

2013-2017

Schéma Départemental d'Organisation Sociale et Médico-sociale



Personnes
Handicapées



Le vivre ensemble dans le respect de la dignité et du bien-être des plus fragiles de nos concitoyens quel que soit leur âge ou leur handicap constitue un enjeu fondamental de nos politiques publiques. Le Département de La Réunion, pilote de l'action sociale en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées y consacre chaque année plus de **250 millions d'euros**.

Outil incontournable, le **Schéma Départemental d'Organisation Sociale et Médico-sociale 2013-2017** s'inscrit dans une perspective d'action sociale en faveur de ces publics. Il répond au souci du bien-être et de la prise en charge des personnes en proposant une **programmation d'actions détaillée**. Cette dernière respecte les différentes orientations développées dans le cadre des politiques sociales du département : **solidarité, cohésion familiale, approche globale des besoins et réponse individualisée**.

Il intervient dans un contexte en pleine mutation (mise en place des ARS, réforme des collectivités territoriales, acte 3 de la décentralisation, projet de modernisation territoriale...). Son élaboration est le résultat d'une concertation approfondie entre le Conseil Général et l'ARS. Il s'articule aux attentes du Schéma Régional d'Organisation Sociale et Médico-sociale et plus généralement à l'ensemble des politiques et engagements transversaux du Conseil Général.

Toutefois, si la concertation entre institution est nécessaire, la participation des usagers, des associations, des professionnels et des élus a permis, dans une logique de proximité, de proposer une réponse à l'échelle la plus juste, celle de la personne.

Présidente du Conseil Général

Sommaire

Le cadre législatif et réglementaire	4
1 L'objectif du schéma d'organisation sociale et médico-sociale – volet Personnes Handicapées	4
2 Les implications de ces dispositions et les défis des schémas de nouvelle génération	5
3 Une démarche de concertation cohérente entre les différents acteurs	5
LA REUNION EN PERSPECTIVE	6
L'évolution démographique	7
Les caractéristiques des personnes handicapées à la Réunion	14
La prise en charge des enfants et des jeunes handicapés	19
La prise en charge des adultes handicapés	22
Les actions en faveur des adultes handicapés	25
Les dispositifs volontaristes départementaux en faveur des adultes handicapés	29
LE BILAN DU SDOSMS 2007-2012	36
L'amélioration du service rendu aux usagers : la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)	37
L'offre de prise en charge	39
L'amélioration de la vie quotidienne en milieu ordinaire	46
PLAN D'ACTION	51
ORIENTATION I : FAVORISER L'EXERCICE DES DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES HANDICAPEES	54
Thématique 1 : Favoriser un environnement de vie permettant à la personne d'exercer sa pleine citoyenneté	54
Thématique 2 : Inscrire la prévention en tant qu'axe incontournable de l'autonomie	83
ORIENTATION II : ACCOMPAGNER LE PROJET DE VIE DES PERSONNES HANDICAPEES	114
Thématique 3 : Développer des modalités de prises en charges inscrites dans la continuité des projets individuels	114
Thématique 4 : Améliorer la qualité de la prise en charge et favoriser la bienveillance des personnes	130
Thématique 5 : Poursuivre la mise en adéquation de l'offre d'accueil en établissement au regard des besoins repérés	135
ORIENTATION III : GARANTIR LA MISE EN ŒUVRE DU SCHEMA	150
Thématique 6 : Assurer la mise en œuvre et l'évaluation du schéma	150
Thématique 7 : Développer une politique globale dans le champ de l'autonomie des personnes handicapées	152

Le cadre législatif et réglementaire

Le nouveau schéma d'organisation sociale et médico-sociale concernant les personnes handicapées réalisé pour la période 2013-2017, s'inscrit dans un contexte législatif et réglementaire largement renouvelé :

- la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale,
- la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé,
- la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales,
- la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées,
- la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Le schéma d'organisation sociale et médico-sociale est établi pour une durée maximum de 5 ans, en cohérence avec les schémas d'organisation sanitaire¹ et le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)². Enfin, la convergence initiée au niveau national autour des politiques gérontologique et du handicap par la mise en place notamment d'un droit à la compensation pour l'utilisateur (allocation personnalisée d'autonomie et prestation de compensation du handicap) a conduit à privilégier, autant que faire se peut, des réponses de droit commun de proximité adaptées à la perte d'autonomie.

Il est arrêté par le Président du Conseil général après concertation avec le représentant de l'Etat dans le département et avec l'ARS, dans le cadre de la commission de coordination des politiques publiques portant sur les accompagnements médico-sociaux³. Le Conseil départemental consultatif des personnes handicapées (CDCPH) donne également son avis, ainsi que l'ensemble des organisations professionnelles représentant les acteurs du champ du handicap et les représentants des usagers non représentés au sein du CDCPH qui sont consultés suite à un appel à candidature.

Les schémas peuvent être révisés à tout moment à l'initiative de l'autorité compétente pour l'adopter.

1 L'objectif du schéma d'organisation sociale et médico-sociale – volet Personnes Handicapées

L'objectif du schéma est d'assurer l'organisation territoriale de l'offre de services de proximité et leur accessibilité. Ainsi, le schéma a pour objet (article L. 312-4 et L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles) :

- d'apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population,
- de dresser le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante,

¹ Articles L. 6121-1 et L. 6121-3 du code de la santé publique

² Article L. 312-5-1 du code de l'action sociale et médico-sociale (C.A.S.F)

³ Article L. 1432-1 du code de la santé publique

- de déterminer les perspectives et les objectifs de développement de cette offre,
- de préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services sociaux et médico-sociaux ainsi qu'avec les établissements de santé ou tout autre organisme,
- de définir les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre de ces schémas.

2 Les implications de ces dispositions et les défis des schémas de nouvelle génération

L'acte II de la décentralisation renforce les compétences du Conseil général en matière d'interventions sociales et attribue à son Président la responsabilité d'organiser les dispositifs sur le territoire du département.

Ces dispositifs sont en plusieurs endroits complexes : de nombreux acteurs interviennent, les cloisonnements entre le sanitaire et le social peuvent prendre diverses formes, les attentes des populations prises en charge se font de plus en plus ressentir.

Le Conseil général doit donc relever plusieurs défis :

- Evaluer de manière objective les atouts et les points d'amélioration de la prise en charge des personnes handicapées ;
- Connaître les besoins satisfaits, non encore satisfaits et émergents de ce public ;
- Proposer un document directeur qui soit composé d'actions précises et opérationnelles ;
- Arrêter une programmation de places en structure qui réponde à un équilibre en termes d'équipement sur l'ensemble du territoire.

L'ensemble de ces principes exige une méthodologie innovante dans l'élaboration du schéma qui vise à saisir les problématiques différenciées du département et à associer étroitement les acteurs du secteur à la démarche.

3 Une démarche de concertation cohérente entre les différents acteurs

L'élaboration du SDOSMS 2013-2017 est issue d'une démarche concertée, afin d'assurer une cohérence entre les outils de programmation des politiques publiques et recueillir l'adhésion des acteurs locaux au diagnostic et aux propositions d'objectifs et d'actions.

Ses travaux d'actualisation ont été menés conjointement avec l'ARS Réunion qui élabore le SROSM sur la même période en y associant, au travers de groupes de travail, les acteurs œuvrant dans la prise en charge sociale et médico-sociale des personnes handicapées :

- les représentants de l'Education nationale
- les représentants du service public de l'emploi
- la Direction des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIECCTE)
- la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)
- la Région
- les représentants des centres communaux d'action sociale (CCAS)

L'association des acteurs locaux de l'offre de santé et des usagers a été réalisée au travers de groupe de travail et de consultations obligatoires dont le cadre est défini par la loi.

LA REUNION EN PERSPECTIVE

L'évolution démographique

Une croissance de la population qui se stabilise

Au 1er janvier 2010 la population de l'île est de 833 000 habitants. L'accroissement naturel demeure le facteur principal de la croissance démographique réunionnaise, puisqu'il représente 95 % de l'augmentation de la population de la dernière décennie.

Entre 2010 et 2040, si les tendances démographiques (naturelle et migratoire) se confirment, la population réunionnaise devrait augmenter d'environ 28 % et ainsi dépasser le seuil du million d'habitants.

Evolution de la population sans double compte (en milliers)

Année	La Réunion	France métropolitaine
1990	598	56 615
1999	706	58 520
2006	782	61 400
2007	794	61 796
2008	808	62 135
2009	816	62 465
2010 (1) (p)	833	62 799
2040 (2)⁴	1 061	70 734

Source INSEE, recensement de la population 1990 à 2008, estimations de la population 2009 et 2010, projection de la population 2040

<i>Taux de croissance de la population de la Réunion</i>						
Année	1974	1982	1990	1999	2005	2010
Population aux recensements	476 675	515 814	597 823	706 180	774 600	833 000
Taux d'accroissement de la population		8,21%	15,90%	18,12%	9,68%	7,5%

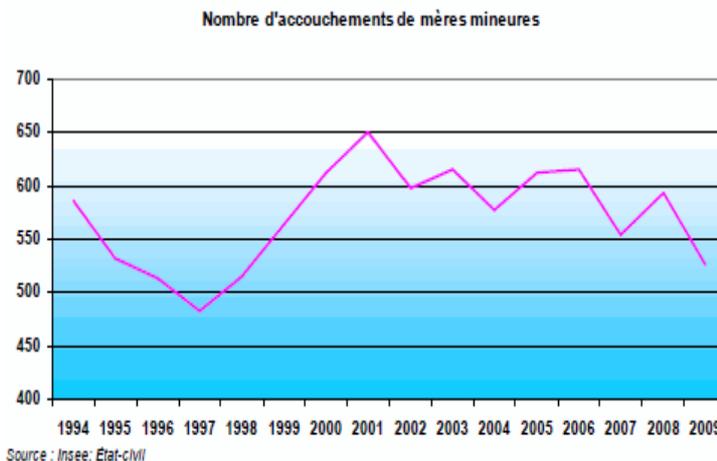
Source INSEE

En 2010, le taux de natalité s'élève à 17,4 ‰ à La Réunion. Il est très supérieur à celui de la France métropolitaine (12,8 ‰) malgré une baisse de nouveau et atteint son plus bas niveau depuis 2000.

L'âge moyen à la maternité évolue lentement : il se situait à 27,6 ans en 1999, il atteint 28,4 ans en 2010 (29,7 ans en France métropolitaine). Au premier enfant, l'âge moyen des mères à l'accouchement est de 26,2 ans (30,1 en France métropolitaine).

⁴ (2) Résultats des scénarios centraux

La part des naissances hors mariage continue d'augmenter : en 2010, 72 % des enfants naissent à La Réunion de parents non mariés, contre 60,1 % en 1999. En France métropolitaine, les naissances hors mariage représentent 55 % des naissances.



Le nombre de grossesses précoces diminue sensiblement sur un an. En

2010, 529 mères mineures ont accouché (dont 30 avaient moins de 15 ans), ce qui représente 3,7 % des naissances ; elles étaient au nombre de 526 en 2009. En France métropolitaine, les femmes mineures au moment de l'accouchement ne représentent que 0,5 % des naissances.

Le nombre de décès de personnes domiciliées à La Réunion progresse en 2010 (4 221 en 2010 et 4 109 en 2009). Toutefois la tendance à la croissance du nombre de décès amorcée dans le milieu des années 1990 devrait se poursuivre dans les années à venir du fait du vieillissement de la population.

Le taux de mortalité diminue depuis 2005 pour retrouver son niveau de 2004 (aux alentours de 5,1 ‰). Il est beaucoup plus faible à La Réunion qu'en France métropolitaine (8,5 ‰). Cet écart tient au seul fait de la jeunesse de la population réunionnaise. Le taux de mortalité infantile s'élève à 6,8 ‰ en 2010, ce qui correspond à 93 décès d'enfants de moins d'un an. La mortalité infantile est relativement stable depuis 1990 mais reste nettement supérieure à celle enregistrée en France métropolitaine (3,7 ‰).

L'espérance de vie à la naissance continue d'augmenter. Au 1er janvier 2009, elle était de 74,9 ans pour les hommes et de 82,7 ans pour les femmes. L'espérance de vie à La Réunion est parmi les plus faibles des régions françaises. En France métropolitaine, l'espérance de vie à la naissance est de 77,8 ans pour les hommes et 84,3 ans pour les femmes.

Un département qui demeure jeune mais qui entame son vieillissement

La rapidité de l'évolution des variables de la natalité et de la mortalité, les effets d'écho sur l'évolution de la population et le rôle des migrations sont aujourd'hui lourds de conséquences sur la structure par âges et par sexe de la population réunionnaise.

Avec 34,4% de moins de 20 ans en 2009, la population réunionnaise apparaît, au regard de la métropole où ce chiffre est de 23,2%, comme une population jeune.

La part des moins de 20 ans n'a cessé de décroître depuis la baisse de la fécondité des années 1960. Celle des personnes de plus de 60 ans, encore faible, s'est hissée à 11,8%, alors qu'elle était de 10,5% en 2004. Ce vieillissement de la population réunionnaise se traduit par un accroissement de l'âge moyen (32 ans contre 39 ans en métropole).

Le vieillissement a également tendance à s'accélérer : l'âge moyen de la population a augmenté de quatre mois par an entre 1999 et 2006 contre trois mois seulement entre 1990 et 1999.

La Réunion, comme les autres DOM, devra faire face à un vieillissement rapide de sa population (doublement de la part des plus de 60 ans d'ici 2040) avec une nette dégradation du taux de dépendance vieillesse posant les enjeux de la prise en charge de la dépendance.

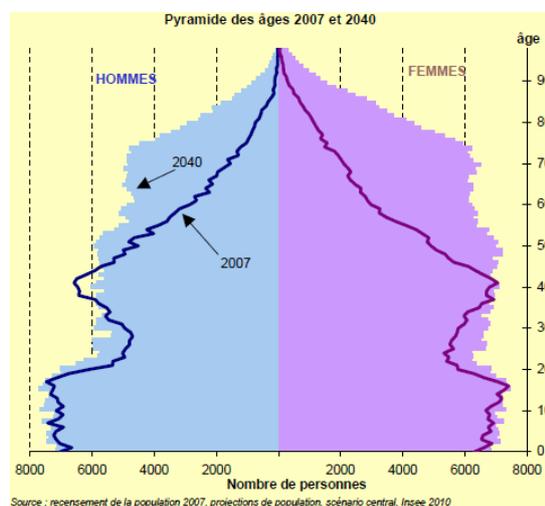
Tranches d'âge	Nombre (avec doubles comptes)	%
0 à 19 ans	282 352	34,4
20 à 29 ans	107 664	13,1
30 à 39 ans	117 375	14,3
40 à 49 ans	126 841	15,4
50 à 59 ans	89 150	10,9
60 à 69 ans	52 917	6,4
+ de 70 ans	44 869	5,4
Ensemble	821 168	100

Sources : Répartition de la population par tranche d'âge en 2009, INSEE

		Guadeloupe	Martinique	Guyane	Réunion	France
Population (en milliers)	2010	403	399	226	821	64 323
	2040	404	423	574	1061	73 198
Croissance annuelle depuis 1999 (%)		0,4	0,5	3,9	1,5	0,5
Fécondité (nb d'enfants par femme)		2,2	2,1	3,6	2,5	2
Age moyen (en année)	2010	36,2	37,4	26,4	31,9	39,2
	2040	47,7	47,8	30	39,8	43,6
Part des - 20 ans (%)		30	28	44	34	25
Part des + 60 ans (%)	2010	18	20	6	12	22
	2040	40	40	12	26	31
Taux dépendance vieillesse	2010	34,9	37,7	12,6	22,2	41,8
	2040	106,2	100,8	26	55	66,4

Source DREES, INSEE (Données de population au 01/01/2009 ; projection OMPHALE 2010)

La pyramide des âges de la population réunionnaise reflète l'importance des mouvements naturels et migratoires qui ont affecté la population depuis une quarantaine d'années. La base de la pyramide des âges reste large sous l'effet d'une fécondité encore élevée (2,38 enfants par femme en 2010), ce qui permet de maintenir un nombre important de jeunes. À l'inverse, le sommet de la pyramide s'élargit à cause de l'augmentation du nombre de personnes âgées (+ 22 000 personnes de plus de 60 ans depuis 1999).



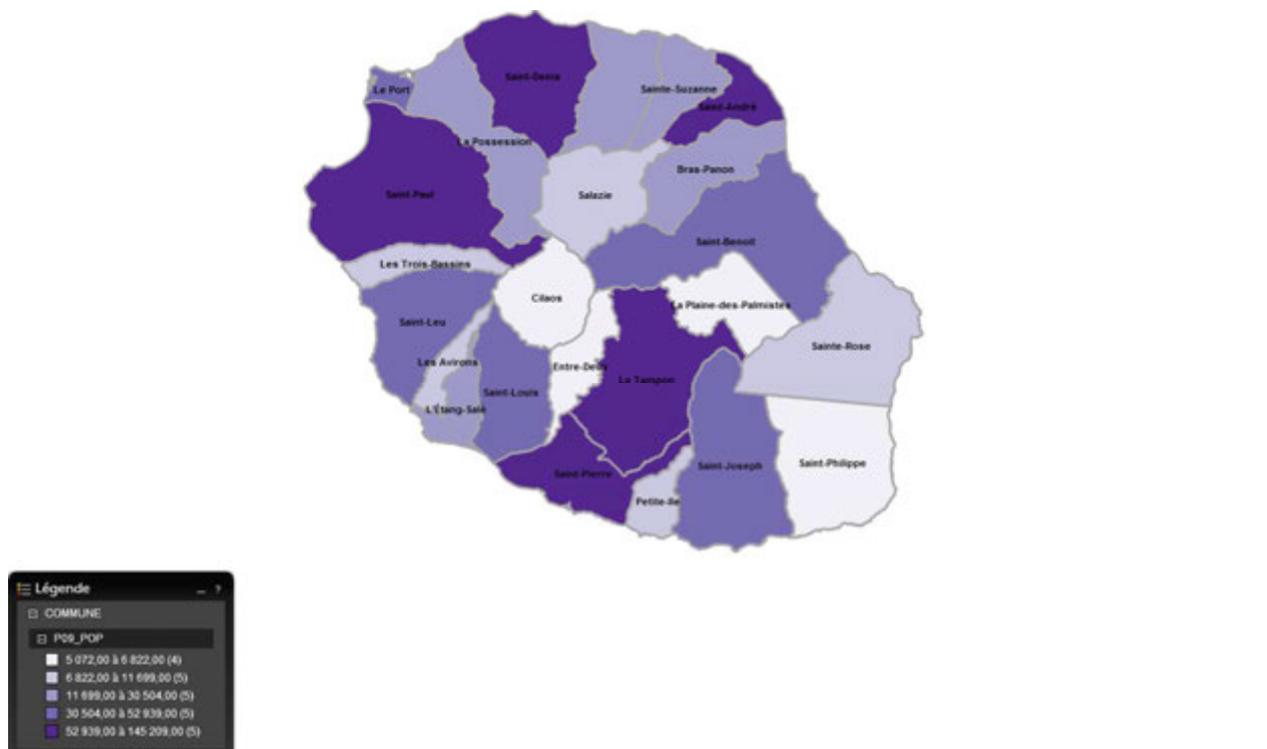
La Réunion compte aujourd'hui parmi les départements français les plus concernés par le vieillissement démographique.

Une répartition hétérogène de la population sur le territoire

La population des quatre microrégions augmente, principalement sous l'effet de soldes naturels importants. Alors qu'au niveau communal les taux de solde migratoire apparents varient beaucoup d'une commune à l'autre, l'écart est beaucoup plus limité pour les microrégions (entre - 0,31 % et +0,31% par an). Avec plus de 35 % de la population réunionnaise, le Sud est la microrégion la plus peuplée. Le Nord, qui était la deuxième région en terme de poids démographique en 1990, est désormais moins peuplé que l'Ouest (respectivement 24,4 % et 25,5 % de la population). Enfin, avec 14,6 % de la population, la région Est reste la moins peuplée des quatre.

Microrégion	2000	2005	2009
Est	103 400	113 000	118 620
Nord	178 000	187 000	198 013
Ouest	182 900	203 000	209 835
Sud	252 500	275 500	289 896
Total Réunion	716 800	778 500	816 364

Source Insee



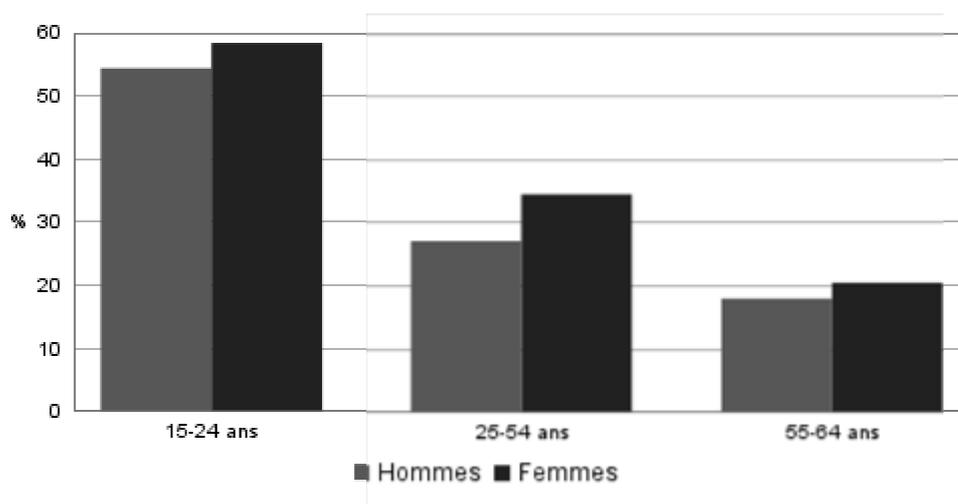
Les caractéristiques économiques

Un taux de chômage élevé, des jeunes toujours plus exposés

Depuis 2008, la situation économique et sociale locale a connu une nette aggravation marquée par un repli de la croissance économique et une forte augmentation du chômage. Le taux de chômage au sens du BIT s'établit à 28,9% à La Réunion au deuxième trimestre 2010. Il demeure le plus élevé des départements d'outre-mer : 23,5 % en Guadeloupe, 22,0 % en Martinique et 20,5 % en Guyane. En 2010, le nombre de chômeurs a dépassé les plus hauts niveaux jamais atteints depuis plus de 15 ans. Sur le 2ème trimestre 2011 le taux atteint 29,5 % de la population active.

Les jeunes de 15 à 24 ans sont les plus concernés par le chômage : le taux progresse de 2,2 points en un an, et s'élève à 55,3 % en 2010. Le taux de chômage est également très important chez les jeunes de 25- 49 ans (28% de la population active) et diminue sensiblement chez les 50 – 64 ans (16,1%). Pour les femmes, la hausse du taux de chômage est particulièrement importante chez les jeunes de 15 à 24 ans (+ 6,9 points), chez les hommes, ce sont les 25-49 ans qui sont le plus touchés, avec une hausse du taux de chômage de 2,2 points. La part des jeunes de 18 à 25 ans non insérés représente 44,1 % de la classe d'âge en 2009 contre 19,1 % en France métropolitaine, plaçant la Réunion au 99^e rang sur les 101 départements français.

EMP G2 - Taux de chômage (au sens du recensement) des 15-64 ans par sexe et âge en 2009



Source : Insee, RP2009 exploitation principale

Une situation de grande précarité financière

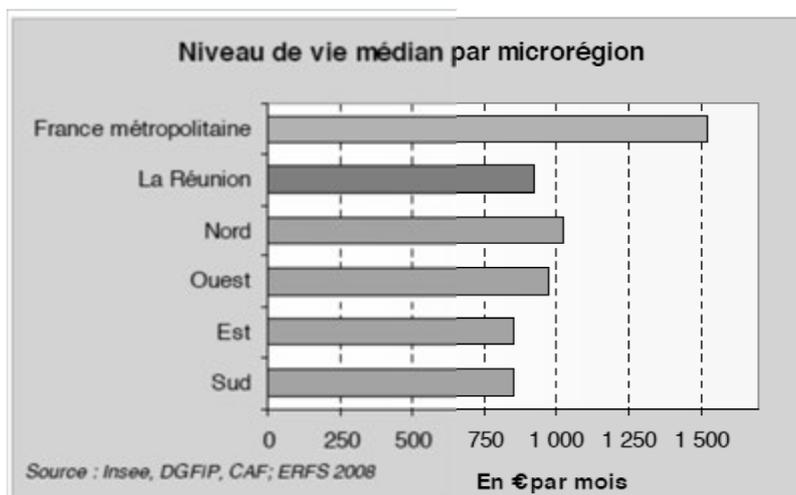
Une précarité 7 fois plus importante que la moyenne nationale

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	Réunion	France
Part des familles monoparentales (% nb de ménages)	23,7	26	25,1	20,2	8,1
Proportion d'allocataires de minima sociaux dans la population âgées de 20 ans et plus (%)	27,1	24,4	17,8	26,2	7,2
Part de la population bénéficiant de la CMU de base (%)	17	22	19	14	3
Part des allocataires du minimum vieillesse dans la population de 60 ans et plus (%)	30,7	25,5	15,9	30,6	4,1

Source DREES, INSEE (données de population au 01/01/2009 ; projection OMPHALE 2010)

En 2011, il convient de noter une très forte évolution des bénéficiaires de la CMU de base (34,2% de la population).

Presque la moitié des réunionnais vit sous le seuil de pauvreté national, soit 964 euros par mois. La Réunion se distingue par un niveau de vie par individu inférieur aux moyennes nationales : 49% des Réunionnais vivent sous le seuil de pauvreté national, contre 13% de la population hexagonale.



La Réunion se distingue également par des inégalités plus marquées. L'écart de niveau de vie entre les plus aisés et les plus modestes est plus important à la Réunion. Occuper un emploi ne met pas toujours à l'abri de la pauvreté, 30% des personnes ayant un emploi vivent sous le seuil de pauvreté national. La pauvreté touche avant tout les familles monoparentales et les familles nombreuses.

Ainsi, 58% des enfants à la Réunion, soit 144 000 enfants, vivent sous le seuil de pauvreté national.

« Les inégalités monétaires ont toujours été plus prononcées à la Réunion qu'en France. Les 20% plus aisés perçoivent 44% de la masse des revenus alors qu'en France ce pourcentage n'est que de 37%⁵. »

⁵ INSEE, Economie de la Réunion n°134, avril 2009

En 2010, près de 144 000 personnes ont bénéficié d'une prestation considérée comme minimum social. En un an, le nombre d'allocataires est en progression de 2,4 %. Dans le même temps, les montants versés augmentent de 1,7 % en 2010. Depuis 2008, la situation économique et sociale locale a connu une nette aggravation marquée par un repli de la croissance économique et une forte augmentation du chômage, entraînant une augmentation significative du nombre d'allocataires.

Allocataires de minima sociaux : + 2,4 % en 2010				
	Allocataires au 31/12		Montant en millions d'euros	
	2010	Évol. 2010/2009 en %	2010	Évol. 2010/2009 en %
Total prestations (1)	143 913	2,4	787,2	1,7
Rev. minimum d'insertion	67 828	3,4	372,8	1,8
Allocation de solidarité aux personnes âgées	29 227	- 2,3	132,8	- 4,8
Allocation parent isolé	13 974	1,9	71,4	2,1
Allocation adulte handicapé	12 411	3,1	93,8	6,1
Alloc. solidarité spécifique	12 328	11,3	71,1	8,0
Revenu de solidarité	7 391	1,6	41,9	1,9

Un allocataire peut cumuler plusieurs prestations. D'autre part, certaines allocations ne sont pas détaillées dans ce tableau. C'est pourquoi la somme des allocataires pour chacune des allocations est différente du total.

Sources : Caisse des dépôts et consignations de Bordeaux ; CAF Réunion ; Pôle emploi ; CGSS

Les bénéficiaires du RSA

Le revenu de solidarité active (RSA) est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2011 dans les DOM. Le RSA remplace le RMI, l'API (allocation de parent isolé) et la PF (prime forfaitaire d'intéressement). Seule une partie du RSA (le RSA socle) est considérée comme un minimum social. Décembre 2011, 78 215 personnes percevaient le RSA à la Réunion.



Un manque crucial de logements

La situation de la Réunion est particulièrement alarmante dans le domaine du logement. En 2009, 6 000 logements relèvent de l'habitat insalubre et 6 % de la population réunionnaise est ainsi concernée par l'habitat précaire et insalubre. S'y ajoute un retard important dans le domaine du logement social : 22 000 ménages sont en attente d'un logement social et

seulement **27 % des demandes de logement dans ce parc sont satisfaites** (6 % du fait de la livraison de logements neufs et 21 % par l'attribution sur le parc existant.

Cette situation est d'autant plus criante que la population dispose de faibles ressources : 49 % de la population vit avec des moyens financiers inférieurs au seuil de pauvreté national. Ainsi, 80 % de la population est éligible au logement social, soit plus de 200 000 ménages alors que le parc social se compose en 2010 de 52 000 logements. A noter que les faibles ressources des ménages réunionnais font que la plupart des demandes portent sur les logements de type logements locatifs sociaux (LLS) ou logements locatifs très sociaux (LLTS) et très peu sur les logements intermédiaires aidés (PLS).

Les niveaux de loyers du marché libre trop élevés pour la plupart des réunionnais, font que de nombreux ménages sont en situation de sur-occupation (un quart des réunionnais) ou restent cantonnés dans des logements insalubres. **Au total, 69 000 ménages se trouvent en situation de surpeuplement du fait du manque de logements sociaux et d'un secteur locatif privé qui propose des coûts plus élevés.**

Les freins au développement du logement social sont multiples :

- le coût du foncier (en moyenne de 61 €/m² entre 1995-1996, le prix est passé à 96 €/m² entre 2000-2006 et à 143 € en 2006) et de la construction,
- l'absence de revalorisation des paramètres de financement de la Ligne Budgétaire Unique (LBU) sur les opérations de constructions de logements sociaux : la part des subventions dans le financement de la construction de ces logements a diminué au cours du temps sous l'effet de la hausse du coût des terrains et de la construction,
- le manque de foncier aménagé : 4 000 hectares devraient être ouverts à l'urbanisation, soit environ 200 hectares par an dont 120 pour le logement social.

Les caractéristiques des personnes handicapées à la Réunion

Pour la première fois à la Réunion, il est possible d'estimer de manière précise le nombre de personnes handicapées vivant sur le territoire. En effet, la MDPH de la Réunion a procédé en 2011 et en 2012 aux deux premières études permettant le dénombrement et la description de la population handicapée bénéficiaire de droits à compensation. Les données statistiques et analyses présentées ci-après en sont issues.

La MDPH de la Réunion compte 31 350 personnes handicapées bénéficiant d'un droit à compensation actif⁶ au 31 décembre 2011, soit 3,7% de la population réunionnaise (3,1 % en 2006).

La progression moyenne est de 4,8%/an sur la période 2006-2011 (6%/an sur les deux dernières années) alors que le taux de croissance de la population réunionnaise est estimé à 1,5%/an.

⁶ Population ayant engagé une démarche d'ouverture d'au moins un droit à compensation auprès de la MDPH et ayant obtenu une décision favorable de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées du fait d'une limitation d'activité, d'une restriction à la vie sociale et avec ou sans reconnaissance d'un taux d'incapacité permanente.

Par sexe, âge et types de déficience

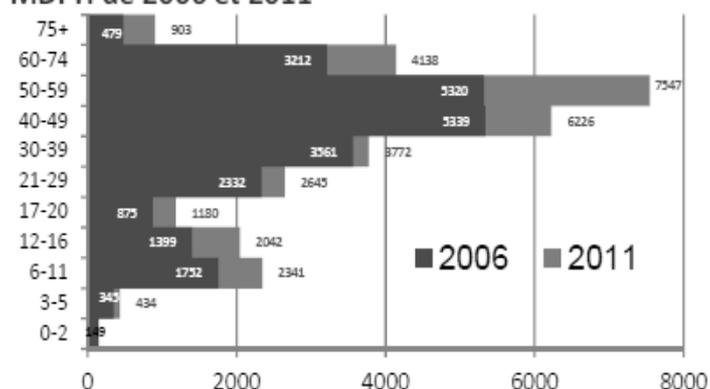
Au 31 décembre 2011, l'âge moyen est de 41,6 ans avec toutefois une différence suivant les sexes. Les hommes sont plus touchés par le handicap avec un poids de 61% de la population handicapée recensée par la MDPH alors qu'ils ne représentent que 48 % de la population totale réunionnais

Population MDPH en 2011

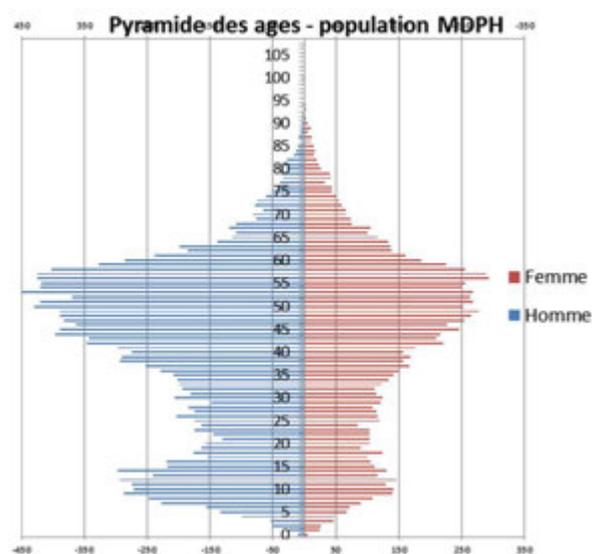
Nombre	31 350
- Femme	39,2 %
- Homme	60,8 %
Age moyen (années)	41,62

La progression la plus importante entre 2006 et 2011 concerne les moins de 20 ans et les plus de 60 ans avec un taux d'évolution 2006-2011 de l'ordre de 35% pour chaque classe d'âge. Les 40- 59 ans représentent quant à eux 44% de l'effectif total.

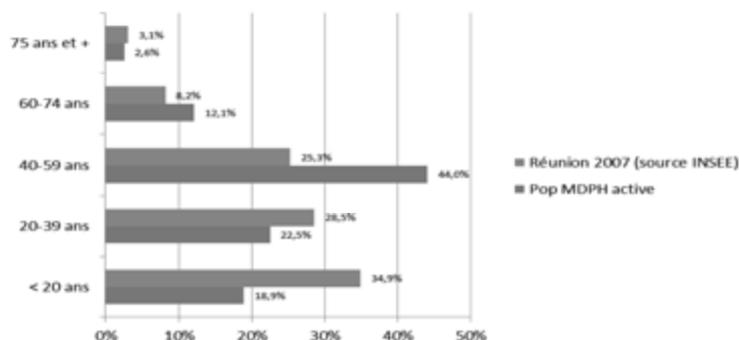
Comparaison par âge de la population MDPH de 2006 et 2011



La première étude apporte des éléments affinés sur la structure par âge des personnes handicapées à la Réunion. Au 10 octobre 2010, la pyramide des âges fait ressortir deux grandes classes de population : les 5-19 ans et les 45-55 ans avec des besoins de compensation différents du fait de l'âge des personnes.



Comparaison de la structure d'âges de la pop. MDPH vs. pop. Réunionnaise



L'approche comparative de la structure des âges de la population handicapée et de la population réunionnaise révèle la particularité de la tranche des « 40 ans et + », plus lourdement exposée au handicap :

- Les enfants ou adolescents (< 20 ans) représentent 18,9% de la population handicapée recensée ;
- La population des « 60 ans et plus » est moins nombreuse du fait du changement du régime de prise en charge de cette population devenue âgée avec principalement des dispositions de garantie de ressources ne relevant pas de la compétence de la CDAPH. Dès lors, ce public ne reste connu par la MDPH que s'il est éligible à des droits complémentaires « sans barrière d'âge », comme les cartes par exemple.

Trois facteurs peuvent être avancés pour expliquer la prépondérance du groupe des « 40-60 ans » : l'âge moyen d'entrée dans un plan de compensation est de 34 ans, la durée d'ancienneté moyenne d'un plan de compensation est de 7 ans et le taux de prévalence de la classe d'âge des 40-59 ans est élevé.

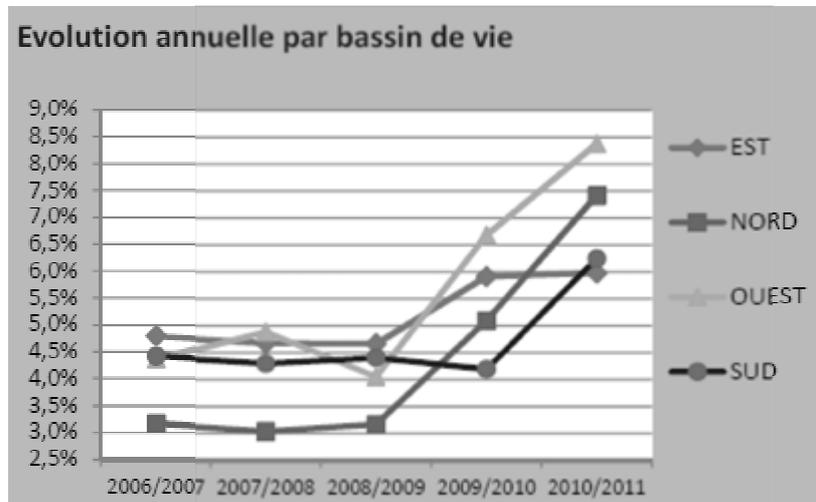
Au 31 décembre 2011, les déficiences psychiques et/ou intellectuelles concernaient 51 % de la population des personnes handicapées et les déficiences motrices 36 %.

Parmi les déficients intellectuels (sans déficience psychique), 61 % n'ont pas d'autres déficiences associées (mono déficience), 14 % ont aussi une déficience du langage et de la parole. Les mono déficiences sont moins nombreuses chez les déficients intellectuels et psychiques (44 %).

DÉFICIENCES INTELLECTUELLES ET/OU PSYCHIQUES		
Déficiences intellectuelles	D1	19,4%
Déficiences du psychisme	D2	21,2%
Déficiences intellect. et psychiques	D1 et D2	10,3%
DÉFICIENCES DU LANGAGE ET PAROLE		
Déficience langage/parole	D3	12,0%
DÉFICIENCES SENSORIELLES		
Déficiences auditives	D4	7,2%
Déficiences visuelles	D5	7,2%
DÉFICIENCES VISCÉRALES ET/OU MOTRICES		
Déficiences viscérales	D6	15,4%
Déficiences motrices	D7	27,9%
Déficiences motrices et viscérales	D6 et D7	8,0%

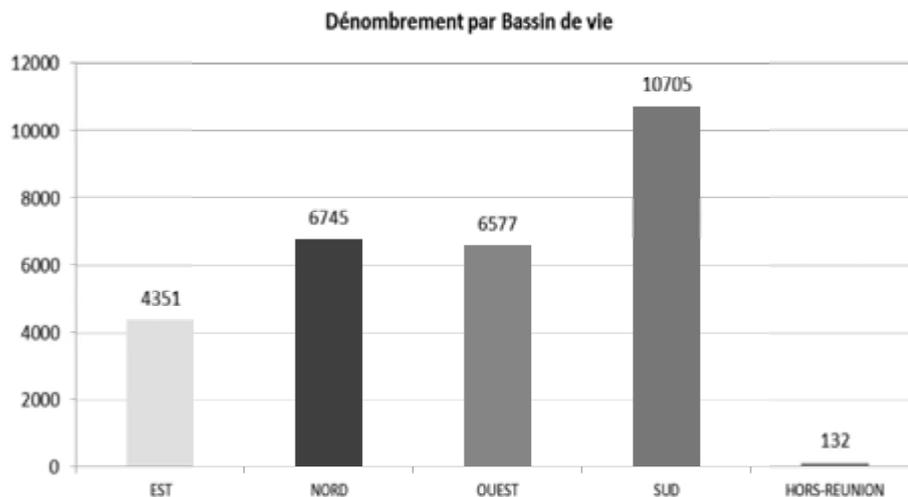
Par bassin de vie

L'augmentation de la population des personnes handicapées concerne les quatre bassins de vie. Depuis 2009, le taux de variation annuelle a fortement progressé dans les bassins Nord, Ouest, Sud et se stabilise dans le bassin Est.

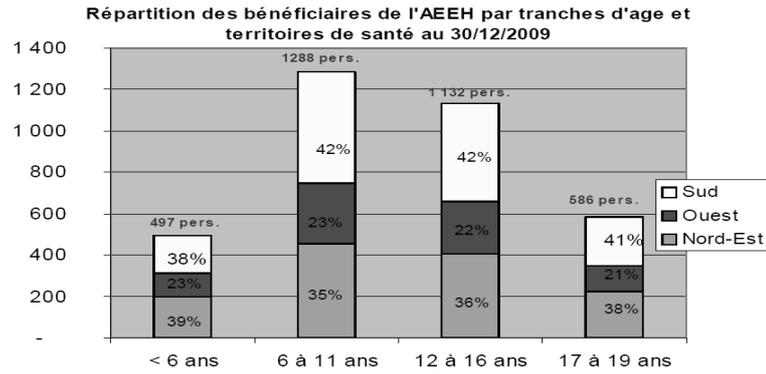


Il résulte de l'étude de 2010 que par bassin de vie, la population handicapée est répartie dans des proportions globalement comparables à celles de l'ensemble de la population réunionnaise.

L'observation par moyenne d'âge dans chacun des bassins montre que la moyenne la plus basse se situe dans l'Ouest avec un âge moyen de 40 ans et 3 mois et la moyenne la plus élevée se situe dans le Nord (pour mémoire 40% de femmes) avec un âge moyen de 41 ans.



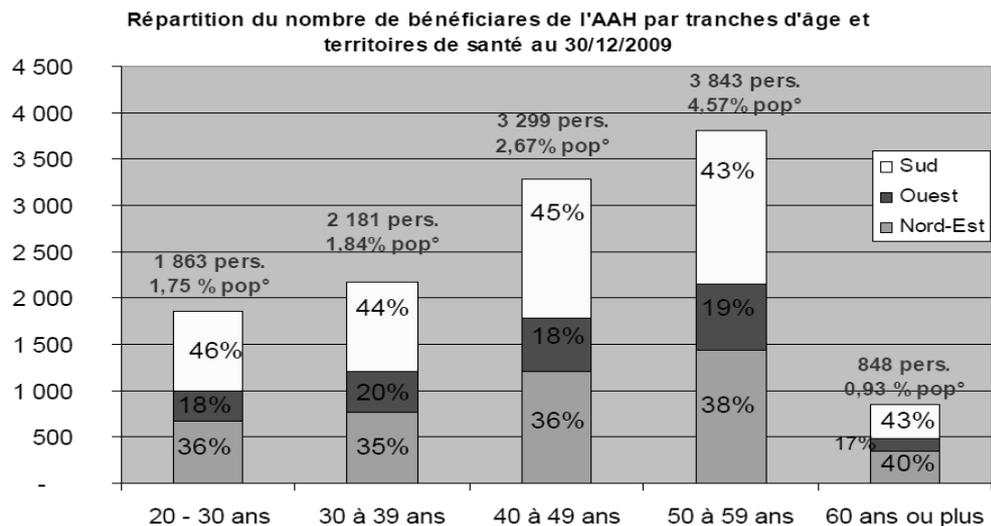
- Répartition par âge et territoire des bénéficiaires de l'AAH (données CAF 2009) :



La répartition géographique des bénéficiaires de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) et de l'Allocation d'Education Enfant Handicapé (AEEH) selon les microrégions Nord, Est, Ouest et Sud concorde globalement avec la part de ces dernières dans la population réunionnaise.

L'approche par commune rend compte néanmoins de variations autour de la moyenne régionale : entre 2,6% et 4,3% de la population communale, contre une moyenne régionale de 3,4%.

18 538 personnes, soit 65% de la population identifiée par la MDPH, bénéficie d'une reconnaissance d'AAH ou d'une AEEH. Rapportées à la population générale, ces données rendent compte de 27,8 allocataires de l'AAH pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans contre 25,7 au niveau national⁷, et de 1,4% de bénéficiaires de l'AEEH, parmi les moins de 20 ans contre 1,1% au niveau national⁸. La surreprésentation de l'AEEH à la Réunion doit néanmoins être approchée avec prudence, le taux variant fortement, au niveau national, entre 0,4% et 1,7%.



⁷ Source Statiss 2010, données au 31/12/2009

⁸ Source CNAF 2011, données 2009

La part des bénéficiaires de l'AAH dans la population générale passe de 1,75% pour les 20-30 ans, à 4,57% pour les 50-59 ans, avec une forte accentuation à partir de 40 ans ; au-delà de 60 ans, les données décroissent rapidement, du fait de la substitution des retraites.

Ceci confirme l'importance du handicap acquis en cours de vie, particulièrement à l'âge adulte, et la nécessité d'améliorer la prévention des principales pathologies génératrices de déficiences et incapacités : diabète/IRC, AVC, alcoolisme, maladies professionnelles.

La prise en charge des enfants et des jeunes handicapés

Les orientations médico-sociales pour enfants et jeunes handicapés

Au cours de son parcours de formation, l'élève handicapé peut être amené à séjourner à temps plein ou à temps partiel dans un établissement médico-social.

Ces établissements se caractérisent par des spécificités qui permettent de répondre aux besoins des enfants et adolescents handicapés : instituts médico-éducatifs (IME) pour enfants et adolescents atteints de déficiences mentales, instituts thérapeutiques, éducatifs et thérapeutiques (ITEP) pour des jeunes souffrant de troubles de la conduite et du comportement, les établissements pour polyhandicapés (CEAP) pour enfants et adolescents présentant des handicaps complexes, les instituts d'éducation sensorielle (IES) pour les handicaps auditifs et visuels, les instituts d'éducation motrice pour enfants et adolescents présentant un handicap moteur.

Des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) peuvent être également proposés aux enfants et aux adolescents handicapés. Constitués d'équipes pluridisciplinaires, les SESSAD apportent un soutien spécialisé aux enfants et adolescents maintenus dans leur milieu ordinaire de vie et d'éducation. Selon leur spécialité, les SESSAD peuvent porter des noms spécifiques : SAAIS pour déficients visuels (service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire) et SSEFIS pour déficients auditifs (service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire).

L'enquête MDPH permet, au travers du dénombrement des orientations scolaires et médicosociales, par comparaison avec les capacités autorisées (installées ou en cours d'installation) d'évaluer les besoins actuellement non couverts :

- Pour les enfants et les jeunes de moins de 20 ans

ENFANTS (ESMS)	Orientations MDPH au 31/12/2011	Capacités installées au 31/12/2012	Différentiel
IME (déficience intellectuelle)	1 297	971	326
IES (déficience sensorielle)	198	175	23
IEM (déficience motrice)	105	78	27
CEAP (polyhandicap)	145	169	- 24
ITEP (troubles du caractère et du comportement)	44	39	5
SESSAD	1 444	543	901
SAAIS (déficience visuelle)	52	50	2
SSEFIS (déficience auditive)	114	70	44
Total	3 399	2 095	1 304

Il convient de noter que l'évaluation du nombre de places nécessaires en couverture des orientations prononcées ne peut être effectuée par soustraction des places installées et des orientations. Il faut en effet prendre en compte le fait que :

- Des orientations peuvent être multiples (ex : combinaison d'une orientation IME et d'une orientation SESSAD) ;
- L'évolution constatée, et attendue, des accompagnements SESSAD permet de considérer qu'une place autorisée n'est pas équivalente à un jeune accompagné (développement des prises en charge selon un mode collectif, développement de la notion de file active...).

L'offre médico-sociale en faveur des enfants et des jeunes handicapés

ENFANTS (CLIS/ULIS)	Orientations MDPH au 01/10/2010	Capacités autorisées	Différentiel	% de l'offre manquante
CLIS	1 173	1 097	79	6.9%
ULIS	475	418	57	13.6%
Total	1 648	1 515	133	8.8%

Source SROSM ARS

Le taux d'équipement en structures pour enfants est de 6,97 pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans, rapporté à la population estimée en 2020, et de 7,1 rapporté à la population 2009 contre 9,2 en moyenne métropolitaine (soit un écart de 590 places, en défaveur de la Réunion).

Toutes déficiences confondues, le territoire Ouest est le plus équipé (taux de 8,65 en population 2020), par rapport au Nord-Est (6,67) et au Sud (6,04).

L'approche par territoire et déficience fait apparaître :

- un sous-équipement relatif de l'Ouest pour la déficience motrice;

- un sous-équipement relatif du Nord-Est et de l'Ouest pour la déficience intellectuelle, les troubles du caractère et du comportement, la déficience visuelle, et la déficience auditive;
- concernant l'autisme, seules les places identifiées dans les agréments sont distinguées de la déficience intellectuelle, ce qui nuit à la comparaison.

Les développements attendus de l'offre médico-sociale devront rattraper ces écarts, en considération des taux d'équipements, mais surtout d'une exploitation par territoire des données d'orientation MDPH. Sont également constatés des écarts entre territoires de santé, pour une même déficience, entre équipements en établissements et en services ; la réorientation souhaitable de l'offre médicosociale vers le soutien privilégié à l'intégration scolaire devra permettre lisser ces différences interterritoriales.

A noter que si la programmation initiale d'équipement du SDOSMS 2007-2011 se concrétise, la capacité totale pour la Réunion serait de 2 777 places (en y intégrant les 770 places restant à autoriser et financer), soit un taux d'équipement cible de 9,83 contre 9,2 en moyenne métropolitaine, soit un écart en faveur de la Réunion de 179 places (+6,4%).

L'offre d'inclusion scolaire en faveur des enfants handicapés

A la rentrée de septembre 2012, les enfants handicapés bénéficiant d'une intégration scolaire ordinaires étaient de :

- 1 158 en CLIS (soit + 6 % / rentrée 2006)
- 482 en ULIS (soit +124 % / rentrée 2006)
- 1 231 en accueil individuel dans le premier degré (soit + 49 % /rentrée 2006)
- 821 en accueil individuel en collège (soit + 145 % /rentrée 2006)
- 257 en accueil individuel en lycée (soit + 54 % /rentrée 2006) soit un total de 3 949 élèves, en progression de 62 % par rapport à la rentrée 2006 (+ 25 % en CLIS-ULIS et + 104,5 % en intégration individuelle) traduisant les progrès important de l'inclusion scolaire.

La Réunion dispose de :

- 119 CLIS se décomposant en :
 - . 109 pour les troubles des fonctions cognitives,
 - . 5 pour les troubles des fonctions auditives mais aucune pour les troubles des fonctions visuelles,
 - . 5 pour les troubles des fonctions motrices.
- 49 ULIS Collège :
 - . 44 pour les troubles des fonctions cognitives,
 - . 2 pour les troubles des fonctions auditives,
 - . 1 pour les troubles des fonctions visuelles,
 - . 2 pour les troubles des fonctions motrices.
- 6 ULIS Lycée :
 - . 5 pour les troubles des fonctions cognitives,
 - . 1 pour les troubles des fonctions visuelles.

L'accompagnement individuel concerne :

- dans le premier degré : 330 enfants à temps plein et 510 à temps partiel, auxquels s'ajoutent 10 enfants en attente d'un moyen d'accompagnement,
- dans le second degré : 83 enfants à temps plein et 197 à temps partiel, auxquels s'ajoutent 56 enfants en attente d'un moyen d'accompagnement.

Au total, 911 auxiliaires de vie scolaire (409 assistants d'éducation, 479 contrats aidés et 23 employés par une association) ont été mobilisés rendant compte de la volonté affichée de l'Education nationale de satisfaire au mieux l'ensemble des orientations prononcées par la CDAPH pour l'accompagnement scolaire.

La prise en charge des adultes handicapés

L'offre médico-sociale en faveur des adultes handicapés

Le taux d'équipement en structures médicalisées pour adultes s'élève à 1,36 pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans, rapporté à la population estimée 2020, et de 1,54 rapporté à la population 2009 contre 2,3 en moyenne métropolitaine (soit un écart de 330 places, en défaveur de la Réunion).

Tous équipements médicalisés confondus (FAM, MAS, SAMSAH, SSIAD PH), le territoire Ouest est le moins équipé (taux de 0,68 en population 2020), par rapport au Nord-Est (1,77) et au Sud (1,37). L'équipement en FAM/MAS est supérieur à la moyenne métropolitaine (1,25 contre 1,15, soit un écart de 43 places).

A l'inverse, l'équipement en SAMSAH, toutes déficiences confondues, est très inférieur à la moyenne nationale (0,28 contre 0,97), soit un écart de 304 places. Ceci conforte l'option d'un renforcement des services en soutien des personnes handicapées en milieu ordinaire.

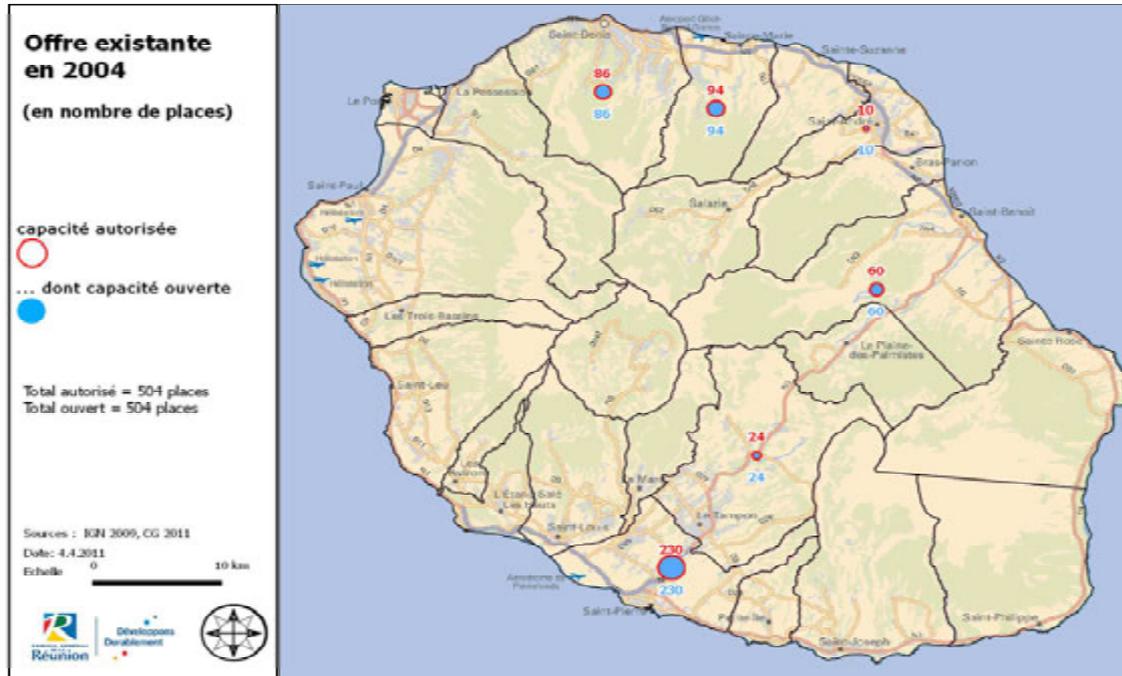
Concernant les ESAT, l'écart à la moyenne métropolitaine est en défaveur de la Réunion (2,22 contre 3,49, soit 550 places). Les territoires Ouest (1,41 en population 2020) et Nord-Est (1,58 en population 2020) sont relativement sous-équipés par rapport au Sud (2,69 en population 2020). Les développements attendus de l'offre médico-sociale devront rattraper ces écarts, tant pour les établissements et services médicalisés que pour les ESAT, en considération des taux d'équipements, mais surtout d'une exploitation par territoire des données d'orientation MDPH.

Une mise en œuvre avancée de la programmation et une identification des besoins

	SDOSMS 2001-2006		SDOSMS 2007-2011				Total équipement au 31.12.12	
	Nb de places ouvertes au 31.12.12	Ouverture prévisionnelle des places autorisées période 2013-2017	Objectifs SDOMS 2007-2011	Nb de places ouvertes au 31.12.12	Ouverture prévisionnelle des places autorisées période 2013-2017	Places du SDOSMS 2007-2011 en cours d'autorisation		
Etablissements	FAO	319	16	+ 110	27	81	-	346
	FAM	240	0	+ 180	74	52	-	314
	FH/FHTH	134	0	+ 10	0	10	-	134
	MAS	NR	NR	+ 60	94	0	0	211
	ESAT	NR	NR	+ 240	150	0	20	979
Services	SSA/SAVS	80	0	+ 280	230	0	0	310
	SAMSAH	20	0	+ 225	130	45	0	130
	Total	-	-	+ 1 095	705	188	20	2 424

Couverture géographique des besoins par commune

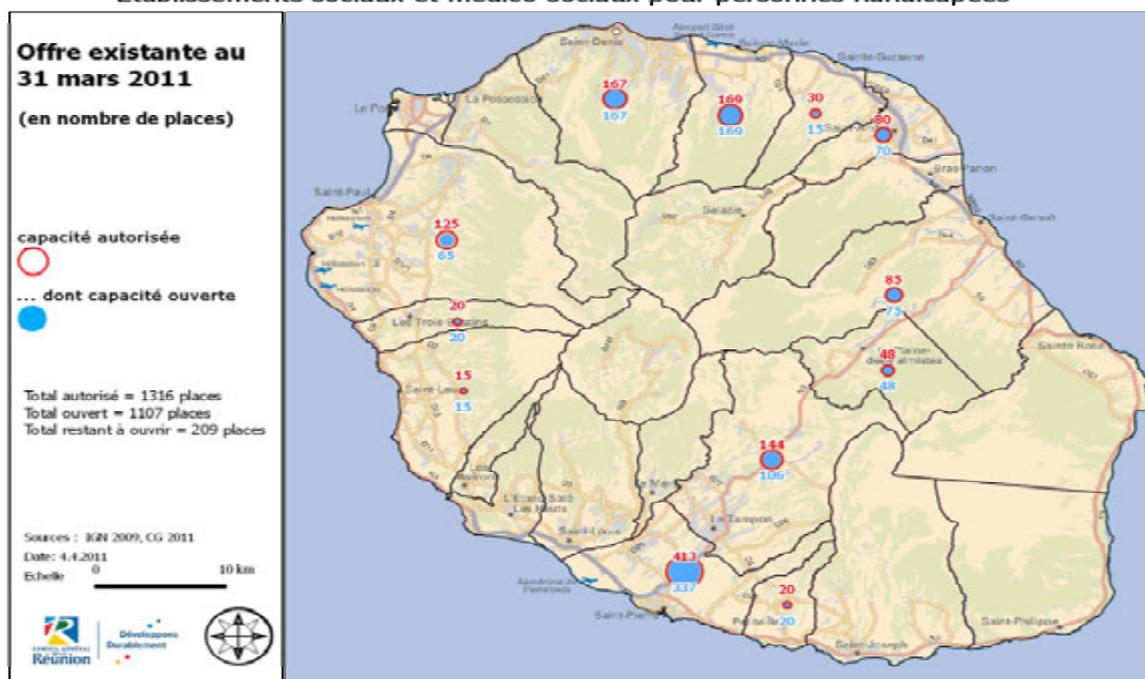
Etablissements sociaux et médico-sociaux pour personnes handicapées



© Réunion : Conseil Général de la Réunion, Service SAE, 36 Rue Forekin, 97400 ST DENIS, www.cg974.fr

Couverture géographique des besoins par commune

Etablissements sociaux et médico-sociaux pour personnes handicapées



La situation des accueillants familiaux

L'hébergement en accueil familial constitue un mode d'accueil alternatif entre le maintien à domicile et l'hébergement en établissement. La Réunion compte au total 466 accueillants familiaux au 31 décembre 2012. Sur cet ensemble, 453 accueillants ont un agrément mixte (PA/PH) leur permettant d'accueillir des personnes âgées ou des personnes handicapées et 8 ont un agrément pour accueillir exclusivement de personnes handicapées.

	Nombre de familles agréées pour l'accueil complet et partiel			Capacité d'accueil complet			Capacité d'accueil partiel		
	PA-PH	PH	Total	PA-PH	PH	Total	PA-PH	PH	Total
Nord	45	2	47	89	2	91	0	0	0
Est	66	5	71	126	5	131	1	0	1
Ouest	70	0	70	133	0	133	1	0	1
Sud	272	1	273	497	2	499	34	0	34
Total	453	8	461	845	9	854	36	0	36

Les actions en faveur des adultes handicapés

Les prestations individuelles d'aide sociale

L'aide ménagère

L'aide ménagère

La prestation d'aide ménagère est un avantage en nature qui permet de financer, au titre de l'aide sociale, des heures de services ménagers. Elle contribue à faciliter la vie à domicile des personnes porteuses d'un handicap. Le demandeur fait appel à des services prestataires habilités au titre de l'aide sociale. L'aide à domicile vient aider la personne handicapée dans les tâches ménagères que celle-ci ne peut plus totalement assumer (ménage, courses, préparation des repas, ...).

Le demandeur doit bénéficier de ressources annuelles inférieures au plafond d'attribution de l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (ASPA) fixé par décret. Si le demandeur a des ressources supérieures au plafond énoncé ci-dessus, il peut y avoir une prise en charge partielle des frais d'aide ménagère par l'aide sociale facultative (aide ménagère facultative).

	2010		2011		2012 (données provisoires)	
	Nb	Montant	Nb	Montant	Nb	Montant
Aide Ménagère Légale	427	433	1 078 242	616	1 537 387	
Aide Ménagère Facultative	284	213	594 972	188	822 211	
TOTAL	711	646	1 673 214	804	2 359 598	

La Prestation de Compensation du Handicap (PCH) est une prestation en nature qui prend en compte les besoins et les aspirations de la personne porteuse d'un handicap. Elle s'adresse aussi bien aux adultes qu'aux enfants.

Nombre de bénéficiaires et montant des dépenses

La prestation compensatrice du handicap (PCH)

Le demandeur doit présenter une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité ou une difficulté grave pour la réalisation de deux activités définies par référentiel (annexe 2-5 au code de l'action sociale et des familles - partie réglementaire). L'équipe pluridisciplinaire de la

Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) apprécie le handicap de la personne en se référant à un individu du même âge qui ne souffre d'aucune déficience.

La prestation de compensation du handicap peut prendre en charge, selon des conditions spécifiques :

- 1 - des aides humaines,
- 2 - des aides techniques,
- 3 - des aménagements du domicile, du véhicule et surcoût résultant du transport,
- 4 - des charges spécifiques ou exceptionnelles,
- 5 - des aides animalières.

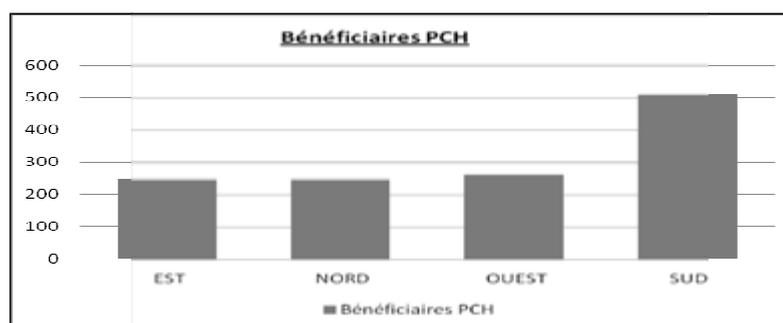
Nombre de bénéficiaires et montant des dépenses

2010		2011		2012	
Nb de bénéficiaires	Montant (€)	Nb de bénéficiaires	Montant (€)	Nb de bénéficiaires	Montant (€)
1 111	7 300 672	1 266	9 636 293	1 746	11 780 740

Nombre de bénéficiaires par microrégion en mai 2012

	Est	Nord	Ouest	Sud	Total
Bénéficiaires PCH	288	274	282	580	1 424
Allocataires MDPH nb⁽¹⁾	4 351	6 745	6 577	10 705	28 378
Bénéficiaires PCH/ nombre allocataires MDPH	5,70%	3,68%	3,95%	4,76%	4,46%

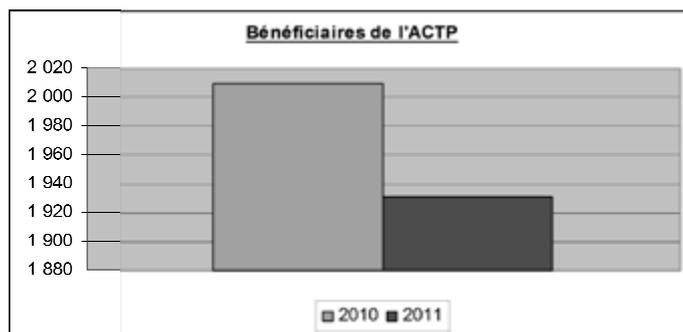
Source : rapport statistique présenté à la commission exécutive de la MDPH le 15 mars 2012



L'allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP)

L'allocation compensatrice est une prestation d'aide sociale destinée à compenser financièrement les charges particulières pouvant peser sur une personne handicapée.

La personne handicapée doit avoir besoin de l'aide d'une tierce personne pour l'accomplissement d'un ou plusieurs actes essentiels de la vie quotidienne : se lever, faire sa toilette, s'habiller, ...

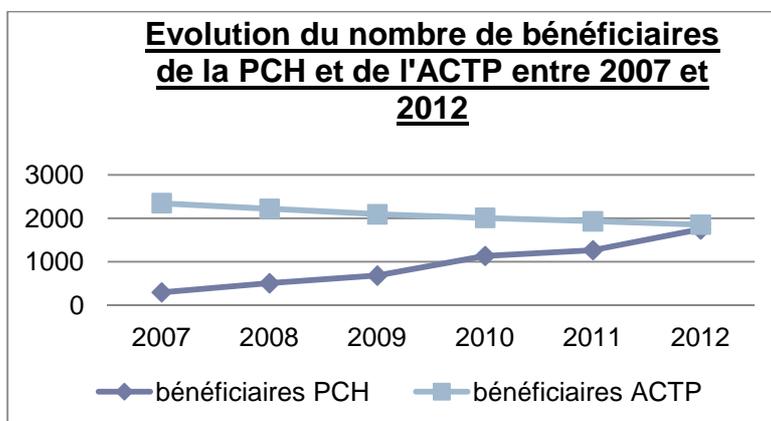


Nombre de bénéficiaires et montant des dépenses

2010		2011		2012	
Nb de bénéficiaires	Montant (€)	Nb de bénéficiaires	Montant (€)	Nb de bénéficiaires	Montant (€)
2 225	13 936 587	1 936	13 163 512	1 855	12 862 970

Nombre de bénéficiaires ACTP/PCH entre 2007 ET 2012

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Bénéficiaires PCH	296	506	680	1 134	1 266	1 746
Bénéficiaires ACTP	2 348	2 220	2 091	2 010	1 931	1 855

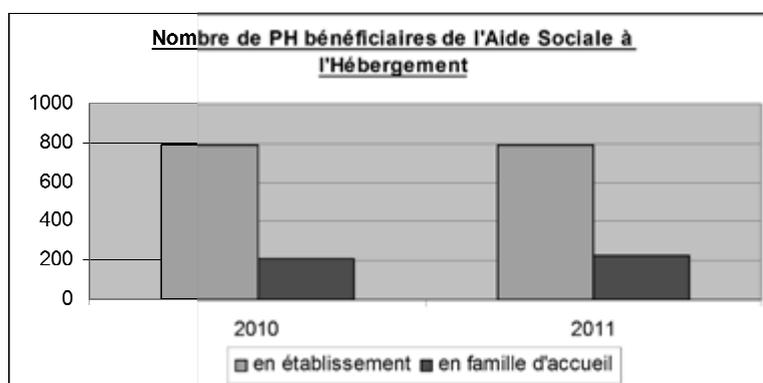


L'aide sociale à l'hébergement (ASH)

L'ASH prend en charge les frais d'hébergement et d'entretien de la personne handicapée accueillie en établissement agréé et dont les revenus sont insuffisants au regard du coût de l'hébergement.

Nombre de bénéficiaires et montant des dépenses

	2010		2011	
	Nombre de bénéficiaires	Montant des dépenses	Nombre de bénéficiaires	Montant des dépenses
En établissement	792	25 700 000€	1 186	33 325 022 €
En famille d'accueil	210	2 483 847€	281	2 360 668 €
TOTAL	1002	28 183 847 €	1 467	35 685 691 €



Les aides techniques

La décision d'attribution de l'aide est prise par un comité de gestion composé par :

- des membres contributeurs du fonds qui ont voix délibératives : l'Etat et le Département,
- des organismes siégeant à titre consultatif : la CGSS, la CAF, l'AGEFIPH,
- deux représentants associatifs désignés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) parmi ses membres, siégeant à titre consultatif.

Réglementairement, le fonds de compensation intervient sur les demandes :

- des personnes handicapées qui bénéficient de l'une des prestations ou de l'un des droits relevant de la compétence de la CDAPH et pour lesquels un plan personnalisé de compensation du handicap a été élaboré,

Le fonds de compensation a pour objectif d'accorder des aides financières destinées à permettre aux personnes handicapées de faire face aux frais de compensation du handicap qui resteraient à leur charge.

Prévu à l'article L. 146-5 du code de l'action sociale et des familles, le fonds départemental de compensation du handicap (FDCH) a été institué à la Réunion en avril 2006 par une convention cadre relative aux modalités d'organisation et de fonctionnement du fonds qui a été signée entre l'Etat et le Département le 11 décembre 2006.

- des personnes handicapées bénéficiaires d'un autre titre relevant du code du travail (accident du travail, rente CGSS,...)

Cette intervention se fait sur le reste à charge de la personne handicapée après déduction de toutes les autres contributions légales ou extralégales auxquelles le demandeur peut ou pourrait prétendre.

L'aide financière du FDCH peut concerner divers aspects de la compensation du handicap : aide humaine, aide technique, aide exceptionnelle et aussi l'aménagement du logement ou du véhicule avec toutefois un plafonnement des aides.

L'instruction du dossier se fait au regard de l'évaluation faite par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH.

En 2011, 185 dossiers ont été traités dans le cadre du FDCH et le montant total des aides accordées s'est élevé à 246 186 €.

Les dispositifs volontaristes départementaux en faveur des adultes handicapés

L'accès au transport

Le transport scolaire des élèves et étudiants handicapés

Sont bénéficiaires les élèves et étudiants reconnus handicapés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), titulaires d'une notification de droit au transport, qui se trouvent dans l'impossibilité d'emprunter le réseau de transport en commun en raison de la gravité de leur handicap⁹. Le dispositif prévoit deux modalités :

Le transport scolaire des élèves et étudiants handicapés

L'objet de ce dispositif est d'offrir un transport adapté aux élèves et étudiants porteurs de handicap, scolarisés en milieu ordinaire.

L'indemnisation de la famille

Les familles qui peuvent assurer le transport scolaire de leurs enfants au moyen de leurs véhicules ou du véhicule d'un tiers, peuvent prétendre à l'indemnisation conformément à l'article R213-14 du code de l'éducation.

Le transport organisé et financé par le Conseil général

Pour les familles qui ne peuvent en aucun cas assurer ou faire le transport elles-mêmes, pour les élèves qui nécessitent un transport en véhicule aménagé (cas des personnes en fauteuil roulant et/ou reconnues par la CDAPH, avec un taux de handicap de + de 80%), le Conseil général peut organiser le transport. Dans ce cas, il désigne un transporteur chargé d'assurer le transport de l'élève ou de l'étudiant entre son domicile et son établissement scolaire.

⁹ Article R.213-13 du code de l'Education

Année scolaire	Nb de bénéficiaires	Dépense allouée	Nb de services
2008-2009	1 171	3 944 591€	204
2009-2010	1 222	3 513 572€	213
2010-2011	1 283	3 802 878€	216
Total 3 années	3 676	11 261 041€	

La prise en charge des dépenses de transport pour les usagers des FAO

Depuis juin 2005, le Département a souhaité que les personnes accueillies dans un FAO bénéficient d'une prise en charge des dépenses de transport entre leur domicile et leur établissement. Deux possibilités s'offrent aux FAO :

- L'achat par le FAO de prestations de transport auprès d'un opérateur privé ;
- L'acquisition de véhicule par le Département, mis à disposition.

Au titre de l'année 2011, 269 personnes, issues de 10 établissements ont bénéficié de ce dispositif, représentant une enveloppe globale allouée de 801 712 €.

Option 1 =>	Achat par le foyer occupationnel de la prestation de transport auprès d'un opérateur privé =	Indemnisation par le Département des frais de roulage à hauteur de 2 € /km + Indemnisation par le Département des frais engagés par les familles ou l'établissement pour les déplacements en transports collectifs								
	OU									
Option 2 =>	Fourniture de véhicule par le Département au foyer occupationnel qui met en œuvre son service de transport = subvention d'équipement aux établissements pour l'acquisition de véhicules selon le barème suivant :	Indemnisation par le Département des frais de roulage à hauteur de 0,90 € /km + Indemnisation par le Département des frais engagés par les familles ou l'établissement pour les déplacements en transports collectifs								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Capacité d'accueil de l'établissement</th> <th>Nbre de véhicule proposé</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10 à 40 personnes</td> <td>1 véhicule de 9 places avec possibilité d'aménagement</td> </tr> <tr> <td>40 à 60 personnes</td> <td>2 véhicules de 9 places avec possibilité d'aménagement</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Jusqu' à 9 places nécessité du permis B au delà le permis transport en commun est exigé</td> </tr> </tbody> </table>	Capacité d'accueil de l'établissement	Nbre de véhicule proposé	10 à 40 personnes	1 véhicule de 9 places avec possibilité d'aménagement	40 à 60 personnes	2 véhicules de 9 places avec possibilité d'aménagement	Jusqu' à 9 places nécessité du permis B au delà le permis transport en commun est exigé		
Capacité d'accueil de l'établissement	Nbre de véhicule proposé									
10 à 40 personnes	1 véhicule de 9 places avec possibilité d'aménagement									
40 à 60 personnes	2 véhicules de 9 places avec possibilité d'aménagement									
Jusqu' à 9 places nécessité du permis B au delà le permis transport en commun est exigé										

Le Pass Transport

Depuis 2007, le Département de la Réunion, apporte une réponse supplémentaire aux besoins des personnes handicapées par le pass transport.

Ses objectifs :

- Faciliter le déplacement des personnes handicapées dans la vie quotidienne ;
- Permettre aux personnes handicapées éligibles au Pass Loisirs d'accéder aux activités offertes dans de meilleures conditions (service personnalisé, respect des horaires, etc.) ;
- Favoriser l'émergence d'une offre de transport individualisée pour les adultes handicapés.

Le Pass Transport prioritairement directement aux adultes handicapés ne nécessitant pas, pour leurs déplacements, de transport adapté et pouvant par conséquent utiliser des véhicules ordinaires. Les chèques Pass Transport sont à utiliser auprès de prestataires affiliés par le Département

En 2011, 8 194 adultes ayant une reconnaissance de leur handicap par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) et qui ne nécessitent pas de véhicule adapté pour leurs déplacements ont, suite à leur demande, bénéficié du Pass Transport (représentant une augmentation d'environ 10 % par rapport à 2010). 2012 est marquée par une stabilisation du nombre de bénéficiaires.

Nombre total de bénéficiaires et dépenses correspondantes

Année	2010	2011	2012
Nb de bénéficiaires	7 456	8 194	8 550
Montant de l'aide allouée	2 236 000€	2 458 200€	2 565 000€

Répartition des bénéficiaires 2012 par arrondissement au 30/04/2012

Arrondissement	Nord	Sud	Est	Ouest	Total
Nb de bénéficiaires	1 997	3 341	1 024	1 835	8 197
Nb d'allocataires MDPH	6 745	10 705	4 351	6 577	28 378

Source : Etude MDPH Réunion – Octobre 2010

Pass transport

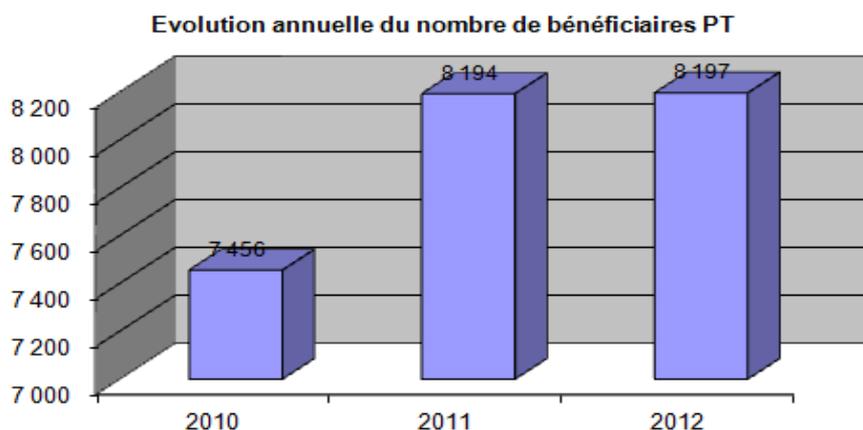
Une aide individuelle annuelle de 300 euros, allouée sous forme de chèques d'une valeur faciale de 3 euros, soit 2 chéquiers de 50 chèques chacun .

Ces « chéquiers » constituent un moyen de paiement et permettent de financer une prestation de transport personnalisée auprès de prestataires affiliés

Le bénéficiaire peut choisir de partager ses titres avec un accompagnateur de son choix.

Ainsi, afin d'offrir aux bénéficiaires une prestation de transport personnalisée et délocalisée sur toute l'île, un partenariat avec un réseau de professionnels du transport à la demande, bien implanté localement a été nécessaire. Le réseau Car Jaunes est affilié depuis 2009 afin de faciliter les déplacements interurbains. En 2011, le Département a conventionné 205 taxiteurs et le réseau Cars Jaunes. Ce nombre est de 250 pour 2012.

L'aide Pass Transports représente 300 euros par an et par bénéficiaire, pour un montant global de **2 565 000 €** (pour une émission de 855 000 chèques de 3 €).



Chiffres 2012. pour la campagne en cours. arrêtés au 30 avril

Au titre de la campagne Pass Transport 2011, le montant des remboursements aux affiliés s'élevait à un total de 1,6 million d'€, correspondant à l'enveloppe prévue au Budget Primitif (estimée sur la base d'un taux de remboursement annuel constaté, lors des campagnes précédentes, d'environ 65%).

L'accès aux loisirs, à la culture et au sport

Depuis 2003, le Département a mis en place, le dispositif Pass Loisirs. Son objectif est d'encourager l'accès du public porteur d'un handicap aux activités sportives, culturelles et de loisirs.

Peuvent bénéficier du dispositif Pass Loisirs :

- Les personnes titulaires de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) ;
- Les personnes titulaires de la pension d'invalidité de catégorie 2 et 3 ;
- Les enfants titulaires de l'Allocation Education Enfant Handicapé (AEEH) ;
- Les personnes âgées de 60 ans et plus, n'émargeant plus à l'AAH pour une pension d'inaptitude (Personnes titulaires vivant à domicile et en établissement) ;

Le Pass loisirs

- Une aide individuelle de 270 € allouée sous forme de chèques d'une valeur faciale de 5 €, soit 2 chèquiers de 27 chèques chacun,
- Ces chèques constituent un moyen de paiement et permettent de financer totalement ou en partie, des activités de loisirs, sport et culture auprès de prestataires
- Le bénéficiaire peut choisir de partager ses titres avec un accompagnateur de son choix.

- Les personnes de 60 ans et plus, n'émergeant plus à une Pension d'Invalidité de catégorie 2 ou 3 pour une pension d'inaptitude.

Le Pass Loisirs est à utiliser, au choix du bénéficiaire, auprès de prestataires d'activités de sport, culture et loisirs agréés par convention avec le Département. En 2011, le Conseil Général a conventionné avec 132 prestataires situés sur toute l'île

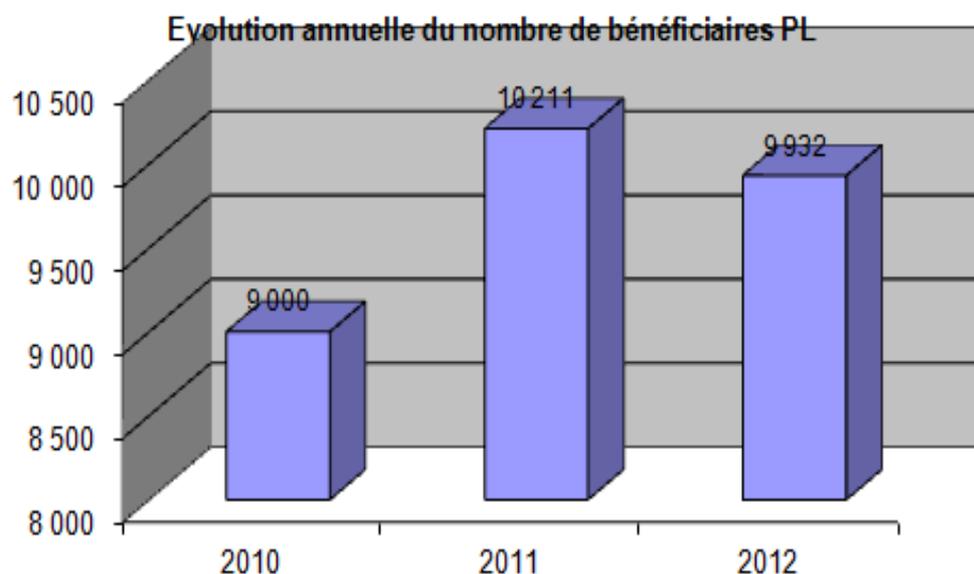
Loisirs	Sport	Culture	Hébergement
68	22	30	12

En 2011, 10 211 personnes ont bénéficié, suite à leur demande, du Pass Loisirs, représentant une augmentation d'environ 13,5 % par rapport à 2010.

Pour 2012, on constate une progression des bénéficiaires (10 325).

Le Pass Loisirs est de 270€ par an et par bénéficiaire. L'aide départementale allouée pour ce dispositif Loisirs 2011 se chiffre à 2 756 970 €.

Année	2010	2011	2012
Nb de bénéficiaires	9 000	10 211	9 932
Montant de l'aide allouée	2 430 000€	2 756 970€	2 681 640€

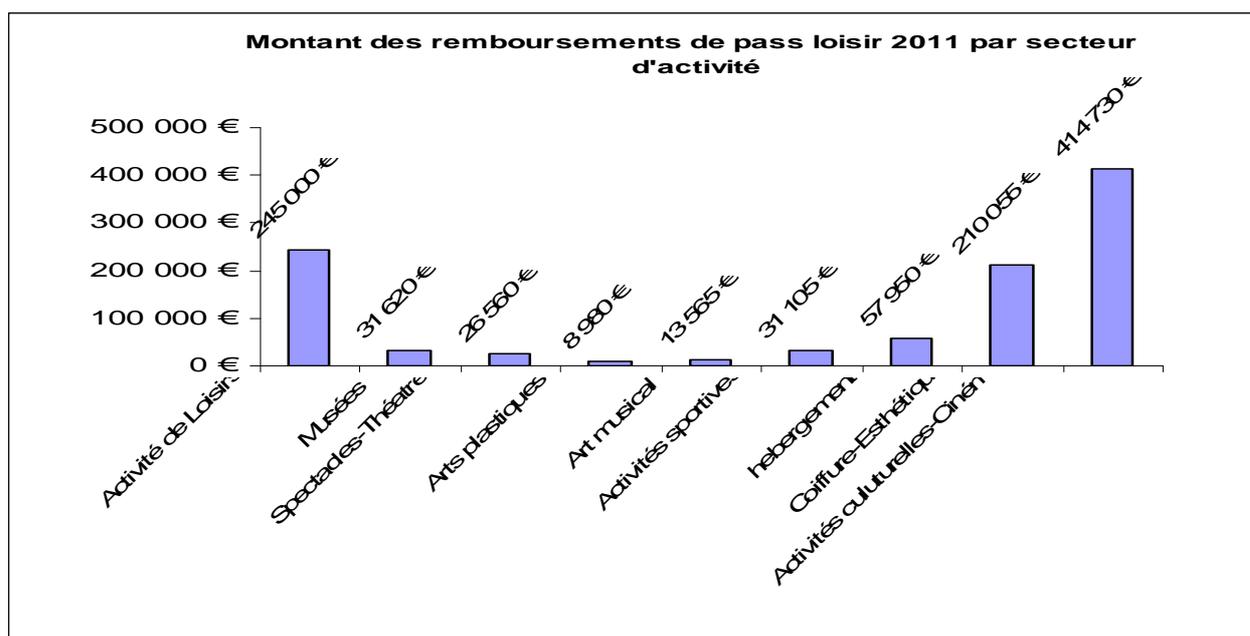


012, pour la campagne en cours, arrêtés au 30 avril 2012.

Arrondissement	Nord	Sud	Est	Ouest	Total
Nb de bénéficiaires	2 335	4 080	1 221	2 296	9 932
Nb d'allocataires MDPH ⁽¹⁾	6 745	10 705	4 351	6 577	28 378

Répartition des bénéficiaires 2012 par arrondissements (au 30/04/2012)

¹Source : Etude MDPH Réunion – Octobre 2010



Répartition au 31/12/2011

Le financement et l'accompagnement des associations

Depuis 2005, le Département a mis en place un régime d'aide départementale aux associations à caractère social œuvrant en faveur des personnes handicapées.

L'intervention de la collectivité, dans ce cadre, a pour objet de soutenir les initiatives portées à la Réunion par les associations, dont l'objet est d'œuvrer en faveur des personnes handicapées autour des projets suivants :

- Actions en faveur de leur autonomie ;
- Actions destinées à faciliter l'insertion sociale et professionnelle de ces publics ;
- Actions développées en vue de rompre leur isolement.

En 2011, 46 associations ont ainsi été financées pour un montant global de 849 196 €.

Les aides départementales à l'amélioration de l'habitat

Les personnes âgées et /ou handicapées ou encore leur accueillant familial peuvent bénéficier, en cas de revenus modestes, de subventions accordées par le Conseil général afin d'améliorer leur résidence principale.

Aide départementale à l'amélioration de l'habitat

Evolution de la consommation des crédits de 2006 à 2011 par microrégion

	2008		2009		2010		2011	
	Subventions	Dossiers	Subventions	Dossiers	Subventions	Dossiers	subventions	Dossiers
Sud	5 026 226,56	537	6 359 793,99	620	11 300 996,00	824	17 783 374,00	917
Est	2 390 897,83	229	3 691 827,90	356	7 584 744,00	552	10 693 936,00	555
Nord	1 205 494,40	116	1 964 120,31	196	3 371 336,00	269	6 098 295,00	322
Ouest	2 474 761,98	255	4 382 399,74	433	6 811 946,00	578	8 437 172,00	448
Totaux	11 097 380,77	1 137	16 398 141,94	1 605	29 069 022,00	2 223	43 012 777,00	2 242

LE BILAN DU SDOSMS 2007-2012

L'amélioration du service rendu aux usagers : la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)

Trois principaux objectifs ont été fixés par le SDOSMS 2007-2011 :

- structurer la MDPH de manière territorialisée,
- assurer un rôle de tête de réseau entre les professionnels de secteur,
- développer son rôle d'observatoire sur l'évolution des besoins et de l'offre de service.

Structuration de la MDPH de manière territorialisée

Depuis sa création à la Réunion, le 13 janvier 2006, la MDPH a connu une progression de son activité de 96% sous l'effet de l'accroissement des demandes de prestation.

Entre 2006 et 2010, 107 000 décisions ont été rendues par la CDAPH, ce qui représente 1 900 dossiers par mois en 2010, 1 500 en 2006. Le budget de la MDPH a également évolué pour tenir compte de l'évolution de l'activité. Toutefois cette augmentation n'a pas eu tous les effets escomptés car une bonne partie des moyens financiers supplémentaires a servi à couvrir le remplacement des emplois non honorés.

En 2009, suite à des difficultés de fonctionnement et de positionnement, la MDPH a mis en place un plan stratégique de développement baptisé AGIR¹⁰. Ce plan détermine les actions de progrès à mener sur trois ans visant à :

- consolider l'outil GIP,
- améliorer la qualité du service rendu aux usagers
- dynamiser le travail en réseau.

La MDPH se structure au service des personnes handicapées et de leurs attentes, en lien direct avec les professionnels et l'ensemble des acteurs du secteur du handicap. Dans ce cadre, dès février 2010, la MDPH se dote d'un nouvel organigramme avec une territorialisation des compétences administratives et évaluatives (Nord-Est, Sud-Ouest et Sud). Cette réorganisation en missions territorialisées ou spécialisées a permis d'ajouter de la proximité avec les différents partenaires sociaux et médico-sociaux intervenant sur ces bassins.

Créée par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, la Maison Départementale des Personnes Handicapées a pour objectif d'offrir un accès unifié aux droits et prestations pour les personnes handicapées au travers de missions d'accueil, d'information, d'accompagnement, de conseil et d'évaluation des besoins.

¹⁰ A : Apporter un accompagnement professionnel de qualité aux personnes handicapées et à leur famille
G : Garantir un fonctionnement stable et sécurisé du GIP
I : Impulser une dimension nouvelle à la collaboration avec les acteurs du réseau handicap
R : Rendre effective la mise en œuvre de la loi du 11 février 2005

Cette nouvelle approche fait l'objet d'une nouvelle présentation dans les rapports d'activités de la MDPH et de la CDAPH.

Un rôle de tête de réseau entre les professionnels du secteur

L'axe 3 du plan stratégique « *Impulser une dimension nouvelle à la collaboration avec les acteurs du réseau handicap afin d'améliorer la qualité de l'information, du conseil, de l'évaluation et du suivi des demandes des personnes handicapées* » illustre clairement l'orientation de la MDPH à devenir la tête de réseau des professionnels du secteur. La MDPH, à travers son plan stratégique insiste par ailleurs sur l'importance de la mise en place d'actions de partenariat.

Des actions de conventionnement sont entamées avec les partenaires sur des problématiques ciblées (public des autistes, handicap en milieu carcéral, insertion professionnelle des personnes sans projet de vie,...). Toutefois, l'absence de moyens humains dédiés au développement et à l'animation globale de ce type d'actions peut être un frein à la mise en œuvre de cette orientation.

Le développement du rôle d'observation sur l'évolution des besoins et de l'offre de service

La *mission d'observatoire*, voulue par le législateur lors de la mise en place de la loi du 11 février 2005 ainsi que par les fondateurs de la MDPH Réunion est devenue une réalité avec la mise en œuvre opérationnelle du nouveau logiciel professionnel de gestion de l'activité en février 2011.

Ce nouveau progiciel permet un traitement plus qualitatif des données liées à l'instruction des dossiers et rend possible la production de données quantitatives et qualitatives sur les personnes handicapées.

La première étude statistique portant sur le recensement de la population handicapée ayant un droit ouvert en octobre 2010 auprès de la MDPH Réunion a été publiée en mars 2011. Cette dernière participe à la connaissance indispensable du public handicapé et répond à l'un des axes majeurs qui fondent le projet de la MDPH : l'observation et le suivi des besoins des personnes handicapées au travers des demandes d'accompagnement qui lui sont adressées. Des prolongements de cette étude sont réalisés en 2012 pour affiner l'analyse sur la pertinence des droits prononcés et les déficiences.

La MDPH travaille également à la *mise en place d'outils destinés à développer la lisibilité en temps réel des places disponibles* en structure d'accueil. Il s'agit en effet d'éviter les situations d'attente prolongée ou d'admission non préparée au sein d'une structure. La création d'un portail partenaire par la MDPH en direction des établissements médico-sociaux pour un suivi en direct des listes d'attente est en cours.

L'offre de prise en charge

Une amélioration qualitative de la prise en charge

La fluidité des parcours

L'amélioration de la qualité de l'accompagnement des personnes handicapées passe par le développement de la continuité des accompagnements, par l'aménagement de temps de transition entre deux modes d'accueil ou deux prestations. A cet effet, les procédures d'admission et de sortie des usagers, définies par différents établissements ou services prévoient la préparation et le temps de transition nécessaire pour assurer la continuité de la prise en charge ou de l'accompagnement. Plusieurs structures prévoient, dans leur projet d'établissement ou de service, la possibilité et les conditions du passage d'un mode d'accueil à un autre (par exemple FAO → ESAT ; FAO → FAM ; FH → SAVS).

Il est important de souligner que le respect du projet de vie des personnes, grâce à la mise en place des outils de promotion des droits des usagers (Conseil de la Vie Sociale, contrat de séjour,...) participe à l'amélioration de la qualité de la prise en charge en établissement.

La prise en charge des jeunes majeurs handicapés de 18 à 20 ans dans les structures pour adultes handicapés posant une réelle difficulté, le Département a, par délibération de sa Séance Publique du 2 novembre 2011, décidé que la prise en charge par l'Aide Sociale des personnes handicapées de moins 20 ans orientées vers un établissement pour adultes ou un service spécialisé (SAVS, SAMSAH) par la CDAPH s'effectue dans les conditions réglementaires applicables aux adultes de plus 20 ans.

Les actions de prévention précoce pour éviter l'apparition et l'aggravation des handicaps

Le suivi des grossesses

Le dépistage de plus en plus précoce des déficiences et des facteurs de risque chez l'enfant à naître doit permettre d'éviter une part importante de situations de handicaps ainsi qu'un meilleur accompagnement des familles au moment de la naissance et autour du développement de l'enfant. Il s'agit de renforcer le suivi des grossesses par les professionnels de santé et les services du Département.

Au sein du Département, le suivi des grossesses est réalisé par le service PMI qui a perdu 4 postes de sages-femmes sur 22 ces 3 dernières années. Néanmoins, le nombre

2007	2008	2009	2010
1 040	1 236	1 175	1 200

d'entretiens prénataux effectués par les sages-femmes de PMI reste stable.

Les difficultés évoquées lors de ces entretiens sont d'avantage d'ordre « psychosociales » que « prévention du handicap ».

Le dépistage précoce par des structures adaptées

Sur la durée du SDOSMS 2007-2011, des moyens ont été alloués pour renforcer le fonctionnement du CAMSP du Sud et accroître le nombre d'enfants pris en charge. L'objectif poursuivi étant d'accentuer le dépistage précoce et de permettre le suivi de l'enfant sur la durée.

A cet effet, les CAMSP polyvalents ont poursuivi ou renforcé très significativement le travail partenarial avec les structures, notamment hospitalières. Par ailleurs, le CAMSP spécialisé dans les déficiences sensorielles a mis en place une coopération étroite avec le CHR Félix Guyon afin de renforcer les moyens mobilisés sur le dépistage et le diagnostic de la surdité. L'objectif est de poser un diagnostic le plus précocement possible afin de permettre une prise en charge rapide et réduire au maximum les difficultés d'intégration des jeunes enfants déficients sensoriels.

Enfin, il est à rappeler l'installation du Centre de Ressources Interrégional sur l'Autisme (CRIA) dont l'une des missions consiste à poser un diagnostic précoce afin d'adapter l'accompagnement proposé et de réduire les troubles liés au handicap.

Bien que l'effectivité de la coopération entre le secteur hospitalier et le secteur médico-social représente un atout, il est à souligner le manque de moyens humains des services de la PMI, l'insuffisance de moyens nouveaux en faveur des CAMSP et une exhaustivité du signalement.

Une évolution de la capacité d'accueil en structures médico-sociales

Un rattrapage sensible du taux d'équipement par rapport à la métropole

Les retards et les insuffisances dans la prise en charge par les établissements d'accueil spécialisés des personnes handicapées (enfants comme adultes) ont conduit à la mise en place d'un plan de rattrapage sur la période 2006-2009, évalué à 29,1 M€ dont 19 millions d'euros au titre de création de places nouvelles (600 places).

Concernant les structures à compétence conjointe, 200 places de FAM ont été programmées sur la période du Plan de rattrapage. Cette programmation a été reprise dans le cadre du SDOSMS 2007-2011 - Volet Handicap complété par voie d'un avenant le 15 décembre 2010.

Parallèlement, dans le cadre du Plan Départemental de Cohésion Sociale (PDCS) 2005-2007, le Département a porté une politique active pour les structures relevant de sa compétence. Ce plan prévoit la création de 200 places de FAO dans un objectif de rattrapage en équipement, portant ainsi à 319 le nombre de places ouverte

Bilan du Plan Départemental de Cohésion Sociale 2005 – 2007

Type	Equipement avant PDCS	Objectif PDCS	Total places autorisées au 31-12-2007	Total places installées au 31-12- 2012	Places non installées (au 31-12-12)
FAO	120	+ 200	335	319	16

Cet effort s'est poursuivi dans le cadre du SDOSMS 2007-2011. Afin de favoriser le rattrapage des retards structurels, l'avenant du 15 décembre 2010 a porté à 110 la programmation de places de FAO sur la période pour répondre aux besoins locaux, portant ainsi le taux d'équipement départemental (nombre de places pour 1000 adultes de 20 à 59 ans) de 0,41 au 1^{er} janvier 2007, à près de 1 en 2011 (1,23 en Métropole en 2007).

L'état d'avancement des objectifs de programmation de création de places est le suivant au 31/12/2012 :

1	2	3	4	5	6	7
Structures (personnes adultes handicapées et compétence départementale)		Objectif actualisé par avenant SDOSMS 2007-2011		Bilan du SDOSMS 2007-2011 au 31 décembre 2012		
Catégorie	Objectif actualisé de Places nouvelles	DONT Objectif actualisé de places financées	Nombre de places autorisées	% de réalisation	Nombre de places financées (= installées)	% de réalisation
<i>Compétence conjointe Etat/Département</i>						
SAMSAH	225	145	175	78%	130	90%
- dont Déficience Visuelle (DV)	50	35	50	100%	40	114%
- dont Lourdemment handicapés	95	50	85	89%	50	100%
- dont Psychiques	80	60	40	50%	40	66%
FAM	180	112	126	70%	74	66%
Expérimentation médicalisation FAO	20	20	0	0%	0	0%
CAMSP	150	Non concerné par l'avenant	31	21%	17	SO
<i>Compétence Département</i>						
FAO/Foyer de vie	110	110	108	98%	27	25%
FHTH	10	10	0	0%	0	0%
SAVS	360 (*)	360 (*)	265	74%	265	74%
<i>Compétence Etat</i>						
CRP	90	Non concerné par l'avenant	0	0%	0	0%
MAS	60	47	53	88%	47	100%
ESAT	240	196	150	63%	120	61%
Centre de Ressource pour l'autisme	1 centre	Non concerné par l'avenant	1 centre	100%	1 centre	SO

CMPP	210	Non concerné par l'avenant	133	63%	115	SO
ITEP	120	53	63	53%	31	58%
IEM	40	Non concerné par l'avenant	24	60%	24	SO
CEAP	40	Non concerné par l'avenant	22	55%	22	SO
IME (IMP + IMPRO)	150	111	181	121%	181	163%
SESSAD (dt SESSAD pro)	300	175	200	66%	200	114%

(*) dont 80 places pour la transformation de places de SSA existantes en places de SAVS

Attention : la terminologie des places autorisées, financées, installées n'a pas la même signification pour le Conseil général et l'ARS. Pour l'ARS ne peuvent être autorisées des places que si les crédits sont disponibles. Dans le cas contraire, il s'agit d'un refus d'autorisation faute de financement. Aussi, la colonne 4 correspond pour l'ARS à l'ensemble des places autorisées, et donc financées. La colonne 6 correspond aux places installées. L'écart entre la colonne 6 et la colonne 4 est lié au délai de mise en œuvre des mesures.

Une diversification des modes de prise en charge

Sur la période 2007-2011, la diversification des modes de prise en charge s'est réalisée à travers :

- la création de services d'accompagnement, d'accueil séquentiel et temporaire dans les établissements,
- le développement de l'accueil temporaire en famille d'accueil,
- un meilleur accompagnement des handicaps spécifiques.

Les services d'accompagnement

265 places en Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et 130 places en Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) ont été ouvertes depuis fin 2006.

Ces deux types de services proposent des modes de prise en charge diversifiés selon chaque situation. Leurs prestations peuvent être réalisées en milieu ordinaire ou protégé, à domicile, sur les lieux où s'exercent les activités sociales, scolaires ou professionnelles de la personne handicapée, ou le cas échéant, dans les locaux mêmes de ces services.

La mise en œuvre d'accueil séquentiel et temporaire dans les établissements

Développer les places d'accueil d'urgence et généraliser le développement de places d'hébergement temporaire au sein des établissements étaient deux actions fortes inscrites dans le SDOSMS 2007-2011

La mise en place de structures d'accueil séquentiel est venue étoffer l'offre existante. Ces places font l'objet d'un projet spécifique qui s'intègre au projet global de l'établissement. Elles répondent aux difficultés des familles qui se heurtent à des réponses et des modes

d'accompagnements cloisonnés. Ces capacités nouvelles permettent d'assurer l'accompagnement en milieu de vie ordinaire des personnes handicapées, tout en apportant, au travers de l'accueil temporaire, une réponse au besoin de répit familial. Cependant, il est à relever un manque de lisibilité des objectifs de cet accueil.

Ont été créés depuis 2006 :

- 12 places d'accueil temporaire en MAS et 8 places en FAM d'accueil temporaire (dont 2 places d'accueil d'urgence),
- 10 places d'AT supplémentaires pour enfants.

Développement de l'accueil à temps partiel en accueil familial

Les places en accueil partiel sont stables et restent concentrées dans le Sud du Département. Sur l'exercice 2009, sur 155 demandes d'accueil à temps partiel, 101 ont été satisfaites, soit un taux d'occupation de 65%. Compte tenu de ces chiffres, l'offre proposée dans le Sud apparaît comme suffisante.

	2008	2009	2010	2011	2012
places en temps partiel PA/PH	31	33	34	34	36

En septembre 2012, les équipes médico-sociales (EMS) du Sud ont enregistré 32 places en accueil à temps partiel pour 16 personnes accueillies.

	Capacité d'accueil à temps partiel			Nombre de personnes accueillies		Places non utilisables portées à la connaissance des services
	PA-PH	PA	PH	PA	PH	PA ou PH
Entre-Deux	1					
Petite-Ile	3			1		
Saint-Joseph	11			6	1	2
Saint-Philippe	1					
Saint-Pierre	113			4	4	4
Actions de santé de Saint-Pierre	29	0	0	11	5	6
Total		29		16		6

	Capacité d'accueil à temps partiel			Nombre de personnes accueillies		Places non utilisables portées à la connaissance des services
	PA-PH	PA	PH	PA	PH	PA ou PH
Avirons	0					
Cilaos	0					
Etang-Sale	0					
Saint-Louis	1			1		
Tampon	2					1
Actions de santé de Saint-Louis	3	0	0	1	0	1
Total		3		1		1

Cependant, il faut souligner que le développement de l'accueil partiel est difficile dans les autres régions de l'île pour diverses raisons :

- des besoins moins intenses du fait d'un nombre d'accueillants familiaux moins important,
- une faible demande faite par les accueillants : + 40% des accueillants ont 1 seule place,
- de fortes contraintes dans la gestion administrative et financière des accueils,
- un manque d'attractivité financière.

Toutefois, un plan de communication et d'information pourrait faire évoluer ce type d'accueil, dont la plus value est de pouvoir cumuler l'agrément à temps partiel à une activité professionnelle, ce qui est impossible avec un agrément à temps complet.

Un accompagnement diversifié et coordonné de handicaps spécifiques

Centre de ressources pour l'autisme pour les personnes souffrant de TED

Afin d'assurer le repérage des besoins et le diagnostic, la mise en place du Centre de ressources pour l'autisme pour les personnes souffrant de TED figurait parmi les orientations fortes du SDOSMS 2007- 2011.

En 2007, l'ouverture du Centre de Ressources pour l'Autisme, permet d'améliorer le diagnostic, et donc d'adapter l'offre médico sociale. Ce qui se traduit par :

- un nouvel établissement pour enfants autistes (33 places installées)
- création de 14 places pour autistes dans des établissements pour déficients intellectuels
- 20 places par requalification sur le secteur enfance
- 1 FAM de 48 places à destination des adultes TED
- 1 structure expérimentale (ABA)

Une offre de service spécifiquement dédiée

Pour les personnes atteintes de troubles psychiques, la validation de l'avenant au SDOSMS permet le développement d'une offre spécifique à ce type de public. Une programmation de

80 places de SAMSAH psychique est actée (autorisation en cours de 24 places de SAMSAH psychique).

Concernant la déficience visuelle, ouverture d'un SAMSAH spécifique de 25 places en date du 15 décembre 2008 à St Denis.

Concernant la déficience auditive, on a enregistré en 2007, l'ouverture d'un SAVS intervenant sur l'ensemble du territoire.

Le développement des modes alternatifs d'accueil : en milieu scolaire

L'accueil dans les meilleures conditions possibles des enfants handicapés en milieu scolaire, le développement des modes alternatifs de scolarisation et la diversification des parcours scolaires étaient des objectifs importants du SDOSMS 2007-2011.

Un meilleur accompagnement des élèves et des familles

Une meilleure information des parents d'élèves a été assurée au sein de l'académie grâce à la mise à disposition de 26 enseignants référents chargés de la mise en œuvre des projets personnalisés des élèves. Au 31 décembre 2010, 3 313 élèves handicapés bénéficient d'un suivi scolaire. A titre de comparaison, ils étaient 2 414 en 2005. 938 sont en unités d'enseignement. Il est également important de souligner le renforcement des partenariats entre les écoles et les établissements spécialisés pour harmoniser les temps de prise en charge alternatifs et les objectifs poursuivis (une dizaine de conventions de partenariats sont à dénombrer).

La loi du 11 février 2005 donne le droit aux familles de scolariser leur enfant dans l'école de leur secteur. Elle offre en outre la possibilité d'élaborer un projet personnalisé de scolarisation en fonction de l'évaluation des besoins par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH. Ce projet personnalisé de scolarisation peut prévoir un accueil alternatif entre le milieu ordinaire que représentent l'école, le collège, le lycée, et l'établissement qui assure le suivi éducatif et thérapeutique de l'enfant ou de l'adolescent.

Un accompagnement spécifique des troubles envahissants du développement

S'agissant plus particulièrement des troubles envahissants du développement et de l'autisme, la création du Centre Interrégional de l'autisme a favorisé une meilleure connaissance des différentes possibilités d'accompagnements à mettre en place. La création du service comportemental spécialisé en est par ailleurs une illustration forte au travers la méthode ABA, dans le respect du plan Autisme 2008-2010, dans le cadre de partenariats liés avec les établissements scolaires afin d'adapter la prise en charge de l'enfant dans la perspective d'un retour à une scolarisation en milieu ordinaire. A cet effet, la formation sur les TED et l'autisme d'environ 150 enseignants spécialisés et des directeurs d'école a été réalisée. De plus, depuis 2008, en liaison avec les établissements médico-sociaux, 5 CLIS TED ont ouvert sur le département. Des créations d'unités d'enseignement TED ont été effectuées. Enfin, il est à

souligner la création au sein des établissements sociaux et médico-sociaux pour enfants d'unités spécifiques TED, s'accompagnant de moyens dédiés permettant d'adapter les accompagnements institutionnels.

A ce jour, une prise en compte réelle du projet personnalisé de scolarisation de l'élève a permis une amélioration des conditions de scolarisation et des suivis éducatifs et thérapeutiques. Cependant, le manque de moyens (humains, financiers, ...) pose ses limites. De nombreux parents se trouvent encore démunis pour assurer la prise en charge de leur enfant et présentent un fort besoin d'accompagnement. De plus, au-delà de l'insertion en milieu scolaire, l'objectif de l'insertion professionnelle est rendu délicat.

L'amélioration de la vie quotidienne en milieu ordinaire

L'amélioration et l'adaptation de l'habitat

Le maintien à domicile des personnes handicapées passe également par l'amélioration et l'adaptation de leur habitat afin de leur permettre de vivre dans un cadre de vie adapté. Plusieurs actions ont été mises en œuvre par le Département afin de promouvoir l'amélioration et l'adaptation de l'habitat des personnes âgées et des personnes handicapées :

Encourager l'offre de logements au sein des réalisations neuves et dans les programmes d'amélioration de l'habitat

Malgré l'intervention du Département de la Réunion, peu de projets proposant une offre de logements réservés aux personnes âgées au sein des réalisations neuves et dans les programmes d'amélioration de l'habitat ont été présentés par les bailleurs sociaux.

Renforcer la concertation entre le Conseil général et les bailleurs sociaux

A travers la concertation menée dans le cadre des conventions d'utilité sociale la sensibilisation des bailleurs sociaux a été régulièrement faite. En effet, le Département a fait inscrire dans le programme d'actions avec ceux-ci la transformation des logements en lien avec le vieillissement des locataires concernés (notamment accessibilité salle de bain et problématique de mobilité vers des logements en rez-de-chaussée). Toutefois, les bailleurs mobilisent encore insuffisamment de fonds sur ces aspects et le nombre de logements adaptés reste très largement insuffisant au regard des besoins.

Améliorer la prise en charge financière dans le cadre de l'aide à l'amélioration de l'habitat

Un renforcement de la participation départementale qui se traduit par :

- Une augmentation de l'enveloppe financière consacrée à l'amélioration de l'habitat

2008	2009	2010
12 M€	16,9 M€	27 M€

- Une évolution du règlement départemental plus favorable

La subvention a été portée en 2010 à un maximum de 20 000 € par ménage. Sont pris en charge l'intégralité des travaux demandés par les familles d'accueil social ayant en charge les personnes âgées et les personnes handicapées.

- Une évolution de l'organisation

Le développement de la gestion directe en 2010 et la mise en place de 46 points d'accueil (information et montage des dossiers ont permis d'augmenter significativement le nombre de dossiers et de réduire les délais de traitement des dossiers d'amélioration d'habitat.

2008	2009	2010
1 200	1 609	2 157

60 % des demandes concernent les PA-PH. La quasi-totalité des projets les concernant contiennent au moins une problématique d'accessibilité (essentiellement salle de bain) et permettent le maintien à domicile de ces personnes.

Ce renforcement du dispositif d'aide à l'amélioration de l'habitat intervient alors que le désengagement de l'Etat impacte fortement ce public (plus de possibilité de prendre en charge les gros projets).

Encourager l'offre de logements au sein des réalisations neuves et dans les programmes d'amélioration de l'habitat

Peu de projets proposant une offre de logements réservés aux personnes handicapées (et aux personnes âgées) au sein des réalisations neuves et dans les programmes d'amélioration de l'habitat ont été présentés par les bailleurs sociaux, malgré l'intervention du Département de la Réunion, en lien avec les modalités de financement encore insuffisamment attractives (chiffres à compléter par la Direction de l'Habitat).

Renforcer la concertation entre le Conseil général et les bailleurs sociaux

La sensibilisation des bailleurs sociaux est régulièrement faite, notamment à travers la concertation menée dans le cadre des conventions d'utilité sociale, où le Département a fait inscrire dans le programme d'actions des bailleurs sociaux la transformation des logements en lien avec le vieillissement des locataires concernés (notamment accessibilité salle de bain et problématique de mobilité vers des logements en rez-de-chaussée). Toutefois, les bailleurs mobilisent encore insuffisamment de fonds sur ces aspects et le nombre de logements adaptés reste très largement insuffisant au regard des besoins.

L'accessibilité

En effet, l'accessibilité est considérée comme une condition primordiale pour permettre à tous d'exercer les actes de la vie quotidienne et de participer à la vie sociale. C'est pourquoi, la loi prévoit le principe d'accessibilité généralisée, quel que soit le handicap (physique, sensoriel, mental, psychique, cognitif, polyhandicap).

Par ailleurs, la loi a étendu l'obligation d'accessibilité à toute la chaîne du déplacement : la personne handicapée doit pouvoir accéder à tous les bâtiments recevant du public et évoluer de manière continue, sans rupture (aménagement de voiries, accès aux transports en commun...). Des obligations de résultats et de délais à observer ont été fixées et des sanctions prévues en cas de non-respect des règles. Enfin, une commission communale ou intercommunale d'accessibilité doit être constituée dans toutes les collectivités de plus de 5 000 habitants, permettant d'associer les personnes handicapées à la mise en œuvre de cette accessibilité.

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a apporté des évolutions importantes visant à répondre aux attentes des personnes handicapées. Notamment, elle définit les moyens de la participation des personnes handicapées à la vie de la cité en créant l'obligation de mise en accessibilité des bâtiments et des transports dans un délai maximum de dix ans.

Cette problématique de l'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite a été reprise dans le SDOSMS 2007-2011 à travers notamment les deux orientations suivantes :

- La mise en place d'une action volontariste concertée dans le domaine des transports,
- Une offre de transport à caractère médico-social.

La mise en place d'une action volontariste départementale dans le domaine du transport

- Schéma directeur des transports départementaux :

Il était prévu la mise en place d'un groupe de projet au niveau départemental. Dans la pratique, cela ne s'est pas réalisé de façon formelle. En revanche, ces problématiques ont été abordées de manière exhaustive dans le cadre de la démarche d'élaboration d'un Schéma Directeur d'Accessibilité des transports départementaux, pilotée par la Direction des Déplacements et de la Voirie. Cette démarche a permis, grâce à un large partenariat (AOT, acteurs du transport, associations représentant tous les types de handicap, MDPH, DASI, GIHP, ...), d'établir un diagnostic partagé et exhaustif de l'accessibilité dans les transports, de mener une large concertation, et d'aboutir à un plan d'actions pour améliorer le niveau d'accessibilité.

- Transport des élèves et des étudiants handicapés :

La Direction Départementale de la Voirie (Service Gestion des Transports) met en œuvre la compétence départementale en matière de transports des élèves et étudiants handicapés. Si le Département de la Réunion met effectivement en place le remboursement des familles qui choisissent de transporter elles-mêmes leurs enfants porteurs de handicap, il va également au-delà de cette compétence obligatoire de financement, en organisant lui-même le transport des élèves et étudiants handicapés sur toutes les communes de l'île.

Ce choix lui a permis d'optimiser les coûts mais aussi la qualité exigée en faveur de ce public. Ce transport qui fait l'objet de contrats avec 13 entreprises est effectué grâce à 184 véhicules de type taxis, 5 ambulances, et 19 véhicules aménagés.

- Dispositif d'aides financières aux communes et leur CCAS pour leurs actions de mise en accessibilité

Depuis 2009, le Département a mis en place un dispositif incitatif et novateur d'aides financières aux communes et aux CCAS pour leurs actions de mise en accessibilité (transport et bâti), dans le cadre du Contrat de Coopération Communal 2008-2010. Cela se traduit par le financement de l'acquisition d'1 à 2 véhicules (selon le nombre d'habitants), jusqu'à 85 % du coût global HT de l'opération. A la clôture du dispositif, 9 véhicules financés en faveur de 7 communes, pour un montant global de 399 071 euros.

Une offre de transport à caractère médico-social

Au niveau du Département, *un dispositif volontariste a été mis en place en direction des usagers des FAO* afin d'assurer la prise en charge de leur frais de transport (décision CP n° 926 du 21 décembre 2005). Il acte le financement de véhicules adaptés avec prise en charge des frais de roulage à hauteur de 0,90 € le km ou d'une prestation de transport à hauteur de 2 € le km. Un soutien technique à la vérification des circuits d'acheminement des publics concernés vers les Foyers d'Accueil Occupationnel est également assuré (DDV- Service Gestion des transports), se concrétisant par la vérification des itinéraires et l'optimisation des trajets (temps et parcours). Au titre de 2009, 8 FAO ont été financés, pour un montant global de 701 000 € et concernant environ 271 usagers.

Ce dispositif répond à une réelle difficulté à laquelle sont confrontées les familles et les FAO, pour l'accueil de leurs usagers dans de bonnes conditions, quel que soit leur lieu de résidence (maillage du territoire). Toutefois ce dispositif se heurte aux difficultés suivantes :

- une maîtrise du coût pour le Département,
- une procédure en interne à améliorer, pour réduire les délais d'instruction, tout en prenant en compte le manque de moyens humains nécessaires pour la vérification des circuits,
- des difficultés à réduire les temps de transport collectif dans certains territoires (notamment Ouest) compte tenue par leur taille et leur géographie (problématique de la desserte des écarts).

Dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), les associations ont été conduites à travailler au travers de coopération inter associatives, sur une amélioration des modalités d'organisation des transports, pour en réduire les durées. La problématique est particulièrement sensible pour les enfants, et dans les territoires de desserte très vastes des établissements.

A noter que les évolutions réglementaires permettent désormais le financement des transports pour les MAS et les FAM.

PLAN D'ACTION

Plan détaillé

ORIENTATION I : FAVORISER L'EXERCICE DES DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES HANDICAPEES	54
Thématique 1 : Favoriser un environnement de vie permettant à la personne d'exercer sa pleine citoyenneté	54
Axe 1 : Mieux informer pour mieux accompagner	54
Axe 2 : Vivre chez soi, demeurer dans son environnement	60
Axe 3 : Se former, travailler, demeurer dans son emploi	68
Axe 4 : Favoriser l'accessibilité	78
Thématique 2 : Inscrire la prévention en tant qu'axe incontournable de l'autonomie	83
Axe 1 : Dépister, diagnostiquer et orienter	83
Axe 2 : Accompagner la parentalité	101
Axe 3 : Protéger et accompagner les personnes vulnérables	105
ORIENTATION II : ACCOMPAGNER LE PROJET DE VIE DES PERSONNES HANDICAPEES	114
Thématique 3 : Développer des modalités de prises en charges inscrites dans la continuité des projets individuels	114
Axe 1 : Privilégier l'accueil en établissement aux adultes handicapés pour lesquels un projet d'autonomie en milieu ordinaire n'est pas réalisable, ou présentant des restrictions extrêmes d'autonomie	114
Axe 2 : Accompagner l'évolution des pratiques professionnelles	122
Thématique 4 : Améliorer la qualité de la prise en charge et favoriser la bientraitance des personnes	130
Axe 1 : Soutenir les aidants	130
Axe 2 : Développer une approche coordonnée des réponses apportées aux personnes handicapées	132
Thématique 5 : Poursuivre la mise en adéquation de l'offre d'accueil en établissement au regard des besoins repérés	135
Axe 1 : Equilibrer l'offre	135
Axe 2 : Améliorer la qualité de l'offre	141
ORIENTATION III : GARANTIR LA MISE EN ŒUVRE DU SCHEMA	150
Thématique 6 : Assurer la mise en œuvre et l'évaluation du schéma	150
Axe 1 : Rendre compte et lisible l'action conduite	150
Axe 2 : Mettre en place des outils de régulation	151
Thématique 7 : Développer une politique globale dans le champ de l'autonomie des personnes handicapées	152

ORIENTATION I – FAVORISER L'EXERCICE DES DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES HANDICAPEES

Thématique 1 – Favoriser un environnement de vie permettant à la personne d'exercer sa pleine citoyenneté

Axe 1 – Mieux informer pour mieux accompagner

Fiche 1

Informer de manière pertinente adaptée et
accessible

Fiche 2

Aider à la recherche de places en
établissement

Axe 2 – Vivre chez soi, demeurer dans son environnement

Fiche 3

Favoriser l'accès à un logement adapté

Fiche 4

Favoriser l'adaptation du logement

Fiche 5

Améliorer la qualité des services d'aide à
domicile

FICHE N°1

ORIENTATION I : FAVORISER L'EXERCICE DES DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES HANDICAPEES

Thématique 1 : Favoriser un environnement de vie permettant à la personne d'exercer sa pleine citoyenneté

Axe 1 : Mieux informer pour mieux accompagner

Informer de manière pertinente, adaptée et accessible

→ Rappel de la problématique

Un des facteurs de qualité d'une politique en faveur de l'autonomie réside dans la capacité des personnes et leur entourage à se repérer dans les dispositifs existants. Leur complexité et la multiplicité des acteurs rendent difficile l'accès à une information claire et accessible pourtant indispensable à l'exercice des droits.

La loi du 11 février 2005 instaure le principe du guichet unique pour faciliter l'accès aux droits et prestations des PH. La Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) doit exercer au niveau du département les missions suivantes :

- Une mission d'information : informer les PH et leurs familles sur les aides et prestations ainsi que sur le dispositif mis en place par la loi du 11 février 2005 ;

- Une mission d'accueil : accueillir les PH et leurs familles dans un lieu unique, les écouter afin de les guider dans la formulation de leur projet de vie et de leur demande de compensation du handicap ;

- Une mission d'accompagnement et de conseil : accompagner les personnes handicapées et leurs familles dès l'annonce du handicap et tout au long de son évolution (cohérence des parcours individuels).

A la Réunion, consolider le rôle de guichet unique d'accueil des personnes handicapées est l'un des objectifs visé par le plan stratégique « AGIR » 2009-2011 de la MDPH. Toutefois, le besoin d'une information accessible et partagée est aussi mis en avant :

- Une méconnaissance des dispositifs d'action sociale et des personnes handicapées restent à la marge d'une action sociale dont ils auraient pourtant besoin ;

- Un foisonnement d'information mais malgré tout, l'information disponible reste encore dispersée et insuffisamment repérée. Les réseaux d'information doivent aussi mieux se structurer.

→ Public concerné

Personnes handicapées et leur entourage, grand public
Professionnels, associations, élus

→ Partenaires associés

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	<p>1 – Créer un espace collaboratif interinstitutionnel qui permettrait aux acteurs intervenant dans le champ du handicap d'avoir à disposition toutes les informations nécessaires ou encore d'échanger avec d'autres professionnels.</p> <p><u>Organisation et fonctionnement</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - désignation par chaque acteur d'un référent qui serait chargé de la communication institutionnelle (mise à jour les outils communs, ...), - animation et coordination des référents par le Département, en lien avec la MDPH. <p><u>Composition</u> : ensemble des acteurs intervenant sur le public des personnes handicapées : services de l'Etat, ARS, CCAS, représentants d'usagers, ...</p> <p><u>Outils à mettre en place</u></p> <p>Plusieurs outils devront être mis en place dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un portail Extranet en direction des professionnels ; - un portail Internet en direction des personnes handicapées et de leur famille. Cet outil, serait un site de référence des dispositifs existants pour les personnes handicapées à la Réunion. Il comporterait des liens hypertextes auprès des différents partenaires. Le volet sanitaire et social y serait inclus. 	durée du schéma
	<p>2 - Contribuer à l'information générale du public sur les droits à compensation (MDPH)</p> <p>Optimiser la mission d'accueil du public (n° vert, accueil sur place sans ou avec rendez-vous) par la mise en place du portail MDPH pour les usagers (accès à leur droit et au suivi de leur demande) et les permanences tenues par les associations d'usagers (espace partenarial intégré à la MDPH) ;</p> <p>Poursuivre l'information en direction des usagers et des partenaires : plaquette, affiches, presse, valisette manifestation.</p>	durée du schéma
	<p>3 - Mettre en place une charte Qualité d'accueil des personnes handicapées dans les administrations par la MDPH</p> <p>Cette charte portera notamment sur la qualification des agents à l'accueil des personnes handicapées et plus largement des personnes en difficulté de communication (sensibilisation sur l'accueil des personnes handicapées quel que soit le handicap, formation au langage des signes ainsi que sur la représentation des handicaps, ...).</p> <p>Dans ce cadre, les acteurs (collectivités, institutions, organisme de CGSS,...) devront assurer la formation de leurs agents d'accueil recevant des personnes handicapées au travers :</p>	durée du schéma

	<ul style="list-style-type: none"> - de formations de base permettant de bien connaître les prestations et les dispositifs de son organisme ou de son institution (+ formations actualisant leurs connaissances), - d'un tronc commun de formation pour l'ensemble des agents chargés de l'accueil en lien avec le CNFPT et les autres organismes de formation de la fonction publique, - de « stages découvertes » des agents de la MDPH et des membres de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) accueillant des personnes handicapées. <p>4 – Mettre en œuvre une politique d'information et de communication adaptée par le Département</p> <p>Développer de nouvelles modalités d'information du public et des professionnels</p> <p>Mener une réflexion sur les conditions optimales de fonctionnement d'un portail Internet dédié au maintien de l'autonomie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • mise en place d'un groupe de travail sur le repérage des besoins d'information et l'élaboration d'un cahier des charges, • engagement du marché public, • mise en place du site Internet ; <p>Améliorer les outils existants : simplifier les procédures et les demandes de prestations ou dispositifs légaux et facultatifs (demandes dématérialisées,...) ;</p> <p>Améliorer l'information institutionnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> - poursuivre l'information en direction des partenaires sur les prestations, les dispositifs et les procédures existant, y compris à travers l'animation et la coordination de l'espace collaboratif interinstitutionnel, - veiller à la diffusion et à l'actualisation du Règlement des Interventions Sociales Départementales, - poursuivre la réalisation et la diffusion du magazine télévisé « Lien social » car ce mode de communication permet d'informer le public sujet à l'illettrisme, - identifier, formaliser et systématiser le circuit de diffusion des brochures d'information, - adhérer à la charte Qualité d'accueil des personnes handicapées dans les administrations. 	durée du schéma
RESULTAT	Améliorer l'information des usagers et des professionnels Structurer et diversifier les dispositifs d'information	
INDICATEURS	Création de l'espace collaboratif interinstitutionnel Mise en place du portail extranet et intranet interinstitutionnel Mise en place du portail internet du Département Nb de formation sur l'accueil des personnes handicapées	

	Portail des usagers MDPH Nombre de signataires à la charte Qualité d'accueil des personnes handicapées dans les administrations	
PILOTE	MDPH, DPAPH	

ORIENTATION I : FAVORISER L'EXERCICE DES DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES HANDICAPEES**Thématique 1 : Favoriser un environnement de vie permettant à la personne d'exercer sa pleine citoyenneté**Axe 1 : Mieux informer pour mieux accompagner**Aider à la recherche d'une place en établissement et en accueil familial****→ Rappel de la problématique***La prise en charge en établissement*

L'admission d'une personne handicapée en établissement peut s'avérer difficile pour les familles par méconnaissance des structures existantes ou des places vacantes. Les disponibilités ne sont pas suffisamment médiatisées, ce qui peut générer une multiplication des démarches de la part des usagers. La MDPH a commencé à développer des outils de suivi des décisions de la CDAPH en matière d'orientation en établissement et services en faveur des personnes handicapées ; ce travail reste à conforter par une coordination renforcée avec les établissements.

La prise en charge en accueil familial

Le parcours pour une admission en famille d'accueil est aussi difficile notamment :

- les usagers manquent d'information sur les places disponibles. Pourtant, en application de l'article 2 de la loi du 17 juillet 1978 modifié par l'ordonnance n°2005-650 du 6 juin 2005, la liste des accueillants familiaux est un document administratif communicable de plein droit par le Conseil Général à tout usager qui en fait la demande. Une telle liste permettrait à l'utilisateur de savoir quelles sont les disponibilités mais elle n'existe pas encore à La Réunion
- à chaque fois qu'il fait une demande dans une nouvelle microrégion, l'utilisateur doit reconstituer un dossier pour fournir exactement les mêmes informations.

→ Public concerné

Personnes handicapées, familles, professionnels

→ Partenaires associés

Gestionnaires d'établissements, Département, ARS, groupement de Coopération Sanitaire (GCS) TESIS

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	<p>Portail partenaire MDPH (système d'information interfacé) avec les établissements et services permettant de disposer :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'une photographie des places disponibles, - d'un suivi des listes d'attente et des places vacantes en établissement basé sur la notification, - outil de suivi des décisions d'orientations en établissement et services de la CDAPH . <p>Améliorer la qualité de réponse aux demandes des usagers</p> <ul style="list-style-type: none"> - Veiller à l'adhésion de l'outil par le biais des CPOM - Harmonisation des bases de données des établissements - Communiquer sur cet outil auprès des usagers et des familles <p>Réaliser et mettre à disposition des usagers la liste des accueillants familiaux ;</p> <p>Simplification et harmonisation des procédures liées à l'accueil familial</p> <p>Groupe de travail à mettre en place au Département (Equipe médico-sociale, EMS, et service départemental d'accueil familial, SDAF)</p> <p>Anticiper les demandes d'admission à l'aide sociale</p> <p>Information des usagers et de leur famille sur les ouvertures des droits de l'aide sociale à l'hébergement (validité de 3 ans) afin que la demande soit constituée en amont du besoin d'hébergement (accueil temporaire, urgence, temps plein).</p>	<p>à compter de 2013</p> <p>durée du schéma</p> <p>2013</p> <p>2013 / 2014</p> <p>durée du schéma</p>
RESULTAT	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi et accessibilité des places disponibles, mise à jour en temps réel afin de faciliter les démarches d'admission en établissement et en famille d'accueil - Optimisation de la gestion des places - Amélioration de la qualité de l'information des personnes et des familles - Visibilité accrue pour le Département et l'ARS quant à l'occupation des places autorisées et installées 	
INDICATEURS	<p>Mise en place du système d'information interfacé MDPH avec les établissements</p> <p>Nombre de personnes accompagnées grâce à cet outil</p> <p>Intégration dans les CPOM de cet outil (nb)</p> <p>Réalisation et diffusion de la liste des accueillants familiaux</p>	

FICHE N° 3

ORIENTATION I : FAVORISER L'EXERCICE DES DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES HANDICAPÉES

Thématique 1 : Favoriser un environnement de vie permettant à la personne d'exercer sa pleine citoyenneté

Axe 2 : Vivre chez soi, demeurer dans son environnement

Favoriser l'accès à un logement adapté

→ Rappel de la problématique

L'adaptation de l'habitat constitue le premier outil de prévention dans l'accompagnement des handicapés à domicile. Les besoins ont évolué sous l'effet conjugué de l'aspiration croissante à vivre chez soi ou en milieu ordinaire des personnes handicapées.

Cette problématique est prise en compte à travers la mise en œuvre de la garantie du Département aux emprunts contractés par les bailleurs sociaux pour l'obtention de laquelle ces derniers s'engagent à favoriser l'accessibilité aux personnes à mobilité réduite. L'amélioration de leurs conditions de vie et de logement représente un axe essentiel du schéma départemental, dans la continuité des actions menées dans le cadre du SDOSMS volet personnes handicapées 2007-2011.

→ Public concerné

Personnes handicapées

→ Partenaires associés

Bailleurs / ARMOS / services du CG / MDPH / CAUE / CGSS / Chambre des métiers, DEAL, association Soleil, architectes spécialisés dans le logement adapté

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer la concertation entre le Conseil Général et les bailleurs sociaux - Coordonner les services du Conseil Général pour commander une adaptabilité correspondant aux besoins et à la demande sur le contingent départemental - Réaliser une information coordonnée et régulière des partenaires et des professionnels en contact avec les publics concernés - Demander dans le cadre de l'octroi de la garantie départementale un bilan annuel aux bailleurs sur les opérations en termes d'accessibilité et d'adaptabilité des logements aux personnes handicapées - Evaluer le besoin en lien avec les services du Département et les 	<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;"> durée du schéma </div>

	<p>autres partenaires</p> <ul style="list-style-type: none"> - Créer une « bourse du logement adapté » qui permettrait de rapprocher l'offre de la demande de logement adapté. - L'accès au logement autonome des personnes handicapées doit également être soutenu par : <ul style="list-style-type: none"> . le développement de l'intermédiation locative (DEAL, DJSCS, Département) . le développement de résidences d'accueil pour personnes souffrant de pathologies psychiatriques ou de handicap psychique (DJSCS, DEAL, Département) . la construction de partenariats entre établissements et services sociaux et médico-sociaux et bailleurs sociaux pour l'accès à des logements réservés dans le cadre de la concrétisation de projets d'autonomisation, avec mobilisation le cas échéant de l'accompagnement des SAVS ou SAMSAH (DEAL, Département, ARS, association Soleil) 	} durée du schéma
RESULTAT	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer les conditions de vie des personnes handicapées dans le cadre d'un logement adapté - Favoriser l'accès à un logement adapté, la mixité générationnelle et le relogement de ces personnes et de leur famille. 	
INDICATEURS	<ul style="list-style-type: none"> - Nb de logement en direction des PH dans les constructions neuves - Nb de logements adaptés supplémentaires - Nb de logements adaptés sur le contingent départemental - Nb de logement ancien ayant fait l'objet d'une adaptabilité 	
PILOTE	Département (Direction de l'Habitat)	

ORIENTATION I : FAVORISER L'EXERCICE DES DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES HANDICAPEES**Thématique 1 : Favoriser un environnement de vie permettant à la personne d'exercer sa pleine citoyenneté**Axe 2 : Vivre chez soi, demeurer dans son environnement**Favoriser l'adaptation du logement (aide à l'amélioration de l'habitat)****→ Rappel de la problématique**

L'adaptation de l'habitat constitue le premier outil de prévention dans l'accompagnement des personnes handicapées à domicile. Les besoins ont évolué sous l'effet conjugué de l'aspiration croissante à vivre chez soi ou en milieu en milieu ordinaire des personnes handicapées.

Le renforcement de la participation départementale au cours des dernières années a permis l'amélioration de la prise en charge financière des actions d'amélioration de l'habitat en direction de ces publics (augmentation du montant des subventions accordés et de l'enveloppe financière globale).

L'amélioration de leurs conditions de vie et de logement représente par conséquent un axe essentiel du schéma départemental, dans la continuité des actions menées dans le cadre du SDOSMS volet personnes handicapées 2007-2011.

→ Public concerné

- Tout public, et particulièrement les PH, sous condition de ressources (en fonction de la composition familiale) ;
- Accueillants familiaux pour PH dans le cadre de leur fonction, sans condition de ressources (et même chez les bailleurs sociaux).

→ Partenaires associés

- **ETAT (DEAL)** : aide à l'amélioration de l'habitat en secteur diffus dans le cadre de la ligne budgétaire unique (+ complément éventuel du Département pour les personnes âgées, handicapées ou malades)
- **Maison Départementale des Personnes Handicapées** : Prestation de compensation du handicap pour les personnes handicapées
- Aide à l'amélioration de l'habitat de la **Caisse d'Allocations Familiales** pour les publics bénéficiant des aides CAF
- Opérateurs de l'amélioration de l'habitat
- Chambre des métiers (formation des entreprises au logement adapté)
- Architectes spécialisés dans le logement adapté
- Ecole d'ergothérapeute de l'ASFA

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la prise en charge financière dans le cadre de l'aide à l'amélioration de l'habitat - Réaliser une information cordonnée et régulière des partenaires et des professionnels en contact avec les publics concernés - Prévoir une meilleure coordination des financeurs dans ce domaine d'intervention - Structurer une véritable filière du logement adapté 	<p>durée du schéma</p> <p>durée du schéma</p>
RESULTAT	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer les conditions de vie des personnes handicapées dans le cadre d'un logement adapté - Optimiser les financements de chaque partenaire. 	
INDICATEURS	Nb de logements adaptés supplémentaires	
PILOTE	Département (Direction de l'Habitat) / MDPH	

ORIENTATION I : FAVORISER L'EXERCICE DES DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES HANDICAPEES**Thématique 1 : Favoriser un environnement de vie permettant à la personne d'exercer sa pleine citoyenneté**Axe 2 : Vivre chez soi, demeurer dans son environnement**Améliorer la qualité des Services d'aide à domicile****→ Rappel de la problématique**

Echo à la volonté des personnes handicapées de vivre à domicile, les dispositifs d'aide à domicile se sont structurés. Il est désormais nécessaire de définir des procédures adaptées pour encadrer leur intervention et assurer un suivi de la qualité de prise en charge. De plus, la crise nationale de l'aide à domicile, également présente à la Réunion a conduit le Département à réfléchir sur la pérennisation des structures existantes. L'étude des coûts des services d'aide à domicile à la Réunion réalisée par le GIP-SAP en juin 2011 a fait notamment ressortir un risque réel pour des acteurs importants du secteur à court terme qui se trouvent dans des situations financières périlleuses.

En juin 2012, le Département a validé de nouvelles orientations pour les aides sociales à domicile :

- Une revalorisation du montant horaire maximum d'intervention départemental pour l'APA-PCH ;
- Un partenariat actif avec les SAAD (convention pluriannuelle) ;
- Une gestion optimisée des moyens par les opérateurs : mise en place de la télégestion (services prestataires) ;
- Une couverture équilibrée du territoire entre les différents SAAD en tenant compte des CCAS qui ont un périmètre d'intervention limité au territoire de la commune.

Un autre constat est celui de la problématique de la formation du personnel (coût de la formation, notamment continue et adéquation des compétences aux besoins) ainsi que le développement des compétences sociales et managériales du personnel encadrant.

Enfin, concernant l'accompagnement des porteurs de projets vers l'agrément, les périmètres des acteurs sont les suivants :

- la DIECCTE instruit le dossier,
- le Conseil Général émet un avis sur le dossier,
- la CCIR et l'Agence de Développement de la Réunion accompagnent les porteurs sur le plan économique,
- le GIP SAP accompagne sur la maîtrise du cahier des charges de l'agrément.

→ Public concerné

Services d'aide à domicile

→ Partenaires associés

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	<p><u>Mise en œuvre d'un partenariat actif entre le Département et les SAAD</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Mettre en œuvre des conventions partenariales pluriannuelles</u> dans le cadre de la mise en œuvre, du suivi et de la contribution à la solvabilisation des bénéficiaires de prestations d'aide à domicile ; - <u>Mettre en place un système de télégestion</u> en direction des services prestataires. <p><u>Accompagnement des SAAD par le GIP SAP</u></p> <p><u>Accompagnement à la création de service à la personne</u> (maîtrise du cahier des charges) : une coordination entre l'accompagnement réalisée par le GIP-SAP et le Dispositif Local d'Accompagnement (DLA) devra être réalisée.</p> <p>Mettre en place et gérer une plateforme de services :</p> <ul style="list-style-type: none"> • mise en place d'un site Internet sur les services à la personne et l'aide à domicile sur le département afin de regrouper sur un seul support l'ensemble des informations du secteur, notamment : <ul style="list-style-type: none"> ▫ la communication sur l'activité (informations sectorielles, nouveaux services, ...), la mise à disposition de l'ensemble des informations (législation, explication de fonctionnement, ...), ▫ la présentation des aides et leurs conditions d'obtention, ▫ la présentation des missions et des actions du GIP SAP - La Maison de l'Aide à la Personne, ▫ l'offre de services sur l'île de la Réunion (structures et prestations) ; . Numéro vert pour les aidants familiaux ; <p><u>Réalisation d'une étude prospective de l'emploi et de la formation sur le secteur des services à la personne (GIP-SAP) avec pour objectifs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • analyse prospective des besoins des individus et des ménages, identification des marchés potentiels futurs porteurs pour des nouveaux services, et des services émergents, analyse des facteurs d'accélération et les freins éventuels à l'émergence de ces nouveaux marchés, et le rôle des politiques publiques dans ce cadre, ... • axes permettant la création, la pérennisation et la qualité des emplois créés, ... 	<p>à partir du 2^{ème} trimestre 2013</p> <p>durée du SDOSMS</p> <p>2013</p> <p>2012-2013</p>
RESULTAT	Développement et pérennisation des SAAD Multiplicité des offres en faveur des PH	
INDICATEURS	Nombre de conventions pluriannuelles Nombre de services prestataires équipés en télégestion Nombre de porteurs de projets accompagnés ; taux d'agrément	

	Nombre de connexion au site internet du GIP-SAP Nombre d'appel à l'année du n° vert Réalisation des études par le GIP-SAP	
PILOTE	GIP-SAP, DPAPH	

ORIENTATION I – FAVORISER L'EXERCICE DES DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES HANDICAPEES

Thématique 1 – Favoriser un environnement de vie permettant à la personne d'exercer sa pleine citoyenneté

Axe 3 – Se former, travailler, demeurer dans son emploi

Fiche 6
Promouvoir la formation et l'insertion
professionnelle des jeunes

Fiche 7
Organiser le transport des élèves et
étudiants

Fiche 8
Soutenir l'accès à la scolarisation en milieu
ordinaire

Fiche 9
Mettre en œuvre une politique globale en
faveur des bénéficiaires de l'obligation
d'emploi

Axe 4 – Favoriser l'accessibilité

Fiche 10
Favoriser la mobilité dans la vie sociale

Fiche 11
Favoriser l'accès aux loisirs

ORIENTATION I : FAVORISER L'EXERCICE DES DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES HANDICAPEES**Thématique 1 : Favoriser un environnement de vie permettant à la personne d'exercer sa pleine citoyenneté**Axe 3 : Se former, travailler, demeurer dans son emploi**Promouvoir la formation et l'insertion professionnelle des jeunes****→ Rappel de la problématique**

Cette thématique relevant principalement des compétences de la DIECCTE (PRITH), de la Région, de l'Education nationale et complémentairement de l'ARS et du Département au titre du développement d'une offre d'accompagnement médico-social pour les personnes les plus lourdement handicapées bénéficiant d'une orientation de la MDPH, la fiche action ci-dessous est commune à celle du SROSMS 2012- 2016 (objectif opérationnel n° 8).

Les constats sont les suivants :

- Un accès à la formation et l'insertion professionnelle des jeunes porteurs de handicap à l'effectivité limitée par l'insuffisance de :
 - . l'offre éducative en milieu ordinaire (notamment à partir du collège),
 - . l'offre d'accompagnement médico-social et professionnel des jeunes à partir du collège,
 - . l'offre en établissements et services d'aide par le travail (ESAT),
 - . l'offre en entreprise adaptée.

S'y ajoute un manque de locaux adaptés dans les établissements d'enseignement ainsi qu'un manque cruel de moyens de transport

L'accessibilité aux formations professionnelles ordinaires mériterait d'être poursuivie, voire renforcée.
- Le choix de certains parents de privilégier la sécurité d'un parcours exclusivement médico-social pour leurs enfants (au détriment de la valorisation de leurs potentialités d'intégration professionnelle) au regard du contexte difficile de l'emploi à la Réunion et des réorientations des jeunes en fin de primaire vers des IME à défaut de solutions de poursuite en intégration scolaire ordinaire.
- Une mobilisation des dispositifs de droit commun d'accompagnement à l'insertion professionnelle non suffisamment efficace au regard des difficultés spécifiques auxquelles sont confrontées les personnes handicapées, à l'occasion d'un parcours de formation et/ou d'accès à l'emploi.
- La nécessité de mobiliser la compétence reconnue des ESAT dans l'accompagnement à l'emploi des travailleurs handicapés sur d'autres formes d'emploi (entreprises adaptées, ...), voire d'accueil de stagiaires.

- Des débouchés professionnels pour les jeunes porteurs de déficiences motrices, notamment en ESAT, peu diversifiés et faiblement en rapport avec leurs potentiels d'activité.

Comme pour l'ensemble des politiques du handicap, l'accessibilité aux dispositifs de droit commun doit être prioritairement recherchée, le secteur médico-social intervenant principalement en compensation, et sans substitution aux acteurs des politiques de la formation professionnelle et de l'emploi.

→ Public concerné

Jeunes et adultes avec déficiences identifiées.

→ Partenaires associés

DIECCTE, Education nationale, Région, Département, AGEFIPH, MDPH, ARS

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	<p>1) Mettre en place un groupe de travail DIECCTE, Département, ARS, MDPH, AGEFIPH, Rectorat sur l'accompagnement des personnes handicapée dans leur insertion ou leur réinsertion professionnelle. En ce sens la participation du département au Comité de pilotage de l'action PRITH « Réseau jeunes TH » est souhaitable.</p> <p>2) Généraliser, pour l'ensemble des jeunes bénéficiant d'un accompagnement médico-social ou d'une scolarisation adaptée (CLIS/ULIS), l'élaboration et l'évaluation d'un plan personnalisé de scolarisation intégrant les dimensions du projet professionnel et de la formation professionnelle</p> <p>3) Soutenir le développement, par l'Education nationale, de capacités de scolarisation en milieu ordinaire (CLIS/ULIS) par une augmentation corrélative de l'offre de SESSAD, avec des possibilités d'intervention au-delà de 16 ans</p> <p>4) Développer la compétence des SESSAD en soutien des parcours de formation professionnelle, par requalification de places et créations de places nouvelles sur des agréments des 16-20 ans et accompagner la professionnalisation des intervenants dans l'accompagnement à l'insertion professionnelle</p> <p>5) Mieux définir les critères d'orientation vers les IMPRO et le rôle de ces structures dans l'accompagnement à l'insertion professionnelle soit vers le milieu protégé soit vers le milieu ordinaire (ARS, DIECCTE, MDPH, CDAPH)</p> <p>6) Intégration des ESMS dans un réseau de professionnels composé de l'Education nationale et du service public de l'emploi, chargé de</p>	durée du SDOMS

	<p>construire les parcours de formation et/ou d'insertion professionnelle des situations examinées, afin de favoriser l'accessibilité aux dispositifs et la mobilisation complémentaire de l'offre médico-sociale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pour les jeunes atteignant 16 ans : poursuite par microrégion des rencontres initiés par la DIECCTE en 2010-2011(cf. réseau jeunes TH) dans le cadre du droit commun (MDPH, Rectorat, Missions locales) - pour les adultes : mise en place du réseau, à partir des professionnels et acteurs existants, à partir de 2013 <p>7) Evaluer les contraintes des ESAT dans la mise en œuvre de leur mission : identifier les travailleurs handicapés en ESAT pouvant bénéficier d'une intégration professionnelle en milieu ordinaire et mobiliser les ressources d'accompagnement nécessaires à ces transitions</p> <p>8) Développer l'accès à la VAE en ESAT pour favoriser la reconnaissance des qualifications des travailleurs handicapés et leur réorientation éventuelle vers le milieu ordinaire</p> <p>9) Augmenter les capacités des ESAT, au regard des besoins identifiés par la MDPH MDPH tout en travaillant également à une meilleure définition des critères d'orientation</p> <p>10) Augmenter l'accueil à temps partiel des ESAT pour certains publics (TED, handicap psychique, déficiences motrices, personnes handicapées vieillissantes), selon un objectif de 10% des capacités actuelles, par la mobilisation de crédits de rebasage national permettant de couvrir l'augmentation de la mission d'accompagnement social</p> <p>11) Expérimenter des unités dédiées en ESAT pour les travailleurs handicapés avec handicap psychique, autisme et TED, permettant une adaptation du rythme d'activité et de l'encadrement</p> <p>12) Ouvrir l'accueil en ESAT aux personnes porteuses de déficiences motrices en lien avec les apprentissages préprofessionnels développés par les CEM et en considération des opportunités économiques et commerciales : réalisation préalable d'une étude identifiant les aptitudes professionnelles des jeunes CEM et validant les débouchés économiques pour les ESAT</p> <p>13) Réserver l'accompagnement SAVS des travailleurs handicapés en ESAT aux personnes justifiant d'un besoin de soutien à l'autonomie dépassant les capacités d'intervention des ESAT (premiers mois d'accueil en ESAT, passage à temps partiel, accompagnement à la sortie de l'ESAT, accès au logement,</p>	<p>à réaliser en 2013 (en mobilisant la délégation régionale de l'ANCAT)</p> <p>échéance : 2013</p>
--	---	---

	<p>modification substantielle du projet personnel...) : validation de critères de recours, en concertation ESAT, SAVS, CDAPH et MDPH, sous l'égide de l'ARS et du Département.</p> <p>14) Développer les moyens de transports afin de faciliter les déplacements entre les lieux de résidence et les établissements scolaires et / ou médico-sociaux, et lancer une réflexion avec les acteurs concernés (Région, DIECCTE, ...) afin de mieux prendre en compte les besoins d'aide aux déplacements pour accéder à un stage ou une formation (Conseil Général)</p>	
RESULTAT	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation des possibilités d'accès à une qualification et à l'emploi en milieu ordinaire des jeunes handicapés à la sortie de la scolarisation en ULIS ou SEGPA, à partir du collège et du lycée professionnel. - Renforcement de l'accompagnement vers l'insertion professionnelle dans le droit commun pour les jeunes les plus en difficultés (SESSAD notamment) - Organisation et renforcement du travail en réseau des acteurs de la formation et de l'insertion - Réduction des orientations MDPH en ESAT non satisfaites 	
INDICATEURS	<ul style="list-style-type: none"> - Capacités d'accueil des ULIS collège et lycée - Nombre d'enfants en SEGPA - Nombre d'enfants bénéficiant d'un PPS - Nombre de jeunes handicapés bénéficiant d'une inscription en formation professionnelle - Capacités et indicateurs d'activité des SESSAD - Indicateurs d'activité des ESAT - Nombre annuel de réunions des réseaux de formation et/ou insertion professionnelle, par territoire, nombre de situations examinées 	
PILOTE	DIECCTE (notamment PRITH), Education nationale, Région, ARS, CDAPH, MDPH	

→ Domaines d'actions transversaux concernés et leviers d'actions

- Développement des capacités d'intégration scolaire en milieu ordinaire (CLIS/ULIS), particulièrement à partir du collège, tant en enseignement général qu'en enseignement professionnel (Education Nationale)
- Accessibilité des Centres de Formation des Apprentis pour les jeunes porteurs de handicap (accessibilité physique, adaptation des contenus et rythmes pédagogiques, accompagnement à la recherche de terrain de stage et d'apprentissage) (Education Nationale, Région)
- Mobilisation des compétences des équipes des ESAT dans les dispositifs d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés (AGEFIPH)
- Mobilisation d'un réseau de partenaires autour de l'élaboration de parcours individuels de formation et/ou d'insertion professionnelle en lien avec l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH et notamment du chargé d'insertion professionnelle.

	<p>- Il s'agit de services spéciaux dédiés au transport des élèves et étudiants dont le taux de handicap reconnu par la Commission Départementale pour l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) est supérieur ou égal à 50% et fréquentant un établissement d'enseignement général, public ou privé placé sous contrat.</p> <p>- Les bénéficiaires sont les élèves et étudiants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • fréquentant un établissement d'enseignement général, agricole ou professionnel, public ou privé et placé sous contrat • qui ne peuvent utiliser les moyens de transport en commun, en raison de la gravité de leur handicap ; • Le handicap doit être médicalement établi et constaté par le médecin de la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie de la Personne Handicapée) ; • Le taux du handicap doit être supérieur ou égal à 50%. <p>- Une indemnité kilométrique est également prévue pour rembourser les frais engagés par les familles pour assurer par leurs propres moyens le transport de leurs enfants. Cette indemnisation s'effectue sur la base d'une indemnité kilométrique de 0.16 € avec un minimum forfaitaire de 7.50 / jour, dans la limite de 2 A/R par jour (4 voyages).</p> <p>Concernant le transport des élèves en établissements médico-sociaux scolarisés en milieu ordinaire</p> <p>- Mobilisation du droit commun en favorisant l'accès de ces élèves au transport scolaire ordinaire.</p>	
RESULTAT	Scolarisation des bénéficiaires facilitée par la mise en œuvre du service de transport scolaire adapté à leur type de handicap	
INDICATEURS	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de bénéficiaires total - Evolution du nombre de bénéficiaires - Nombre d'élèves et étudiants transportés par les services de transport organisés par la collectivité - Nombre de familles indemnisées pour le transport par leurs moyens propres de leurs enfants porteurs de handicap 	
PILOTE	Département (Direction des déplacements, Transports et Routes – Service des transports)	

FICHE N° 8

ORIENTATION I : FAVORISER L'EXERCICE DES DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES HANDICAPEES

Thématique 1 : Favoriser un environnement de vie permettant à la personne d'exercer sa pleine citoyenneté

Axe 3 : Se former, travailler, demeurer dans son emploi

Faciliter l'accès à la scolarisation en milieu ordinaire des enfants et adolescents

→ Rappel de la problématique

La priorité nationale d'intégration scolaire des enfants handicapés, inscrite dans la loi de 2005, et fortement soutenue par les parents, et ce même pour les déficiences les plus lourdes, souffre à la Réunion d'une insuffisance de l'offre éducative, mais également d'accompagnement médico-social spécialisé.

Les perspectives budgétaires de développement de l'offre doivent être prioritairement mobilisées vers le soutien médico-social à l'intégration scolaire en milieu ordinaire, en réservant la scolarisation en milieu spécialisé aux situations de déficiences les plus lourdes.

Le constat est fait d'enfants ou d'adolescents ayant connu un parcours d'intégration scolaire en milieu ordinaire, et bénéficiant d'une réorientation en fin de primaire, voire de collège, vers le milieu spécialisé du fait d'une insuffisance de l'offre éducative et d'un soutien médico-social de type SESSAD.

L'âge de 16 ans semble trop souvent perçu par les acteurs comme la fin de leur obligation de scolarisation des enfants handicapés, ces derniers devraient pouvoir bénéficier d'une continuité de l'intégration scolaire au-delà de 16 ans.

Cette fiche action est commune à celle du SROSMS 2012-2016 (objectif opérationnel n° 6).

→ Public concerné

Enfants avec déficiences identifiées

→ Partenaires associés

MDPH, Ars, Education Nationale

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	<p>- Redéfinir les modes d'intervention et d'organisation des SESSAD</p> <ul style="list-style-type: none"> . établir des indicateurs homogènes d'activité et d'organisation des SESSAD . distinguer les modes d'organisation des SESSAD selon que l'enfant est suivi en intégration ordinaire individuelle, ou en intégration scolaire ordinaire collective (CLIS/ULIS) afin de favoriser, pour ces derniers, la mutualisation des moyens au travers de prises en charge médico-sociales collectives, notamment sur les lieux et temps scolaires . organiser une concertation avec l'Education nationale et les collectivités locales pour améliorer les conditions d'accès et d'exercice des SESSAD dans les établissements scolaires 	

	<ul style="list-style-type: none"> - Augmenter les capacités des SESSAD, en soutien d'une intégration scolaire ordinaire prioritaire, et à l'appui du développement des ULIS collège et lycée - Rendre plus efficiente la formation des AVSI et mieux définir le contenu des missions attendues - Sensibiliser le milieu éducatif sur la scolarisation des enfants handicapés (loi 2005) - Former les enseignants au handicap - Développer l'accompagnement institutionnel des enfants handicapés scolarisés par le RASED - Mettre en place un outil partagé de collecte des informations liés aux enfants handicapés (GEVA scolarisation) 	
RESULTAT	<ul style="list-style-type: none"> - Redéfinition d'un modèle d'organisation des SESSAD - Réduction des orientations MDPH non satisfaites 	
INDICATEURS	<ul style="list-style-type: none"> - Indicateurs d'activité des SESSAD - Evolution des capacités en CLIS et ULIS - Evolution des capacités en SESSAD - Niveau de satisfaction des orientations MDPH 	
PILOTE	ARS, Rectorat	

→ Domaines d'actions transversaux concernés et leviers d'actions

Education nationale pour le développement de l'offre de CLIS/ULIS, notamment à partir du collège et du lycée.

	<p>. définition des parcours professionnel des agents en difficultés de restriction, . permettre les formations qualifiantes ou de réorientation, . solliciter les aides du FIPHFP et du Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH) pour les aménagements de poste.</p> <p>- Mettre en place des actions de sensibilisation des acteurs pour une prise de conscience que le handicap peut toucher tout le monde et qu'une maladie peut s'avérer handicapante pour l'exercice de sa profession</p> <p>- Recruter des personnes bénéficiant de l'obligation d'emploi (recrutement direct, contrat aidés ou contrat apprentissage) ; favoriser et accompagner l'intégration de ces nouveaux agents</p> <p>Aménager les procédures d'achats publics en collaboration avec le secteur protégé du travail . Recourir à la sous-traitance avec le secteur du travail adapté des personnes handicapées (ESAT) et l'intégrer dans les procédures de marchés public de la collectivité</p>	durée du schéma
RESULTAT	Faire progresser le taux d'emploi de personnes handicapées au Conseil Général	
INDICATEURS	Taux d'emploi des personnes handicapées au Département et dans les structures para départementales	
PILOTE	Département (Direction des Ressources Humaines)	

ORIENTATION I : FAVORISER L'EXERCICE DES DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES HANDICAPEES**Thématique 1 : Favoriser un environnement de vie permettant à la personne d'exercer sa pleine citoyenneté****Axe 4 : Favoriser l'accessibilité****Favoriser la mobilité des personnes handicapées dans la vie sociale****→ Rappel de la problématique**

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées impose à l'ensemble des Autorités Organisatrices de Transport (AOT) de rendre accessible leurs réseaux dans les 10 années suivant la parution de la loi, soit au plus tard avant février 2015, et de réaliser dans cet objectif, un Schéma Directeur d'Accessibilité (SDA).

En tant qu'A.O.T, le Département a donc engagé une étude pour l'élaboration de son SDA destiné à rendre accessible son réseau de transport routier non urbain (sur l'ensemble de l'île au travers les lignes Car Jaune et Z'éclairs), relevant de sa compétence.

Le Département a souhaité mener une démarche partenariale et s'est attachée à animer une large concertation avec les associations représentantes des différents types de handicaps, et les partenaires du Département, parmi lesquels l'ensemble des AOTU de l'île. Les rencontres régulières, pendant un an, ont permis d'établir un diagnostic partagé et d'aboutir à des propositions de mise en œuvre de l'accessibilité des transports.

Le diagnostic a montré que le réseau de transport du Conseil Général était globalement peu accessible, fortement imbriqué avec les réseaux urbains, utilisés conjointement sur de nombreux déplacements. Facilement identifiable par l'ensemble des usagers, ce réseau souffre d'une absence d'aménagements spécifiques. Les véhicules les plus récents ne sont, par ailleurs, pas accessibles.

Les expérimentations du Département en matière de services spécifiques (services Z'Eclair et personnes à mobilité réduites (PMR)) ne répondent pas aux besoins des personnes handicapées en raison de la livraison de véhicules inadaptés à leurs besoins.

Les services de transport spécialisés organisés par le GIHP, s'ils sont parfois critiqués (confort, sécurité, saturation, coût) permettent néanmoins de répondre actuellement en partie aux demandes de déplacement de personnes ne pouvant utiliser les services traditionnels.

Le scénario approuvé par les élus (décision du 30 juin 2010) a pour objet de répondre au mieux aux besoins des personnes handicapées en maîtrisant l'ensemble des coûts.

Il vise une accessibilité maximale d'ici 2015 en intervenant dans les champs d'actions suivants :

- L'aménagement du réseau structurant,

- L'information accessible à tous,
- L'accueil et l'accompagnement de qualité,
- La mise en place d'un service de transport de personnes à mobilité réduite (TPMR) à l'échelle de l'Île,
- La communication sur l'accessibilité,
- Le suivi de la mise en accessibilité.

Par ailleurs, en 2007 le Conseil général a mis en place le Pass Transport, dispositif volontariste, afin de faciliter le déplacement des personnes handicapées dans leur vie quotidienne et favoriser leur autonomie (courses, médecins, loisirs...).

Le Pass Transport est une aide annuelle individuelle de 300 €, allouée sous forme de chèques nominatifs. Ils constituent un moyen de paiement pour une prestation de transport personnalisée auprès de taxiteurs et du réseau Cars jaunes.

→ Public concerné

SDAT : Personnes handicapées (tout type de handicap) et personnes à Mobilité réduite au sens large

Pass Transport : Adultes handicapés justifiant d'une reconnaissance de la Commission des Droits et de l'Autonomie pour les Personnes Handicapées (CDAPH) et **ne nécessitant pas de véhicule adapté**.

→ Partenaires associés

MDPH

Déléataire de service public de transport

250 taxiteurs et le réseau Car Jaunes pour le Pass Transport

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	Pour l'aménagement du réseau structurant	
	<u>Action 1</u> : Aménager les principaux points d'arrêts	2013-2014
	<u>Action 2</u> : Aménager les gares routières du Département (bâtiments et quais)	
	<u>Action 3</u> : Accélérer le renouvellement des véhicules (parc de véhicules entièrement accessible)	2013
	Pour l'information accessible a tous	2013-2014
	<u>Action 4</u> : Reprise des documents d'information existants et mise en place de la Centrale de Mobilité à l'échelle de l'Île (ou à l'échelle du Département pour les cars jaunes)	2014-2015
	<u>Action 5</u> : Mise en place d'une information dynamique	
	<u>Action 6</u> : Expérimenter des systèmes d'aides techniques	2013
	Pour l'accueil et l'accompagnement de qualité	
<u>Action 7</u> : Préciser les missions des accompagnateurs		
<u>Action 8</u> : Définir un plan de formation pour les acteurs en contact avec les usagers	2013-2014	
Pour la mise en place d'un service de TPMR à l'échelle de l'île		
<u>Action 9</u> : Créer un service de TPMR en porte à porte à l'échelle de l'Île		

	<p>en concertation avec les AOTU,</p> <p>Pour la communication sur l'accessibilité <u>Action 10</u> : Informer les usagers des avancées réalisées <u>Action 11</u> : Participer à des campagnes de sensibilisation du grand public sur le handicap,</p> <p>Pour le suivi de la mise en accessibilité : <u>Action 12</u> : Effectuer un bilan annuel de la mise en accessibilité du réseau et une mise à jour du plan d'actions.</p> <p>Pour le Pass Transport : Poursuivre l'attribution du Pass Transport à destination des personnes handicapées.</p> <p>Pour l'accessibilité de l'ensemble des réseaux de transport routier à la Réunion Engager une réflexion avec l'ensemble des AOT en vue de rendre accessible l'ensemble des réseaux de transport routiers</p>	<p>2013-2014</p> <p>2014</p> <p>durée du schéma</p>
RESULTAT	<p>SDAT Mise en œuvre du plan d'actions</p> <p>Pass transport . progression le nombre de personnes handicapées qui obtiennent le Pass Transport . amélioration de l'offre de prestations du point de vue de sa diversité et de sa qualité (accessibilité, sensibilisation aux problématiques du handicap, accueil des différents types de handicaps, etc.).</p>	
INDICATEURS	<p>SDAT Accessibilité optimale du réseau en 2015 Matériel roulant complètement accessible à l'horizon du démarrage de la nouvelle Délégation de Service Public de transport interurbain Nombre de plaintes déposées</p> <p>Pass Transport Evolution du nombre de bénéficiaires Evolution de l'enveloppe annuelle Evolution du taux d'utilisation de l'aide (utilisation effective des pass) Evolution quantitative et qualitative du nombre de structures affiliées</p>	
PILOTE	Département (Direction des déplacements, Transports et Routes – Service des transports)	

ORIENTATION I : FAVORISER L'EXERCICE DES DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES HANDICAPÉES
Thématique 1 : Favoriser un environnement de vie permettant à la personne d'exercer sa pleine citoyenneté
Axe 4 : Favoriser l'accessibilité
Favoriser l'accès aux loisirs des personnes handicapées
→ Rappel de la problématique

Afin de favoriser l'accès aux loisirs et à la culture, le Département a initié plusieurs actions au travers :

- du Pass Loisirs, dispositif initié à titre volontariste par le Conseil Général en 2003. Le Pass Loisirs est une aide annuelle individuelle de 270 €, allouée sous forme de chèques nominatifs. Ces chèques constituent un moyen de paiement permettant de financer tout ou partie d'une prestation de loisirs, sportive ou culturelle, auprès d'organismes affiliés ;
- d'une démarche d'accessibilité des bâtiments culturels départementaux.

→ Public concerné

Personnes handicapées

→ Partenaires associés

- un réseau de 150 structures affiliées au Pass Loisirs
- MDPH
- DJSCS et communes (concernant l'accessibilité des espaces culturels et de loisirs)

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	<p>Poursuivre la mise œuvre du pass loisir</p> <p>Rendre accessibilité les musées afin de favoriser l'accès à la culture dans le cadre de la démarche d'accessibilité des bâtiments culturels départementaux</p>	durée du schéma
RESULTAT	<p>Progression du nombre de personnes handicapées qui obtiennent le Pass Loisirs et le Pass Transport</p> <p>Amélioration de l'offre de prestations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - du point de vue de sa diversité - du point de vue de la qualité : accessibilité, sensibilisation aux problématiques du handicap, accueil des différents type de handicaps, etc. 	
INDICATEURS	<p>Evolution du nombre de bénéficiaires</p> <p>Evolution de l'enveloppe annuelle</p> <p>Evolution du taux d'utilisation de l'aide (utilisation effective des pass)</p> <p>Evolution quantitative et qualitative du nombre de structures affiliées</p>	

ORIENTATION I – FAVORISER L'EXERCICE DES DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES HANDICAPÉES

Thématique 2 – Inscrire la prévention en tant qu'axe incontournable de l'autonomie

Axe 1- Dépister, Diagnostiquer, Orienter

Fiche 12
Diagnostiquer les enfants et accompagner
les familles

Fiche 13
Réaffirmer le rôle central des CAMSP

Fiche 14
Mieux prendre en compte les déficiences
sensorielles

Fiche 15
Mieux prendre en compte l'autisme et les
troubles envahissants du développement

Fiche 16
Structurer la filière des troubles spécifiques
du langage et des apprentissages

Fiche 17
Favoriser la prise en charge précoce des
déficiences

Fiche 18
Soutenir les associations qui œuvrent dans
le champ de la prévention de la perte

Axe 2 – Accompagner la parentalité

Fiche 19
Accompagner la parentalité des personnes
en situation de handicap

Fiche 20
Accompagner la parentalité des parents
d'enfants handicapés

Axe 3 – Protéger et accompagner les personnes

Fiche 21
Développer une politique de prévention
coordonnée

Fiche 22
Renforcer la protection des personnes
vulnérables à domicile

Fiche 23
Favoriser l'autonomie sociale des personnes

FICHE N° 12

ORIENTATION I : FAVORISER L'EXERCICE DES DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES HANDICAPEES

Thématique 2 : Inscrire la prévention en tant qu'axe incontournable de l'autonomie

Axe 1 : Dépister, diagnostiquer et orienter

Diagnostiquer le handicap chez les jeunes enfants et accompagner les familles

→ Rappel de la problématique

Le handicap chez l'enfant est une réalité mieux appréhendée par la société. Des possibilités d'intervention à tous les moments de la vie peuvent être mis en place et activées pour permettre une meilleure intégration de ces enfants. De nombreux acteurs institutionnels agissent dans ce cadre en concertation plus ou moins étroite : MDPH, CAMSP, Ets hospitaliers...

Il convient de mieux dépister les handicaps chez l'enfant afin de pouvoir assurer une meilleure prise en charge (la plus précoce possible)

→ Public concerné

Enfants avec déficiences de tous types

→ Partenaires associés

ARS, CAMPS, Ets de santé, Santé scolaire, Associations...

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	<p><u>En prévention primaire</u> (période pré et péri natale) :</p> <p><i>Information des familles sur la prévention du handicap et valorisation du dépistage.</i></p> <p><i>Orienter et renforcer les points de consultation au public pour mieux permettre de répondre aux questionnements multiples des parents :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - A l'hôpital ou chez les médecins spécialistes : consultation de génétique pour les parents inquiets ayant des antécédents de handicap chez un enfant ou eux-mêmes handicapés ; - Lors de la visite du 4ème mois de grossesse : mieux dépister toutes les situations à risque lors de cet entretien médico-psycho-social obligatoire et permettre aux parents de se renseigner plus sereinement ; - Proposer un dépistage qui soit remboursé à 100% dans le cadre du handicap (ex : dépistage de la trisomie 21) pour les examens complémentaires (BS, écho...). <p><i>Formation des agents départementaux (formation initiale et continue) intervenant dans le domaine du handicap.</i></p> <p><u>En prévention secondaire</u></p>	<p>durée du SDOSMS</p>

Systématisation du dépistage (ex : proposition pour la surdité : arrêté du 23 avril 2012) à la naissance : coordination des acteurs pour les dépistages non effectués à la maternité (rôle de la PMI pour les VAD)

Information à la maternité des femmes venant d'accoucher de la disponibilité de la PMI lors des visites de la puéricultrice.

Aide à la parentalité dans les situations de handicap.

Dépistage des déficiences lors des visites systématiques obligatoires de l'enfant :

- 20 examens de dépistage prévus chez l'enfant de 0 à 6 ans (art. L.2132-2 CSP) : 9 consultations au cours de la 1^{ère} année, 3 lors de la 2^{ème} année et 2 par an de 2 à 6 ans
Toutes ces consultations sont entièrement prises en charge à 100% par l'assurance maladie.
- 3 certificats de santé obligatoires :
. 8^{ème} jour (dépistage des anomalies sensorielles),
. 9^{ème} mois (risque de saturnisme)
. 24^{ème} mois (troubles du développement) (art L.2132-1 CSP)
accentuent cette notion de dépistage avec centralisation de ces certificats à la PMI pour une meilleure prise en charge de ces déficiences.

Renforcer l'action du dépistage en école maternelle lors des visites systématiques obligatoires dans le cadre du bilan des enfants scolarisés à 3 ans.

Renforcer l'importance du carnet de santé (arrêté 5 décembre 2005) dans le suivi du développement de l'enfant et permettre une meilleure coordination des acteurs médicaux.

En prévention tertiaire

Prise en charge des enfants dépistés par la spécialité correspondante (CAMSP, CMP...).

Aide de la PMI au niveau des enfants handicapés :

- Au niveau des structures d'accueil :

Aide à l'inscription, contact avec les responsables de structure, explication de la pathologie, aide financière du Département par le biais du chèque marmaille (PAI pour enfant handicapé sans conditions de ressources), PAI mis en place avec la participation de la PMI pour faciliter l'intégration de ces enfants.

La crèche départementale, suivie par la PMI, propose une dizaine de places aux enfants handicapés avec du personnel spécialisé (puéricultrice, éducateurs(trices) jeunes enfants (EJE), infirmière,

**durée du
SDOSMS**

	<p>psychomotricienne...).</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>A domicile</u> : suivi par les puéricultrices de secteur (aide aux démarches, au suivi éventuel de la pathologie...). - <u>A l'école maternelle</u> : <ul style="list-style-type: none"> . Préparation à la rentrée : contact avec les directeurs d'école et l'équipe enseignante (réunions multiples pour expliquer le handicap, dédramatiser les situations, faire accepter l'enfant handicapé), demande si nécessaire d'AVSI bien en amont ; . Suivi ensuite tout le long de l'année scolaire avec mis en place de PPS (projet personnalisé de scolarisation) ; . Participation aux prévisions de l'orientation future lors de la 5ème année (CLIS, SESSAD...). 	
RESULTAT	<p>Exhaustivité :</p> <ul style="list-style-type: none"> -du dépistage par passage en maternité systématique des puéricultrices - des visites médicales scolaires en école maternelle 	
INDICATEURS	<ul style="list-style-type: none"> % enfants vus dans les maternités % enfants adressés aux structures spécialisés (CAMPS, ORL, OPH, CMP, CMPP....) Nombre d'enfants handicapés intégrés dans les structures d'accueil, les écoles maternelles... 	
PILOTE	Département (Direction de la Santé Publique)	

ORIENTATION I : FAVORISER L'EXERCICE DES DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES HANDICAPEES**Thématique 2 : Inscrire la prévention en tant qu'axe incontournable de l'autonomie****Axe 1 : Dépister, diagnostiquer et orienter****Réaffirmer le rôle central des CAMSP****→ Rappel de la problématique**

Il résulte du groupe de travail commun à l'élaboration du SDOSMS et du SROMS 2012-2016 « Améliorer l'articulation dépistage / diagnostic / orientation / prise en charge » les constats suivants :

- La nécessité d'une offre accessible de dépistage, de diagnostic et de bilan, dès la naissance et durant la petite enfance, permettant la mise en œuvre d'un accompagnement précoce, limitant les déficiences et garantissant le développement des capacités des enfants.
- Un fort développement des CAMSP sur les 5 dernières années, mais persistance d'inégalités territoriales, et difficultés à répondre à la demande de diagnostic et de prise en charge (importance des délais).
- Interrogation sur la mission des CMPP et leur positionnement par rapport à l'offre médico-sociale et sanitaire (pédo-psychiatrie)
- Articulation à clarifier entre le secteur sanitaire (néonatalogie, professionnels de santé libéraux), le secteur social (PMI, ASE), l'Education nationale, et les divers centres ressources et centres de référence
- L'équipement en CAMSP permet une couverture de l'ensemble des territoires, avec toutefois des interrogations sur le niveau effectif de l'offre pour l'Est et l'Ouest justifiant un renfort de ces antennes, et l'existence d'un projet d'antenne au Tampon pour renforcer l'accessibilité au Sud :
 - . CAMSP polyvalent ASFA : site principal à Saint Denis, et deux antennes (Saint Benoît et Saint Paul)
 - . CAMSP polyvalent FPF : site principal à Saint Louis, et une antenne (Saint Joseph)
 - . CAMSP sensoriel IRSAM : deux implantations (Sainte Clotilde, Saint Louis)

Cette fiche action est commune avec celle du SROSMS 2012-2016 (objectif opérationnel n° 1 du SROMS).

→ Public concerné

Enfants avec déficiences

Une approche plus ciblée sur les déficiences sensorielles, l'autisme et les troubles envahissants du développement, et les troubles spécifiques du langage et des apprentissages sera détaillée dans les autres fiches action

→ Partenaires associés

Pilotage ARS-Département (PMI), en lien les CAMSP, les Etablissements de santé, les URPS, la santé scolaire

		Délai
MISE EN OEUVRE	<p>1) Formalisation des critères et de la filière d'adressage aux CAMSP, à partir du repérage des déficiences ou risques de déficiences par les acteurs de la périnatalité, de la PMI, de la santé scolaire, et des professionnels de santé libéraux : repérage et adressage de tous les enfants à risque de handicap aux CAMSP</p> <p>2) Définition d'indicateurs communs de mesure d'activité des CAMSP</p> <p>3) Renforcement des moyens des CAMSP et révision des organisations pour réduire les délais de réalisation des diagnostics et bilans, à partir des indicateurs communs</p> <p>4) Renforcement des moyens des CAMSP et révision des organisations pour permettre une meilleure accessibilité au travers des antennes</p>	<p>protocole régional en 2013</p> <p>2013-2016</p> <p>2013-2016</p>
RESULTAT	<ul style="list-style-type: none"> - Exhaustivité de l'adressage aux CAMSP par les professionnels de la périnatalité, de la PMI, et de la santé scolaire - Réduction à 30 jours du délai entre signalement et bilan - Allocation équitable des ressources entre CAMSP au regard des données sociodémographiques des zones d'intervention et des indicateurs d'activité 	
INDICATEURS	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'enfants adressés au CAMSP, % des naissances par territoire de santé - % d'enfants adressés par les services de PMI, les professionnels libéraux, les services de néonatalogie - Convention avec les services de néonatalogie - Délais d'attente pour bilan, délais d'attente pour prise en charge - Indicateurs homogène d'activité - Ratio Ressources/activités 	
PILOTE	ARS, Département (PMI)	

→ **Domaines d'actions transversaux concernés et leviers d'actions**

SROS périnatalité : mobilisation des équipes et professionnels de la périnatalité sur les fonctions de dépistage et d'adressage des enfants

Schéma de prévention : mobilisation de la PMI et de la santé scolaire

ORIENTATION I : FAVORISER L'EXERCICE DES DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES HANDICAPEES**Thématique 2 : Inscrire la prévention en tant qu'axe incontournable de l'autonomie**Axe 1 : Dépister, diagnostiquer et orienter**Mieux prendre en compte les déficiences sensorielles****→ Rappel de la problématique**

Une offre accessible de dépistage, de diagnostic et de bilan, dès la naissance et la petite enfance, permettant la mise en œuvre d'un accompagnement précoce limitant les déficiences et garantissant le développement des capacités des enfants s'avère nécessaire. En effet, l'état des lieux est le suivant :

- Existence d'un CAMSP spécialisé pour les déficiences sensorielles (IRSAM), disposant de deux antennes (antenne Nord et antenne Sud) ;
- Débordement des missions diagnostic de ce CAMSP spécialisé, au détriment des capacités de prise en charge et d'accompagnement, notamment pour la déficience auditive ;
- Intérêt des acteurs locaux sanitaires et médico-sociaux pour le développement de coopérations, et expérience acquise de partenariat sanitaire/médico-social pour le suivi des implants cochléaires (ISIC) ;
- Expérience acquise par le CAMSP sensoriel dans le suivi des implants cochléaires ;
- Evolution attendue du cadre législatif et réglementaire national en faveur d'un dépistage précoce de la surdité par les équipes des maternités ;
- Constat d'un retard de repérage des enfants avec déficiences visuelles.

Cette fiche action est commune au SROSMS 2012 – 2016 (objectif opérationnel n° 2).

→ Public concerné

Enfants avec déficiences sensorielles

→ Partenaires associés

CAMSP et établissements de santé

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	1) Renforcer les capacités de diagnostic et de bilan de la surdité infantile au travers de la constitution d'un GCS Surdité infantile, liant le CHU- site Nord et le CAMSP de l'IRSAM	2012
	2) Missionner le GCS Surdité infantile pour la coordination et l'animation des activités de dépistage de la surdité à la naissance, et sur l'élaboration d'un protocole concerté	2013
	3) Missionner le CAMSP sensoriel sur la formation des acteurs de la périnatalité et de la petite enfance au dépistage des déficiences visuelles	2014
	4) Favoriser, à partir du GCS Surdité infantile, le développement d'une compétence de pose d'implants cochléaires	durée du PRS
RESULTAT	- Exhaustivité du dépistage en maternité des déficiences auditives - Exhaustivité de l'adressage au GCS Surdité infantile des enfants dépistés pour déficiences auditives - Réduction de l'âge du dépistage des déficiences visuelles - Exhaustivité de l'adressage au CAMSP sensoriel des enfants dépistés pour déficiences visuelles	
INDICATEURS	- Nombre et âge des enfants dépistés chaque année pour déficiences sensorielles - Nombre et âge des enfants accédant chaque année à un bilan/diagnostic pour les déficiences sensorielles - Ratio enfants dépistés / enfants bénéficiant d'un bilan-diagnostic - Délais d'attente pour bilan, délai d'attente pour prise en charge	
PILOTE	Pilotage ARS, en lien CAMSP et établissements de santé	

→ Domaines d'actions transversaux concernés et leviers d'actions

- 1) mobilisation des équipes des maternités sur la mission de dépistage systématique, à la naissance, des troubles de l'audition (SROS)
- 2) développement de compétences aux fins de reconnaissance d'un centre d'implants cochléaires (SROS)
- 3) sensibilisation des professionnels de la périnatalité et de la petite enfance au repérage des troubles de la vision (SROS)

ORIENTATION I : FAVORISER L'EXERCICE DES DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES HANDICAPEES

Thématique 2 : Inscrire la prévention en tant qu'axe incontournable de l'autonomie

Axe 1 : Dépister, diagnostiquer et orienter

Mieux prendre en compte l'autisme et les troubles envahissants du développement

→ Rappel de la problématique

Nécessité d'une offre accessible de dépistage, de diagnostic et de bilan de l'autisme et des troubles envahissants du développement dès la petite enfance, permettant la mise en œuvre d'un accompagnement précoce limitant les déficiences et garantissant le développement des capacités des enfants.

Création en 2007 d'un Centre Interdépartemental de Ressources Autisme (CRIA Réunion-Mayotte), dont l'activité actuelle est essentiellement tournée vers le diagnostic et l'orientation des enfants et de leurs parents, au détriment de ses missions de centre de ressources pour les acteurs locaux.

Sous-dimensionnement de l'offre de diagnostic et de bilan, au regard des indicateurs nationaux de prévalence de l'autisme et des TED : selon les données 2002 de l'INSERM, 6 à 7 pour 1 000 personnes de moins de 20 ans, soit une estimation de 1 695 à 1 975 personnes à la réunion, et près de 100 nouveaux cas par an. Des études plus récentes laissent à penser que la prévalence de l'autisme et des TED pourrait être multipliée par trois par rapport aux données de l'INSERM.

Existence d'une compétence, inégalement répartie et insuffisamment validée au regard des outils et protocoles nationaux, de diagnostic au sein des équipes de pédopsychiatrie.

Souhait des CAMSP de bénéficier de l'appui du CRIA Réunion - Mayotte pour développer une compétence de diagnostic/bilan et d'accompagnement en matière d'autisme et de TED.

Cette fiche action est commune au SROMS 2012 – 2016 (objectif opérationnel n° 3).

→ Public concerné

Enfants/adultes avec autisme ou TED

→ Partenaires associés

CRIA, Département (PMI), MDPH

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	1) Repositionner le CRIA sur sa mission d'animation / validation de l'offre de diagnostic et de bilan à destination des enfants, au travers de labellisation d'équipes de pédopsychiatrie et/ou de CAMSP	durée du SDOSMS durée du

	<p>2) Repositionner le CRIA sur sa mission de structure de recours pour l'évaluation des situations complexes, par l'établissement d'un protocole régional d'adressage après dépistage et/ou diagnostic</p> <p>3) Reconnaître la mission spécifique du CRIA dans le diagnostic et le bilan à destination des adultes et/ou organisation d'un relais par des équipes spécialisées labellisées</p> <p>4) Reprendre l'animation par l'ARS du Comité technique régional autisme, comme instance de pilotage et d'évaluation de la politique régionale autisme, comme instance de pilotage et d'évaluation de la politique régionale</p> <p>5) Déployer, auprès de l'ensemble des acteurs concernés des actions de sensibilisation au repérage et à l'accompagnement du public autiste en mobilisant le dispositif de formateurs régionaux</p>	<p>SDOSMS</p> <p>durée du SDOSMS</p> <p>2012</p> <p>2013-2016</p>
RESULTAT	<ul style="list-style-type: none"> - Labellisation par le CRIA d'une équipe pédopsychiatrique, ou d'un CAMSP, par territoire de santé, pour les activités de diagnostic et de bilan à destination des enfants - Protocole régional d'adressage au CRIA de situations complexes - Etablissement des diagnostics et bilans des enfants avant 3 ans - Extension des capacités de diagnostic pour les adultes - Animation du Comité Technique Régional de l'Autisme (CTRA) 	
INDICATEURS	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'équipes diagnostic labellisées - Effectivité du protocole régional d'adressage au CRIA des situations complexes - Nombre et âge des enfants bénéficiant d'un diagnostic par le CRIA ou les équipes labellisées - Nombre et âge des adultes bénéficiant d'un diagnostic par le CRIA ou les équipes labellisées - Délais d'attente pour le diagnostic - Indicateurs d'activité du CRIA sur ses missions de centre de ressources, dont : <ul style="list-style-type: none"> . nombre de formations annuelles à destination des professionnels et nombre de professionnels formés . nombre de journées d'information à destination des familles . nombre de publications . nombre et durée d'accompagnement des équipes de diagnostic et des équipes de prise en charge 	
PILOTE	Pilotage ARS, en lien avec CRIA, champ médico-social, pédopsychiatrie, PMI, MDPH, au travers de la réactivation du CTRA, Département	

→ Domaines d'actions transversaux concernés et leviers d'actions

Mobilisation des équipes de pédopsychiatrie, notamment au travers des hôpitaux de jour, pour assurer, avec le soutien et la labellisation du CRIA, les activités de diagnostic et de bilan (SROS)

FICHE N° 16

ORIENTATION I : FAVORISER L'EXERCICE DES DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES HANDICAPÉES

Thématique 2 : Inscrire la prévention en tant qu'axe incontournable de l'autonomie

Axe 1 : Dépister, diagnostiquer et orienter

Structurer la filière des troubles spécifiques du langage et des apprentissages

→ Rappel de la problématique

Selon les données épidémiologiques disponibles au niveau national, les troubles spécifiques du langage et des apprentissages (TSLA) concernent 4 à 6% des enfants, et 1% pour les formes sévères. Ces troubles, d'origine neuro-pédiatrique, se traduisent par des difficultés scolaires, et peuvent conduire à l'échec scolaire, l'illettrisme, des difficultés psychologiques, socio-familiales, d'insertion sociale et professionnelle.

Ils ne résument pas l'ensemble des difficultés scolaires rencontrées par les enfants (déficiences intellectuelles et/ou sensorielles, TED, précocité, facteurs sociaux et culturels, ...), et exigent donc un diagnostic différentiel et pluridisciplinaire.

Plusieurs textes définissent les orientations et moyens de la prise en charge des TSLA :

- circulaire n° 2002-024 du 31 janvier 2002 relative à la mise en œuvre d'un plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage oral ou écrit (issue du rapport Ringard de 2001)
- circulaire n°01/2001/2009 du 4 mai 2001 relative à l'organisation de la prise en charge hospitalière des troubles spécifiques d'apprentissage du langage oral et écrit
- arrêté du 13 mars 2009 : financement des centres de référence des troubles spécifiques des apprentissages.

Ils précisent en particulier la répartition des missions de repérage et dépistage, de diagnostic, de prise en charge, tenant compte de la :

- multiplicité des acteurs à mobiliser (PMI, santé scolaire, enseignants, RASED professionnels de santé libéraux, offre médico-sociale, MDPH, centre de référence)
- prédominance d'une pédagogie adaptée, du ressort de l'Education Nationale, dans l'accompagnement des enfants (PPRE, voire PPS établi par la MDPH)
- mobilisation d'une offre médico-sociale (CMPP, SESSAD, IME), en appui d'une pédagogie adaptée, y compris par une scolarisation en CLIS ou ULIS, dans les cas les plus sévères (1% des enfants).

Le schéma d'organisation, défini nationalement depuis le repérage jusqu'à la prise en charge, est le suivant :

- repérage : enseignants, RASED

- dépistage : PMI et santé scolaire à l'occasion des bilans de 3-4 ans et 5-6 ans
- diagnostic pluridisciplinaire : professionnels de santé libéraux (médecins/pédiatres, orthophonistes, psychologues, orthoptistes), avec recours pour les cas complexes au centre de référence
- accompagnement et prise en charge :
 - . scolarisation ordinaire avec pédagogie adaptée dans le cadre d'un PPRE ou d'un PPS, avec soutien de la médecine scolaire et du RASED, et mobilisation des professionnels libéraux et de l'offre médico-sociale pour les soins et la rééducation ;
 - . pour les formes sévères, accueil en CLIS/ULIS avec soutien d'un SESSAD, voire admission en IME, dans tous les cas pour des durées limitées et retour en scolarisation ordinaire avec pédagogie adaptée
- rôle du centre de référence : formation et soutien aux professionnels, diagnostic des cas complexes, soutien aux équipes pour la prise en charge des cas complexes et des formes persistantes, études et recherches.

Une réelle mobilisation des professionnels est constatée à la Réunion :

- pour l'Education nationale : identification souhaitée d'un référent académique, formation aux TSLA de tous les médecins de l'Education nationale (formation EHESP) et détention par certains d'un DU, existence d'un référent médical TSLA pour chacun des 5 bassins
- réalisation des dépistages par les médecins de l'Education nationale lors du bilan de 5-6 ans, soit systématiquement, soit de manière ciblée pour les enfants repérés et signalés par les enseignants,
- les médecins de l'Education nationale disposent d'un accord de la CGSS pour prescrire les bilans et premières prises en charge en libéral
- agrément de deux CMPP sur quatre pour les TSLA
- centre de référence (CRTSA), à l'ASFA
- projets antérieurs de SESSAD Dys,
- deux classes spécialisées neuro-pédiatriques à l'ASFA.

Cependant, des difficultés persistent et concernent :

- la couverture du dépistage sur les secteurs dépourvus de médecins scolaires (postes non-couverts)
- la mise en œuvre des bilans psychométriques par les psychologues de l'Education Nationale
- l'accessibilité aux professionnels libéraux pour le diagnostic pluridisciplinaire et la prise en charge rééducative
- la mise en œuvre d'une pédagogie adaptée pour chaque enfant dans le cadre de son intégration scolaire ordinaire (formation des enseignants)
- l'élaboration et le suivi des PPRE et PPS
- le positionnement relatif de l'offre médico-sociale, en complémentarité et soutien de la pédagogie adaptée
- la structuration d'une filière graduée de prise en charge et d'accompagnement, avec reconnaissance du rôle du CRTSA.

Certaines de ces difficultés sont également exprimées par les parents :

- retard de dépistage et diagnostic, parcours erratiques

- capacité des enseignants à déployer une pédagogie adaptée
- difficulté d'accès à certaines prises en charge complémentaires, notamment lorsque les professionnels de santé ne bénéficient pas d'un conventionnement Assurance maladie permettant un accès en libéral (ergothérapie, psychomotricité).

Cette fiche action est commune au SROMS 2012 – 2016 (objectif opérationnel n° 4).

→ **Public concerné**

Enfants avec TSLA

→ **Partenaires associés**

Education Nationale, PMI, URPS, Département, DIECCTE

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	<p>L'intervention médico-sociale à destination des enfants souffrants de TSLA ne peut qu'être complémentaire des capacités de repérage de la PMI et de la santé scolaire, de diagnostic des professionnels de santé libéraux, de la mobilisation effective d'une pédagogie adaptée et évaluée par les intervenants de santé scolaire ; elle doit être limitée aux formes les plus complexes ou sévères.</p> <p>Les CMPP, de par leur mission première auprès des enfants présentant des difficultés scolaires, sont les premiers acteurs de cet accompagnement médico-social, par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la réalisation de diagnostics pluridisciplinaires, lorsque l'offre libérale fait défaut, et sous condition d'une orientation préalable par un médecin de santé scolaire et de fourniture d'un bilan psychométrique réalisé par un psychologue scolaire ; - les soins et la rééducation, sous condition de l'existence de mise en œuvre d'un PPRE ou d'un PPS régulièrement évalué, et de nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire ne pouvant être réalisée en libéral, notamment lorsqu'ils requièrent l'intervention de professionnels de santé non conventionnés ; - les soins et la rééducation des enfants présentant des formes sévères, requérant une pluridisciplinarité des interventions et un rythme hebdomadaire soutenu de celles-ci, en complément d'une pédagogie adaptée effective. <p>Le maillage territorial des CMPP, tous agréments confondus, doit permettre une réelle accessibilité, complémentaire de l'offre libérale ; la réorientation des deux CMPP ne disposant pas d'un agrément spécifique sur la priorité de prise en charge des TSLA devra être actée dans les projets d'établissement et les CPOM des associations gestionnaires.</p> <p>A ce stade, la spécialisation de capacités de SESSAD Dys, évoquée dans les travaux du SROMS, doit être envisagée avec prudence :</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> - la pédagogie adaptée, première réponse aux TSLA, doit être assurée, l'accompagnement médico-social ne pouvant intervenir qu'en complémentarité ; - les CMPP disposent actuellement d'un maillage territorial de proximité, et doivent pourvoir délivrer des soins pluridisciplinaires à raison de plusieurs séances hebdomadaires, en péri-scolaire ou sur le temps scolaire ; - l'ouverture de CLIS/ULIS dédiées au TSLA, et pouvant justifier une intervention complémentaire de SESSAD n'est pas retenue à ce jour par l'Education Nationale à la Réunion ; - aucune donnée chiffrée d'analyse des besoins, à partir d'un recensement des enfants souffrant de TSLA, à réaliser par le CRTSA, ne permet d'objectiver le besoin d'une organisation de la prise en charge médico-sociale selon le modèle SESSAD plutôt que par une spécialisation et une intensification des interventions des CMPP. <p>L'information des familles, en première ligne dans l'accompagnement des enfants, et le recueil de leurs attentes devront être favorisés par la reconnaissance d'associations en cours de fédération au niveau régional.</p> <p>Enfin, l'identification des TSLA chez les jeunes adultes qui vont accéder à un premier emploi doit aussi constituer un axe prioritaire d'intervention en outillant les médecins du travail (mise en place d'un groupe de travail DIECCTE, médecins du travail).</p>	
RESULTAT	<ul style="list-style-type: none"> - Formalisation de la filière de prise en charge et d'accompagnement des enfants souffrant de TSLA - Animation de la filière par le CRTSA - Evaluation régulière du déploiement des objectifs pédagogiques, médico-sociaux et sanitaires par le comité technique régional 	
INDICATEURS	Cf. ci-dessous (production attendue du comité technique régional, en lien avec le CRTSA)	
PILOTE	ARS	

→ Domaines d'actions transversaux concernés et leviers d'actions

L'accès au diagnostic et aux soins, prioritairement réalisé en libéral, pourrait être renforcé par l'identification des professionnels de santé compétents, au travers d'un annuaire régional tenu par le centre de référence. De même, des formes coordonnées d'exercice libéral (maison de santé, notamment) pourraient être encouragées pour permettre la pluridisciplinarité du diagnostic.

Le centre de référence doit être positionné comme animateur de la filière, depuis le repérage jusqu'à la prise en charge, en soutien et information de l'ensemble des professionnels (santé, enseignement, médico-social).

Un comité technique régional des TSLA, co-animé par l'ARS et l'Education Nationale, réunissant l'ensemble des partenaires concernés, et dont le secrétariat serait assuré par le CRTSA devrait permettre de disposer :

- d'un état des lieux précis et actualisé des capacités de repérage des enfants souffrant de TSLA
- d'un dénombrement des enfants souffrant de TSLA
- d'un état des lieux de l'offre de diagnostic et de délivrance des soins et rééducations
- d'une évaluation des modalités de mise en œuvre d'une pédagogie adaptée
- d'une évaluation des besoins de formation des professionnels enseignants et de santé.

Il devrait être l'instance annuelle de suivi partenarial de cette problématique de santé et des réponses apportées, et de proposition de développement de l'offre pédagogique et de santé.

Enfin, le diagnostic et l'accompagnement des enfants doit être proposé à divers niveaux selon la complexité de la situation : école et médecins scolaires, praticiens libéraux, CPMM, CRTSA.

ORIENTATION I : FAVORISER L'EXERCICE DES DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES HANDICAPEES**Thématique 2 : Inscrire la prévention en tant qu'axe incontournable de l'autonomie****Axe 1 : Dépister, diagnostiquer et orienter****Favoriser la prise en charge précoce des déficiences****→ Rappel de la problématique**

La généralisation d'un dépistage précoce des déficiences justifie, dans un objectif de réduction des handicaps, d'organiser les moyens d'une prise en charge précoce des enfants. Cet accompagnement précoce peut reposer sur des interventions médico-sociales (CAMSP, SESSAD), mais également sur le recours à l'offre de soins hospitalière et libérale. L'orientation en IME intervient généralement à partir de 6 ans, pour les enfants pour lesquels un projet d'inclusion scolaire ne peut être valablement mis en place.

Les constats relatifs au niveau actuel de l'offre d'accompagnement médico-social sont principalement issus de l'enquête MDPH (cf. supra). Il ressort des travaux préparatoires au schéma quelques observations complémentaires :

a) la priorité donnée à l'intégration scolaire, et à une prise en charge précoce de la déficience, doit se traduire par un meilleur accompagnement des enfants à partir de 3 ans, et non plus seulement à partir de 6 ans ; ceci requiert de revoir les modalités de recours aux AVSI, de permettre l'orientation en SESSAD DI à partir de 3 ans (sur la base des résultats d'une expérimentation actuellement en cours par l'association Clairejoie attendus en 2012), d'assurer la complémentarité entre les CAMSP et les SESSAD ;

b) les CAMSP, principaux opérateurs de la prise en charge médico-sociale avant 6 ans, doivent être en capacité de répondre aux demandes dans des délais satisfaisants, en aval de leur activité de dépistage/diagnostic ;

c) l'accompagnement des enfants avec autisme ou TED doit reposer sur une diversité d'options, proposées aux parents, et soumises à évaluation régionale ;

d) la volonté exprimée d'intervention des professionnels de santé libéraux doit être soutenue, au travers d'une part de leur intégration dans les prises en charge pluridisciplinaires coordonnées par le secteur médico-social, et d'autre part d'une réorientation du secteur médico-social vers le libéral des enfants pour lesquels une approche disciplinaire unique ou prépondérante (orthophonie, psychiatrie...) ne justifie pas prioritairement une coordination pluridisciplinaire médico-sociale ;

e) la cohérence de l'intervention médico-sociale doit être réaffirmée, avec la maîtrise des trois champs constitutifs d'une prise en charge globale (éducatif, pédagogique, et thérapeutique) : dans ce cadre, la pédopsychiatrie doit être

intégrée comme une offre thérapeutique complémentaire, relevant de la coordination par le secteur médico-social du parcours de soins de l'enfant ;

f) une approche de l'offre par déficience doit être privilégiée.

Cette fiche action est commune au SROMS 2012 – 2016 (objectif opérationnel n° 5 du SROMS).

→ **Public concerné**

Enfants avec déficiences identifiées

→ **Partenaires associés**

Education nationale, Département, MDPH

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	<p>1) Renforcement des capacités des CAMSP, pour répondre, en aval du dépistage/diagnostic, aux besoins d'accompagnement précoce des enfants porteurs de déficiences avant 6 ans, sur la base des indicateurs homogènes d'activité (cf. fiche 12)</p> <p>2) Redéfinition concertée avec les SESSAD et la MDPH des durées de prise en charge souhaitable : la motivation d'une orientation en SESSAD doit être revue, de manière approfondie et pour chaque enfant, tous les 2 ans ; le SESSAD doit également pouvoir être mobilisé sur des périodes courtes, correspondant à un temps de mutation du projet de l'enfant (cf. fiche 8)</p> <p>3) Renforcement capacitaire des SESSAD à partir de 6 ans, pour l'ensemble de la déficience intellectuelle, en soutien médico-social d'une intégration scolaire</p> <p>4) Extension de l'agrément des SESSAD DI à partir de 3 ans, après définition concertée des critères d'adressage et de recours avec les CAMSP, pour les situations exigeant un accompagnement médico-social intensif en appui d'une intégration scolaire</p> <p>5) Renforcement des capacités des SSEFIS, avec agrément à partir de 3 ans</p> <p>6) Renforcement des capacités des SESSAD Moteurs, avec agrément à partir de 3 ans</p> <p>7) Développement d'une offre de prise en charge précoce et diversifiée pour les enfants avec autisme ou TED dès 3 ans : CAMSP, recours le cas échéant à des SESSAD à partir de 3 ans, expérimentation de prise en charge médico-sociale intensive, positionnement de la prise en charge pédopsychiatrique (ambulatoire, hospitalisation de jour) en complémentarité</p>	<p>durée du SDOSMS</p> <p>à compter de 2013</p> <p>durée du SDOSMS</p>

	<p>coordonnée du projet médico-éducatif de l'enfant ; reconnaissance de la mission régionale du CRIA pour l'évaluation des divers modes de prise en charge, et la production de référentiels d'orientation des enfants</p> <p>8) Développer et soutenir la formation des AVSI à l'accompagnement des enfants dès l'âge de 3 ans, selon leurs déficiences</p>	
RESULTAT	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction des délais de prise en charge à partir de la pose du diagnostic - Complémentarité et articulation des offres de soins (médico-social, libéral, hospitalier) - Réduction des orientations MDPH non suivies d'une mise en œuvre 	
INDICATEURS	<ul style="list-style-type: none"> - Indicateurs d'activité des CAMSP - Indicateurs d'activité des SESSAD - Niveau de satisfaction des orientations MDPH 	
PILOTE	ARS	

→ Domaines d'actions transversaux concernés et leviers d'actions

SROS : psychiatrie et santé mentale, et volet ambulatoire

ORIENTATION I : FAVORISER L'EXERCICE DES DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES HANDICAPEES**Thématique 2 : Inscrire la prévention en tant qu'axe incontournable de l'autonomie****Axe 2 : Accompagner la parentalité****Accompagner la parentalité des personnes en situation de handicap****→ Rappel de la problématique**

Il y a quelques années encore la question de la parentalité des personnes en situation de handicap ne se posait pas. Aujourd'hui de plus en plus d'adultes handicapés deviennent parents. Le travail éducatif auprès des jeunes et leur plus grande intégration ont favorisé l'émergence de leur désir de vivre comme tout le monde qu'ils soient en milieu ordinaire ou pris en charge par une structure médico-sociale : habiter dans un logement indépendant, travailler, fonder une famille, ...

L'accompagnement à la parentalité des personnes handicapées est complexe et doit s'adapter à chaque type de handicap (moteur, sensoriel, déficience intellectuelle, psychique, ...); de plus, en fonction des capacités parentales cet accompagnement peut trouver des limites.

A la Réunion, il n'existe aucune structure spécialisée autour des questions de parentalité prenant en compte les finalités et modalités établies par la loi du 11 février 2005. La prise en charge de ces familles relève le plus souvent des services sociaux du Département dans le cadre de ses missions de prévention et de protection de l'enfance et plus récemment également des services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) qui peuvent être confrontés à des situations complexes d'accompagnement à la parentalité. Il ressort des premières expériences de ces derniers les premiers constats suivants :

- l'absence de données statistiques sur la situation familiale des personnes handicapées ;
- l'évaluation des besoins, la détermination du projet de vie et l'orientation de la personne handicapée sont individuels à chaque personne. Les services médico-sociaux se retrouvent souvent à accompagner un seul des parents dans sa fonction parentale alors que ce travail peut nécessiter la présence des deux parents ;
- l'accueil de personnes handicapées avec enfant dans les structures médico-sociales et familles d'accueil social n'existe pas (vide juridique). Il en résulte que l'accompagnement des personnes handicapées (déficient intellectuel, ...) en structures médico-social dont le projet de vie est de fonder une famille est très complexe car doit se réaliser en milieu de vie ordinaire (recherche de logement, suivi de la grossesse, accompagnement et suivi des parents dans la prise en charge du bébé : gestion du rythme de l'enfant, soins, nursing, ...), mobilise de très nombreux partenaires (Département-ASE et PMI, réseau périnatal, CEMPEA,

services hospitaliers, MDPH, justice, ...), nécessite des informations et un accompagnement à la parentalité adapté au handicap. Actuellement, la mobilisation des acteurs et leur coordination s'effectue le plus souvent dans l'urgence ;

- l'accompagnement à la parentalité des personnes handicapées en milieu ordinaire est également complexe (relation entre parents handicapés et enfants devenus adultes,)

Ainsi, associant des problématiques qui relèvent de champs de compétences distincts (handicap, PMI, protection de l'enfance, scolarisation, santé), la parentalité des personnes porteuses de handicap doit conduire à un travail commun entre ces divers champs.

→ **Public concerné**

Personnes handicapées et leur entourage

→ **Partenaires associés**

SAVS-SAMSAH, réseau périnatal, CEMPEA, services hospitaliers, MDPH, justice, CAF, DJJSCS, organismes tutélaires, ...

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	<p>Avoir une meilleure connaissance de ce public au travers de données statistiques (MDPH)</p> <p>Organisation et coordination du travail en réseau pour accompagner les parents handicapés dans leurs fonctions parentales (Département (PMI-DFE), SAVS-SAMSAH, réseau périnatal, CEMPEA, services hospitaliers, MDPH, justice, ...)</p> <p>Mise en place d'un groupe technique interinstitutionnel piloté par la MDPH et le Département qui serait chargé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - au niveau institutionnel de coordonner les politiques publiques dans un objectif de complémentarité des actions respectueuse des compétences de chaque acteur : réalisation d'un répertoire des acteurs (+ personnes référentes) et des dispositifs existants d'accompagnement à la parentalité - au niveau de la coordination autour de l'usager, de renforcer et d'améliorer le partenariat autour des situations individuelles - Formation des personnels intervenant sur les problématiques de la parentalité et de la vie affective des personnes handicapées - Mise en place de formations communes aux partenaires en charge de ces situations afin d'avoir une culture commune - Porter une demande collective pour permettre le droit à compensation en aide humaine pour aider à la parentalité des personnes handicapées 	<p>2013</p> <p>durée du schéma</p>
RESULTAT	Identification et meilleur accompagnement à la parentalité des personnes handicapées	
INDICATEURS	Mise en place du groupe technique interinstitutionnel, fréquence des réunions	

ORIENTATION I : FAVORISER L'EXERCICE DES DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES HANDICAPÉES**Thématique 2 : Inscrire la prévention en tant qu'axe incontournable de l'autonomie**Axe 2 : Accompagner la parentalité**Accompagner la parentalité des parents d'enfants handicapés**

	Création du répertoire Données statistiques sur la parentalité des personnes handicapées	
PILOTE	MDPH – Département (PMI, DFE, DPAPH)	

→ Rappel de la problématique

L'annonce et l'acceptation du handicap nécessitent un accompagnement des parents au fur et à mesure de l'avancée en âge de l'enfant.

La petite enfance constitue une étape importante dans la trajectoire de l'enfant handicapé et de sa famille. Des possibilités d'intervention à tous les moments de la vie peuvent être mis en place et activées pour permettre une meilleure intégration de ces enfants.

De nombreux acteurs institutionnels agissent dans ce cadre en concertation plus ou moins étroite : MDPH, CAMPS, Ets hospitaliers...

La multiplicité des acteurs et des informations entraînent un manque de lisibilité pour les familles des dispositifs existants.

Le Département de la Réunion participe au financement des Centre d'Action Médico-Social Précoce (CAMPS.). Ces derniers ont pour objectif d'améliorer l'information et l'accompagnement des enfants et de leurs familles dès lors qu'il y a doute ou risque susceptible d'entraîner un retentissement sur le développement de l'enfant. L'intervention précoce du CASMP est une nécessité et concerne prioritairement les bébés prématurés ou ayant séjourné dans des services de néonatalogie. Le CASMP s'appuie sur une relation de confiance avec les parents, pour mettre en évidence les compétences et les éventuelles difficultés de l'enfant. La scolarisation constitue également souvent une succession d'étapes pour les parents en difficultés d'orientations. L'intégration scolaire des enfants handicapés constitue une priorité.

Enfin, le manque de structures d'accueil spécialisé constitue un frein à une prise en charge adaptée des enfants handicapés.

→ Public concerné

Parents d'enfants handicapés

→ Partenaires associés

Associations, établissements hospitaliers, Rectorat, établissements et services médico-sociaux, réseau périnatal, CEMPEA, services hospitaliers, MDPH, justice,

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	<p><i>Mise en place d'un groupe technique interinstitutionnel piloté par la MDPH et le Département qui serait chargé de coordonner les actions visant à :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Accompagner et soutenir les familles dès l'annonce du handicap et tout au long du parcours de l'enfant, y compris l'accompagnement psychologique des familles - Améliorer l'information des familles sur les dispositifs existants. - Poursuivre et renforcer l'accompagnement de familles dans leurs demandes relatives à la scolarité - Développer les formations pluri-institutionnelles sur les démarches administratives et les différentes aides pouvant être apportées aux parents, en lien avec la MDPH <p><i>Optimiser l'offre d'accueil en établissement spécialisés pour les enfants handicapés.</i></p>	durée du schéma
RESULTAT		
INDICATEURS	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'enfants suivis - Nombre d'enfants handicapés accueillis en structure d'accueil du jeune enfant 	
PILOTE	MDPH - Département	

ORIENTATION I : FAVORISER L'EXERCICE DES DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES HANDICAPEES

Thématique 2 : Inscrire la prévention en tant qu'axe incontournable de l'autonomie

Axe 3 : Protéger et accompagner les personnes vulnérables

Développer une politique de prévention coordonnée en direction des personnes handicapées

→ Rappel de la problématique

Des éléments généraux de diagnostic concernant la prévention et la promotion de la santé sont fournis par le Schéma Régional de prévention 2012-2016. Ce dernier met en évidence les forces et les faiblesses de la politique de prévention coordonnée en direction des personnes handicapées.

➤ Les forces du secteur de la prévention

- *La pluralité des acteurs* : associations, professionnels, établissements (d'enseignement, sanitaires, médico-sociaux et sociaux), acteurs institutionnels (Conseil général, Conseil régional, les communes réunionnaises, organismes de protection sociale, ...)
- *La diversité des actions de prévention,*
- *L'émergence d'une culture commune*

➤ Les faiblesses : la difficulté de construire une politique commune

- *La fragilité du réseau associatif* : dépendance des financements publics, recours aux emplois précaires, problèmes de qualification des personnes et de compétences disponibles pour mener à bien les projets ;
- *Une connaissance insuffisante de l'offre et des besoins*
- *Un manque de coordination des politiques publiques*
- *Une implication variable des acteurs de prévention*
- *Une absence d'organisation d'une offre de prévention*
- *L'existence de fortes inégalités sociales et territoriales de santé*

A ces éléments s'ajoutent les constats complémentaires suivants :

- l'isolement des personnes handicapées,
- le nombre moins important d'actions visant les personnes handicapées que celle à destination des personnes âgées,
- la méconnaissance des acteurs concernant les différentes opérations menées par chacun,
- l'absence de prise en charge suite au dépistage précoce,
- l'absence de procédure spécifique visant à garantir la prise en charge des personnes handicapées vivant à domicile lorsque leurs parents décèdent ou sont trop âgés pour s'en occuper (en Métropole certains établissements expérimentent l'accueil simultané du parent âgé et de son enfant handicapé dans ce dernier cas de figure),
- le manque de structures capables d'accueillir et d'accompagner des personnes handicapées (dont celles atteinte d'autisme, de troubles psychiques, ...)

- l'orientation trop systématique de certains enfants vers des établissements médico-sociaux alors que beaucoup d'entre eux pourraient suivre un cursus scolaire traditionnel (sous réserve d'accompagnement et d'aménagements adaptés à leur handicap),
- la saturation des listes d'attente des adultes orientés en établissement,
- l'essoufflement des associations qui souffrent de leur cloisonnement, d'un manque de tutelle, de bénévoles, de ressources,... Cet essoufflement est tel que certaines associations doivent arrêter certaines actions à domicile faute de moyens.

→ **Public concerné**

Personnes handicapées

→ **Partenaires associés**

DDJCS, GIP-SAP

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	<p><u>Maintenir la qualité de vie des personnes handicapées (orientations du Schéma Régional de Prévention)</u></p> <p><i>Renforcer le soutien aux aidants familiaux</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Développer et consolider l'offre en direction des personnes handicapées (dispositif « Répit-Repos » du GIP SAP, plate-forme d'accompagnement et de répit des aidants familiaux de la FPF, ...) : <ul style="list-style-type: none"> . mettre en œuvre les palettes de service des dispositifs existants, . consolider l'offre de Répit-Repos du GIP-SAP en conventionnant avec la CNSA pour les 3 prochaines années (convention Département-CNSA pour la modernisation et la professionnalisation des services d'aide à domicile), . assurer une complémentarité de l'offre entre les dispositifs. <p><i>Développer l'accueil temporaire</i></p> <ul style="list-style-type: none"> . Prévoir 4 à 5 places par structure dont le financement serait garanti, . Informer les usagers orientés en accueil temporaire de l'offre d'accueil également disponible en Métropole. <p><i>Former les aidants familiaux</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre les formations en direction des aidants familiaux (ARS, Département) - Lancer des expérimentations de formation (référent « coach des aidant » chargé d'expliquer le rôle de chacun, professionnels et familles) ; sur le modèle canadien du balluchonnage : formation <i>in situ</i> durant laquelle l'aidant apprend en regardant faire un professionnel, ...) <p><i>Favoriser le maintien à domicile, à travers</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - l'accès à un logement adapté (fiche action n° 3) - l'adaptation du logement (aide à l'amélioration de l'habitat) 	<p>durée du schéma a</p> <p>Priorité aire</p> <p>durée du schéma a</p>

	<p>(fiche action n° 4)</p> <p><i>Favoriser des formes d'accueil innovant permettant l'accueil simultané du parent âgé et de son enfant, adulte handicapé</i> : développer l'agrément mixte PA-PH pour l'accueil familial</p> <p><i>Renforcer le dépistage précoce</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Prévention en faveur de l'enfance handicapée par le Département (fiche action n° 12) - Réaffirmer le rôle central des CAMSP (fiche action n° 13) - Mieux prendre en compte les déficiences ainsi que l'autisme et des troubles envahissants du développement (fiches action n° 14 et 15) - Structurer la filière de dépistage, diagnostic et évaluation des troubles spécifiques du langage et des apprentissages (fiche action n° 16) - Favoriser la prise en charge précoce des déficiences (fiche action n° 17) <p><i>Favoriser l'insertion socioprofessionnelle des personnes handicapées</i></p> <p>Promouvoir la formation et l'insertion professionnelle des jeunes porteurs de handicap (fiche action n° 6) en lien avec le Plan Régional de Santé au Travail (DIECCTE)</p> <p><u>Mettre en œuvre des mesures préventives</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Organiser des campagnes de prévention spécifiques par public et par pathologie</i> - <i>Mettre en place une médecine du travail pour les aidants familiaux ou au moins un suivi sanitaire de ces derniers</i> (comme cela est d'ailleurs prévu dans le plan Alzheimer) <p><u>Consolider les réseaux associatifs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Engager une réflexion avec les partenaires (en particulier le Pôle vie associative de la DDJCS) pour animer et coordonner le réseau associatif du secteur Handicap. - Contractualiser avec les associations sur des programmes d'actions pluriannuelles de prévention en direction des personnes handicapées. 	<p>durée du schéma</p> <p>2013</p>
RESULTAT	<p>Développement et coordination des actions de prévention en direction des personnes handicapées</p> <p>Améliorer la qualité de vie des personnes handicapées en milieu ordinaire et de leurs aidants</p>	
INDICATEURS	<p>Nombre de formation en direction des aidants familiaux</p> <p>Indicateurs des fiches actions n° 3, 4, 6, 12 à 17</p> <p>Nombre de places d'accueil temporaire (évolution)</p> <p>Mise en place d'une médecine du travail pour les aidants familiaux</p> <p>Animation et coordination du secteur associatif PH</p>	
PILOTE	ARS, Département, DIECCTE, Rectorat	

ORIENTATION I : FAVORISER L'EXERCICE DES DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES HANDICAPEES**Thématique 2 : Inscrire la prévention en tant qu'axe incontournable de l'autonomie****Axe 3 : Protéger et accompagner les personnes vulnérables****Renforcer la protection des personnes vulnérables à domicile****→ Rappel de la problématique**

La loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs instaure une mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP) à la charge des départements et préalable à la saisine de l'autorité judiciaire, impliquant ainsi davantage les départements dans le domaine de la protection des adultes vulnérables.

Selon la loi, et l'article 226-14 du code pénal, une personne adulte est considérée comme vulnérable si elle n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse.

La lutte contre la maltraitance rencontre des obstacles liés aux difficultés de repérage et de signalement des situations de maltraitance, plus particulièrement au domicile et lorsqu'elle relève de la relation intra-familiale. Les réponses à apporter face aux situations supposées de maltraitance ou de négligence envers des personnes fragilisées par l'âge sont parfois réduites en dehors de la voie judiciaire. Les principaux constats sont les suivants :

Les difficultés d'ordre général*➤ Le manque de connaissance sur la maltraitance*

Que ce soit pour les professionnels ou les particuliers, il est parfois difficile de savoir où commence la maltraitance, comment résoudre ce problème, ... Le constat est :

- un manque d'information du grand public ainsi que des aidants professionnels et familiaux
- des professionnels de santé libéraux pas (ou insuffisamment) formés à la maltraitance et les mesures à prendre.

En outre, s'agissant des personnes vulnérables, leur niveau de compréhension peut également freiner leur aptitude à réagir. Il est donc nécessaire de prévoir une information adaptée à ce public.

➤ Le manque de coordination entre les différents acteurs

La lutte contre la maltraitance nécessite l'intervention d'acteurs variés (mondes associatif, administratif, judiciaire, professions libérales,...). Tous ne sont pas

informés de l'existence, du rôle et des missions de chacun. Cette méconnaissance de l'ensemble des dispositifs auxquels ils pourraient avoir recours, nuit à la prise en charge et à l'accompagnement des publics vulnérables. De plus la mobilisation des professionnels de santé libéraux s'avère difficile pour coordonner les interventions autour des personnes handicapées.

Il est indispensable afin d'apporter une solution adaptée au problème de la victime, que tous les intervenants travaillent de concert et non chacun dans son côté.

De plus, il est souvent difficile aux partenaires du Conseil Général d'avoir un retour sur le signalement opéré. Le secret professionnel limite aussi la diffusion d'information sur les dossiers.

➤ *Le manque de structure d'accueil et d'accompagnement pour personnes handicapées*

Des personnes handicapées, dont le projet d'autonomie en milieu ordinaire n'est pas réalisable (ou présente des restrictions extrêmes d'autonomie), sont maintenues à domicile par manque de structures d'accueil ou d'accompagnement. Cet état de fait peut conduire à des situations dramatiques pour certaines de ces personnes déjà vulnérables qui peuvent se retrouver seules, livrées à elle-même, en situation de mal-être et parfois même sans domicile fixe.

➤ *L'absence de procédure d'urgence*

Alors que la situation d'une personne victime de maltraitance nécessite une réponse rapide, parfois immédiat (essentiel d'éloigner la victime de son agresseur), il n'existe aucune procédure d'urgence permettant une prise en charge rapide de l'usager.

En outre, le manque de place en établissement aggrave ce problème car il ne permet pas d'y répondre dans les meilleurs délais.

Les problèmes qui se posent localement à ALMA

A La Réunion, Alma dispose de peu de moyen humain et rencontre des difficultés pour trouver des bénévoles. A cause de ce manque de moyen humain, la permanence téléphonique permettant aux victimes ou à leur entourage de se signaler est ouverte peu de jours par semaine et à des heures précises.

Année	Total appels	Répondeur sans message	Nb de signalement personnes âgées
2009	299	211	14
2010	232	241	9
2011	201	220	10

Source : ALMA

Les difficultés propres au Département

En matière de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées, le Conseil général est confronté à de multiples difficultés :

- Dans la mise en œuvre de la procédure interne de gestion des informations préoccupantes relatives aux personnes vulnérables (nécessité de réajustements),

	<p>. la création d'un réseau sentinelle (kinésithérapeutes, infirmiers,...) afin d'améliorer la diffusion d'informations autour d'un même usager et donc de mieux prévenir les risques de maltraitances.</p> <p><i>Le développement et la valorisation de la bientraitance</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Information et formation des professionnels - Sensibilisation du grand public <p>Si la lutte contre la maltraitance est primordiale pour protéger les personnes vulnérables, le développement de la bientraitance permet de donner un sens fort à l'accompagnement de ces personnes.</p> <p><i>L'accueil en établissement des personnes handicapées en situation de maltraitance</i></p> <ul style="list-style-type: none"> . définir une procédure d'urgence permettant une prise en charge rapide de l'usager . formation du personnel à la prise en charge de handicap spécifiques (psychique, ...) . conventionnement avec le secteur psychiatrique pour les structures accueillant des personnes handicapées psychiques <p><i>L'aide et la professionnalisation des aidants familiaux</i></p> <ul style="list-style-type: none"> .développement des plates-formes de répit . professionnalisation des aidants : mise en place de formation en direction des aidants (ARS, Département, ...). <p><u>Au niveau du Département</u></p> <p>La prévention de la maltraitance par le Conseil général passe par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la structuration et la formalisation d'un partenariat avec la justice, - la formalisation d'une procédure d'urgence ainsi que la formalisation du retour d'information aux partenaires sur les signalements, - l'information du public : actions fortes (création d'une journée de lutte contre la maltraitance envers les adultes vulnérables, ...), campagne publicitaire, ... 	
RESULTAT	<ul style="list-style-type: none"> - Apporter la meilleure réponse possible aux situations de maltraitance - Dispositifs de prévention et signalement de la maltraitance renforcés et connus de tous - Réactions plus rapides et une meilleure adaptation des réponses apportées en fonction des situations - Meilleur suivi et analyse des signalements et des réponses proposées 	
INDICATEURS	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place du Comité départemental - Mise en place de l'observatoire - Evolution de nombre de situations de maltraitance - Evolution du suivi des situations 	
PILOTE	Département, ARS	

FICHE N° 23

ORIENTATION I : FAVORISER L'EXERCICE DES DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES HANDICAPEES

Thématique 2 : Inscrire la prévention en tant qu'axe incontournable de l'autonomie

Axe 3 : Protéger et accompagner les personnes vulnérables

Favoriser l'autonomie sociale des personnes handicapées

→ **Rappel de la problématique**

L'isolement dont souffrent beaucoup de personnes handicapées, les exclut souvent du reste de la société. Ainsi, l'action des associations qui ont pour but le développement d'activités et de loisirs pour les personnes handicapées est essentiel dans le maintien des liens sociaux.

→ **Public concerné**

Personnes handicapées à domicile et en établissements

→ **Partenaires associés**

Associations, ARS, établissements social et médico-sociales

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	<p>Poursuivre le financement des associations à caractère sportif Optimisation des financements accordés (territorialisation et mutualisation) Recentrage sur les domaines de compétences du Département Renforcement du partenariat avec les associations (contractualisation des objectifs)</p> <p>Renforcement de l'accompagnement des associations Formalisation des projets Fonctionnement de l'association (comptable, administratif, emploi, etc.)</p>	} durée du schéma
RESULTAT	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction de l'isolement des personnes handicapées à domicile - Leur proposer des activités adaptées - Amélioration du partenariat avec le tissu associatif - Amélioration qualitative des actions financées 	
INDICATEURS	<p>Nombre d'associations financées annuellement et évolution par typologie d'actions</p> <p>Montant alloué annuellement et évolution par typologie d'actions</p> <p>Nombre de personnes bénéficiaires annuellement et évolution par typologie d'actions</p>	
PILOTE	Département (DPAPH)	

ORIENTATION II – ACCOMPAGNER LE PROJET DE VIE DES PERSONNES HANDICAPEES

Thématique 3- Développer des modalités de prises en charge inscrites dans la continuité des projets individuels

Axe 1 – Privilégier l'accueil en établissement aux adultes handicapés pour lesquels un projet d'autonomie en milieu ordinaire n'est pas réalisable, ou présentant des restrictions extrêmes d'autonomie

Fiche 24
Promouvoir une offre de prise en charge diversifiée

Fiche 25
Optimiser l'offre médico-sociale existante

Axe 2 – Accompagner l'évolution des pratiques professionnelles

Fiche 26
Améliorer les modalités de prise en charge et de suivi en famille d'accueil

Fiche 27
Développer la formation et la qualification des professionnels du secteur médico-social

ORIENTATION II : ACCOMPAGNER LE PROJET DE VIE DES PERSONNES HANDICAPEES

Thématique 3 : Développer des modalités de prises en charges inscrites dans la continuité des projets individuels

Axe 1 : Privilégier l'accueil en établissement aux adultes handicapés pour lesquels un projet d'autonomie en milieu ordinaire n'est pas réalisable, ou présentant des restrictions extrêmes d'autonomie

Promouvoir une offre de prise en charge diversifiée

→ Rappel de la problématique

Corollaire de la priorité donnée à l'insertion en milieu ordinaire des adultes handicapés, l'accueil en établissement, en internat ou semi-internat, doit être strictement motivé par des considérations tenant à la situation des personnes et à leur projet de vie :

- a) impossibilité d'un accès à l'autonomie en milieu ordinaire, du fait de la nature du handicap, et en particulier des restrictions extrêmes de l'autonomie
- b) prise en compte du contexte familial
- c) choix de vie des personnes handicapées qui peuvent préférer la vie en institution.

Le décret d'avril 2009 a supprimé la distinction entre MAS et FAM, subsistance de la construction historique de l'offre de prise en charge médico-sociale ; cette clarification juridique doit trouver sa concrétisation dans les orientations de la MDPH et la programmation de l'augmentation des capacités existantes.

Plusieurs éléments qualifient la problématique régionale de l'accueil en établissement :

- a) l'insuffisance globale de l'offre, plus marquée pour les FAO que pour les FAM et MAS
- b) des durées de séjours en augmentation, résultat positif de l'allongement de l'espérance de vie des personnes porteuses de handicap, accentuant la saturation de l'offre
- c) la faiblesse de l'offre d'hébergement temps plein en FAO, facteur d'orientation et/ou réorientation par défaut vers des FAM et MAS
- d) un vieillissement des personnes accueillies accentuant la nécessité de médicalisation et de soins de nursing dans certaines structures
- e) la difficile appréhension des soins en FAO se traduisant par des demandes de médicalisation interne des établissements, sans mobilisation des ressources d'accompagnement aux gestes de la vie quotidienne et de l'offre de santé libérale.

Cette fiche action est commune au SROMS 2012 – 2016 (objectif opérationnel n° 10).

→ **Public concerné**

Adultes lourdement handicapés.

→ **Partenaires associés**

MDPH

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	1) Réserver l'accès aux FAM et MAS aux personnes les plus lourdement handicapées (restriction extrême de l'autonomie), sans considération des difficultés de prise en charge temps plein nées de la conformation actuelle des FAO, majoritairement en semi-internat, ou des besoins d'accès aux soins des personnes qui doivent prioritairement trouver des solutions dans le cadre de l'accompagnement aux gestes de la vie quotidienne (aide à la prise de médicaments) et dans la mobilisation coordonnée de l'offre de santé libérale.	durée du schéma 2014
	2) Développer les capacités d'accueil en FAM par des extensions expérimentales sous la forme d'accueillants familiaux salariés et encadrés par les établissements.	durée du schéma
	3) Compléter l'offre de FAM/MAS par des créations ou extensions de capacités, en rééquilibrage territorial.	
	4) Programmer de nouvelles capacités d'accueil en FAO, avec possibilité d'hébergement temps plein et d'accueil temporaire (cf. fiche action n° 30).	
	5) Conventionnement des FAO avec des professionnels de santé libéraux, et notamment des infirmiers, rémunérés dans le cadre des soins de ville, devra être encouragé pour permettre et consolider l'accès aux soins des résidents.	2014
	6) Soutenir la prise en charge des personnes en situation de handicap psychique en FAO et FAM/MAS par la mobilisation de coopération avec la psychiatrie de secteur.	
	7) Assurer la convergence budgétaire des FAM et MAS, toutes sections tarifaires confondues, et repositionner les FAM et MAS dans leur territoire de santé dans une mission de réponse médico-sociale de proximité.	durée du schéma
	8) Expérimenter l'application des grilles AGGIR et PATHOS à une mesure de la charge en soins et en accompagnement en FAM/MAS, comme outil d'éclairage dans l'allocation budgétaire.	
	9) Réviser les projets d'établissement en considération de la	

	problématique du vieillissement des personnes accueillies, et des conséquences en matière de médicalisation supplémentaire et de formation des personnels	
RESULTAT	Réduction des orientations MDPH non satisfaites	
INDICATEURS	<ul style="list-style-type: none"> - Capacité des FAO, part Internat/Semi-internat - Capacité des FAM/MAS - Nombre de FAO ayant conventionné avec des professionnels de santé libéraux - Ratio de réduction des écarts d'allocation de ressources entre FAM-MAS - Taux de satisfaction des orientations MDPH 	
PILOTE	Département - ARS	

→ Domaines d'actions transversaux concernés et leviers d'actions

- Favoriser, selon les besoins et dès parutions des textes réglementaires annoncées, l'intervention de l'HAD dans les établissements médico-sociaux pour personnes handicapées (SROS)

- Le rattachement d'accueillants familiaux à des établissements (FAO, FAM, MAS) offrirait des avantages :
 - a) salariat des accueillants familiaux, garantissant un cadre d'emploi sûr et un encadrement professionnalisé,
 - b) bénéfice pour les usagers du plateau technique de l'établissement de rattachement, et possibilité d'accompagnement évolutif avec des passerelles entre accueil familial et accueil en établissement
 - c) diversification de l'offre d'accueil à coût modéré, et réponse à l'insuffisance de l'offre d'internat pour les adultes handicapés.

ORIENTATION II : ACCOMPAGNER LE PROJET DE VIE DES PERSONNES HANDICAPEES

Thématique 3 : Développer des modalités de prises en charges inscrites dans la continuité des projets individuels

Axe 1 : Privilégier l'accueil en établissement aux adultes handicapés pour lesquels un projet d'autonomie en milieu ordinaire n'est pas réalisable, ou présentant des restrictions extrêmes d'autonomie

Optimiser l'offre médico-sociale existante, en soutien à l'accès au droit commun et en compensation des handicaps

→ Rappel de la problématique

En ce qui concerne les Etablissements ou Services sociaux et Médico-sociaux (ESMS), la thématique de l'adéquation de l'offre aux besoins sur le territoire départemental renvoie à deux dimensions.

- la dimension quantitative : le développement nécessaire **et** possible sur les 5 prochaines années
- la dimension qualitative : quelles caractéristiques pour les prises en charge, qu'il s'agisse d'hébergement ou d'accompagnement ?

Ces dernières années la Réunion est marquée par un important effort de rattrapage du retard par rapport à la situation nationale, concernant le taux d'équipement médico-social. Cet effort ne pourra vraisemblablement pas être poursuivi avec la même ampleur sur les 5 prochaines années.

Données issues de l'enquête MDPH de mars 2011 : 2 880 enfants avec une orientation en ESMS ; 2 683 adultes avec une orientation en ESMS.

Données issues du SROMS : au 31 décembre 2011, offre globale (y compris les capacités en cours d'installation) de 2 007 places en ESMS pour enfants, et de 2 255 places en ESMS pour personnes handicapées adultes.

Principaux constats

Les besoins d'hébergement en FAO

- La question du besoin en logement des usagers de FAO ne se pose pas uniquement en termes d'hébergement en établissement médico-social (FH-FHTH, internat en FAO). Il existe peu d'outils pour permettre l'accès à un logement individuel ou semi-collectif. Il convient de trouver des solutions souples (logements sociaux, ...).
- Nécessité de réaliser une cartographie (ou évaluation) des publics accueillis dans les FAO afin d'évaluer les besoins d'hébergement.

L'évolution des besoins

- une évolution exponentielle des besoins d'une année sur l'autre

- . 1 600 orientations nouvelles en ESAT ces 2 dernières années dont la moitié avec une orientation en FHTH,
- . même observation concernant les orientations en SAVS (600 orientations pour 300 places en fin 2012) avec la particularité que les personnes déficientes psychiques représentent près de 40 % de ce public,
- . un gel des demandes de FHTH compte tenu de la non mise en œuvre de l'activité de jour (non admission en ESAT)

Les SAMSAH

- . le maintien à domicile des personnes polyhandicapées par les SAMSAH n'est plus possible en cas de dégradation de l'état de santé de l'aidant : la personne est orientée vers un FAM ou MAS,
- . les SAMSAH ont davantage un rôle de coordination-contrôle avec les professionnels dans la prise en charge de l'utilisateur. Certains rencontrent des difficultés pour conventionner avec les libéraux.

Les SAVS

. Nouveau mode de soutien à domicile dont le cadre juridique a été défini en 2005¹¹, les SAVS (et les SAMSAH) sont de création récente. Une évaluation globale de ces services s'avère nécessaire afin de disposer d'un point complet sur la prise en charge des personnes handicapées par ces nouveaux services, d'identifier les forces et les faiblesses du dispositif actuel et de proposer les améliorations nécessaires. Dans ce cadre, seront notamment abordé la problématique de la définition de l'activité du SAVS (et de la section « accompagnement à la vie sociale » des SAMSAH) : comment assurer l'accompagnement d'une file active d'utilisateurs, certains services fonctionnant déjà dans cette logique de prise en charge ?

. Actuellement, le public des SAVS se compose pour moitié de personne bénéficiant d'une prise en charge par un établissement médico-social (ESAT, FAO), 53 % des personnes orientées en SAVS ont aussi une orientation en ESAT : il convient d'éviter un cumul systématique de prise en charge.

. Une crainte que les SAVS ne soient pas outillés pour accompagner les déficients psychiques.

→ Public concerné

Personnes handicapées à domicile et en établissement

→ Partenaires associés

MDPH, Etablissements et services médico-sociaux

¹¹ Décret n° 2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH).

		Durée
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	<p><u>Optimiser l'offre existante</u></p> <p><i>Fluidifier le parcours des personnes handicapées</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mener à terme tous les projets autorisés dans le cadre des programmations antérieures (PDCS 2005-2007 et SDOSMS 2007-2011) - Orienter les personnes handicapées en milieu ordinaire vers les réponses de droit commun : comme pour l'ensemble des politiques du handicap, l'accessibilité aux dispositifs de droit commun doit être prioritairement recherchée, le secteur médico-social intervenant principalement en compensation. - Réserver l'accueil en établissement aux adultes handicapés pour lesquels un projet d'autonomie en milieu ordinaire n'est pas réalisable (ou présentant des restrictions extrême d'autonomie) - Admettre en priorité en établissement pour adultes les personnes en aménagement Creton - Développer l'accueil familial en direction des personnes handicapées par la mise en place de formation spécifique de ces familles avec les établissements médico-sociaux accueillant ce public (convention) - Soutenir l'accès à la scolarisation en milieu ordinaire des enfants et adolescents handicapés (objectif n° 6 du SROSM) : dans ce cadre, conformément à la loi, inscription des enfants dans les écoles de référence (près du domicile) <p><i>Mener une évaluation des services médico-sociaux</i></p> <p>Engager une évaluation des SAVS et des SAMSAH (activité, mode de financement, prise en charge, public accueilli, optimisations possibles, ...). Le même travail devra être mené sur les SESSAD et les CMPP. L'évaluation devra porter sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les référentiels d'intervention, - l'échelle d'évaluation de l'activité, - le suivi des orientations CDAPH <p><i>Optimiser le suivi des orientations (et des demandes de renouvellement) en SAVS et SAMSAH</i></p> <p>Elaboration et mise en place par la MDPH d'une grille d'évaluation sur l'accompagnement à réaliser au regard du projet de vie.</p> <p><i>Rationaliser le cumul des prises en charges établissements/service</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Etendre aux SAVS-SAMSAH ce qui est déjà acté pour les ESAT dans le cadre du SROSM : <u>limiter</u> l'accompagnement SAVS-SAMSAH aux 	<p>durée du schéma</p> <p>durée du schéma</p> <p>à partir de 2013</p>

	<p>usagers en FAO justifiant d'un besoin ponctuel de soutien à l'autonomie dépassant les capacités d'intervention des FAO : validation de critères de recours au cumul, en concertation FAO, SAVS-SAMSAH et MDPH, sous l'égide du Département (+ ARS pour les SAMSAH)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formation des personnels des établissements et des services (handicaps spécifiques, accompagnement des personnes handicapées, ...) <p>Définition régionale d'un accompagnement social en ESAT</p> <p>Favoriser le logement des personnes prises en charge en FAO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transformation de places de FHTH <u>existants</u> en places de FH afin de permettre l'accueil de personnes qui sont par ailleurs en semi-internat dans un FAO - Favoriser l'accès à un logement adapté <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conseil Général : par le renforcement de la concertation avec les bailleurs sociaux et la coordination des services du CG pour commander une adaptabilité correspondant aux besoins et à la demande sur le contingent départemental (cf. fiche action n° 3) ▪ L'accès au logement autonome des personnes handicapées doit également être soutenu par : <ul style="list-style-type: none"> . le développement de l'intermédiation locative (DEAL, DJSCS, Département) . le développement de résidences d'accueil pour personnes souffrant de pathologies psychiatriques ou de handicap psychique (DJSCS, DEAL, Département) . la construction de partenariats entre établissements et services sociaux et médico-sociaux et bailleurs sociaux pour l'accès à des logements réservés dans le cadre de la concrétisation de projets d'autonomisation, avec mobilisation le cas échéant de l'accompagnement des SAVS ou SAMSAH (DEAL, Département, ARS, association Soleil) - <u>Diversifier les modes de prise en charge par le rattachement d'accueillants familiaux à des établissements médico-sociaux (FAO, FAM, MAS) ou à toute autre personne morale de droit public ou privé.</u> Campagne d'information du Conseil Général en direction des établissements médico-sociaux et autres personnes morales de droit public ou privé sur les modalités de l'agrément (5 ans). Ces familles d'accueil médico-social offriront les avantages suivants : <ul style="list-style-type: none"> - salariat des accueillants familiaux¹², garantissant un cadre d'emploi sûr et un encadrement professionnalisé, - bénéfique pour les usagers du plateau technique de l'établissement 	<p>durée du schéma</p> <p>2013</p> <p>durée du schéma</p>
--	---	---

¹² Les accueillants familiaux sont des agents non titulaires et perçoivent une rémunération garantie (montant minimal déterminé en référence au salaire minimum de croissance et fonction du nombre de personnes accueillies et la durée de travail) complétée par des indemnités prévues à l'article L. 442-1 (2° et 4°)

	<p>de rattachement, et possibilité d'accompagnement évolutif avec des passerelles entre accueil familial et accueil en établissement,</p> <ul style="list-style-type: none"> - diversification de l'offre d'accueil et réponse à l'insuffisance de l'offre d'internat pour les adultes handicapés. <p><u>- Favoriser le maintien à domicile des personnes handicapées à travers l'accompagnement des aidants familiaux</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Développement de l'accueil séquentiel et temporaire - Développement et consolidation d'une offre de service « Répit-Repos » en direction des personnes handicapées : <ul style="list-style-type: none"> . mettre en œuvre les palettes de service des dispositifs existants (GIP-SAP, plate-forme d'accompagnement et de répit de la Fondation Père Favron), . consolider l'offre de Répit-Repos du GIP-SAP en conventionnant avec la CNSA pour les 3 prochaines années (convention Département-CNSA pour la modernisation et la professionnalisation des services d'aide à domicile), . mettre en place une complémentarité de l'offre de service entre ces dispositifs. <p><u>- Mettre en place une programmation de nouvelles capacités d'accueil pour les structures de compétence départementale</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifier les besoins prioritaires en tenant compte pour les SAVS et SAMSAH des résultats de l'évaluation - Procéder à une évaluation continue des besoins : disposer chaque année, de la part de la MDPH, d'une synthèse par territoire et classe d'âge des orientations en cours de validité, rapprochée des capacités autorisées et installées <p><u>- Redéfinir de manière concertée les référentiels d'intervention des établissements et élaborer des référentiels de coûts par catégorie d'ESMS qui tiennent compte des publics accueillis et des contextes particuliers (isolement géographique, ...)</u></p>	
RESULTAT	Réduction des orientations non satisfaites	
INDICATEURS	Evaluation des services médico-sociaux Nombre de famille d'accueil médico-social créé Taux de satisfaction des orientations MDPH	
PILOTE	Département - ARS	

**ORIENTATION II : ACCOMPAGNER LE PROJET DE VIE DES PERSONNES
HANDICAPEES****Thématique 3 : Développer des modalités de prises en charges inscrites dans la continuité des projets individuels****Axe 2 : Accompagner l'évolution des pratiques professionnelles****Améliorer les modalités de prise en charge et de suivi des personnes en familles d'accueil****→ Rappel de la problématique**

La Réunion se distingue par une forte tradition de prise en charge en accueil familial.

Le Département, compétent pour organiser la formation initiale et continue des accueillants familiaux, met en œuvre chaque année des sessions de formation. Il s'assure du suivi des accueillis et du contrôle des accueillants et de leur remplaçants.

En 2012, 450 familles sont agréées pour l'accueil à domicile, à titre onéreux, de personnes âgées et adultes handicapés. Les enjeux actuels dans ce domaine tournent ainsi autour de deux axes complémentaires : assurer une prise en charge plus professionnalisée des personnes handicapées en accueils familiaux, mais également l'amélioration du suivi des personnes accueillies :

- professionnaliser les accueillants familiaux afin d'optimiser les conditions d'accueil des personnes handicapées ;
- améliorer le suivi des personnes accueillies ;
- veiller au contrôle des accueillants familiaux et de leurs remplaçants.

→ Public concerné

Accueillants familiaux

→ Partenaires associés

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	<p>Mise en place d'un plan de formation pour les accueillants familiaux</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboration du cahier des charges des formations incluant une thématique sur la notion de handicap (physique/ psychique/ sensoriel/ moteur) - Pérenniser la formation des accueillants familiaux / projection sur des marchés de trois ans - Mise en œuvre de groupes de paroles via les psychologues <p>Structuration des relations avec les équipes de suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre d'outils transversaux SDAF /EMS pour définir le cadre d'intervention - Harmonisation de la mission d'agrément et de celle du suivi à visée départementale - Elaboration d'un guide de procédure et d'un référentiel de l'accueil familial départemental <p>Contrôle</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboration d'un cahier des charges du contrôle des accueillants familiaux et de leurs remplaçants - Mise en œuvre d'une cellule de contrôle des accueillants familiaux et des remplaçants 	<p>durée du schéma</p> <p>2012</p> <p>2012-2013</p> <p>2013</p> <p>2013-2014</p>
RESULTAT	Amélioration de la qualité de service offerte par les accueillants familiaux et la qualité du suivi	
INDICATEURS	<p>Formation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'accueillants familiaux formés <p>Suivi des personnes accueillies</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de rapport de visite de suivi annuel par personne accueillie - Fréquence et régularité - Nombre de signalements / injonction/ rappel aux obligations issus de ces visites <p>Contrôle</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de contrôles effectués annuellement 	
PILOTE	Département (DPAPH-SDAF)	

ORIENTATION II : ACCOMPAGNER LE PROJET DE VIE DES PERSONNES HANDICAPEES

Thématique 3 : Développer des modalités de prises en charges inscrites dans la continuité des projets individuels

Axe 2 : Accompagner l'évolution des pratiques professionnelles

Développer la formation et la qualification des professionnels du secteur médico-social et social

→ Rappel de la problématique

Principales caractéristiques du secteur médico-social et de l'offre de formation

Le secteur médico-social

Ces dernières années, un important effort de rattrapage des retards structurels a été réalisé. Toutefois, le taux d'équipement en structure médico-sociale en direction des enfants et des adultes¹³ demeurent nettement inférieur à la moyenne métropolitaine malgré une offre d'accueil en pleine expansion : sur le secteur adultes 615 places¹⁴ (sur une programmation de 805) sont installées ou en cours d'autorisation au 31 mai 2012 dont 265 places restent à ouvrir.

L'enquête MDPH de mars 2011 apporte des informations sur les besoins à couvrir : 2 880 enfants avec une orientation en ESMS¹⁵ pour une offre globale de 2007 places (au 31-12-2011) ; 2 683 adultes avec une orientation en ESMS pour une offre globale de 2 255 places. Ces écarts se sont peut-être creusés depuis.

De plus, cette enquête n'est pas exhaustive : personnes en trop grande difficulté pour s'adresser à la MDPH,

Conclusion : la prise en charge de plus en plus importante à domicile ou en établissement des personnes handicapées nécessitera l'arrivée de nouveaux professionnels ainsi que l'adaptation des professionnels en poste. Par ailleurs, une meilleure connaissance des besoins de prise en charge des personnes handicapées serait nécessaire : des personnes restent encore à la marge d'une action sociale dont ils auraient pourtant besoin et renoncent aussi aux dispositifs d'aide auxquels ils auraient droit. Le repérage de ce public permettrait également d'évaluer les besoins en terme de formation des professionnels (nouveaux et ceux en poste).

L'offre de formation (extrait du SRFSS 2009-2013) :

- Une absence d'articulation avec les dispositifs d'apprentissage et ceux de la formation professionnelle continue

. L'apprentissage est très peu développé sous l'effet des problèmes de financement (employeurs non soumis à la taxe d'apprentissage), de la prise en

¹³ Taux d'équipement en structures médicalisées : 1,54 pour 1 000 personnes à la Réunion, 2,3 en Métropole

¹⁴ Places de compétence départementale ou conjointe avec l'ARS

¹⁵ ESMS : établissements sociaux et médico-sociaux

compte des effectifs apprentis dans la masse salariale, d'organisation des terrains de stage et d'organisation pour les entreprises (taux d'encadrement restreint).

. L'accès aux diplômes et aux formations « en cours d'emploi » reste difficile dans les professions paramédicales et sociales en raison de la durée de la formation (1 à 3 ans), du coût lié au maintien du salaire pendant cette durée et de celui du remplacement du salarié.

- *Un développement des formations du travail social (IRTS, EMAP) et une rénovation des diplômes (mise en place de la VAE)*

- *Un grand nombre d'acteurs dans le secteur de la formation continue et une centralisation encore insuffisante des données relatives aux quotas/capacités d'accueil de chaque organisme pour chaque formation, autant que de celles relatives aux suivis des formations rendant difficile l'analyse.*

Principaux facteurs pouvant influencer sur les besoins d'emploi et de formation dans le secteur médico-social et social

Le secteur médico-social

Tensions générales du marché du travail

- Vieillesse de la population et accroissement des demandes des personnes handicapées
- Nouvelles exigences des usagers en matière de qualité de service
- Durée de la carrière dans certaines professions et aux mobilités professionnelles,
- Egalement les évolutions liées au chômage et à la pauvreté.

Tensions plus spécifiques selon le statut des employeurs et caractéristiques des territoires

- Difficultés rencontrées par les établissements médico-sociaux dans le recrutement de certaines professions (rééducateurs),
- « Moindre ou non attractivité » de certains secteurs géographiques lié au contexte économique et social sensibles générant des conditions de travail difficiles, mais aussi environnemental (climat, infrastructures touristiques et de loisirs, ...)
- Besoin de formation des professionnels diplômés aux handicaps spécifiques (autisme, TED, psychique...) afin d'assurer une prise en charge adaptée de ces publics.

Les services à la personne

► Principaux constats :

- Une évolution du nombre de structures agréées qualités
- Un manque de connaissance sur le secteur des services à la personne (effectifs, métiers, statuts des personnels, formations (+ adéquation aux publics visés), besoins en emploi, ...) ainsi que sur les demandeurs d'emploi et les demandeurs d'évolution d'emploi (profil, employabilité, ...).

► Enjeux relevés par le Schéma Régional des Formations Sanitaires et Sociales (SRFSS) 2009-2013 :

- . Développer l'accès des salariés à la qualification et à la professionnalisation en favorisant la solvabilité des structures employeurs
- . Usure et isolement des professionnels qui nécessite de développer la mise en œuvre de tutorat et d'améliorer l'accueil des nouveaux salariés
- . Développer des passerelles entre le travail à domicile et en établissement pour permettre d'attirer et de fidéliser les professionnels en leur offrant de meilleures conditions de travail

► Nouvelles orientations du Conseil Général

- revalorisation du tarif de référence départementale (APA-PCH)
- partenariat actif au travers d'une contractualisation pluriannuelle

Les freins à la formation tout au long de la vie

- *Difficultés au niveau de la sécurisation des parcours professionnels*

L'accroissement du volume de formations pour répondre à des besoins d'emploi se heurte à la saturation croissante de l'appareil de formation au niveau des lieux de stage : les taux d'encadrement restreints des acteurs (publics et privés) constituent de plus un frein majeur à l'accueil de stagiaires.

. si la professionnalisation évolue, l'apprentissage reste peu développé.

. en fonction du statut de la personne en formation et de la formation suivie, on constate de nombreuses différences au niveau des montants des aides ou des rémunérations allouées, prise en charge des frais annexes, durée et fréquence des financements.

. les professionnels en poste ne sont pas sur un pied d'égalité au regard du dialogue social et de la gestion des projets des professionnels mis en œuvre par leur employeur.

- *Absence d'une politique d'accueil, d'information et d'orientation sur les métiers du médico-social et du social*

- *Persistance d'un cloisonnement des métiers entre les secteurs sanitaires, médico-sociaux et social mais aussi au sein de chacun des secteurs malgré la mise en place de formations communes par les OPCA, le développement de tronc communs (AMP, AVS, AS).*

→ **Public concerné**

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	L'enquête emploi 2012 de l'UNIFAF apportera un éclairage sur les enjeux d'attractivité, de qualification, de professionnalisation et de recomposition qui touchent les secteurs sanitaire, médico-social et social privés à but non lucratif : données sur les effectifs (nombre de salariés, types de contrat, ..), sur les métiers et leurs caractéristiques (genre, âge, temps partiels, ...), les mobilités et turn-over ainsi que des éléments sur les métiers en tension (besoins en qualification, difficultés	

de recrutement, ...).

De plus, une *démarche de GPEC territoriale* a été également initiée à la Réunion par l'UNIFAF qui permettra d'accroître la visibilité du secteur sur son avenir, son développement, ses évolutions.

Action transversale

- Création d'une section médico-sociale au sein du Comité Régional de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (CREFP)

La création d'une section médico-sociale favoriserait l'échange et la concertation entre les différents acteurs afin d'assurer une meilleure coordination des politiques de formation professionnelle et d'emploi dans ce secteur.

- Mettre en adéquation l'offre de formation et les besoins de recrutement

. Intégrer dans la planification des actions de formation les ouvertures prévisionnelles des structures médico-sociales ;

. Repérer les personnes handicapées restant à la marge d'une prise en charge ou d'un accompagnement médico-social dont ils auraient besoin et déterminer les besoins en termes de formation (groupe de travail à constituer pour définir la méthodologie, les outils à mettre en place, le calendrier de travail)

- Faire connaître les métiers du médico-social et du social auprès des jeunes (en lien avec le Rectorat), du grand public et des demandeurs d'emploi

. Promouvoir les métiers du médico-social auprès du grand public : réaliser une campagne de communication sur ces métiers et les moyens d'y accéder

. Sensibiliser les jeunes à ces débouchés dès le collège et le lycée

Sur le secteur médico-social et social

- Poursuivre la diversification de l'offre de formation (rééducateurs) au regard des difficultés rencontrées par les établissements médico-sociaux dans le recrutement de cette profession

- Développer les dispositifs de formation professionnelle continue afin d'accompagner les professionnels dans la prise en charge de handicaps spécifiques et les situations à risque (recherche-action, diplôme universitaire (DU) en lien avec l'université, ...)

- Poursuivre le développement de la VAE notamment :

. informer les personnes présentant le profil (3 ans + projet),

. accompagner les candidats

- Faire émerger les projets chez les jeunes (préprofessionnalisation) et

	<p>les former aux métiers (professionnalisation) du médicosocial</p> <ul style="list-style-type: none"> . mettre en place un programme de préprofessionnalisation initialisant le suivi d'une professionnalisation <p>- Réalisation d'une étude prospective de l'emploi et de la formation sur le secteur des services à la personne (GIP-SAP)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ analyse prospective des besoins des individus et des ménages, identification des marchés potentiels futurs porteurs pour des nouveaux services, et des services émergents , analyse des facteurs d'accélération et les freins éventuels à l'émergence de ces nouveaux marchés, et le rôle des politiques publiques dans ce cadre, ... ▪ axes permettant la création, la pérennisation et la qualité des emplois créés, ... <p>- Réalisation d'une étude sur les demandeurs d'emploi et demandeurs d'évolution d'emploi (par le Pôle Emploi)</p>	
RESULTAT	<p>Adéquation entre l'offre et les besoins de formation continue</p> <p>Adéquation entre l'offre de formation et les besoins de recrutement</p>	
INDICATEURS	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'une section médico-sociale au sein du Comité Régional de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (CREFP) - Nombre de nouvelles formations mises en place - Nombre de recherche-action menées - Nombre de VAE par an - Réalisation de l'étude prospective de l'emploi et de la formation sur le secteur des services à la personne - Réalisation de l'étude sur les demandeurs d'emploi et demandeurs d'évolution d'emploi 	
PILOTE	Région	

ORIENTATION II – ACCOMPAGNER LE PROJET DE VIE DES PERSONNES HANDICAPEES

Thématique 4- Améliorer la qualité de la prise en charge et favoriser la bientraitance des personnes

Axe 1 – Soutenir les aidants

Fiche 28

Mise en œuvre du dispositif Répit-Repos

Axe 2 – Développer une approche coordonnée des réponses apportées aux personnes

Fiche 29

Développer la coordination institutionnelle
et la coordination des professionnels autour
des personnes

**ORIENTATION II : ACCOMPAGNER LE PROJET DE VIE DES PERSONNES
HANDICAPEES**
Thématique 4 : Améliorer la qualité de la prise en charge et favoriser la bientraitance des personnes
Axe 1 : Soutenir les aidants
Mise en œuvre de dispositifs Répit-Repos
→ Rappel de la problématique

L'aide apportée aux personnes âgées en perte d'autonomie et aux personnes handicapées n'est pas l'exclusivité d'acteurs professionnels. Le conjoint, les enfants mais également les amis et voisins contribuent par leur accompagnement au maintien de l'autonomie de la personne âgée à domicile. Les aidants familiaux, du fait de l'allongement de la durée de la vie et de la forte solidarité familiale sur le territoire réunionnais, forment un nouveau groupe social occupant une place importante dans la prise du handicap. La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) définit comme suit un aidant familial : « Toute personne qui vient en aide, à titre non professionnel, en partie ou totalement, à une personne âgée dépendante ou une personne handicapée de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne » Guide de l'aidant familial – 2008.

Les aidants naturels sont confrontés à des difficultés (surmenage, isolement, ...) qui, si elles ne sont pas reconnues, peuvent mener à des situations d'épuisement, voire de maltraitance.

Deux dispositifs existent actuellement à la Réunion consistant à offrir une palette de services auxquels l'aidant peut faire appel, en fonction de sa situation et de ses besoins, afin de le soulager et lui permettre de souffler, de bien « couper » avec leur charge quotidienne :

- Le dispositif « Répit-Repos », porté par le GIP SAP, qui s'articule en 3 volets
 - . Volet 1 : Bourse d'heures (8h/mois) qui se concrétise par l'intervention à la carte d'une aide à domicile relevant d'un service prestataire agréé.
 - . Volet 2 : Séjour Vacances « Grand Air » qui propose une offre d'accueil aidant/aidé adaptée, dans les centres de loisirs et d'hébergement
 - . Volet 3 : L'accueil de jour et l'accueil temporaire en famille d'accueil (mise en œuvre début 2013)
- La plate-forme d'accompagnement et de répit des aidants familiaux de la Fondation Père Favron (en cours d'ouverture) qui offrira également une palette de prestation : groupes de parole, réunion d'information, accueil de jour, accueil temporaire en EHPAD, équipe mobile de répit, la garde à domicile

→ Public concerné

Personnes lourdement handicapées (PCH-aide humaine/ACTP)

→ Partenaires associés : Département, SAAD

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	<p>- Développement et consolidation d'une offre de service « Répit-Repos » en direction des personnes handicapées :</p> <ul style="list-style-type: none"> . mettre en œuvre les palettes de service des dispositifs existants, . consolider l'offre de Répit-Repos du GIP-SAP en conventionnant avec la CNSA pour les 3 prochaines années (convention Département-CNSA pour la modernisation et la professionnalisation des services d'aide à domicile) <p>Mettre en place une complémentarité de l'offre de service entre les dispositifs</p>	} durée du schéma
RESULTAT	Accompagner les aidants familiaux dans la prise en charge des personnes handicapés en leur proposant des moments de répit et de repos.	
INDICATEURS	Nb d'aidants bénéficiaires par an	
PILOTE	GIP-SAP, ARS	

**ORIENTATION II : ACCOMPAGNER LE PROJET DE VIE DES PERSONNES
HANDICAPÉES**
Thématique 4 : Améliorer la qualité de la prise en charge et favoriser la bientraitance des personnes
Axe 2 : Développer une approche coordonnée des réponses apportées aux personnes handicapées
Développer la coordination institutionnelle et la coordination des professionnels autour des personnes handicapées
→ Rappel de la problématique

L'une des principales difficultés du secteur médico-social reste le manque de connaissance réciproque entre les acteurs, l'insuffisance d'informations malgré un foisonnement d'initiatives. La non consolidation et le non partage des informations rend peu visible les dispositifs et ne permet pas une utilisation efficiente de l'existant. Une coordination des acteurs sur la politique départementale en faveur des personnes handicapées s'avère indispensable.

Sur le secteur handicap, la MDPH a impulsé une collaboration avec les acteurs du réseau handicap afin d'améliorer la qualité de l'information, du conseil, de l'évaluation et du suivi des personnes handicapées en :

- créant un espace partenarial intégré à la MDPH pour la valorisation du travail associatif et de l'échange inter-associatif ;
- complétant la mission d'accueil des familles avec des permanences tenues par les associations d'usagers ;
- structurant et en animant un réseau de référents MDPH dans les structures en charge de l'accueil et de l'information des PH ;
- renforçant l'expertise du handicap en s'appuyant sur une coopération étroite avec les professionnels du réseau et sur l'harmonisation des outils d'évaluation.

→ Partenaires associés

CCAS, MDPH, établissements, représentants d'usagers, organismes de complémentaire santé, professionnels libéraux, ...)

		Délai
MODALITES DE MISE EN OEUVRE	<p><u>Développer la coordination institutionnelle</u></p> <p>Acteurs intervenant sur le champ du handicap</p> <p><i>Mise en place d'une instance de coordination</i> ayant pour objectifs d'animer un partenariat avec les acteurs intervenant auprès des personnes âgées et des personnes handicapées (ARS, CCAS, MDPH, établissements, représentants d'usagers, organismes de complémentaire santé, professionnels libéraux, ...)</p> <p>:</p>	

	<p>. partage des informations, . formalisation des échanges : convention, partenariat, ... favoriser la connaissance des différents dispositifs existants y compris par la mise en place de journées thématiques (développer les échanges et l'interconnaissance)</p> <p>Département <i>Poursuivre la mise en œuvre du comité Géronto-handicap et l'ouvrir aux partenaires extérieurs.</i></p> <p>MDPH <i>Poursuivre le partenariat avec les acteurs intervenant auprès des personnes handicapées au travers :</i> - la mission d'observatoire permettant l'échange d'information, - la mise en place d'une Charte Qualité d'engagements MDPH/Partenaires en étroite concertation avec les acteurs concernés.</p> <p><u>Développer la coordination des professionnels autour des personnes handicapées (MDPH)</u></p> <p><i>Mettre en œuvre une gestion partagée avec les partenaires du suivi des décisions prises par la CDAPH :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • portail médico-social avec l'ensemble des établissements et services médico-sociaux pour le suivi des listes d'attente sur les orientations pour enfants et adultes handicapés, • portail GED-financeurs (CAF, CG, CGSS) pour la mise en paiement des droits d'allocations et de prestations de compensation du handicap, • Extranet-MDPH avec les enseignants référents pour faciliter la gestion des demandes d'orientation scolaire. 	
RESULTAT	Coordination des acteurs sur le secteur du Handicap	
INDICATEURS	Mise en place de l'instance de coordination, participation des associations et des représentants d'usagers à cette instance Nombre d'études statistiques par an Nombre de signataire à la Charte Qualité d'engagement Nombre d'adhérents ESMS au portail médico-social Nombre de partenaires au portail GED-financeurs Nombre d'enseignants-référents en extranet-MDPH	
PILOTE	MDPH, Département	

ORIENTATION II – ACCOMPAGNER LE PROJET DE VIE DES PERSONNES HANDICAPEES

Thématique 5- Poursuivre la mise en adéquation de l'offre d'accueil en établissement au regard des besoins repérés

Axe 1 – Equilibrer l'offre

Fiche 30
Poursuivre la mise en œuvre de la programmation du précédent schéma

Fiche 31
Développer l'accueil familial

Axe 2 –Améliorer la qualité de l'offre

Fiche 32
Mise en œuvre d'un contrôle régulier et d'une démarche d'évaluation interne et externe

Fiche 33
Mieux connaître les besoins des personnes handicapées vieillissantes et accompagner les évolutions nécessaires des accompagnements et prises en charge

Fiche 34
Maintenir l'offre de transports à caractère médico-social

Fiche 35
Adapter les missions et le fonctionnement des IME à l'évolution des publics accueillis

FICHE N° 30

ORIENTATION II : ACCOMPAGNER LE PROJET DE VIE DES PERSONNES HANDICAPEES

Thématique 5 : Poursuivre la mise en adéquation de l'offre d'accueil en établissement au regard des besoins repérés

Axe 1 : Equilibrer l'offre

Poursuivre la mise en œuvre de la programmation du précédent schéma et développer l'offre médico-sociale

→ Rappel de la problématique

Une offre d'accueil en pleine expansion sur le secteur des personnes handicapées

Globalement la période 2001-2012 est marquée par une forte évolution de l'offre d'accueil d'hébergement et de service en direction des adultes handicapés (structures de compétences départementales ou conjointes avec l'ARS) :

	Places autorisées au 31.12.2000	Places autorisées au 31.12.2006	Places autorisées au 31.12.2012
FAO	100	335	443
FAM	220	240	366
FHTH	134	134	144
SAVS	-	80	310
SAMSAH	-	-	175
TOTAL	454	789	1 438

- *Période 2001-2006 :*

Le Département a porté une politique active pour les structures relevant de sa compétence dans le cadre du Plan départemental de Cohésion Sociale 2005-2007 (PDCS) en prévoyant la création de 200 places de FAO dans un objectif de rattrapage en équipement. Au 31 décembre 2006, 335 places de FAO étaient autorisées dont 267 ouvertes, ces dernières ne représentaient que 80 places au 1^{er} janvier 2000.

- *Période 2007-2011 :*

Pour les structures relevant de la compétence du Département, le SDOSMS 2007-2011 acte la poursuite des actions engagées dans le cadre du PDCS (rattrapage des retards) en direction des adultes handicapés en programmant 110 places nouvelles de FAO à créer sur la période 2007-2011.

Concernant les structures à compétence conjointe, 180 places de FAM et 240 places de SAMSAH ont été programmées dans le cadre du SDOSMS 2007-2011 dans un objectif de rattrapage structurel.

Le bilan du SDOSMS 2007-2011 met en exergue le respect de la programmation de l'offre d'hébergement et de service sociaux et médico-sociaux. 79 % des places

programmées en structures d'hébergement et de services (compétences conjointe ou départementale) sont installées, autorisées ou en cours d'autorisation (639 sur une programmation de 805)

Avancement de la programmation du SDOSMS - volet Personnes Handicapées (au 31 décembre 2012)

Structures de compétences conjointes ou exclusivement départementale

SDOSMS 2001-2006				SDOSMS 2007-2011			
	Places autorisées sur le SDOSMS 2001-2006 = (a+b)	Dont places autorisées et ouvertes (au 31.12.12) (a)	Dont places autorisées non installées (au 31.12.12) (b)	Objectifs SDOMS 2007-2011	Places autorisées sur le SDOSMS 2007-2011 ©	Dont places non installées au 31.12.12	Places totales autorisées au 31.12.12 = (a)+(b)+(c)
FAO	335	319	16	+ 110	+ 108	81	443
FAM	240	240	0	+ 180	+ 126	52	366
SAVS	80	80	0	+ 280	+ 230	0	310
SAMSAH	0	0	0	+ 225	+ 175	45	175
FHTH	134	134	0	+ 10	10	10	144
TOTAL	789	773	16	+ 805	+ 649	188	1 438

Structures de compétences ARS

	Objectifs du SDOSMS 2007-2011 (a)	Places autorisées sur le SDOSMS 2007-2011 (b)	Places totales autorisées au 31.12.12 (d)	Places totales ouvertes au 31.12.12 (e)	Places totales restant à ouvrir au 31.12.12 (f) = (d)-(e)
CAMSP	+ 150	31	286	286	-
MAS	+ 60	53	211	205	6
ESAT	+ 240	170	979	959	20
CMPP	+ 210	133	199	181	18
ITEP	+ 120	63	63	31	32
IEM	+ 40	24	78	78	-
CEAP	+ 40	22	179	179	-
IME + IES	+ 150	181	1 120	1 120	-
SESSAD	+ 300	200	718	663	55
SSIAD	+ 50	0	8	8	-
CRP	+ 90	0	0	-	-
Total	+ 1 450	+ 877	3 841	3 710	131

Une identification des besoins sur le secteur des personnes handicapées

La note statistique de la MDPH d'octobre 2012 met à disposition un état des lieux récent de la population des personnes handicapées disposant de droits ouverts. Il devient désormais possible de fonder la programmation médico-sociale sur des besoins effectivement constatés.

L'état des lieux de la demande d'hébergement et de service (issue des décisions d'orientation de la CDAPH) des personnes handicapées dressé par l'étude de la MDPH révèle un déficit de l'offre :

Identification des besoins

	Equipement au 31.12.11	Places en cours d'installation ou d'autorisation	Besoins identifiés MDPH (au 31.12.11)
FAO	294	149	245
FAM	294	72	190
FHTH	134	0	67
SAVS	310	0	104
SAMSAH	75	100	144
TOTAL	1 107	321	750

→ **Public concerné**

Personnes handicapées

→ **Partenaires associés**

MDPH, Organismes gestionnaires d'établissements

MODALITES DE MISE EN OEUVRE	<p>Ouvrir les nouvelles capacités autorisées au titre du SDOSMS 2007-2011 Installation à échéance 2016 des places autorisées au 31.12.11</p> <p>Poursuivre la dynamique de rattrapage - Ouvrir de nouvelles places dans le cadre d'appel à projet qui tiennent compte : <ul style="list-style-type: none"> . des besoins identifiés, . des possibilités de financement des autorités compétentes. Ces créations de places nouvelles sur la période du SDOSMS se déclinent de la manière suivante : <ul style="list-style-type: none"> - 96 places de FAO - 68 places de FAM - 80 places de SAVS - 55 places de SAMSAH Ces autorisations nouvelles devront assurer une répartition géographique équitable de l'offre, y compris par l'installation d'établissements et services polyvalents adultes (FAO, FAM, SAVS, SAMSAH) sur certaines portions du territoire dans un</p>	
--	---	--

	<p>souci d'accessibilité géographique (Sud sauvage), à l'instar de ce qui est pratiqué pour les enfants.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluer les besoins de remise à niveau des structures existantes (taux d'encadrement, réhabilitation et/ou mise aux normes des locaux, renforcement des moyens de fonctionnement), déterminer les besoins prioritaires, concertation établissement/autorités de tarification dans le cadre d'un échéancier pluriannuel de remise à niveau. <p>Procéder à une évaluation continue des besoins</p> <p>Disposer chaque année, de la part de la MDPH, d'une synthèse par territoire et classe d'âge des orientations en cours de validité, rapprochée des capacités autorisées et installées</p>	
RESULTAT	<ul style="list-style-type: none"> - Offrir un niveau de places d'hébergement satisfaisant les besoins prioritaires sur le Département - Disposer d'une répartition équitable sur le territoire - Assurer le suivi et l'actualisation des besoins et de l'offre 	
INDICATEURS	<p>Capacité des FAO</p> <p>Capacité des FAM/MAS</p> <p>Capacité des SAVS et des SAMSAH</p> <p>Taux de satisfaction des orientations MDPH</p>	
PILOTE	Département, ARS	

**ORIENTATION II : ACCOMPAGNER LE PROJET DE VIE DES PERSONNES
HANDICAPEES**
Thématique 5 : Poursuivre la mise en adéquation de l'offre d'accueil en établissement au regard des besoins repérés
Axe 1 : Equilibrer l'offre
Développer l'accueil familial
→ Rappel de la problématique

L'accueil familial, particulièrement développé à la Réunion, constitue une possibilité de prise en charge très appréciée par les personnes en situation de handicap ne souhaitant pas ou ne pouvant plus rester à leur domicile. Cette première alternative existante à la vie en établissement ou à domicile dépend du cadre législatif suivant :

- Le président du Conseil général est responsable de l'agrément, du renouvellement, du suivi des accueillis et du contrôle des accueillants familiaux et de leur remplaçant ;

- Les décrets du 03 août 2010 encadrent les délais d'instruction des demandes d'agrément ou de renouvellement, introduisent la mission de tiers régulateur et laisse l'opportunité de faire évoluer le statut professionnel des accueillants familiaux vers un statut de salarié employés par des personnes morales de droit public ou de droit privé ;

- L'accueil familial représente pour les établissements une offre de prise en charge alternative pour l'accueil de personnes handicapées.

L'accueil familial représente également une opportunité pour développer une offre de prise en charge alternative, notamment en encourageant les établissements à enrichir leur offre de ce mode de prise en charge à l'égard d'adultes en situation de handicap.

→ Public concerné

Accueillants familiaux, publics en recherche d'emploi

→ Partenaires associés

Personnes morales de droit privé ou de droit public (Etablissements /CCAS...)

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre le développement de l'offre : objectif 1 000 places - Promouvoir le salariat des accueillants familiaux auprès des personnes morales de droit public ou de droit privé (= expérimenter l'inclusion de l'accueil familial dans les projets 	durée du schéma

	<p>d'établissements et services) Mener une campagne d'information en direction des ESMS et autre personnes morales de droit public ou privé</p> <p>- Mettre en place un guide de procédure et un référentiel de l'accueil familial</p> <p>- Professionnaliser les accueillants familiaux</p>	<p>2013</p> <p>durée du schéma</p> <p>durée du schéma</p>
RESULTAT	<p>Améliorer la qualité de service offerte et développer le nombre de places en accueil familial Faire évoluer le statut des accueillants familiaux</p>	
INDICATEURS	<p>- Evolution du nombre de places en accueil familial pour PH - Ratio entre le nombre d'accueillants adossés à un établissement sur le nombre d'agrément délivré</p>	
PILOTE	Département (SDAF DPAPH)	

**ORIENTATION II : ACCOMPAGNER LE PROJET DE VIE DES PERSONNES
HANDICAPEES**
Thématique 5 : Poursuivre la mise en adéquation de l'offre d'accueil en établissement au regard des besoins repérés
Axe 2 : Améliorer la qualité de l'offre
**Mise en œuvre d'un contrôle régulier et d'une démarche
d'évaluation interne et externe**
→ Rappel de la problématique

Cette thématique étant conjointe à l'ARS et au Département, la fiche action ci-dessous est en partie commune au SROSMS 2012- 2016.

L'amélioration continue de la qualité des prestations et organisations est une obligation des établissements et services médico-sociaux. Plusieurs leviers sont à disposition des établissements et services médico-sociaux :

- les projets d'établissement et de service
- les projets individuels, éventuellement formalisés par contrats, et régulièrement évalués et actualisés
- la qualification des intervenants et la diversité des compétences
- les plans de formation des professionnels
- les référentiels de bonnes pratiques, produits par les sociétés savantes, et de l'HAS et de l'ANESM
- les démarches et obligations d'évaluation interne et externe
- les conseils de la vie sociale, et plus largement, la participation des usagers et de leurs représentants au suivi des établissements et services.

La qualité des prises en charge et accompagnements requiert également :

- l'adaptation des soins aux déficiences, voire au vieillissement des personnes
- la sécurité des soins, et notamment la prévention des infections liées aux soins (programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social)
- l'accessibilité à l'offre de soins et de prévention
- le signalement et le traitement des événements indésirables
- la lutte contre la maltraitance
- l'anticipation d'événements climatiques, de situations épidémiques ou sociales, fragilisant le fonctionnement régulier des établissements et services.

La démarche d'évaluation interne et externe prévue à l'article L 312-8 du CASF, constitue l'outil régulier de mesure de la mise en oeuvre d'une démarche d'amélioration de la qualité. Le cadre législatif et réglementaire de cette procédure, introduite par la loi du 2 janvier 2002, a été modifié à plusieurs reprises, avec la distinction des exigences de droit commun, et la définition d'un régime particulier pour les établissements et services autorisés et ouverts avant le 21 juillet 2009, voire avant le 3 janvier 2002.

Si la plupart des établissements et services ont déjà expérimenté l'évaluation interne, à l'occasion notamment de l'élaboration des diagnostics préalables à la négociation des conventions tripartites, la mise en œuvre répondra aux exigences méthodologiques de l'ANESM.

La procédure d'évaluation, partie prenante du régime des autorisations, a fait l'objet :

- d'une information des établissements et services médico-sociaux par l'ARS et le Département sur les échéances et les obligations avec annonce d'un dispositif départemental de suivi et d'animation,
- de la désignation d'un référent par organisme gestionnaire,
- de l'organisation d'une journée ANESM,
- de l'installation d'un comité technique départemental, permettant la mutualisation des expériences, des référentiels et des outils, et facilitant le recours à l'évaluation externe.

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, élaborés à partir d'un diagnostic partagé des organisations et prises en charge, constituent également le cadrage pluriannuel d'amélioration de la qualité.

→ **Public concerné**

Etablissements et services médico-sociaux

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	<p>Améliorer la qualité des prises en charge et accompagnements des personnes handicapées</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assurer, au travers de la révision des projets des établissements, et de l'évaluation annuelle des CPOM, l'adéquation des qualifications disponibles au sein des établissements et services - Encourager les rapprochements et échanges inter établissements, ou inter associatifs en lien avec les centres de référence et de compétence, au travers de cercles de qualité et de compétence portant sur les thématiques notamment du polyhandicap, de l'autisme, du vieillissement des personnes handicapées, du handicap psychique - Mise en place des outils prévus par la Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 relatifs à la prévention de la maltraitance <p>Mener à terme la démarche d'évaluation interne et externe : Production de synthèses départementales des évaluations internes et externes, permettant d'éclairer la politique d'amélioration de la qualité</p> <p>Définir et mettre en œuvre une procédure de signalement des événements indésirables</p>	<p>durée du schéma</p> <p>2014</p> <p>2013</p>
RESULTAT		
INDICATEURS		

FICHE N° 33

ORIENTATION II : ACCOMPAGNER LE PROJET DE VIE DES PERSONNES HANDICAPEES

Thématique 5 : Poursuivre la mise en adéquation de l'offre d'accueil en établissement au regard des besoins repérés

Axe 2 : Améliorer la qualité de l'offre

Mieux connaître les besoins des personnes handicapées vieillissantes (PHV) et accompagner les évolutions nécessaires des accompagnements et prises en charges

PILOTE	ARS, Département	
--------	------------------	--

→ Rappel de la problématique

Le vieillissement des personnes handicapées est une problématique jusqu'à présent peu prise en compte à la Réunion.

Les réflexions et orientations nationales, ainsi que les effets d'un développement récent de l'offre de prise en charge, doivent inciter les acteurs locaux à se préoccuper de cette thématique, d'abord en mesurant la réalité et les effets, puis en proposant des évolutions nécessaires des accompagnements et prises en charge.

Il convient également de tenir compte du vieillissement prématuré des personnes handicapées, pour lesquels les pathologies liées à l'avancée en âge peuvent apparaître plus précocement et sous des formes plus sévères.

L'enquête réalisée à l'occasion des travaux d'élaboration du SROMS auprès des structures d'hébergement et d'accompagnement des personnes handicapées constitue un premier état des lieux, sur la base d'une définition simple des personnes handicapées vieillissantes (toute personne bénéficiant d'une reconnaissance du handicap, et âgée de plus de 40 ans). Une meilleure connaissance des personnes handicapées vieillissantes maintenues à domicile, et de leurs besoins de prise en charge, s'avère également nécessaire.

Cette fiche action est commune au SROMS 2012-2016 (objectif opérationnel n° 11).

→ Public concerné

Adultes handicapés

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	1) Effectuer une enquête annuelle, qualitative et quantitative, auprès des établissements et services sociaux et médico-sociaux pour adultes handicapés, afin d'évaluer l'évolution de la problématique du vieillissement des personnes handicapées ; en diffuser les résultats, ainsi que les travaux nationaux et internationaux sur les conséquences du vieillissement ; tenir compte des items utilisés par d'autres régions pour faciliter les comparaisons interrégionales	durée du schéma

	<p>2) Réaffirmer la nécessaire application des réglementations en vigueur en matière d'aide sociale permettant le maintien dans les établissements et services des personnes handicapées de plus de 60 ans, mais également l'accès, avec des droits spécifiques, aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, afin de favoriser des parcours de prise en charge adaptés aux besoins et projets de vie des intéressés</p> <p>3) Intégrer dans la mission des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), par révision des agréments, la délivrance des soins de nursing à domicile ou en FAO aux personnes handicapées vieillissantes, en soutien du maintien dans leur cadre de vie</p> <p>4) Favoriser la prise en charge à temps partiel en ESAT pour tenir compte de la fatigabilité des personnes handicapées vieillissantes (cf. fiche sur la formation et l'insertion professionnelle des adultes handicapés)</p> <p>5) Evaluer, au travers de l'enquête annuelle, les besoins de médicalisation complémentaire, ou d'évolution des qualifications et prises en charge, au sein des FAM/MAS, et accompagner leur mise en œuvre dans le cadre de la convergence tarifaire et de la contractualisation pluriannuelle</p> <p>6) Avoir une meilleure connaissance des personnes handicapées vieillissantes en milieu ordinaire, repérer celles restant à la marge d'une prise en charge ou d'un accompagnement médico-social dont elles auraient besoin, assurer l'accompagnement et la prise en charge de ces personnes.</p>	<p>durée du schéma</p> <p>durée du schéma</p>
RESULTAT	Connaissance des enjeux et adaptation des prises en charge et accompagnement	
INDICATEURS	Production annuelle de l'enquête PHV Nombre de FAO ayant conventionné avec des professionnels de santé Nombre de PHV en FAO ou à domicile suivies par les SSIAD Nombre de travailleurs à temps partiel dans les ESAT Part des PH dans la file active des SSIAD Part des travailleurs handicapés à temps partiel dans la file active des ESAT Données statistiques sur les PHV à domicile	
PILOTE	ARS, Département	

FICHE N° 34

ORIENTATION II : ACCOMPAGNER LE PROJET DE VIE DES PERSONNES HANDICAPEES

Thématique 5 : Poursuivre la mise en adéquation de l'offre d'accueil en établissement au regard des besoins repérés

Axe 2 : Améliorer la qualité de l'offre

Maintenir l'offre de transport à caractère médico-social

→ **Rappel de la problématique**

Depuis 2003, le Département de la Réunion a mis en place un cadre d'intervention en matière de soutien financier aux foyers d'accueil occupationnels (FAO) pour la prise en charge des frais de transport A/R quotidien de leurs usagers de leur domicile vers leur établissement :

Celui-ci se traduit par l'attribution d'une dotation annuelle au foyer, calculée sur la base des circuits prévisionnels de ramassage de ses usagers. L'établissement a le choix entre deux options :

- Une gestion externalisée : paiement d'une prestation auprès d'un transporteur (indemnité forfaitaire kilométrique de 2 €/km) ;
- Une gestion internalisée : financement de véhicules adaptés + paiement des frais de roulage (indemnité forfaitaire kilométrique de 0,90 €/km).

→ **Public concerné**

Cette aide concerne les Foyers d'Accueil Occupationnel et les Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM), lorsqu'ils sont couplés avec un FAO. En 2011, 10 FAO ont été financés pour un montant total de 781 672,67 €, concernant environ 254 bénéficiaires

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	<p>Poursuivre le financement de la prise en charge des frais de transport des usagers des FAO</p> <p>Maintien de l'engagement de la collectivité et accompagnement des projets nouveaux dans le contexte budgétaire contraint actuel</p> <p>Accompagner les FAO dans l'organisation de leur transport</p> <p>Accompagnement dans le choix de l'option la plus adaptée</p> <p>Recherche de solutions de mutualisation, regroupements, etc.</p>	} durée du schéma
RESULTAT	<p>Structuration d'une offre de transport médico-social adapté aux choix, aux besoins et aux attentes des personnes handicapées (en terme de mode d'hébergement, durées de trajet, etc.)</p> <p>Optimisation des financements alloués</p>	
INDICATEURS	<p>Nombre d'établissements financés annuellement et évolution</p> <p>Montant alloué annuellement et évolution</p>	

ORIENTATION II : ACCOMPAGNER LE PROJET DE VIE DES PERSONNES HANDICAPEES

Thématique 5 : Poursuivre la mise en adéquation de l'offre d'accueil en établissement au regard des besoins repérés

Axe 2 : Améliorer la qualité de l'offre

Adapter les missions et le fonctionnement des IME à l'évolution des publics

→ Rappel de la problématique

Les efforts accomplis en faveur de l'intégration en milieu scolaire ordinaire se sont traduits par une homogénéisation des publics accueillis en IME selon le critère de la déficience sévère à profonde.

En sortie d'IME, les jeunes sont désormais majoritairement orientés vers des établissements et services sociaux et médico-sociaux (SAVS, SAMSAH, FAO, FAM, MAS) ou des établissements et services d'aide par le travail (ESAT), et dans une mesure beaucoup plus faible vers des parcours d'insertion sociale et professionnelle ordinaire.

Cette modification des publics correspond à une redéfinition de la mission des IME, tournée vers l'accompagnement de la déficience lourde, le soutien à l'intégration scolaire ordinaire par l'offre de prises en charge séquentielles (hébergement/accueil temporaire), et des projets d'accompagnement recherchant davantage l'autonomie sociale et comportementale que la formation professionnelle.

Cette réorientation doit être néanmoins nuancée pour certains enfants avec des déficiences motrices sévères, pour lesquels l'intégration scolaire ordinaire reste parfois difficilement réalisable, et qui doivent trouver, dans les prestations en IME, les ressources d'une intégration sociale et professionnelle.

De même, une offre de prise en charge intensive, y compris en internat, des troubles du caractère et du comportement doit pouvoir répondre aux besoins spécifiques d'accompagnement continu, et de rupture avec le milieu familial et/ou scolaire.

Enfin, l'accueil d'enfants handicapés psychiques doit s'accompagner d'une redéfinition des temps de psychiatrie nécessaires au sein des IME, au titre de la mission thérapeutique de ces établissements.

Ces évolutions motivent une redéfinition des organisations des IME. Cette fiche action est commune au SROMS 2012- 2016

→ Public concerné

Enfants avec déficience(s) sévère(s) à profonde(s).

→ Partenaires associés

Département (aide sociale à l'enfance), MDP

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	<p>1) Redéfinir les projets d'établissement des IME, en considération de leur mission de prise en charge des enfants avec déficiences sévères à profondes : prestations, qualifications/formations des professionnels. Un accompagnement méthodologique du CREAMI pourra être mobilisé</p> <p>2) Repositionner l'accueil en internat sur sa mission d'accompagnement médicoéducatif, en limitant l'accueil par enfant à 210 jours par an, et en privilégiant des prises en charge séquentielles motivées par l'acquisition de l'autonomie sociale des jeunes</p> <p>3) Développer des modalités d'accueil alternatives à l'internat (de types Foyer de Jeunes Travailleurs, Accueil Familial médico-social...) afin de soutenir les projets d'autonomie sociale des jeunes porteurs de handicap</p> <p>4) Identifier les situations de défaillances ou insuffisances familiales justifiant qu'un relais de l'aide sociale à l'enfance soit mis en œuvre dans le respect des missions du secteur médico-social</p> <p>5) Redéfinir la carte de l'accueil temporaire, prestations ouvertes à l'ensemble des enfants porteurs de déficiences, sur orientation MDPH, par type de déficience :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Autisme et TED : IME Baobab de Bras Panon (Association Frédéric LEVAVASSEUR) à vocation régionale + reconnaissance d'une capacité territoriale Sud au CEAP de Bois d'Olive (Fondation Père Favron) b. Déficience intellectuelle : IME Baobab de Bras Panon (Association Frédéric LEVAVASSEUR) à vocation régionale c. Polyhandicap et déficience motrice : territoire Nord-Est (identification d'une capacité dédiée à partir d'un IME disposant déjà d'un internat) ; territoire Ouest (Maison Notre Dame, Association Frédéric LEVAVASSEUR), territoire Sud (identification d'une capacité dédiée à partir d'un IME disposant déjà d'un internat) <p>6) Compléter le maillage territorial en réponse à certaines insuffisances repérées de l'offre :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Déficience motrice : autorisation d'un institut d'éducation motrice d'environ 10 places dans le territoire Ouest b. Troubles du caractère et du comportement : autorisation 	<p>2014</p> <p>durée du schéma</p>

	d'un ITEP d'environ 35 places avec internat, avec SESSAD adossé pour le territoire Nord Est	
RESULTAT	Positionnement des IME sur la déficience sévère à lourde Justification des prises en charge à temps complet sur des critères médico-éducatifs Réduction des orientations MDPH non satisfaites	
INDICATEURS	Nombre de projets d'établissement redéfinis Indicateurs d'activité des IME, notamment en internat Indicateurs d'activité de l'accueil temporaire	
PILOTE	ARS	

ORIENTATION III – GARANTIR LA MISE EN ŒUVRE DU SCHEMA

Thématique 6- Assurer la mise en œuvre et l'évaluation du SDOSMS

**Axe 1 – Rendre compte et rendre lisible
l'action conduite**

**Axe 2 –Mettre en place des outils de
régulation**

Fiche 36
Piloter la mise en œuvre du schéma

Fiche 37
Développer des outils d'observation

Thématique 7- Développer, une politique globale dans le champ de l'autonomie des personnes

Fiche 38
Harmoniser les interventions

ORIENTATION III : GARANTIR LA MISE EN ŒUVRE DU SCHEMA**Thématique 6 : Assurer la mise en œuvre et l'évaluation du schéma****Axe 1 : Rendre compte et lisible l'action conduite****Piloter la mise en œuvre du schéma****→ Rappel de la problématique**

Pour que le schéma ne reste pas un simple exercice théorique et afin de créer une dynamique permanente lui permettant d'évoluer au fil du temps, en fonction des évolutions législatives à venir et des besoins, le suivi du schéma est à prévoir dès son élaboration afin d'en garantir la mise en œuvre effective.

→ Public concerné

Partenaires institutionnels et associatifs

→ Partenaires associés

Partenaires institutionnels et associatifs

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	<p>Mettre en place des instances de pilotage du schéma</p> <ul style="list-style-type: none"> - une instance de pilotage présidée par le Président du Conseil Général qui se réunirait 1 fois par an - une cellule opérationnelle de suivi, interne au conseil général <p>Valider un tableau de bord de suivi des orientations du schéma à partir des indicateurs de pilotages de fiches actions Présenter annuellement l'avancée du schéma au Comité de pilotage, aux instances consultatives (CDCPH, ...), à la Commission des prises en charges médico-sociales de la Conférence de la Santé et de l'Autonomie et la Commission de coordination des politiques publiques de l'ARS.</p>	
RESULTAT	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer l'efficacité des différents dispositifs d'accompagnement des personnes handicapées sur l'ensemble du Département - Créer une dynamique permanente autour du schéma pour le faire vivre au niveau des professionnels de terrain - Faire du schéma un outil de pilotage opérationnel de la politique en faveur des personnes handicapées pour le Département 	
INDICATEURS	<p>Compte rendus des instances</p> <p>Tableau synthétique annuel</p>	
PILOTE	DPAPH	

ORIENTATION III : GARANTIR LA MISE EN ŒUVRE DU SCHEMA**Thématique 6 : Assurer la mise en œuvre et l'évaluation du schéma****Axe 2 : Mettre en place des outils de régulation****Développer des outils d'observation****→ Rappel de la problématique**

La mise en place d'une démarche d'observation constitue l'une des orientations du schéma permettant d'assurer son pilotage stratégique et d'anticiper les évolutions nécessaires dans le temps. Face à de nouveaux besoins, il convient de développer des réponses adaptées.

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a modifié en profondeur le régime des autorisations des établissements sociaux et médico-sociaux. La pratique des fenêtres de dépôt demandes d'autorisation est remplacée par celle des appels à projets.

→ Public concerné

Personnes handicapées accueillies en établissement

→ Partenaires associés

ARS, établissements gestionnaires

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	<p>Assurer un suivi annuel des listes d'attente (MDPH)</p> <p>Mieux connaître les besoins des personnes handicapées vieillissantes et accompagner les évolutions nécessaires des accompagnent et prises en charge (cf. fiche action n° 33)</p> <p>Disposer d'indications fiables sur les personnes handicapées, leurs déficiences et incapacités et leurs besoins de compensations (MDPH)</p>	
RESULTAT	<p>Mettre en place des outils de régulation en développant la connaissance du secteur médico-social</p> <p>Identifier les besoins émergents et non couverts</p> <p>Aider à l'élaboration des cahiers des charges des appels à projets</p>	
INDICATEURS	Etat annuel des listes d'attentes	
PILOTE	MDPH -ARS - DPAPH	

FICHE N° 38

ORIENTATION III : GARANTIR LA MISE EN ŒUVRE DU SCHEMA

Thématique 7 : Développer une politique globale dans le champ de l'autonomie des personnes handicapées

Harmoniser les interventions

➔ **Rappel de la problématique**

L'une des principales difficultés du secteur médico-social reste le manque de connaissance réciproque entre les acteurs, l'insuffisance d'informations malgré un foisonnement d'initiatives. La non consolidation et le non partage des informations rend peu visible les dispositifs et ne permet pas une utilisation efficiente de l'existant.

➔ **Public concerné**

Tous les professionnels du secteur

➔ **Partenaires associés**

ARS, CGSS, CAF, ESMS, DIECCTE, Rectorat, CCAS

		Délai
MODALITES DE MISE EN ŒUVRE	<p>Assurer la mise en cohérence avec les autres schémas</p> <p>Tisser un partenariat avec les acteurs intervenant auprès des personnes handicapées (cf. fiche action 27)</p> <ul style="list-style-type: none"> - partage de l'information - formalisation des échanges - favoriser la connaissance des différents dispositifs existants - définir des référentiels d'intervention des dispositifs (établissement et services) - assurer la diffusion et l'appropriation par les acteurs de ces référentiels d'intervention 	
RESULTAT	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en perspective des différentes actions et repérage des problématiques communes - Meilleure connaissances des acteurs et des dispositifs - réajustement permanent des modalités de mise en œuvre 	
INDICATEURS	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de rencontres partenariales - Nombre de conventions signées 	
PILOTE	Département (DPAPH), MDPH	