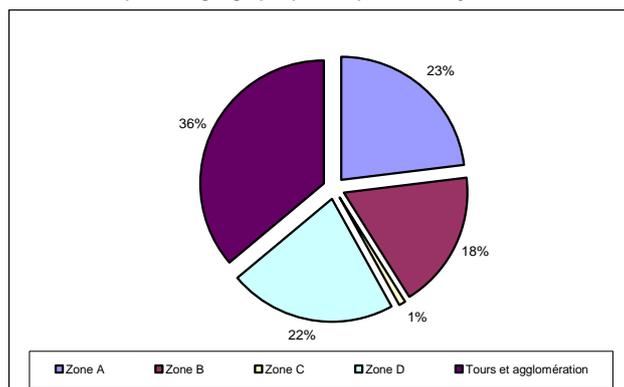
#### 4.2.2. Un département bien doté en places de foyer de vie (accueil permanent)

##### Les caractéristiques des foyers de vie

Fin 2011, l'Indre-et-Loire comptait 352 places de foyer de vie réparties sur 11 sites, gérées par 8 associations. 4 places seulement sont proposées en accueil temporaire. En 2010, la totalité des places en foyer de vie était occupée.

Depuis 2005 où on recensait 343 places de foyer de vie, on assiste à deux mouvements, d'une part à l'ouverture de places nouvelles (l'APAJH a ouvert un nouvel établissement de 35 places à Loches, l'association ANAIS a ouvert 15 places supplémentaires sur la Membrolle), d'autre part à la transformation de places de foyer de vie en places de FAM pour faire face aux besoins de médicalisation des résidents (24 places à Vouvray et 24 places aux Hermites). Ce mouvement devrait se poursuivre les années prochaines.

Répartition géographique des places en foyers de vie



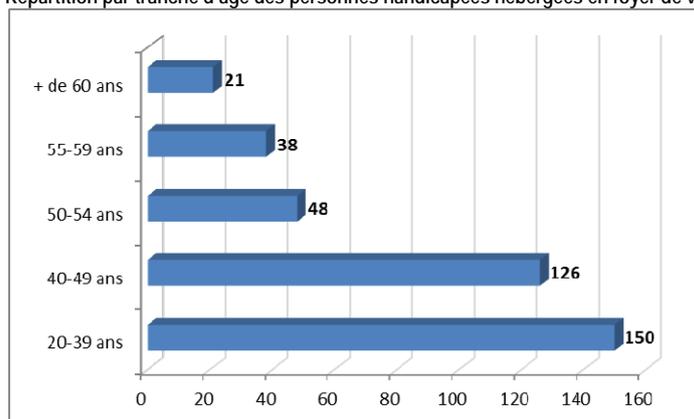
Source : Direction des personnes handicapées – Conseil général 37

Une majorité de places de foyers de vie est située en zone urbaine (3 structures regroupant 36 % des places). Les autres places sont réparties relativement équitablement entre le Castelrenaudais (87 places), le Lochois (66 places) et le Nord-Est Touraine (83 places). Le Chinonais est dépourvu de places de foyer de vie.

- Le profil de la population accueillie en foyer de vie

L'enquête menée par le Conseil général auprès des responsables des établissements et services d'Indre-et-Loire a permis de recueillir des données qui concernent 381 personnes.

Répartition par tranche d'âge des personnes handicapées hébergées en foyer de vie



Source : Direction des personnes handicapées – Conseil général 37

La majorité des personnes handicapées hébergées en foyer de vie a moins de 50 ans (72 %). Les plus de 55 ans ne représentent que 15 % des personnes accueillies. Les foyers de vie de la Source à Ambillou et de l'Adapei « Bellangerie-Val de Loire » se distinguent par une part plus importante de personnes ayant plus de 55 ans (soit respectivement 26 % et 37 % des personnes hébergées). La plupart de ces personnes a déjà été réorientée vers un FAM par la CDAPH et maintenue en foyer de vie en attendant.

Pour répondre à l'évolution des besoins de ces personnes, les deux associations ont chacune un projet validé en CROSMS mais non financé qui prévoit la médicalisation de places de foyer de vie : transformation de 24 places à la Bellangerie Val de Loire, transformation de 23 places à Ambillou et ouverture de 7 places de MAS.

La médicalisation de ces places de foyer de vie est en cohérence avec l'action 16 du précédent schéma qui prévoyait d'adapter les projets d'établissement pour répondre au vieillissement des personnes.

#### 4.2.3. Un niveau d'équipement en foyers occupationnel de jour encore relativement faible

##### Les caractéristiques des foyers occupationnels de jour

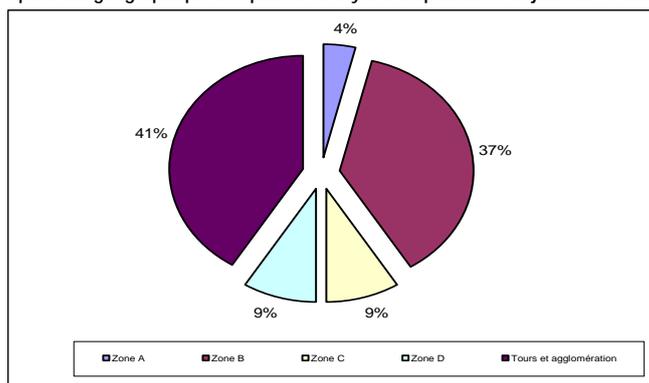
En 2011, l'Indre-et-Loire comptait 196 places en foyer occupationnel de jour (dont 2 en accueil temporaire).

Le nombre de places a évolué de 52 % depuis 2005. De nombreux services ont ouvert pour répondre aux besoins de jeunes adultes ou de personnes vieillissantes qui ne pouvaient plus rester en ESAT, même à temps partiel : 15 places en 2008 à Beaumont-en-Véron (Fondation Léopold Bellan), 12 places en 2009 à Vallières pour des jeunes sortant d'IME (ADAPEI), 18 places en 2011 à Luynes (LES ELFES), 15 places en 2011 à La Membrolle pour des personnes cérébro-lésées (accueil séquentiel permettant d'accueillir jusqu'à 40 personnes).

Cela correspond à la mise en œuvre du précédent schéma qui prévoyait d'augmenter le nombre de places d'accueil de jour.

Les places d'accueil de jour sont majoritairement organisées en services dédiés. Cependant, ANAIS, l'APAJH, LA SOURCE, LES ELFES proposent quelques places d'accueil de jour au sein des établissements d'accueil permanent.

Répartition géographique des places en foyer occupationnel de jour au 31/12/2010



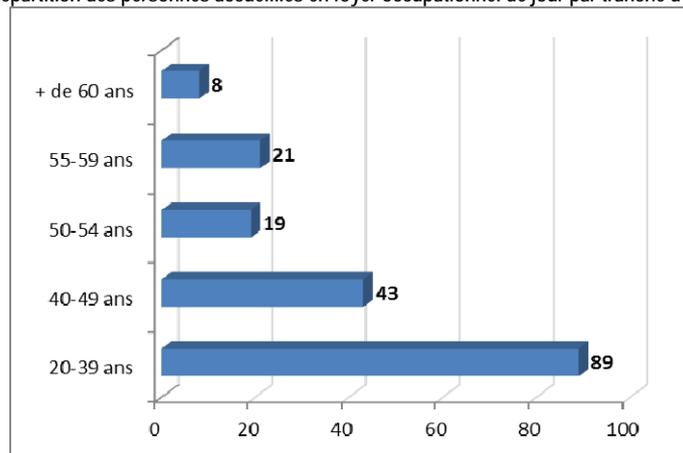
Source : Direction des personnes handicapées – Conseil général 37

La majorité des places est regroupée sur l'agglomération et le Lochois.

- Le profil des personnes accueillies en foyer occupationnel de jour

L'enquête menée par le Conseil général auprès des responsables des établissements et services d'Indre et Loire a permis de recueillir des données qui concernent 180 personnes :

Répartition des personnes accueillies en foyer occupationnel de jour par tranche d'âge



Source : Direction des personnes handicapées – Conseil général 37

Près de la moitié des personnes handicapées bénéficiant d'un accueil de jour en foyer occupationnel a entre 20 et 39 ans. La seconde tranche d'âge la plus représentée est celle des 40-49 ans (24 % des personnes accueillies). 29 personnes handicapées ont plus de 55 ans.

Ces personnes cumulent, pour la plupart d'entre elle, un accueil en foyer occupationnel de jour et un hébergement en foyer d'hébergement. On trouve souvent cette situation sur le Lochois (APAJH, ADAPEI) et sur le Chinonais (LEOPOLD BELLAN) ; elle concerne 34 personnes.

### Les Sections Annexes des ESAT (SA ESAT)

En 2008, l'Indre-et-Loire offrait 41 places en section annexées à un ESAT, réparties sur 3 services à Chinon, Luynes et Mettray, essentiellement à des personnes vieillissantes.

En 2011, pour tenir compte de l'évolution du besoin des personnes, deux services ont été transformés en foyers occupationnels de jour. Le seul service qui subsiste est géré par ANAIS à Mettray (22 places) : 9 personnes accueillies ont moins de 32 ans et 13 personnes ont plus de 40 ans.

#### 4.2.4. Une augmentation sensible du nombre de places de Foyers d'accueil médicalisé (FAM) qui reste insuffisant

##### Les caractéristiques des FAM

Fin 2011, l'Indre-et-Loire comptait 221 places de FAM (dont 5 en accueil de jour et 2 en accueil temporaire).

Le développement des places d'accueil de jour et d'accueil temporaire est en accord avec les actions 5 et 6 du précédent schéma qui prévoyaient d'augmenter le nombre de places d'accueil de jour et d'accueil temporaire.

Depuis 2005, le nombre de places a augmenté de 176 % et le nombre d'établissements est passé de 2 à 7.

Cette progression va se poursuivre puisque d'ici fin 2012, l'Indre-et-Loire sera doté de 20 places supplémentaires pour personnes polyhandicapées à Cigogné (association Arc en Ciel). L'évolution importante est aussi liée au vieillissement des personnes handicapées qui entraîne une transformation de places de foyer de vie en places de FAM.

La capacité des 7 FAM du département varie de 17 à 40 places.

Parmi les 195 places de FAM présentes en Indre-et-Loire en 2010, 59 sont destinées à des personnes handicapées mentales ou présentant des troubles autistiques, 40 à des personnes polyhandicapées, 59 à des personnes handicapées moteur et 40 à des personnes handicapées psychiques.

La création des 40 places pour personnes handicapées psychiques a eu lieu en 2010 par transformation de 40 places de long séjour psychiatrique. Cette transformation participe à la réalisation de l'action 6 du précédent schéma qui prévoyait de créer des structures plus spécialisées pour les personnes souffrant de handicap psychique.

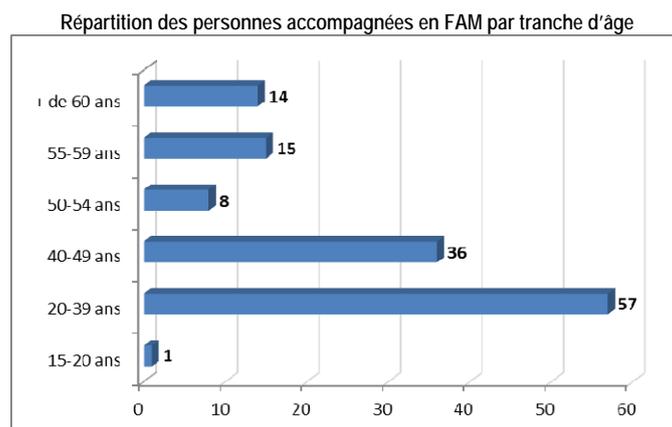
Il faut préciser que l'Institut du Mai qui est un FAM de 40 places destiné aux personnes handicapées moteur est une structure atypique. En effet, la mission de l'Institut du Mai est la "formation à l'autonomie et à l'insertion sociale pour des adultes handicapés moteurs", avec pour objectif de permettre, aux personnes ainsi formées de vivre autonomes à leur domicile. L'institut du Mai a une vocation nationale et n'accueille que très peu de personnes d'Indre et Loire. A leur sortie du Mai, les personnes choisissent de résider en Indre et Loire ou dans d'autres départements où le Mai a bâti un réseau : en effet, les appartements doivent être fortement domotisés et les personnes handicapées doivent pouvoir faire appel à un réseau à domicile parfaitement coordonné.

Le précédent schéma en faveur des personnes handicapées prévoyait en action 3 de favoriser le regroupement d'appartements pour permettre l'organisation de services en commun. Une expérience d'un regroupement d'appartements à Chambray-les-Tours pour les personnes sortant de la résidence du « Mai » a été mise en place.

91 % des places de FAM sont localisées sur Tours, l'agglomération et le Chinonais.

- **Le profil des personnes accompagnées en FAM**

L'enquête menée par le Conseil général auprès des responsables des établissements et services d'Indre-et-Loire a permis de recueillir des données qui concernent 131 personnes handicapées accueillies en FAM.



Source : Direction des personnes handicapées – Conseil général 37

La tranche d'âge la plus représentée parmi les personnes accueillies en FAM est celle des 20 – 39 ans (43 %). Toutefois, il apparaît que 29 personnes ont plus de 55 ans. Une part importante de la population présente en FAM est vieillissante (soit 22 %). Ce phénomène est le plus marqué pour le FAM « La Bellangerie » à Vouvray au sein duquel près de 70 % des personnes accompagnées ont plus de 55 ans (soit 16 personnes). A l'inverse, au sein du FAM « Les Maisonnées » à Azay le Rideau, pratiquement toutes les personnes handicapées ont moins de 39 ans (34 sur 35).

#### **4.2.5. Un taux d'équipement en places de Maisons d'accueil spécialisé (MAS) insuffisant au regard de la demande**

##### **Les caractéristiques des MAS**

L'Indre-et-Loire disposait de 167 places de MAS en 2010 (dont 22 places en accueil temporaire), soit une évolution de 60 % du nombre de places depuis 2005. Cette évolution a été permise par la création de 3 nouveaux établissements. Le département compte actuellement 5 MAS d'accueil permanent et une MAS d'accueil temporaire gérée par l'ADAPEI.

La capacité des 5 MAS varie de 16 à 56 places.

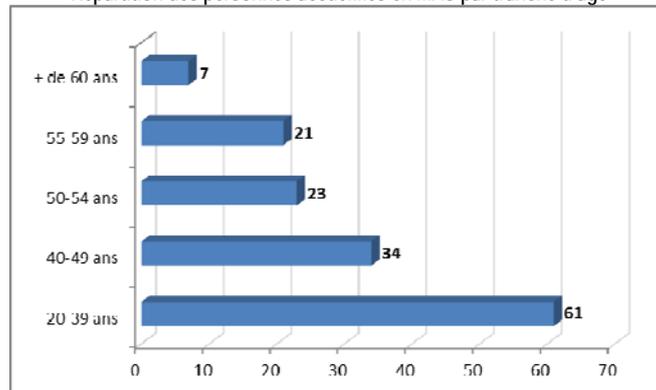
Fin 2012, l'Indre-et-Loire aura 194 places de MAS. En effet, 7 places de MAS pour des personnes autistes ont été ouvertes fin 2011 aux Maisonnées à Azay le Rideau et fin 2012, 20 places de MAS pour personnes polyhandicapées seront ouvertes sur la commune de Cigogné par l'association Arc en Ciel.

Les nouveaux établissements cumulent des places de FAM et de MAS : cela apporte plus de souplesse aux résidents dont la situation peut évoluer et cela facilite la mutualisation des services.

Par ailleurs, comme pour les FAM, 66 % des places de MAS sont localisées sur Tours ou son agglomération. Le Chinonais est le seul territoire rural à être doté de places de MAS (56). Le reste du département est dépourvu de ce type de structure.

- **Les caractéristiques des personnes accompagnées en MAS**

Répartition des personnes accueillies en MAS par tranche d'âge



Source : Direction des personnes handicapées – Conseil général 37

65 % des personnes handicapées accueillies en MAS ont moins de 49 ans. 28 personnes ont plus de 55 ans (soit près de 20 %). Seul le CESAP de Reugny (20 places), qui gère également un IME, n'accueille qu'une population jeune.

#### **4.2.6. Les personnes handicapées accueillies en structures pour personnes âgées**

L'Indre-et-Loire dispose actuellement de 3 sections spécialisées en EHPAD qui offrent 45 places. L'ouverture d'une nouvelle section adaptée de 14 places pour personnes handicapées vieillissantes est prévue en 2012 à Tours au sein d'un EHPAD privé.

En 2009, a ouvert une unité de géronto-psychiatrie de 20 places dans un EHPAD à Fondettes géré par le groupe KORIAN : elle accueille les personnes handicapées psychiques de plus de 60 ans venant du service de long séjour ou du FAM de Saint-Cyr sur Loire et introduit ainsi du mouvement dans les entrées et sorties.

Cette poursuite de la création de sections spécialisées dans les EHPAD et les maisons de retraite est en cohérence avec l'action 17 du précédent schéma.

Actuellement, 60 personnes handicapées bénéficient d'une dérogation d'âge pour être accueillies en EHPAD ou en USLD. Ces personnes sont réparties sur 23 structures du département (dont les 3 structures spécialisées).

Par ailleurs, une structure de 19 places gérée par l'association de CLUNY à Ligueil accueille des personnes handicapées retraitées d'ESAT.

Le département d'Indre-et-Loire se caractérise par de faibles taux d'équipement en structures médicalisées et des taux d'équipement qui sont soit élevés, soit dans la moyenne régionale en établissements pour personnes handicapées non médicalisés.

On constate qu'un nombre parfois important de personnes handicapées vit dans des structures qui ne correspondent plus à son orientation.

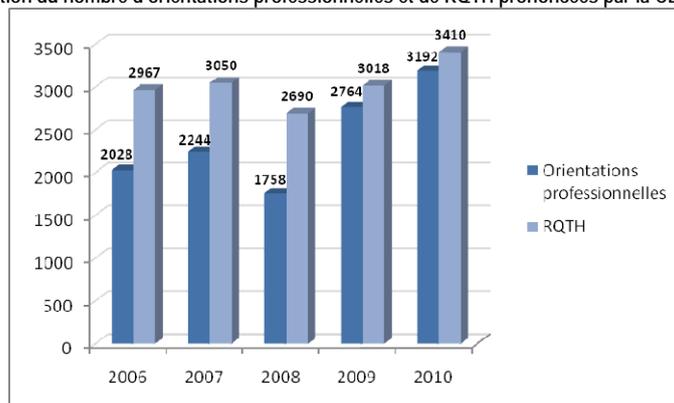
Par ailleurs, même si la majorité des personnes handicapées présentes en établissement a moins de 39 ans, 156 personnes ont entre 55 et 59 ans, 71 personnes ont dépassé 60 ans. Il y a peu de mouvements dans les structures ; ce qui a des conséquences sur le nombre d'amendements Creton qui est élevé en Indre-et-Loire.

Du point de vue de la répartition géographique, Tours et son agglomération sont dotés de tous les types de structures mais on constate par ailleurs que les établissements et services ne sont pas répartis harmonieusement.

## Partie 5 : L'insertion dans la société

### 5.1. Le travail

Evolution du nombre d'orientations professionnelles et de RQTH prononcées par la CDAPH 37



Source : Rapports d'activité MDPH 37 2006/2010

En 2010, les décisions concernant l'insertion ou le maintien dans le milieu professionnel (orientations professionnelles, reconnaissances de la qualité de travailleur handicapé - RQTH) représentaient plus de 35 % de l'ensemble des décisions « adultes » prononcées par la CDAPH 37. Entre 2006 et 2010, le nombre de décisions concernant une RQTH a progressé de 14 %. L'évolution du nombre d'orientations professionnelles est beaucoup plus importante : le nombre de décisions a augmenté de 57 % en 4 ans.

En outre, en janvier 2011, l'AAH a connu une réforme qui a des impacts importants en matière d'insertion professionnelle des personnes handicapées. La réforme de l'AAH vise à permettre un meilleur cumul entre l'AAH et les revenus d'activité et à tenir compte de la baisse du montant des revenus liée à une diminution durable d'activité. Sous certaines conditions, il est possible de cumuler l'allocation aux adultes handicapés avec les revenus d'activité pendant 6 mois (en milieu ordinaire comme en milieu protégé).

Le questionnaire destiné aux personnes handicapées fait apparaître que 56,16% des personnes interrogées (soit 32 personnes) sont en capacité de travailler en milieu ordinaire. Parmi elles, près de 60 % sont actives en situation d'emploi. 20 % sont à la retraite et près de 15 % sont en recherche d'emploi.

### 5.1.1. Le travail en milieu protégé ou adapté

#### Les ESAT

Taux d'équipement en places en ESAT au 31/12/2010  
(pour 1000 personnes de 20 à 59 ans)

Départements	Taux d'équipement en ESAT
<b>Indre-et-Loire</b>	<b>4,06</b>
Cher	3,72
Eure-et-Loir	3,41
Indre	4,1
Loir-et-Cher	3,57
Loiret	3,7
<b>Région Centre</b>	<b>3,7</b>

Source : ARS – DT 37

L'Indre-et-Loire affiche un taux d'équipement de places en ESAT nettement supérieur à celui des autres départements de la région Centre (soit 4,06 places pour 1000 personnes de 20 à 59 ans contre 3,7 ‰ au niveau régional).

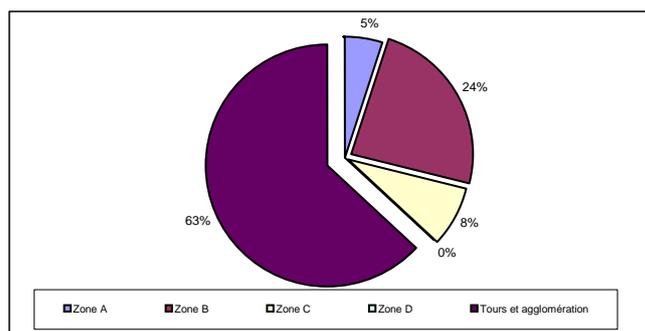
- *Les caractéristiques des ESAT*

En 2010, l'Indre-et-Loire comptait 1250 places en ESAT réparties sur 14 sites et gérées par 9 associations (soit une évolution de 46 places depuis 2004). Les capacités des ESAT varient de 65 places à 270 places mais les capacités par site évoluent de 30 à 138 places.

Compte tenu du niveau d'équipement élevé de l'Indre et Loire dans la région Centre, aucune évolution positive du nombre de places n'est prévue pour les prochaines années.

Les ESAT d'Indre-et-Loire proposent plusieurs secteurs d'activités aux personnes handicapées mais ce sont les activités « espaces verts » et conditionnement qu'on retrouve le plus fréquemment.

Répartition géographique des places en ESAT

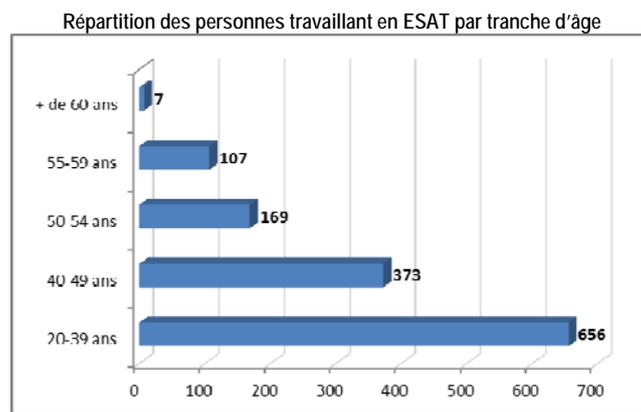


Source : Direction des personnes handicapées – Conseil général 37

8 ESAT sont situés sur Tours et l'agglomération, ils correspondent à 783 places (soit 63 % des places). La concentration des places en zone urbaine est encore plus marquée que pour les places en foyer d'hébergement. Le Lochois est le territoire rural le mieux doté avec 3 sites et 303 places. Le Chinonais et le Castelrenaudais sont chacun dotés d'un site et proposent respectivement 99 et 65 places. Comme pour les places en foyer d'hébergement le territoire Nord-Ouest Touraine ne comprend aucune place d'ESAT.

- **Le profil des personnes travaillant en ESAT**

L'enquête menée par le Conseil général auprès des responsables des établissements et services d'Indre-et-Loire a permis de recueillir des données qui concernent 1312 personnes travaillant en ESAT (le nombre de personnes accueillies est supérieur au nombre de places autorisées car certains travailleurs d'ESAT sont à temps partiel).



Source : Direction des personnes handicapées – Conseil général 37

La population travaillant en ESAT est jeune : 78 % des travailleurs ont moins de 50 ans et la majorité d'entre eux a moins de 39 ans (soit 656 personnes sur les 1312). Toutefois, même si les personnes de plus de 55 ans ne représentent que 9 % des travailleurs en ESAT, cela correspond néanmoins à 114 personnes. La problématique des travailleurs retraités d'ESAT va donc être forte dans les prochaines années ; elle concernera surtout les ESAT de l'ADAPEI à Vernou, d'ANAIS à Mettray et de CLUNY à Ligueil.

### Les entreprises adaptées

En 2010, l'Indre-et-Loire comptait 7 entreprises adaptées qui concernaient 537 personnes handicapées, soit 395 ETP compte tenu des temps partiels et de l'absentéisme.

Les entreprises adaptées d'Indre-et-Loire proposent plusieurs secteurs d'activités aux personnes handicapées.

### 5.1.2. L'accompagnement en milieu ordinaire<sup>8</sup>

En 2010, dans la région Centre, les contrats primés par l'Agefiph sont au nombre de 1 138, soit une croissance de 22 % par rapport à 2009. 20 % de ces contrats ont été conclus en Indre-et-Loire (où la croissance du nombre de contrats primés par l'Agefiph n'a progressé que de 20 % entre 2009 et 2010).

---

<sup>8</sup> Cf Fiche action n°11

Les placements réalisés par Cap emploi (niveau départemental/régional/national)

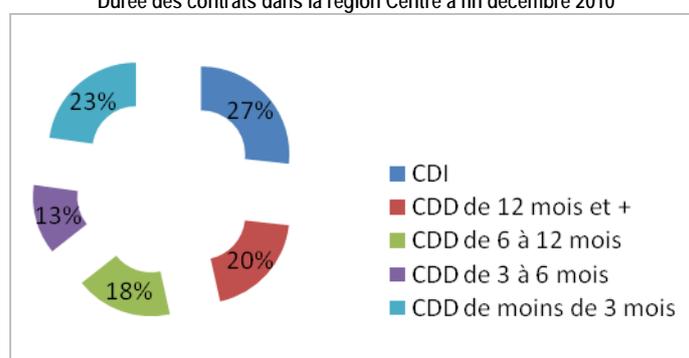
	Placements Cap emploi	Evolution N/N-1	Placements de 3 mois et plus	Evolution N/N-1	Part des placements publics sur les contrats de 3 mois et +
Indre-et-Loire	642	51%	490	49%	13%
Régional	3 473	28%	2 676	26%	18%
National	62 386	19%	48 155	16%	17%

Source: Tableau de bord Agefiph Centre – Bilan de l'année 2010

En 2010, le Cap emploi d'Indre-et-Loire a effectué 642 placements (soit une progression de 51 % par rapport à 2009). C'est celui qui a effectué le nombre le plus important de placements au sein de la région Centre après le Loir-et-Cher (soit 18 % des placements régionaux pour l'Indre-et-Loire contre 24 pour le Loir-et-Cher).

En outre, en 2010, l'Indre-et-Loire est le troisième département de la région Centre pour lequel le nombre de placements de plus de 3 mois effectués par Cap emploi est le plus significatif avec 490 placements.

Durée des contrats dans la région Centre à fin décembre 2010



Source: Tableau de bord Agefiph Centre – Bilan de l'année 2010

A fin décembre 2010, dans la Région Centre, il apparaît que la part la plus importante des contrats signés l'est en CDI (soit 27 %). Les CDD de 12 mois et plus représentent 20 % des contrats signés.

## 5.2. Les transports

L'Indre-et-Loire compte plusieurs services d'accompagnement et de transport des personnes à mobilité réduite. La zone de Tours et agglomération est beaucoup mieux dotée que les zones rurales du département.

Fil Blanc est un service de transport dédié aux personnes à mobilité réduite géré par le syndicat intercommunal des transports en commun de l'agglomération tourangelle.(25 communes). Il répond aux demandes spécifiques des personnes en leur faisant bénéficier d'un transport personnalisé avec accompagnement de porte à porte ; il est ouvert de plein droit aux personnes en fauteuil roulant titulaires de la carte d'invalidité et aux aveugles titulaires de la carte cécité "étoile verte" ou "besoin d'accompagnement".

Le réseau de transport interurbain de Touraine, Fil Vert géré par le Conseil général, a mis en place, parallèlement aux lignes régulières, deux dispositifs, « Fil vert à domicile » et « Fil vert à la demande » qui s'adressent aux personnes handicapées et aux titulaires de l'APA.

Le Service Accès plus de la SNCF est un service gratuit qui permet aux personnes handicapées, titulaires d'une carte d'invalidité ou se présentant en fauteuil roulant, de mieux préparer chaque étape de leur voyage. Il garantit tout d'abord l'accueil et l'accompagnement de l'entrée de la gare de départ

jusqu'à la sortie de la gare d'arrivée. Ensuite, il permet que l'information circule correctement entre tous les services qui interviennent lors du voyage.

Age d'Or Services est un service d'aide et de transport pour les personnes âgées et les personnes mal-marchantes situé à Tours.

Assistadom à Vouvray propose un service d'aide à la mobilité et au transport des personnes âgées ou handicapées en dehors de leur domicile.

Sur Tours, la Générale des Services propose des transports et un accompagnement pour les personnes handicapées.

Kangourou est un service d'accompagnement et de transport adapté pour personnes à mobilité réduite situé à Tours et à Amboise. Il accompagne les personnes pour des courses, des visites touristiques, des démarches administratives, médicales...

Enfin, 7 sociétés de taxis adaptés sont présentes en Indre-et-Loire sur les communes d'Azay-le-Rideau, de Nouzilly, de Vernou/Brenne, de Montlouis, de Villeperdue et sur le Lochois.

Par ailleurs, le précédent schéma prévoyait en action 15 d'optimiser et de mutualiser les moyens de transports dans l'objectif de concilier les logiques de logement et de travail. Dans ce sens, le schéma directeur des transports et de l'accessibilité a été voté en Indre-et-Loire en décembre 2010.

### **5.3. Le logement**

L'APF est réservataire de logements accessibles et adaptables depuis 1977 et a pu renforcer cette action avec l'ouverture du SAVS en 2003. L'APF a signé des conventions de réservation avec la Tourangelle d'HLM (soit 6 logements dans l'agglomération tourangelle) et avec l'OPAC de Tours (soit 108 logements situés à Tours Sud).

L'APF facilite les recherches de logements adaptés pour les personnes en situation de handicap moteur en rapprochant l'offre et la demande. Un travail de partenariat avec les organismes HLM concernés et les différents services sociaux et médico-sociaux a été progressivement développé. Enfin, il favorise une expertise logement avec les rencontres de l'ergothérapeute et du CESF présents au sein du service.

Le travail de l'APF a permis 83 relogements depuis 2006 dont 27 en 2010.

Par ailleurs, un groupe de travail mis en place par l'Union Sociale pour l'Habitat Centre a défini une méthode de recensement des logements accessibles en région Centre. Une grille de recensement permet la codification de logements selon la présence ou non de différents critères techniques. Le recensement des logements a débuté en 2010. La deuxième phase qui sera réalisée à partir d'automne 2011 consistera en un rapprochement entre l'offre et la demande ce qui apparaît comme une des faiblesses du dispositif actuel.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Cf Fiche action n°14

## 5.4. Vie sociale

En matière d'activités sportives, l'Indre-et-Loire compte 11 clubs et sections handisport, 11 clubs labellisés « Sport et handicap 37 » et 15 clubs et sections accueillant des personnes handicapées. Ces clubs et sections s'adressent aux personnes atteintes de handicap moteur, sensoriel, mental et psychique. De plus, 4 piscines sont accessibles en Indre-et-Loire.

En outre, 8 associations proposent des séjours de vacances adaptées en Indre-et-Loire.

Par ailleurs, 15 associations proposent des activités artistiques et culturelles aux personnes handicapées, 4 associations ont mis en place des activités et des sorties pour ce public. Une ferme d'animation pour jeunes handicapés mentaux existe également en Indre-et-Loire. Enfin, 2 associations proposent des ateliers de lecture pour les personnes handicapées.

Actuellement, les vecteurs de circulation des informations relatives à la vie sociale sont les associations d'usagers, la MDPH (site internet, lettre de la MDPH, Handiguide). L'information est départementale mais on ne sait pas si elle est exhaustive et si elle arrive à toucher tout le monde. De plus, les actions ne permettent pas d'assurer un maillage territorial complet et de toucher l'ensemble des personnes handicapées.<sup>10</sup>

L'Indre-et-Loire affiche le meilleur taux d'équipement en places d'ESAT au niveau régional. Ensuite, une concentration des places et des emplois (en ESAT ou en EA sur Tours et l'agglomération (63 % pour les ESAT et 91 % pour les EA) est constatée.

Par ailleurs, il apparaît que les transports adaptés sont plus développés sur Tours et l'agglomération, les zones rurales étant peu ou pas dotées de dispositifs de transports adaptés.

De plus; des efforts importants ont été réalisés en matière de recensement des logements adaptés/accessibles, cependant des actions restent à mettre en œuvre pour mettre en adéquation l'offre et la demande.

Enfin, un nombre important d'associations propose des activités qui permettent un accès des personnes handicapées à la vie sociale. Néanmoins, des efforts sont à réaliser en matière de communication sur ces activités.

---

<sup>10</sup> Cf Fiche action n°16

## Partie 6 : Liste des actions à mettre en œuvre au cours des prochaines années

Les fiches actions ont été élaborées à partir du travail de trois groupes de réflexion qui se sont réunis entre mai et juin 2011 autour des thématiques suivantes :

- comment favoriser la coordination des professionnels autour de la personne handicapée sur les différents territoires (coordination des dispositifs, maillage territorial, amélioration de la qualité des interventions) ? Comment innover afin de faire évoluer les pratiques des structures, des associations gestionnaires d'établissements et de services pour répondre aux besoins identifiés sur les territoires ?
- comment au travers de démarches innovantes, favoriser la fluidité des parcours notamment en fonction de l'âge ?
- comment répondre aux besoins concernant l'ensemble des aspects de la vie quotidienne des personnes handicapées dans la société (travail, vie sociale, logement, transports, accessibilité) ?

Chaque groupe de travail était composé d'une vingtaine de personnes, représentant les différents métiers concernés, des différents territoires du département et associant systématiquement des représentants des usagers.

Ces travaux ont abouti à la définition des orientations générales et à l'élaboration de fiches actions qui ont été présentées au comité technique et au comité de pilotage.

Les résultats des échanges qui ont eu lieu pendant ces groupes de travail ont permis de rédiger des fiches actions organisées autour de 4 axes thématiques :

- Axe 1 : à partir de l'analyse des situations et des parcours individuels, améliorer la connaissance des besoins
- Axe 2 : favoriser une meilleure coordination des actions dans la logique territoriale
- Axe 3 : faire évoluer l'offre pour mieux répondre aux besoins des personnes handicapées et à l'évolution de leur demande
- Axe 4 : améliorer la qualité d'accompagnement de vie des personnes handicapées et de leur entourage

Le niveau de priorité de mise en œuvre des fiches action varie de 1 à 4 ; le niveau 1 venant en premier.

**AXE 1 : A PARTIR DE L'ANALYSE DES SITUATIONS ET DES PARCOURS INDIVIDUELS, AMÉLIORER LA CONNAISSANCE DES BESOINS**

---

## FICHE N°1 : CONSTRUIRE UN OUTIL D'ÉVALUATION PARTAGÉ ENTRE LA MDPH ET SES PARTENAIRES

Niveau de priorité : 1

Date de début de mise en œuvre : 2012

### → Rappel de la problématique :

Il est nécessaire que l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH partage le même outil que les établissements et services médico-sociaux (ESMS) afin que l'évaluation des capacités et besoins des personnes handicapées se fasse de manière partagée et continue, gage d'objectivité et d'homogénéité de traitement sur le territoire départemental.

La MDPH s'appuie actuellement sur les bilans effectués par les établissements ou services qui ont mis en place des outils d'évaluation et des procédures différentes.

La seule procédure commune d'évaluation mise en place pour les SAVS a démontré son utilité.

Cet outil commun doit être aussi travaillé avec les partenaires de l'insertion professionnelle au sein de l'équipe pluridisciplinaire ad hoc. Pour mener à bien ce travail, la MDPH devrait disposer d'un poste de référent insertion professionnelle apte aussi à coordonner l'action de l'équipe pluridisciplinaire pour prendre en compte tous les aspects de la demande de la personne et de son projet de vie.

**Publics visés** : Les personnes handicapées qui demandent une première orientation ou un renouvellement d'orientation

**Objectif général** : Etablir des référentiels partagés pour l'orientation des enfants et des adultes (champs médico-social, professionnel, scolaire) afin d'enrichir, de mutualiser et d'uniformiser le contenu des évaluations réalisées par les professionnels de la MDPH et ses différents partenaires.

ACTIONS	
Action 1	<p>Mettre en place un groupe de travail pour construire un outil d'évaluation commun associant progressivement les établissements et les services spécialisés (pour adultes et enfants), puis les partenaires de l'insertion professionnelle et les acteurs de l'Education nationale</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Travailler sur le contenu de l'outil d'évaluation partagé :<ul style="list-style-type: none"><li>▪ à partir du GEVA (GEVA compatibilité)</li><li>▪ en définissant une classification des déficiences et incapacités inspirée de celle de la CNSA,</li></ul></li><li>- Réfléchir aux modalités techniques de fonctionnement de cet outil d'évaluation commun</li><li>- Concevoir un plan de formation pour former les utilisateurs de l'outil</li></ul>
Action 2	Tester le nouvel outil et le mettre progressivement en place dans les différents champs en démarrant par le secteur « adultes »
Action 3	Informatiser l'outil et mettre en place un extranet pour qu'ils alimentent l'outil d'évaluation

**Résultat(s) attendu(s) :**

- Disposer d'un outil d'évaluation partagé pour améliorer la qualité de l'évaluation et obtenir une équité de traitement pour l'ensemble des situations
- Permettre de clarifier les critères d'admission dans les établissements et les services spécialisés
- Simplifier le circuit et les échanges des informations entre la MDPH et les établissements

**Indicateurs d'évaluation :**

- Existence de l'outil
- Niveau d'utilisation de l'outil par les professionnels de la MDPH
- Niveau d'utilisation de l'outil par les établissements et services spécialisés
- Questionnaire de satisfaction auprès des utilisateurs de l'outil afin de préparer les versions suivantes

**Pilote :** La MDPH

**Partenaires associés :** La Direction de l'autonomie du Conseil général et selon le cas l'Education Nationale, l'ARS, les établissements et services médico-sociaux

## FICHE N°2 : PROPOSER DES PÉRIODES DE STAGE EN AMONT DES ORIENTATIONS

Niveau de priorité : 2

Date de début de mise en œuvre : 2012

### → Rappel de la problématique :

Il est important de mettre la personne handicapée en situation lors de stages d'immersion en ESMS pour qu'elle prenne conscience de ses capacités et formule mieux son projet de vie d'une part, pour enrichir l'évaluation dans le cadre de son orientation ou sa réorientation vers un ESMS d'autre part: en effet l'orientation doit prendre en compte à la fois les attentes de la personne et ses capacités pour qu'elle soit mise en oeuvre.

Ces périodes de stage sont particulièrement importantes pour assurer l'orientation la plus pertinente possible pour les jeunes sortant d'IME.

Pour un certain nombre de situations, l'accueil temporaire peut servir de terrain de stage. Pour les personnes à domicile, les SAVS pourraient avoir un rôle certain dans la recherche de stages.

**Publics visés :** Les personnes handicapées demandant une première orientation, un renouvellement d'orientation ou une réorientation

**Objectif général :** Permettre à la CDAPH de décider une orientation en accord avec les besoins, les attentes et les capacités de la personne handicapée

### Objectifs spécifiques :

Objectif 1 : donner la possibilité aux personnes handicapées de découvrir un mode d'accompagnement pendant une période de stage

Objectif 2 : améliorer la qualité de l'évaluation des besoins de la personne handicapée

ACTIONS	
Action 1	Identifier et résoudre les problèmes juridiques et administratifs liés aux critères d'admission, de financement...
Action 2	Recenser les structures prêtes à proposer des stages ou à développer leurs offres actuelles
Action 3	Faire connaître cette possibilité nouvelle d'accompagnement aux personnes handicapées et aux professionnels
Action 4	Mettre en place un dispositif de suivi des stages (réfèrent, ex : les SAVS pour les personnes qui sont en dehors de tous dispositifs...)

### Résultat(s) attendu(s) :

- Permettre et favoriser la fluidité des parcours des personnes handicapées

### Indicateurs d'évaluation :

- Nombre de stages réalisés et évolution d'année en année, par type d'ESMS
- Mesure de l'intérêt pour les ESMS, pour les personnes handicapées

**Pilote :** MDPH, Direction de l'autonomie du Conseil Général, ARS

**Partenaires associés :** ESMS

## FICHE N°3 : MIEUX OBSERVER LES BESOINS COLLECTIFS POUR PLANIFIER L'OFFRE À VENIR

Niveau de priorité : 2

Date de début de mise en œuvre : 2012

### → Rappel de la problématique :

Dans le cadre de la nouvelle procédure d'appel à projets pour la création ou l'extension d'établissements et services, le Conseil général et l'ARS ont besoin d'avoir une connaissance précise des besoins des personnes handicapées : types de déficience, nombre de personnes concernées, modalités d'accueil ou d'accompagnement, territoire...

Cela suppose que l'ensemble de ces informations soit recensé dans des fiches individuelles au moment de la première évaluation de la personne handicapée ou lors du suivi régulier de sa demande.

Il y a par ailleurs nécessité d'évaluer les perspectives à moyen terme : par exemple, il est inutile d'ouvrir de nouvelles places d'ESAT si les départs naturels en retraite libèrent suffisamment de places dans les années futures. C'est le travail qu'ont entrepris plusieurs associations qui se sont regroupées pour évaluer à l'intérieur de leurs structures, les besoins évolutifs à 1 an, 3 ans et 5 ans.

Actuellement, une réflexion est menée sur la mise en place d'un observatoire du handicap au niveau régional par l'ARS. La CNSA mène également des travaux sur cette thématique. Il est donc important que les données dont dispose la MDPH (via l'outil de gestion des demandes d'orientation vers un établissement sans réponse qu'elle a mis en place) puissent abonder les travaux menés en matière d'observation du handicap au niveau régional et national.

**Publics visés :** Les personnes handicapées d'Indre-et-Loire

**Objectif général :** Analyser et quantifier les besoins non satisfaits des personnes handicapées dans une perspective de planification des places et de rédaction d'appels à projets

ACTIONS	
Action 1	Affiner l'outil existant en lien avec l'ARS, prenant en compte les typologies de handicap, les territoires, les attentes des demandeurs, les degrés de priorité
Action 2	Informatiser l'outil de gestion des demandes non satisfaites

### Résultat(s) attendu(s) :

- Une optimisation de l'outil de gestion des demandes vers un établissement sans réponse

### Indicateurs d'évaluation :

- Niveau d'utilisation de l'outil par les acteurs clés travaillant sur le handicap
- Données recueillies grâce à cet outil

**Pilote :** La MDPH

**Partenaires associés :** la Direction de l'autonomie du Conseil général, l'ARS, les ESMS

## FICHE N°4 : ACCOMPAGNER ET SUIVRE LES ORIENTATIONS DE LA CDAPH

---

Niveau de priorité : 1

Date de début de mise en œuvre : 2012

### → Rappel de la problématique :

Les personnes handicapées ont souvent des difficultés à mettre en place les décisions de la CDAPH lorsqu'elles ne sont pas accompagnées dans leur démarche.

A domicile, les difficultés sont liées à la complexité des dispositifs d'aide (prestataire, mandataire, gré à gré ; associations, services privés, publics...) et à la difficile complémentarité des uns et des autres. La MDPH n'intervient que ponctuellement pour aider les personnes à mettre en place ou à modifier leur plan d'aide.

Pour une entrée en établissement ou un changement de structure, les familles sont confrontées à un manque de places qui imposent un « parcours du combattant ».

Par ailleurs, les décisions de la CDA sont parfois mal comprises des personnes handicapées et ne sont donc pas mises en œuvre.

Depuis deux ans, la MDPH met à jour, après chaque CDAPH, la liste des orientations et essaie d'être informée de leur concrétisation. Cet outil permet, par déduction, de connaître les inadéquations et les absences de réponses.

Celui-ci a permis d'avoir la liste d'attente des personnes en recherche de places ainsi que le degré de priorité pour satisfaire leur demande. Les établissements du département collaborent de plus en plus souvent avec la MDPH pour répondre aux besoins les plus urgents (quand une place se libère, quand des places ouvrent).

Pour développer cet outil, il s'agit de l'informatiser et de le partager avec les établissements et services. Cela permettra non seulement une meilleure affectation des personnes mais d'avoir une connaissance pointue des besoins de places dans le département.

**Publics visés** : Les personnes handicapées ayant besoin d'un accompagnement dans la mise en place d'une décision de la CDA (plan d'aide à domicile ou orientation vers un ESMS) et d'un suivi.

**Objectif général** : Accompagner les personnes handicapées dans la mise en place effective des décisions de la CDAPH (orientation vers un établissement, plan d'aide humaine à domicile...).

### Objectifs spécifiques :

Objectif 1 : développer l'accompagnement des personnes handicapées à domicile dans la mise en œuvre de leur plan d'aide dans le cadre de la PCH

Objectif 2 : assurer le suivi des orientations décidées par la CDAPH

Objectif 3 : améliorer le dispositif de gestion des places disponibles dans les ESMS

Objectif 4 : Réinterroger les personnes handicapées dont l'orientation en établissement n'a pas pu être mise en œuvre pour leur demander si leurs besoins ont évolué

<b>ACTIONS</b>	
<b>Action 1</b>	Dédier un travailleur social au suivi des situations difficiles
<b>Action 2</b>	Mettre en place un groupe de travail pour améliorer l'outil de gestion des places vacantes Définir les procédures souhaitées entre les ESMS et la MDPH Définir les éléments à recueillir par la MDPH sur la personne handicapée et à transmettre aux ESMS Informatiser la procédure et mettre en place un extranet pour les échanges avec les ESMS
<b>Action 3</b>	Mettre en place un questionnaire de l'évolution des besoins de la personne handicapée qui a eu une orientation non satisfaite (et son recueil) après la décision de la CDAPH <i>NB : La mise en œuvre de cette action nécessite des moyens supplémentaires</i>

**Résultat(s) attendu(s) :**

- Un meilleur suivi des décisions prononcées par la CDAPH
- Une aide à la mise en place effective des décisions
- Une meilleure connaissance des besoins

**Indicateurs d'évaluation :**

- Le nombre de personnes accompagnées
- La mise en place de l'outil informatique de gestion des places vacantes
- Le nombre de personnes handicapées contactées un an après la décision de la CDAPH

**Pilote :** La MDPH

**Partenaires associés :** Les ESMS, la Direction autonomie du Conseil Général

**AXE 2 : FAVORISER UNE MEILLEURE COORDINATION DES ACTIONS  
DANS UNE LOGIQUE TERRITORIALE**

---

## FICHE N°5 : MIEUX COORDONNER LES INTERVENTIONS DES ACTEURS LOCAUX AUTOUR DES SITUATIONS INDIVIDUELLES

---

Niveau de priorité : 2

Date de début de mise en œuvre : 2012

### → Rappel de la problématique :

21 coordinations gérontologiques ont été mises en place en Indre-et-Loire depuis 15 ans. Ces coordinations fonctionnent bien sur les différents territoires. En ce qui concerne le secteur des personnes handicapées, une coordination spécifique existe sur Tours et l'agglomération depuis bientôt 2 ans. En revanche, les coordinations « personnes handicapées » ne sont pas encore développées sur les territoires ruraux du département. La coordination et l'organisation des différents acteurs intervenant auprès des personnes handicapées sont donc moins abouties que celles qui concernent les personnes âgées.

En outre, il existe des disparités très fortes dans la répartition des établissements et services en Indre-et-Loire. Certains types d'établissements ou de services ne sont pas représentés sur des secteurs géographiques. Par exemple, il n'y a pas d'ESAT dans le Nord-Ouest du Département.

En ce qui concerne les services d'aide à domicile, certains secteurs sont "quasi-monopolistiques" c'est-à-dire que dans ces secteurs, un seul service existe, notamment dans le milieu rural. A l'inverse, beaucoup de services sont concentrés sur Tours et son agglomération.

La coordination actuelle entre les services intervenant à domicile se fait essentiellement entre les services d'aide à domicile associatifs, les SAVS, les SAMSAH et les SSIAD. Les services d'aide à domicile du secteur marchand sont insuffisamment associés à cette coordination.

**Publics visés** : Les personnes handicapées d'Indre-et-Loire et leurs familles, les ESMS pour personnes handicapées et personnes âgées

**Objectif général** : Améliorer la coordination des différents acteurs et professionnels entre eux et autour de la personne handicapée notamment lors des moments de transition entre les différents modes d'accompagnement

### Objectifs spécifiques :

Objectif 1 : Repérer les situations difficiles, répondre à l'isolement des personnes handicapées concernées ou de leurs familles

Objectif 2 : Déterminer des interlocuteurs privilégiés dans le secteur du handicap pour les personnes handicapées et leurs familles

Objectif 3 : Améliorer la connaissance de l'offre et susciter des réponses pour améliorer l'offre sur les territoires tout en privilégiant la notion de proximité

<b>ACTIONS</b>	
<b>Action 1</b>	Recenser les réseaux et les acteurs présents sur chaque territoire en identifiant les acteurs communs aux secteurs « personnes âgées » et « personnes handicapées » et ceux qui n'interviennent qu'auprès des personnes handicapées
<b>Action 2</b>	Travailler avec le comité de pilotage et le comité de suivi technique de la coordination gérontologique pour élaborer un référentiel et une charte de la coordination qui permettent progressivement aux coordinations locales d'intégrer la dimension handicap.
<b>Action 3</b>	Mettre en place les « coordinations autonomie »

**Résultat(s) attendu(s) :**

- Un repérage efficace des situations difficiles
- Des interventions par différents acteurs autour d'une même personne handicapée ou âgée organisées et cohérentes
- Une meilleure articulation entre les différents acteurs d'un même territoire
- Une meilleure connaissance des besoins et la proposition de réponses nouvelles articulées

**Indicateurs d'évaluation :**

- Le nombre de coordinations ouvertes aux personnes handicapées
- Le nombre de situations « difficiles » identifiées et traitées par les coordinations
- Le nombre de réunions d'information mises en place sur les territoires, communes à plusieurs structures

**Pilote :** La Direction de l'autonomie du Conseil Général

**Partenaires associés :** la MDPH, les SSIAD, l'HAD, les services d'aide à domicile, les services et établissements spécialisés PH, PA (EHPAD), les hôpitaux...

## FICHE N°6 : ELARGIR LE RÔLE ET LES MISSIONS DES SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT

---

Niveau de priorité : 2

Date de début de mise en œuvre : 2012

### → Rappel de la problématique :

Au début des années 2000, les SAVS se sont développés par redéploiement des foyers d'hébergement pour les travailleurs d'ESAT. Une ouverture progressive à un public de personnes handicapées qui ne travaillent pas est en cours.

Par convention avec le Conseil général, les SAVS financés en dotation globale, peuvent accompagner sur une période courte les personnes qui les sollicitent : après une évaluation de 6 mois maximum, la commission des droits et de l'autonomie décide ou non la poursuite de l'accompagnement. C'est donc le SAVS qui est toujours à l'initiative de la demande d'accompagnement.

Cette procédure ne permet pas d'identifier les besoins nouveaux et d'élargir sensiblement le public concerné.

Il serait souhaitable d'élargir l'action de ces services à d'autres publics, notamment aux personnes handicapées vieillissantes qui vivent seules à domicile ou chez leurs parents afin d'anticiper les difficultés futures.

Deux services dans le département, dont l'un couplé avec un SAMSAH, développent des accompagnements courts répondant à des problématiques de logement, de santé, d'accompagnement vers la reconnaissance du handicap, vers l'emploi...que complètent les réponses plus longues.

Ces services, dotés de moyens supplémentaires, sont fortement sollicités par les personnes ou les partenaires.

**Publics visés** : Les personnes handicapées nécessitant un accompagnement social pour vivre à domicile, pour acquérir une autonomie sociale voire professionnelle ainsi que les personnes handicapées vieillissantes à domicile

**Objectif général** : Permettre aux services d'accompagnement, sur l'ensemble du territoire du département de répondre à des besoins plus diversifiés en élargissant leur cadre d'intervention

### Objectifs spécifiques :

Objectif 1 : Positionner les SAVS dans un rôle de coordonnateur des différents acteurs autour de la personne handicapée

Objectif 2 : Assurer un maillage du territoire, éventuellement par redéploiement

Objectif 3 : Réorienter l'intervention des SAVS vers l'accompagnement de toutes les personnes handicapées quel que soit leur handicap et leur statut au regard du travail.

Objectif 4 : Favoriser l'évolution de la personne handicapée dans un parcours vers l'autonomie

<b>ACTIONS</b>	
<b>Action 1</b>	Identifier et quantifier les besoins non couverts (couverture territoriale, populations, modalités d'intervention)
<b>Action 2</b>	Redéfinir les agréments des services d'accompagnement du département (territoire, population concernée, missions) pour les adapter aux besoins
<b>Action 3</b>	Adapter la formation des professionnels des services d'accompagnement en fonction des nouvelles missions qui leur seront confiées
<b>Action 4</b>	Adapter le nombre et la capacité des services aux besoins

**Résultat(s) attendu(s) :**

- Une augmentation du nombre de personnes accompagnées à domicile
- Une amélioration de la qualité de l'accompagnement
- Une amélioration de la couverture géographique du département

**Indicateurs d'évaluation :**

- Nouveaux territoires couverts par les SAVS
- Typologie des personnes handicapées accompagnées
- Nombre de SAVS dont les agréments ont été élargis et leur taux d'utilisation
- Nombre de services nouveaux

**Pilote :** La Direction autonomie du Conseil général

**Partenaires associés :** La MDPH, les structures gestionnaires de SAVS et de SAMSAH, l'ARS

## FICHE N°7 : FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT DE LIENS AVEC LE SECTEUR SANITAIRE ET PSYCHIATRIQUE

---

Niveau de priorité : 2

Date de début de mise en œuvre : 2012

### → Rappel de la problématique :

Les liens entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire ne sont pas développés sur l'ensemble du département. De plus, lorsque des liens existent, les différents partenaires ne sont pas toujours satisfaits des modes de collaboration existants. Or, il apparaît que la coordination entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social est indispensable pour répondre à l'ensemble des besoins des personnes handicapées.

En outre, cette coordination est d'autant plus nécessaire que le phénomène de désertification médicale est présent en Indre-et-Loire en zone rurale. Ce phénomène entraîne une diminution du nombre de professionnels de santé (que ce soit en médecine générale ou en médecine spécialisée).

Par ailleurs, les ESMS et le secteur public psychiatrique rencontrent de part et d'autre des difficultés : le secteur hospitalier accueille des personnes dont l'état de santé stabilisé justifierait leur prise en charge par le secteur médico-social. Mais celui-ci hésite à accueillir des personnes souffrant de troubles psychiques car les services hospitaliers refusent le plus souvent de les hospitaliser en cas de besoin : les relations entre les deux secteurs sont variables selon les secteurs et les personnes ; actuellement, seul un FAM accueille 40 personnes handicapées psychiques sur le département.

**Publics visés :** Les personnes handicapées nécessitant à la fois un accompagnement médico-social et sanitaire

**Objectif général :** Développer la collaboration entre les acteurs du secteur médico-social et du secteur sanitaire, notamment psychiatrique, pour répondre à l'ensemble des besoins des personnes handicapées

### Objectifs spécifiques :

Objectif 1 : Organiser la collaboration entre les différents acteurs du médico-social et du secteur sanitaire en tenant compte des services présents sur chaque territoire

Objectif 2 : Apporter une réponse aux besoins de soin des personnes handicapées sur l'ensemble du département

Objectif 3 : Développer de façon homogène sur l'ensemble du département les relations entre les ESMS et les services hospitaliers psychiatriques pour un meilleur suivi des soins pour les personnes en établissement et favoriser l'accueil des personnes sortantes de psychiatrie dans les ESMS

<b>ACTIONS</b>	
<b>Action 1</b>	Mettre en place un groupe de travail sur les relations entre le sanitaire et le médico-social
<b>Action 2</b>	Recenser l'ensemble des acteurs du secteur sanitaire présents sur chaque territoire et Identifier géographiquement les services d'urgence psychiatriques.
<b>Action 3</b>	Organiser les relations entre les ESMS et le secteur hospitalier (hôpital général et services de psychiatrie) par des conventions
<b>Action 4</b>	Mettre en place une équipe mobile « psychiatrique » sur les territoires

**Résultat(s) attendu(s) :**

- Une réponse apportée aux besoins de soins des personnes handicapées accompagnées par les ESMS

**Indicateurs d'évaluation :**

- Le nombre de conventions conclues entre des acteurs du secteur médico-social et des acteurs du secteur sanitaire par territoire
- Le nombre de personnes handicapées suivies dans le cadre des conventions
- La mise en place de l'équipe mobile

**Pilote :** L'ARS

**Partenaires associés :** La Direction de l'autonomie du Conseil général, la MDPH, les ESMS, les professionnels de santé libéraux, le secteur hospitalier...

**AXE 3 : FAIRE ÉVOLUER L'OFFRE POUR MIEUX RÉPONDRE AUX  
BESOINS DES PERSONNES HANDICAPÉES ET À L'ÉVOLUTION DE  
LEUR DEMANDE**

---

## FICHE N°8 : DÉVELOPPER LES DISPOSITIFS DE RÉPIT

Niveau de priorité : 2

Date de début de mise en œuvre : 2012

### → Rappel de la problématique :

Les solutions d'accueil temporaire (permanent ou de jour) procurent des périodes de répit nécessaires aux aidants naturels des personnes handicapées. D'autres dispositifs comme les accueils itinérants jouent aussi ce rôle. En outre, ces modes d'accueil spécifique préparent éventuellement les personnes handicapées vivant à domicile à un hébergement en institution spécialisée.

Actuellement, un certain nombre de places existent en accueil de jour ou en accueil temporaire, notamment en MAS, mais ne sont pas utilisées en totalité alors qu'il apparaît clairement que ces dispositifs répondent à un besoin lorsqu'ils sont exploités.

Il faut donc être vigilant à ce qu'une communication efficace soit réalisée autour de ces dispositifs auprès des personnes handicapées et de leurs familles.

Par ailleurs, il semble pertinent de développer des structures spécifiques dédiées à ces modes d'accueil afin que leur fonctionnement soit organisé autour de cette pratique.

**Publics visés :** Les personnes handicapées vivant à domicile et les familles qui les accompagnent

**Objectif général :** Développer les dispositifs d'accueil temporaire pour favoriser le maintien à domicile des personnes handicapées

### Objectifs spécifiques :

Objectif 1 : Favoriser des réponses de proximité aux personnes handicapées et à leur famille

Objectif 2 : Favoriser l'utilisation des places d'accueil temporaire existantes et développer une offre complémentaire à celle qui existe

Objectif 3 : Eviter les situations de rupture de prise en charge de la personne handicapée liées à un épuisement de l'aidant

ACTIONS	
Action 1	Recenser les besoins en places d'accueil temporaire et décrire le dispositif existant (contenu, volume de l'offre, taux d'utilisation actuel des places existantes, freins administratifs, associatifs, de la part des usagers...)
Action 2	Réfléchir en fonction des résultats du recensement à une évolution du nombre de places en donnant la priorité aux accueils dédiés pour développer les séjours de rupture
Action 3	Déterminer des modes de tarification et des modes d'admission qui soient compatibles avec cette activité d'accueil non permanent
Action 4	Faire connaître aux associations et aux personnes handicapées ces modalités d'accompagnement et l'intégrer dans leur parcours de vie notamment par les SAVS
Action 5	Mettre en place un groupe de travail sur la possibilité de créer des dispositifs accueillants à la fois les aidants et la personne handicapée aidée
Action 6	Mettre en place un accueil de jour itinérant

### Résultat(s) attendu(s) :

- Apporter une souplesse dans l'accompagnement des personnes handicapées.
- Favoriser l'accompagnement à domicile par ses proches.

- Pour certaines situations rendre tout simplement possible l'accompagnement à domicile qui, faute de périodes de répit ne peut pas être mis en place.

**Indicateurs d'évaluation :**

- Activité des accueils temporaires existants et évolution annuelle
- Nombre de jours de séjour non permanent et étude de son évolution d'une année sur l'autre
- nombre de familles ayant bénéficié de ces dispositifs
- nombre de places créées

**Pilote :** La Direction de l'autonomie du Conseil général

**Partenaires associés :** Associations gestionnaires d'ESMS, la MDPH, l'ARS,...

## FICHE N°9 : ADAPTER LES RÉPONSES AU VIEILLISSEMENT DES PERSONNES HANDICAPÉES À DOMICILE ET EN ÉTABLISSEMENT

---

Niveau de priorité : 1

Date de début de mise en œuvre : 2012

### → Rappel de la problématique :

Le vieillissement des personnes handicapées n'a pas entraîné de création de places spécialisées. Lorsqu'elles sont en institution, les personnes handicapées sont généralement maintenues dans leur établissement qui pourra être partiellement transformé en FAM pour reconnaître la réalité du besoin de médicalisation.

Les travailleurs d'ESAT retraités ou inaptes au travail sont souvent maintenus en foyer d'hébergement, faute de solution plus adaptée.

Actuellement, plus de 17 % des personnes handicapées accueillies en structures d'hébergement ont plus de 55 ans.

Aussi, le vieillissement des personnes handicapées entraîne de plus en plus une situation de blocage dans les établissements où plus aucun flux ne s'opère.

Les associations gestionnaires proposent peu de réponse adaptée pour ces personnes. La réponse au vieillissement des personnes handicapées ne peut pas se traduire par une médicalisation systématique des places en établissements spécialisés. Au-delà d'un certain niveau de dépendance lié au vieillissement et non au handicap, les réponses apportées doivent être celles prévues pour les personnes âgées.

A domicile, lorsque les aidants naturels deviennent défaillants, les personnes handicapées sont généralement accueillies en urgence dans les EHPAD publics du département.

A titre expérimental, trois de ces EHPAD ont mis en place une section spécialisée pour ces personnes. Ces sections ne sont pas reconnues officiellement par l'ARS et le financement de la partie soins n'est pas assuré de façon pérenne.

Enfin, il est important de former les professionnels qui travaillent en établissement sur cette thématique. Ces formations leur permettront de pouvoir envisager, dans certains cas, la sortie des personnes handicapées qu'ils accompagnent et ce, d'autant plus que dans certaines structures, les professionnels ont vieilli avec les résidents.

Ces évolutions si elles sont bien adaptées concourront à une amélioration de la qualité de la prise en charge et également à une plus grande fluidité du dispositif dans son ensemble.

Il faut donc accompagner les professionnels vers ces évolutions et également les former à analyser le phénomène du vieillissement prématuré des personnes handicapées.

**Publics visés :** Les personnes handicapées vieillissantes, les professionnels travaillant dans des établissements spécialisés pour adultes handicapés

### Objectif général :

Apporter une réponse adaptée et multiforme aux personnes handicapées vieillissantes pour fluidifier le dispositif d'accompagnement de ces personnes, à domicile et en établissement

Adapter le niveau de médicalisation à l'évolution de la dépendance des personnes handicapées en établissement

### Objectifs spécifiques :

Objectif 1 : Concevoir, pour les personnes handicapées vieillissantes, des modalités d'évaluation prenant en compte les caractéristiques spécifiques des symptômes et des déficits liés à l'âge

Objectif 2 : Proposer aux personnes concernées des réponses diversifiées, mieux adaptées qu'aujourd'hui à l'évolution de leurs besoins et à leur projet de vie

Objectif 3 : Libérer des places au sein des établissements spécialisés afin de répondre aux besoins de jeunes en situation de handicap

Objectif 4 : Former les professionnels travaillant en établissement à l'accompagnement spécifique des personnes handicapées vieillissantes

Objectif 5 : Proposer une alternative aux EHPAD classiques, lorsque l'âge et le niveau de dépendance de la personne handicapée ne justifient pas l'entrée dans une structure médicalisée pour personnes âgées.

ACTIONS	
Action 1	Mettre en place à la MDPH une équipe pluridisciplinaire spécifique pour les personnes handicapées vieillissantes, intégrant des professionnels du secteur des personnes âgées : L'équipe définira les critères d'évaluations spécifiques aux personnes handicapées vieillissantes
Action 2	Construire en fonction de l'analyse globale des besoins et de l'étude prospective menée par les associations de la Charte des réponses diversifiées basées sur une offre d'accompagnement adaptée à cette étape du parcours de vie
Action 3	Créer différentes sections au sein d'un même établissement permettant l'accompagnement de personnes handicapées avec différents niveaux de dépendance afin de graduer les réponses Faire évoluer les agréments des établissements spécialisés Créer des établissements dédiés aux personnes handicapées vieillissantes en GIR 3, 4, 5 du fait du vieillissement, en fonction des résultats de l'évaluation de l'EPE spécialisée Créer des sections spécialisées en EHPAD
Action 4	Développer la prévention et la formation auprès des professionnels travaillant en établissement sur la thématique du vieillissement des personnes handicapées Recenser les formations spécifiques existantes sur la thématique du vieillissement des personnes handicapées Intégrer la problématique du vieillissement des personnes handicapées dans le plan de formation de chaque organisme gérant un ou des ESMS Recenser, au sein des établissements accueillant des personnes handicapées vieillissantes, le nombre de professionnels pouvant être confrontés à cette problématique Mettre en place les formations adaptées sur la thématique du vieillissement des personnes handicapées inter-établissement si nécessaire en favorisant la dimension territoriale afin de favoriser par ailleurs l'approche territoriale de l'organisation des réponses proposées Mettre en place une fonction de personne ressource au sein de chaque établissement

### Résultat(s) attendu(s) :

- Des orientations prononcées par la CDAPH adaptées aux spécificités des personnes handicapées vieillissantes
- La création de réponses diversifiées à la problématique du vieillissement des personnes handicapées
- Un retour à une situation où les ESMS seront à nouveau en mesure de proposer des places aux nouveaux venus dans le dispositif handicap
- Une meilleure compréhension du vieillissement des personnes handicapées et de ses conséquences de la part des professionnels travaillant en établissement
- Une orientation adaptée des personnes handicapées en fonction de l'apparition des symptômes liés à l'âge

### Indicateurs d'évaluation :

- La mise en place de l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation
- Le nombre de personnes handicapées évaluées par cette équipe pluridisciplinaire spécifique

- Le nombre de places au sein des dispositifs innovants créés spécifiquement pour les personnes handicapées vieillissantes
- La diversité des réponses proposées
- Le nombre de formations sur la thématique du vieillissement des personnes handicapées mises en place
- Le nombre de personnes ressources

**Pilote :** La MDPH, la Direction de l'autonomie du Conseil général, l'ARS

**Partenaires associés :** les gestionnaires d'établissements et services pour personnes âgées et personnes handicapées...

## FICHE N°10 : FAIRE ÉVOLUER L'OFFRE EN FONCTION DES BESOINS DE PLACES EN ESMS ET DIVERSIFIER LES RÉPONSES

---

Niveau de priorité : 1

Date de début de mise en œuvre : 2012

### → Rappel de la problématique :

De nombreuses personnes handicapées sont en attente d'une réponse adaptée en institution.

Elles sont actuellement dans des structures qui ne peuvent pas prendre en compte l'évolution de leur handicap ou de leur dépendance (76 personnes en foyer de vie ont une orientation vers un FAM). Elles restent à domicile faute de place en établissement. C'est le cas de 183 personnes orientées vers un FAM, de 80 personnes orientées vers une MAS ou 74 personnes orientées vers un foyer de vie). Parmi elles, si on ne retient que les situations prioritaires, on constate qu'il manque 67 places en FAM, 40 en MAS et 48 en foyer de vie.

214 personnes, prises en charge par l'aide sociale, ont trouvé une solution hors département faute de place en Indre et Loire.

92 jeunes sont maintenus dans les établissements de l'enfance handicapée au titre de l'amendement Creton.

Pour répondre à une partie des besoins, des places de foyer de vie sont médicalisées mais cela ne crée pas de places pour les nouveaux demandeurs, exception faite du futur établissement de Cigogné qui ouvrira 40 places de FAM/MAS en 2012.

Par ailleurs, il ne sera plus possible de développer le nombre de places comme cela a pu être fait pendant les années précédentes. Il convient donc d'introduire une dynamique de flux en diversifiant les réponses pour faciliter l'accès à une plus grande autonomie (maisons collectives, accompagnements renforcés à domicile, SAVS...), mouvement déjà amorcé par les associations.

**Publics visés :** Les personnes handicapées d'Indre-et-Loire voulant intégrer un établissement ou avoir en établissement la réponse adaptée à leurs besoins

**Objectif général :** faire évoluer et adapter l'offre de places en ESMS afin d'éviter une paralysie du système de prise en charge des personnes handicapées en établissement en Indre et Loire

### Objectifs spécifiques :

Objectif 1 : Optimiser les structures existantes en apportant d'autres types de réponses aux personnes les plus autonomes

Objectif 2 : Diversifier l'offre et assurer une complémentarité entre les dispositifs

Objectif 3 : Augmenter le nombre de places en établissement en tenant compte du recensement des besoins en lien avec l'ARS et en diversifiant les modes de prise en charge ou d'accompagnement

Objectif 4 : Développer la coopération inter-institutions et la mutualisation des moyens pour favoriser l'émergence de réponses nouvelles et complémentaires sur un territoire donné

Objectif 5 : Diminuer le nombre de personnes en amendement Creton pour fluidifier le dispositif notamment en direction des enfants handicapés.

<b>ACTIONS</b>	
<b>Action 1</b>	Fixer des priorités et définir une programmation (avec l'ARS lorsqu'il y a compétence conjointe) pour les créations, extensions, transformations à partir du recensement des besoins (cf Fiche n°3) Elaborer et mettre en œuvre la procédure d'appel à projet.
<b>Action 2</b>	Favoriser les parcours d'autonomisation Proposer des solutions alternatives à l'accueil en établissement aux personnes handicapées les plus autonomes (habitats regroupés, domicile avec un accompagnement en SAVS, accueil de jour...)
<b>Action 3</b>	Favoriser la sortie des personnes handicapées vieillissantes des établissements spécialisés vers des solutions plus appropriées à leurs besoins (cf Fiche 9, Action 3)
<b>Action 4</b>	Développer les dispositifs innovants, expérimentaux susceptibles d'être financés par la CNSA (pouvant permettre notamment une médicalisation des établissements)

**Résultat(s) attendu(s) :**

- Un nombre plus important de places globalement, avec une palette de réponses plus diversifiée
- Une diminution du nombre de situations en inadéquation avec les préconisations de la CDAPH
- La libération de places en foyers de vie/foyers occupationnels

**Indicateurs d'évaluation :**

- L'évolution du nombre de personnes en aménagement Creton
- L'évolution du nombre de personnes bénéficiant d'une orientation FAM ou MAS non satisfaite

**Pilote :** L'ARS et la Direction de l'autonomie du Conseil général

**Partenaires associés :** MDPH, les associations gestionnaires d'établissements et services spécialisés...

## FICHE N°11 : FAVORISER L'INSERTION PROFESSIONNELLE DES PERSONNES HANDICAPÉES

Niveau de priorité : 2

Date de début de mise en œuvre : 2012

### → Rappel de la problématique :

Les personnes handicapées ont parfois besoin d'un accompagnement particulier vers l'emploi en milieu ordinaire ou protégé que ne peuvent pas assurer pleinement les acteurs de droit commun tels que les missions locales, Pôle emploi, Cap emploi. Il faut souvent prendre en compte d'autres aspects de la vie des personnes (vie sociale, logement, santé...) pour être efficace.

Des dispositifs innovants d'accompagnement ont été mis en place en Indre et Loire: on peut citer le SEAD de Chinon pour les personnes souffrant de déficience intellectuelle, (partie du SAVS) Synergie 37 pour les personnes souffrant de troubles psychiques ou Sipromes qui se met en place sur le Lochois pour les jeunes de 18 à 25 ans.

Il serait intéressant de faire le bilan de ses expériences, de les conforter si le résultat est probant et de les élargir à d'autres secteurs géographiques et d'autres types de handicap.

**Publics visés** : Les personnes handicapées nécessitant un accompagnement pour leur insertion professionnelle en milieu ordinaire et en milieu protégé

**Objectif général** : Développer les dispositifs innovants en matière d'insertion professionnelle, complémentaires des dispositifs de droit commun, pour permettre une insertion professionnelle adaptée et réussie aux travailleurs handicapés

### Objectifs spécifiques :

Objectif 1 : Positionner ces dispositifs innovants en matière d'insertion professionnelle comme complémentaires des dispositifs de droit commun (Pôle emploi, Cap emploi, missions locales...)

Objectif 2 : Répondre aux nouvelles attentes des personnes handicapées en matière d'insertion professionnelle

ACTIONS	
Action 1	Identifier les besoins d'accompagnement à dominante professionnelle (types de handicap, âge des personnes concernées, difficultés particulières, secteur géographique...) (cf Fiches 1, 3 et 4)
Action 2	Réaliser le bilan des expérimentations en cours dans la perspective de leur développement
Action 3	Positionner ces services d'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées comme complémentaires des dispositifs de droit commun

### Résultat(s) attendu(s) :

- La proposition d'accompagnements adaptés aux besoins et aux attentes des personnes handicapées

### Indicateurs d'évaluation :

- A terme, le nombre de dispositifs présents sur chaque territoire en matière d'accompagnement vers l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées

**Pilote** : La Direction de l'autonomie du Conseil général, la DIRECCTE, l'ARS

**Partenaires associés** : La MDPH, l'Agefiph, Pôle emploi, Cap emploi, les missions locales...

## FICHE N°12 : PROMOUVOIR ET PERMETTRE LE DÉVELOPPEMENT DE L'ACCUEIL FAMILIAL

Niveau de priorité : 3

Date de début de mise en œuvre : 2012

### → Rappel de la problématique :

L'accueil familial peut être une bonne alternative pour les personnes handicapées qui n'ont jamais été en institution et/ou qui n'ont pas d'établissement adapté à proximité de leur domicile familial.

Les accueillants familiaux disposent d'une formation initiale et d'une formation continue, cependant, ils n'ont pas accès à des formations spécifiques sur les différentes déficiences.

Par ailleurs, les accueillants familiaux ne disposent pas de référent ou d'interlocuteur spécialisé handicap sur chaque territoire. Ils ne disposent pas de soutien technique en cas de difficulté et n'ont pas de solutions suffisamment adaptées pour pouvoir bénéficier de périodes de répit.

**Publics visés :** Les personnes handicapées d'Indre-et-Loire et les accueillants familiaux de personnes handicapées

**Objectif général :** Fournir aux accueillants familiaux les outils et les moyens nécessaires pour accueillir les personnes handicapées dans de meilleures conditions

Développer l'alternative entre le maintien à domicile et l'accueil en établissement

### Objectifs spécifiques :

Objectif 1 : Développer l'alternative entre le maintien à domicile et l'accueil en établissement pour les personnes handicapées

Objectif 2 : Apporter un soutien aux accueillants familiaux de personnes handicapées en cas de difficulté ou de « crise » (notamment pour les personnes handicapées psychiques)

Objectif 3 : Enrichir les dispositifs de répit pour les aidants familiaux via l'accueil familial

ACTIONS	
Action 1	Développer les formations spécifiques au handicap auprès des accueillants familiaux agréés
Action 2	Identifier sur chaque territoire un établissement référent pour les accueillants familiaux de personnes handicapées et définir le périmètre et les conditions de son intervention
Action 3	Renforcer/mettre en place les conventions avec le secteur psychiatrique prévoyant la prise en charge en phase aiguë puis le relais en établissement (séjour de répit)
Action 4	Développer le réseau de familles d'accueil
Action 5	Réunir un groupe de travail afin d'explorer les possibilités de construction de réseaux d'accueillants familiaux à partir d'un établissement spécialisé

### Résultat(s) attendu(s) :

- Un développement de l'accueil familial des personnes handicapées

### Indicateurs d'évaluation :

- Nombre de référents « accueillants familiaux de personnes handicapées » identifiés sur le département
- Nombre de formations spécifiques réalisées pour les accueillants familiaux de personnes handicapées

- A terme, l'évolution quantitative de l'offre d'accueil familial

**Pilote** : La Direction de l'autonomie du Conseil général en charge de l'accueil familial en Indre-et-Loire

**Partenaires associés** : les établissements spécialisés pour personnes handicapées, les accueillants familiaux...

**AXE 4 : AMÉLIORER LA QUALITÉ D'ACCOMPAGNEMENT DE VIE DES  
PERSONNES HANDICAPÉES ET DE LEUR ENTOURAGE**

---

## FICHE N°13 : AIDER ET ACCOMPAGNER LES AIDANTS FAMILIAUX DES PERSONNES HANDICAPÉES

---

Niveau de priorité : 3

Date de début de mise en œuvre : 2012

### → Rappel de la problématique :

Les parents qui s'occupent de leur enfant handicapé vieillissant se sont souvent éloignés des dispositifs d'aide et n'ont pas préparé sa sortie du foyer familial qui a souvent lieu en urgence en cas d'hospitalisation ou de décès des aidants naturels. Les personnes handicapées qui n'ont pas l'habitude de la vie en collectivité sont le plus souvent accueillies en EHPAD, dans une section spécialisée ou non.

Compte tenu du vieillissement des personnes handicapées, cette problématique va s'intensifier. Les associations de la charte ont recensé les personnes handicapées travailleuses d'ESAT ou en accueil de jour qui vivent au domicile de leurs parents très âgés mais l'ensemble des situations n'est pas connu.

Il faut donc une préparation progressive et précoce des familles à cette sortie possible du foyer familial qui doivent être identifiées, informées et accompagnées le plus tôt possible qui pourrait être assurée ou développée par les SAVS et SAMSAH (cf fiche 6)

Dans le secteur des personnes âgées, différents dispositifs de soutien aux aidants naturels existent en Indre-et-Loire, via les CLIC (centres locaux d'information et de coordination) et les coordinations gérontologiques auxquels participent les référents APA. Des formations pour les aidants naturels des personnes âgées ont été organisées. Des dispositifs de ce type n'existent pas dans le secteur des personnes handicapées.

Or, il est important de travailler sur la prévention avec les aidants familiaux qui sont parfois isolés et en difficulté. Pour cela, il est nécessaire de mettre en place des lieux ressources ou des référents qui apporteraient un soutien quotidien aux aidants de personnes handicapées. Actuellement, certaines associations ont mis en place des groupes de parole pour les aidants, cependant il n'existe pas d'association pour chaque type de handicap.

**Publics visés :** Les familles assumant seules l'accompagnement de leur enfant handicapé à leur domicile

**Objectif général :** Développer les différents dispositifs de soutien aux aidants pour permettre un maintien à domicile dans de bonnes conditions

### Objectifs spécifiques :

Objectif 1 : Faciliter l'acceptation par la personne handicapée et par sa famille de la mise en place d'un dispositif d'accompagnement pouvant aller jusqu'au placement temporaire ou définitif en établissement

Objectif 2 : Mieux connaître le nombre de situations concernées par le vieillissement de l'aidant naturel afin de mieux appréhender les réponses à apporter

Objectif 3 : Permettre aux aidants familiaux de personnes handicapées d'avoir des lieux d'expression pour exprimer leurs difficultés, de disposer de lieux ressources et de disposer d'un ou plusieurs interlocuteurs en cas de situation complexe/difficile

<b>ACTIONS</b>	
<b>Action 1</b>	Mobiliser les travailleurs sociaux composant les équipes APA et PCH sur l'accompagnement des aidants familiaux et le repérage des situations à risque
<b>Action 2</b>	Mobiliser l'ensemble des intervenants à domicile (services d'aide à domicile, SAVS, SSIAD, SAMSAH) et les services sociaux des hôpitaux pour renforcer la sensibilisation des familles et pour qu'ils indiquent à la direction autonomie du Conseil général les situations à risque repérées
<b>Action 3</b>	Identifier dans les ESAT et les accueils de jour les situations à risque
<b>Action 4</b>	Mener une réflexion sur les solutions à mettre en place pour les personnes handicapées accompagnées par un aidant vieillissant à partir du recensement préalable réalisé
<b>Action 5</b>	Mettre en place, en utilisant prioritairement le vecteur des associations et des coordinations autonomie qui se mettront progressivement en place, une palette complète de services de soutien pour les aidants avec les fonctions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place de formations sur les gestes techniques (gestes et postures)</li> <li>- Développement de groupes de parole</li> <li>- Soutien individuel en lien avec les associations</li> <li>- Soutien psychologique</li> </ul>

**Résultat(s) attendu(s) :**

- Améliorer la qualité de vie des personnes handicapées et de leur entourage
- Faciliter l'acceptation du passage du domicile à l'établissement de la personne handicapée par la famille et par la personne handicapée elle même
- Une connaissance/une estimation du nombre d'aidants familiaux vieillissant accompagnant une personne handicapée à domicile
- L'identification par les aidants naturels d'un lieu ressource leur apportant un soutien
- L'acceptation par la personne handicapée et par sa famille de la mise en place d'un dispositif d'accompagnement pouvant aller jusqu'à l'établissement

**Indicateurs d'évaluation :**

- Le nombre de familles sensibilisées
- Le nombre d'acteurs mobilisés pour le recensement des aidants vieillissants
- Le nombre de situation à risque repérées
- Nombre de groupes de parole créés
- Nombre de formations mises en place à destination des aidants familiaux
- Nombre de personnes ayant bénéficié d'un soutien psychologique dans le cadre du réseau d'aide aux aidants

**Pilote :** La Direction de l'autonomie du Conseil général

**Partenaires associés :** La MDPH, les SAVS, les SAMSAH, les services d'aide à domicile, les services sociaux des hôpitaux...

## FICHE N°14 : FACILITER L'ACCÈS DES PERSONNES HANDICAPÉES À DES LOGEMENTS AUTONOMES

Niveau de priorité : 1

Date de début de mise en œuvre : 2012

### → Rappel de la problématique :

Les attentes des personnes handicapées ont évolué ces dernières années. Aussi, les dispositifs classiques d'hébergement en structures spécialisées de type foyer d'hébergement ou foyer de vie ne correspondent plus au projet de vie de certaines personnes handicapées. Cependant, ces dernières ne sont pas non plus en capacité de vivre seules à leur domicile sans accompagnement spécifique. Il est donc important d'inventer de nouveaux dispositifs d'hébergement pour permettre d'apporter des réponses en cohérence avec les attentes des personnes handicapées.

En outre, actuellement, des difficultés sont constatées pour mettre en adéquation l'offre et la demande de logements adaptés. L'APF dispose d'un service qui accompagne les personnes handicapées moteur dans leur recherche de logement adapté. Cependant, ce type de service n'est pas proposé à l'ensemble des personnes handicapées d'Indre-et-Loire.

**Publics visés :** Les personnes handicapées d'Indre-et-Loire.

**Objectif général :** Répondre aux nouveaux besoins et aux nouvelles attentes des personnes handicapées en leur permettant une entrée ou un maintien dans un logement autonome quel que soit leur handicap.

### Objectifs spécifiques :

Objectif 1 : Favoriser l'accès à des logements accessibles et adaptés en rapprochant l'offre et la demande

Objectif 2 : Développer les regroupements d'appartements pour faciliter la mise en commun de services spécialisés en privilégiant le maintien de la vie sociale

ACTIONS	
<b>Action 1</b>	Expérimenter dans le département un nouveau mode d'accompagnement des personnes handicapées sous la forme d'habitats individuels regroupés <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les aides individuelles seraient mutualisées pour disposer d'un personnel commun</li> <li>- Ces dispositifs seraient coordonnés par un professionnel associatif</li> </ul>
<b>Action 2</b>	Faire le bilan de l'expérimentation annuellement et développer ce type de dispositif en fonction des résultats
<b>Action 3</b>	Développer de nouveaux modes d'hébergement / d'accompagnement pour les travailleurs d'ESAT ne souhaitant plus être accueillis en foyer d'hébergement traditionnel (petites unités, habitats regroupés...)
<b>Action 4</b>	Favoriser le conventionnement avec les foyers de jeunes travailleurs et les ESAT notamment pour les jeunes travailleurs d'ESAT
<b>Action 5</b>	Développer les services spécialisés en lien avec les bailleurs sociaux pour accompagner les personnes handicapées dans leur recherche de logement

### Résultat(s) attendu(s) :

- Une diversification des réponses d'hébergement apportées aux personnes handicapées
- Le développement de réponses innovantes

- Une meilleure adéquation entre l'offre et la demande de logements adaptés

**Indicateurs d'évaluation :**

- Le nombre de nouveaux dispositifs développés sur le département
- Les bilans réalisés des expérimentations
- Le nombre de conventions conclues entre les ESAT et les FJT
- Le nombre de personnes handicapées bénéficiant de ces dispositifs d'hébergement et d'habitat
- Le nombre de services spécifiques mis en place pour l'accompagnement dans la recherche de logement

**Pilote :** La Direction de l'autonomie du Conseil général

**Partenaires associés :** Les associations gestionnaires d'établissements et de services spécialisés, les bailleurs sociaux...

## FICHE N°15 : DÉVELOPPER LA QUALITÉ DANS LES INTERVENTIONS AUPRÈS DES PERSONNES HANDICAPÉES À DOMICILE ET EN ÉTABLISSEMENT

---

Niveau de priorité : 3

Date de début de mise en œuvre : 2012

### → Rappel de la problématique :

Dans un contexte budgétaire contraint, le Conseil général et l'ARS, qui financent les structures pour personnes handicapées, souhaitent avoir une meilleure maîtrise de leurs dépenses futures tout en favorisant l'amélioration continue de la qualité dans l'accompagnement proposé aux personnes handicapées en utilisant un outil (le CPOM) qui permet de juger de la qualité et de prévoir des évolutions.

Par ailleurs, les structures gestionnaires d'établissements et de services spécialisés ont exprimé leur besoin d'avoir une meilleure visibilité du budget dont elles pourraient disposer pour les années à venir.

La loi 2002-2 prévoit la réalisation d'une évaluation interne et d'une évaluation externe au sein des établissements et services spécialisés accueillant des personnes handicapées notamment pour améliorer la qualité de l'accompagnement proposé. Un nombre important d'établissements et de services a déjà procédé à leur évaluation interne. En revanche, la mise en place des évaluations externes est récente et se fait progressivement.

Ceci est notamment dû à la modification du régime de cette évaluation par la loi HPST du 21 juillet 2009 mais aussi à la parution tardive des décrets d'application.

Par ailleurs, un groupe de travail a été mis en place par le Conseil général et la DIRECCTE pour travailler sur la qualité des interventions des services d'aide à domicile. Ce groupe de travail a élaboré une Charte Qualité qui a été adoptée à laquelle adhéreront librement les services ; leur adhésion sera connue des usagers.

**Publics visés :** Les personnes handicapées d'Indre-et-Loire bénéficiant de l'intervention de services à domicile ou accueillies en établissement spécialisé

**Objectif général :** Accompagner la démarche d'amélioration de la qualité dans les interventions auprès des personnes handicapées à domicile et en établissement

### **Objectifs spécifiques :**

Objectif 1 : Favoriser l'expression des usagers afin de mieux connaître leurs attentes

#### **A domicile :**

Objectif 2 : Renforcer l'information des usagers et fédérer les services d'aide à domicile autour d'une démarche qualité lisible pour les usagers

Objectif 3 : Améliorer l'aide apportée aux personnes vulnérables

Objectif 4 : Garantir la couverture du département en services pour donner le choix du service à l'utilisateur

#### **En établissements :**

Objectif 5 : Améliorer la qualité pour les usagers au sein des établissements

<b>ACTIONS</b>	
<b>Action 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accompagner la démarche d'évaluation interne et externe au sein des établissements et des services</li> <li>- Analyser les résultats transmis</li> <li>- Accompagner et vérifier la prise en compte par les établissements et services des préconisations issues des évaluations</li> </ul>
<b>Action 2</b>	Faire vivre et contrôler la mise en œuvre de la Charte qualité par les services d'aide à domicile. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionnaire de satisfaction à diffuser auprès des personnes handicapées</li> <li>- Mise en place de contrôles auprès des services</li> </ul>
<b>Action 3</b>	Développer les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conclure les premiers CPOM avec un ou des gestionnaires volontaires</li> <li>- Faire le bilan annuel de ce mode de contractualisation</li> <li>- Le généraliser ou non en fonction du bilan</li> </ul>
<b>Action 4</b>	Renforcer la qualification et développer la formation au handicap au sein des services d'aide à domicile.
<b>Action 4</b>	Améliorer la couverture territoriale en service d'aide à domicile Identifier les besoins de services sur les zones géographiques peu couvertes et lancer des appels à projets
<b>Action 5</b>	Mettre en place des modes de consultation des usagers pour connaître leurs attentes quant aux évolutions du dispositif en matière d'offre (notamment via des enquêtes, des questionnaires...)

**Résultat(s) attendu(s) :**

- Une amélioration de la qualité de l'accompagnement des personnes handicapées à domicile et en établissement

**Indicateurs d'évaluation :**

- nombre de services d'aide à domicile signataire de la Charte
- résultats des questionnaires de satisfaction diffusés auprès des personnes handicapées
- nombre d'évaluations internes et externes réalisées
- Nombre de CPOM conclus
- Questionnaires/entretiens de satisfaction auprès des gestionnaires ayant conclu un CPOM

**Pilote :** La Direction de l'autonomie du Conseil général, l'ARS, la DIRECCTE

**Partenaires associés :** Les établissements et services spécialisés, les services d'aides à domicile, les associations d'usagers...

## FICHE N°16 : FAVORISER L'OUVERTURE À LA VIE SOCIALE DES PERSONNES HANDICAPÉES

---

Niveau de priorité : 3

Date de début de mise en œuvre : 2012

### → Rappel de la problématique :

La loi du 11 février 2005 a mis l'accent sur l'intégration des personnes handicapées dans la société. De nombreuses actions facilitent désormais en Indre-et-Loire leur accès aux transports, à la culture, aux sports, aux loisirs, à la citoyenneté mais elles ne concernent toujours pas l'ensemble des personnes handicapées.

Actuellement, les vecteurs de circulation des informations relatives à la vie sociale sont les associations d'usagers, la MDPH (via son site internet, la lettre de la MDPH et le Handiguide). L'information est départementale mais on ne sait pas si elle est exhaustive et si elle arrive à « toucher » tout le monde.

En outre, la politique en faveur des personnes handicapées est une politique transversale qui implique un nombre important de partenaires institutionnels. Ainsi, en matière d'accès à la vie sociale des personnes handicapées, plusieurs directions sont concernées au sein du Conseil général d'Indre-et-Loire, dont bien évidemment la direction de l'autonomie mais également la direction des transports, la direction du logement, la direction des sports ou encore la direction de la culture. D'autres partenaires institutionnels comme la Direction départementale de la cohésion sociale mènent des actions pour l'accès des personnes handicapées aux différentes activités sociales. La concertation entre les différents acteurs est insuffisante. Il semble important, pour plus d'efficacité, de développer les liens entre eux pour mener des actions plus transversales.

**Publics visés :** Les personnes handicapées d'Indre-et-Loire

**Objectif général :** Développer les actions permettant un meilleur accès des personnes handicapées à une vie sociale (sport, loisirs, culture...)

### **Objectifs spécifiques :**

Objectif 1 : Mieux structurer le réseau d'information pour permettre l'exhaustivité de l'information

Objectif 2 : Inciter les organismes du milieu ordinaire proposant des activités de sport, de culture ou de loisir, à accueillir des personnes handicapées

Objectif 3 : Améliorer la transversalité et la cohérence des actions menées par les différents partenaires institutionnels en matière d'accès à la vie sociale afin d'apporter des réponses globales aux personnes handicapées

<b>ACTIONS</b>	
<b>Action 1</b>	Développer un partenariat entre la MDPH et les associations dépositaires d'information sur le thème de l'ouverture de la vie sociale afin d'assurer un relais d'information via Internet (mise en place de liens sur ce sujet)
<b>Action 2</b>	Proposer de manière incitative aux associations en charge de la culture du sport et des loisirs en milieu ordinaire, de développer l'activité en direction des personnes porteuses de handicap
<b>Action 3</b>	Recenser au sein de l'institution départementale les services concernés par le sujet du handicap et constituer un groupe handicap <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réunion du groupe handicap afin d'identifier les axes de progrès qui dépendent du Conseil général et ceux qui relèvent d'autres organismes</li> <li>- Réunion de l'ensemble des organismes partenaires du Conseil général afin d'identifier les axes de progrès</li> </ul>

**Résultat(s) attendu(s) :**

- Développer mieux qu'aujourd'hui l'insertion des personnes en situation de handicap dans des activités qui leur étaient jusqu'à présent inaccessibles

**Indicateurs d'évaluation :**

- Nombre et répartition géographique des activités accessibles
- Nombre d'actions transversales à plusieurs services du Conseil général et/ou partenaires

**Pilote :** Le Conseil général

**Partenaires associés :** Directions du Conseil général (Direction de l'autonomie, sports, culture...), DDCS, MDPH, associations...

## 6.1. Mise en œuvre des actions

NUMERO ET NOM DES FICHES-ACTION	niveau de priorité	date début de mise en œuvre	pilotes	actions ayant des conséquences sur le budget de fonctionnement
<b>AXE 1 : à partir de l'analyse des situations et des parcours individuels, améliorer la connaissance des besoins</b>				
1- construire un outil d'évaluation partagé entre la MDPH et ses partenaires	1	2012	MDPH	recrutement d'un agent par la MDPH
2- proposer des périodes de stage en amont des orientations	2	2012	MDPH/CG/ARS	l'activité liée aux stages est à intégrer dans le budget des établissements, financement par l'aide sociale ou la sécurité sociale
3- mieux observer les besoins collectifs pour planifier l'offre à venir	2	2012	MDPH	
4- accompagner et suivre les orientations de la CDAPH	1	2012	MDPH	recrutement d'un agent par la MDPH
<b>AXE 2 : favoriser une meilleure coordination des actions dans un logique territoriale</b>				
5- mieux coordonner les interventions des acteurs locaux autour des situations individuelles	2	2012	CG/MDPH	
6- élargir le rôle et les missions des services d'accompagnement	2	2012	CG	ouvrir de nouvelles places de SAVS sur les secteurs géographiques non ou insuffisamment pourvus / ouvrir des dispositifs d'évaluation et
7- favoriser le développement de liens avec le secteur sanitaire et psychiatrique	2	2012	ARS	
<b>AXE 3 : faire évoluer l'offre pour mieux répondre aux besoins des personnes handicapées et à l'évolution de leur demande</b>				
8- développer les dispositifs de répit	2	2012	CG/ARS	ouvrir des places d'accueil de jour itinérant, d'accueil de jour ou d'internat temporaires à partir de 2013
9- adapter les réponses au vieillissement des personnes handicapées à domicile et en établissement	1	2012	MDPH/CG/ARS	créer des places dans des structures innovantes, dans des sections spécialisées à partir de 2014
10- faire évoluer l'offre en fonction des besoins de places en ESMS et diversifier les réponses	1	2012	CG/ARS	créer des places d'accueil de jour, d'accueil permanent, médicalisées ou non à partir de 2013
11- favoriser l'insertion professionnelle des personnes handicapées	2	2012	CG/DIR ECCTE	développer les dispositifs, dans la perspective d'une couverture territoriale à partir de 2013
12- promouvoir et permettre le développement de l'accueil familial	3	2012	CG	augmenter le nombre de places à partir de 2013 dans les différentes zones géographiques

NUMERO ET NOM DES FICHES-ACTION	niveau de priorité	date début de mise en œuvre	pilotes	actions ayant des conséquences sur le budget de fonctionnement
<b>AXE 4 : améliorer la qualité d'accompagnement de vie des personnes handicapées et de leur entourage</b>				
13- aider et accompagner les aidants familiaux des personnes handicapées	3	2012	CG	budget de subventions à partir de 2012
14- faciliter l'accès des personnes handicapées à des logements autonomes	1	2012	CG	améliorer le service existant rapprochant l'offre et la demande dès 2012
15- développer la qualité dans les interventions auprès de personnes handicapées à domicile et en établissement	3	2012	CG/ARS /DIREC CTE	mise en œuvre de la convention avec la CNSA de 2012 à 2014 sur la professionnalisation et la modernisation des services à domicile
16- favoriser l'ouverture à la vie sociale des personnes handicapées	3	2012	CG	

\* les actions démarrent toutes en 2012, soit parce qu'elles sont déjà lancées, soit parce que pour aboutir (créations de places notamment), elles demandent un temps d'étude préalable qui doit débiter le plus rapidement possible.

## Annexe 1 : Composition du comité de pilotage

<b>Madame BOISSEAU</b>	Vice-Présidente du Conseil général, chargée de l'Enfance, de la Famille, de l'Autonomie et de la Santé
<b>Monsieur CORBIN</b>	Directeur Général Adjoint au Conseil Général, chargé de la Solidarité entre les Personnes,
<b>Madame BRIET</b>	Directrice du secteur Personnes Handicapées au Conseil Général et Directrice de la MDPH 37,
<b>Madame BOUILLARD</b>	Directrice déléguée de la MDPH 37,
<b>Monsieur VIARD</b>	Directeur Départemental de la Cohésion Sociale,
<b>Madame KIHAL-FLEGEAU</b>	Députée Territoriale de l'Agence Régionale de Santé DT 37,
<b>Madame BELLEMERE-BASTE</b>	Directrice de l'unité territoriale de la DIRECCTE 37,
<b>Madame SAULAIS</b>	Directrice de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie 37,
<b>Monsieur CERNEAU</b>	Directeur Général de la MSA Berry-Touraine,
<b>Monsieur SALMON</b>	Président de l'Union Départementale des CCAS d'Indre-et-Loire
<b>Madame HIEBEL</b>	Directeur-Adjoint du Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Tours,
<b>Madame FREMONT</b>	ATIL, représentant les organismes tutélaires d'Indre-et-Loire,

### Les représentants des associations d'usagers de l'Indre-et-Loire

<b>Madame TOUPENSE</b>	Présidente de l'UNAFAM 37,
<b>Monsieur LEPROUST</b>	Représentant départemental de l'APF 37,
<b>Monsieur TRICOT</b>	Vice-Président de l'association Valentin HAÛY,

### Les représentants des associations gestionnaires désignés par l'URIOPSS du Centre

<b>Monsieur AZOT</b>	Directeur Général de l'association LA SOURCE,
<b>Monsieur WEYL</b>	Directeur Général de l'association ADAPEI,
<b>Monsieur OREAL</b>	Directeur Général de l'ASSAD Touraine.

## Annexe 2 : Participants (personnes et institutions) à l'élaboration du schéma

Monsieur	Fançois	ALLARD	Président	Association de Cluny
Monsieur	Miguel	AMORIM	Directeur	SAVIS -"Les Elfes"-
Madame	Chrystel	AUBERT		Trisomie 21
Madame	Magali	AUDEBERT	Cadre de santé	EHPAD La Celle Guenand
Monsieur	Patrick	AULAGNIER	Coordonnateur	Assistadom
Madame	Martine	AULAGNIER	Directeur	Assistadom
Monsieur	Laurent	ANGIBAUD		CPAM
Madame	Catherine	AUGIAS	Directrice adjointe	FAM Hameau de l'Arc en Ciel
Monsieur	Jacques	AZOT	Directeur Général	Association La Source
Madame	Denise	BARBOT	Directrice	Foyers d'hébergement et du SAS de "La Boisnière"
Madame	Laurence	BARROY	Assistante sociale Chef	Mutualité Sociale Agricole de Touraine
Madame	Monique	BAUDRY	Directrice adjointe	ADMR de Tours
Monsieur	Bruno	BAYART	Directeur secteur adulte	ADAPEI Loches
Madame	Martine	BELLEMERE-BASTE	Directrice Territoriale	DIRECCTE
Monsieur	Patrick	BERNUCHON	Délégué Départemental	AFM
Madame	Catherine	BERROYER	Directrice	EHPAD "Les Baraquins"
Madame	Nathalie	BERTIN	Directrice Générale	Touraine Logement
Madame	Christelle	BESSON	Expert législation	CAF Touraine
Monsieur	Hermann	BEUGRE	Stagiaire CAFERUIS	SAMSAH
Monsieur	Jean-Paul	BEUZELIN	Président	Association "Les Elfes"
Madame	Laure	BLANC	Responsable	SSIAD "la Santé chez Soi"
Monsieur	Pascal	BLIN	Directeur Général	Association "La Boisnière"
Monsieur	Denis	BOMPAS	Directeur	UDAF
Madame	Valérie	BOUILLARD	Directrice Déléguée	MDPH 37
Madame	Isabelle	BOUIN	Infirmière coordinatrice	SSIAD Loches
Madame	Elisabeth	BOURBONNAIS	Directrice	Institut "Le Mai"
Monsieur	Fabrice	BOURGOIN	Service des transports	Conseil Général
Monsieur	Jean-Jacques	BREUSSIN	Maire de LIMERAY	
Madame	Huguette	BRIET	Directrice du secteur PH Directrice de la MDPH	Conseil Général MDPH 37
Monsieur	Bernard	BROTELANDE	Directeur Général	Association "Les Elfes"
Madame	Jeanne	BUARD		AFSEP
Monsieur	Jean-Yves	CAILLERET	Directeur Technique de	OPAC de Tours
Monsieur	Jean -Marie	CANONICI		Pôle Emploi
Monsieur	Jean-François	CARMILLET	Directeur	CESAP
Madame	Maryline	CARRE	Présidente	Association "APN - Sésame Autisme" 37
Monsieur	François	CHAILLOU	Directeur	PACT d'Indre-et-Loire
Madame	Laurence	CHALOM		ASSAD Touraine
Madame	Marie André	CHAUVET	Médecin	Centre de Bel Air CRF
Madame	Claire	CHAUVINEAU	Responsable	SSIAD - Mutualité Française Indre Touraine
Monsieur	Frédéric	CHAVELET	Directeur	ESAT - La Source

Madame	Monique	CHEVET	Vice-Présidente du Conseil Général d'Indre-et-Loire	chargée de la politique de l'Enfance, de la Famille, du Vieillessement et du Handicap
Monsieur	Rémi	CLAIRE	Cadre de santé	CHRU Tours
Monsieur	Christian	CLET	Directeur de l'EHPAD	Chic Amboise Château-Renault
Madame	Isabelle	CLUET	Directrice par intérim	Association APAJH
Monsieur	Stéphane	CORBIN	Directeur Général Adjoint	Solidarité entre les personnes - Conseil Général
Madame	Josette	COUSIN	Directrice	Association "ADMR les Maisonnées"
Monsieur	Lucien	CYPRIEN	Président	Association ADAPEI
Madame	Katia	DAVID	Médecin	Centre de médecine physique et de réadaptation
Madame	Annabella	DELLA ROSA	Responsable SAD	CCAS Saint Pierre des Corps
Madame	Frédérique	de la TORRE	Chef du Service Etablissement	Conseil général - Direction PA
Monsieur	Didier	DESBRUERES	Cadre de santé	MAS "Les Sylves" Centre hospitalier du Chinonais
Madame	Catherine	DIARD	Directrice	CCAS Chinon
Monsieur	Jean-Louis	DORE	Président	de l'Institut "Le Mai"
Madame	Maryse	DUBE	Responsable service social	Val Touraine Habitat
Monsieur	Etienne	DUBRON	Directeur	AFM - Services Régional
Madame	Claudette	DUBOIE	Adjointe	Mairie du Grand Pressigny
Monsieur	Dominique	DUPONCHELLE	Directeur	SAVS et du Foyer d'hébergement - La Source-
Monsieur	Alain	EYERRE	Directeur	ESAT "Les Ormeaux" -ADAPEI-
Madame	Marie Christine	FAURE	Directrice	Capvie 37
Madame	Carole	FEAUVEAUX	Directeur des soins	Centre Hospitalier du chinonais
Madame	Marie-Claire	FERRAND-SCIMONE	Directrice	CAP Emploi
Madame	Annabelle	FONTAINE	Présidente	Entraide Naissance Handicap 37
Monsieur	Michel	FONTENOT	Directeur	Foyers de Vie de La Bellangerie - ADAPEI-
Monsieur	Stéphane	FRANCOIS	Chef de service	ADMR Les Maisonnées
Madame	Colette	FREMONT	Administrateur	ATIL
Madame	Françoise	FRAUEL-DUTEIL		MDPH
Madame	Aurélié	GAUTHIER	Educatrice Spécialisée	Croix Rouge Française
Madame	Hélène	GENOINO	Assistante sociale	CCAS Joué les Tours
Monsieur	Pascal	GIOT	Directeur	ESAT -ANAI-
Madame	Geneviève	GIRARD	Chef du Service Aide Sociale	Conseil Général - Direction PH
Monsieur	Jean-Luc	GIRET	Directeur Général	ADMR de Tours
Monsieur	Gaëtan	GIVEL	Directeur	ATIL (Association Tutélaire d'Indre-et-Loire)
Monsieur	Jacques	GORE		AFTC
Monsieur	Michel	GOUBAN		Association Valentin Haüy
Docteur	Corinne	GOUTHIERE	Chef de service Médical	Conseil Général - Direction PA
Monsieur		GUIBERT		Trisomie 21
Monsieur	Philippe	GUILLEMAIN	Directeur	Centre de Rééducation Professionnelle et de Pré-orientation de Fontenailles
Madame	Véronique	HAVY	Directrice clientèle	Touraine Logement
Madame	Martine	HENON		ASSAD Touraine
Madame	Marie-Christine	HIEBEL	Directeur-Adjoint	Directeur référent du pôle psychiatrie CHU

Madame	Laura	HUGUET	Stagiaire Mme HIEBEL	
Madame	Nadine	JEHL	Chef du Service Etablissement	Conseil Général - Direction PH
Madame	Noura	KIHAL-FLEGEAU	Députée Territoriale du Département d'Indre-et-Loire	Agence Régionale de Santé Centre - Délégation Territoriale d'Indre-et-Loire
Monsieur	Dominique	LABBE	Directeur	EHPAD de Sainte-Maure-de-Touraine
Madame	Sylvie	LAFLEUR		AFTC
Madame	Virginie	LANNIER		MDPH
Madame	Annie	LECOINTRE	Service Insertion	Conseil Général
Madame	Martine	LECOMTE	Conseillère technique	Conseil Général
Monsieur	Guy	LEGAY	Directeur	de l'association "le Hameau de l'Arc-en-Ciel"
Madame		LEGOUIC MARTIN		CARSAT Centre Tours
Madame	Muriel	LE MOING		SSIAD La Santé chez Soi ADMR
Monsieur	Patrick	LEPROUST	Représentant départemental de	APF
Monsieur	Guy	LERICHE	Directeur	de l'ESAT Touraine - APF-
Madame	Cathy	LEROY	Cadre de santé	CHRU de Tours
Monsieur		LESTREZ	Directeur	de l'IME - ADAPEI-
Madame	Catherine	LEVAVASSEUR	Directrice	du Foyer d'hébergement et du SAS de Léopold Bellan
Monsieur	Serge	LOPEZ		Mutualité Indre et Loire
Monsieur	François	LORNUZ	Directeur	Val Touraine Habitat
Monsieur		LUCAS		Mutualité Indre et Loire
Monsieur	Bruno	MALASSIGNE	Président	Trisomie 21 Indre-et-Loire (Groupe d'Etude pour l'Insertion Sociale des personnes porteuses de Trisomie 21)
Monsieur	Régis	MANGEANT	Directeur	du Foyer de Vie "Michèle Beuzelin" - Les ELFES-
Madame	Claudine	MAUPU	Présidente	de l'association "La Boisnière"
Madame	Marie	MESNIL		Trisomie 21
Madame	Céline	METAYER		ANAIS
Monsieur	Alain	MEYNIEL	Directeur	des structures de l'association ANAIS
Madame	Alexandrine	MIJEON	Directrice	AIDADOM 37
Monsieur	Thierry	MISPOULET	Directeur	de l'Habitat et du Logement
Madame	Caroline	MOINET	Directrice-adjointe	du FAM de La Mutualité
Madame	Véronique	MONTERRAT	Infirmière	SSIAD Bernard. Bagneux ASSAD Touraine
Madame	Marianne	MOUNIER	Directrice du secteur PA	Conseil Général
Monsieur	Pascal	OREAL	Directeur Général	de l'ASSAD Touraine
Madame	Françoise	PAILLET	Directrice adjointe	Foyers de vie La Bellangerie ADAPEI
Monsieur	Domingos	PENHA	Directeur	du Foyer de Vie - "La Source"-
Monsieur		PINEL	Directeur	du Centre de Rééducation de "Bel Air" CRF
Madame	Sylvie	PORHEL	Directrice	du Service à Domicile - APF
Madame	Colette	POTTIER-HAMONIC	Inspecteur	ARS DT 37
Madame	Marie	POUBANNE	Responsable de service	UDAF 37
Madame	Annie	QUILLET	Directrice	des Foyers d'Hébergement et du SAS de l'ADAPEI
Monsieur	Pierre	REGNIER	Président	de l'AFTAHT
Monsieur	Stéphane	RENOU		MAS-CESAP.
Madame	Agnès	RIBREAU	Directrice	de l'Association du Cluny

Monsieur	Didier	ROCQUE	Président	de l'association "ADMR les Maisonnées"
Monsieur	Dominique	ROTUREAU	Directeur	SAVS de la Mutualité Française Indre Touraine
Monsieur	Christophe	ROUX	Chef du service	SAVS -Léopold Bellan-
Monsieur	Daniel	RUIZ LOPEZ	Stagiaire	Léopold Bellan
Madame	Myriam	SALLY-SCANZI	Inspecteur Principal	ARS - Délégation Territoriale Indre-et-Loire
Monsieur	Thierry	SALMON	Président	de l'UDCCAS pour l'Indre-et-Loire
Monsieur	Jasmin	SERVAIS	Président	de l'association "le Hameau de l'Arc-en-Ciel"
Docteur	Marie-Laure	SIGNORET	Service Médical	Conseil Général Direction PA
Monsieur	Nicaise	TARTARIN	Directeur de	l'EHPAD "La Châtaigneraie"
Madame	Françoise	THALINEAU		CARSAT
Madame	Véronique	THAREAU	Directrice	de l'IME de l'ADAPEI à Loches
Monsieur	Bernard	THOMAS	Président	de l'association La Source
Monsieur	Bruno	TOULEMONDE	Directeur par intérim	ESAT -APAJH-
Madame	Françoise	TOUPENSE	Présidente	UNAFAM
Madame	Marie-France	TRAN VAN	Chef de service "actions géronologiques »	Conseil Général - Direction PA
Monsieur	Pierre	TRICOT	Vice-Président	Association "Valentin Haüy"
Monsieur	Patrick	VALLEE	Directeur	de l'ESAT de Léopold. Bellan
Monsieur	Daniel	VIARD	Directeur Départemental	de la Cohésion Sociale
Madame		WEISPHAL		UDAF
Monsieur	Roger	WEYL	Directeur Général	de l'Association ADAPEI
Monsieur		YAPI	Directeur	Association Tutélaire de la Région Chinonaise (ATRC)
Monsieur	Pierre-Yves	ZAFFRA	Président	AFTC 37

## Annexe 3 : Glossaire

AAH	Allocation adulte handicapé
AC	Allocation compensatrice
ACFP	Allocation compensatrice pour frais professionnels
ACTP	Allocation compensatrice pour tierce personne
ADAPEI	Association départementale des parents et amis de personnes handicapées mentales
ADMR	Aide à domicile en milieu rural
Agefiph	Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
APAJH	Association pour adultes et jeunes handicapés
APF	Association des paralysés de France
ARS	Agence Régionale de Santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
ASSAD	Association de services et de soins à domicile
CAF	Caisse d'allocation familiale
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CDD	Contrat à durée déterminée
CDES	Commission départementale d'éducation spéciale
CDI	Contrat à durée indéterminée
CESAP	Comité d'études et de soins aux polyhandicapés
CESF	Conseiller en économie sociale et familiale
CMU	Couverture maladie universelle
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COTOREP	Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel
CPO	Centre de Préorientation
CROSMS	Comité régional d'organisation sociale et médico-sociale
CRP	Centre de Rééducation Professionnelle
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DDCS	Direction départementale de la cohésion sociale
DDJS	Direction départementale de la jeunesse et des sports
DEFM	Demandeur d'emploi en fin de mois
DIRECCTE	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DPH	Direction des Personnes Handicapées
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EA	Entreprise adaptée
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESAT	Etablissements et services d'aide par le travail
ESMS	Etablissements et services médico-sociaux
ETP	Equivalent temps plein
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FIPHFP	Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique
GEM	Groupements d'Entraide Mutuelle
HAD	Hospitalisation à domicile
HPST	Loi hôpital patient santé territoires

IME	Institut médico-éducatif
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
MAS	Maison d'accueil spécialisé
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MSA	Mutualité sociale agricole
OPAC	Office public d'aménagement et de construction
PA	Personnes âgées
PCH	Prestation de compensation des handicaps
PDITH	Plan Départemental d'Insertion des Travailleurs Handicapés
PH	Personnes handicapées
PRITH	Plan Régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés
PRS	Projet régional de santé
RQTH	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
SAMETH	Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés
SAMSAH	Service d'accueil médicalisé et de soins pour adultes handicapés
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SEAD	Service d'évaluation et d'accompagnement à domicile
SIPROMES	Service d'Intégration PROfessionnelle et d'accompagnement MEdico-Social
SROMS	Schéma régional d'organisation médico-sociale
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
UNA	Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles
USLD	Unité de soins de longue durée