

Schéma départemental du handicap

2021-2025





Préambule

Le Schéma départemental du handicap s'inscrit dans le cadre complexe et mouvant du partage des responsabilités et compétences entre les pouvoirs publics, et notamment entre l'État et ses différentes composantes, et les Départements.

Pour mémoire, le Département tire son rôle de sa très ancienne compétence « d'aide sociale à l'hébergement » mettant sous sa responsabilité, et son financement, les établissements non médicalisés accueillant des personnes adultes en situation de handicap.

Au fil des ans et de l'évolution de la prise en compte des personnes en situation de handicap, le rôle des Départements s'est élargi, pour devenir l'autorité publique compétente localement pour accompagner les personnes adultes en situation de handicap, en dehors des questions relatives aux soins et aux autres politiques de l'État (emploi, formation, etc...).

C'est ainsi que la loi fondatrice du 11 février 2005 donne au Département la responsabilité de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) et de son financement, et place sous sa « tutelle » le Groupement d'Intérêt Public (GIP) créé spécifiquement pour gérer la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), nouvelle institution, « guichet unique » pour les personnes en situation de handicap.

Ainsi à échéance régulière, les travaux d'élaboration du schéma départemental permettent avec l'ensemble des acteurs locaux impliqués dans cette politique publique, d'évaluer la situation sur le territoire, de réaffirmer les orientations à développer et de rechercher les points d'amélioration.

Cette réflexion s'inscrit bien évidemment dans le cadre plus large de l'évolution au niveau national de la politique publique du handicap. En effet, depuis la loi de 2005, l'État a souhaité que se développe toujours plus « l'accessibilité universelle » (au sens large), et la reconnaissance des droits des personnes en situation de handicap. Depuis quelques années, c'est le terme de « société inclusive » qui symbolise cette volonté.

Ainsi, le nouveau schéma rappelle dans son diagnostic que les personnes en situation de handicap dans l'Indre ne sont pas seulement les personnes accompagnées par un établissement ou service social ou médico-social.

Près de 11 % des adultes de l'Indre sont en situation de handicap (c'est-à-dire ont un droit ou une reconnaissance à ce titre par la MDPH).

C'est pourquoi le diagnostic du schéma s'attache à dresser un panorama le plus complet possible de la situation des personnes au regard de leurs droits (à l'emploi, aux ressources, aux soins) et des réponses spécifiques apportées au titre non seulement de la compétence du Département mais aussi au titre de celles qui relèvent de l'État et concernent l'emploi, la santé, l'habitat.

Ce faisant, ce diagnostic souhaite contribuer à l'information de tous, acteurs spécialisés ou non, dont il est apparu que le besoin de connaissance partagée est important.

Les réflexions menées avec les partenaires dans les 3 groupes de travail ont ainsi cherché à prendre en compte l'ensemble des dimensions des besoins des personnes en situation de handicap :

- place de la personne en situation de handicap dans la cité,
- accompagnement de la personne en situation de handicap tout au long de sa vie,
- coordination autour de la personne en situation de handicap.

Certes la crise sanitaire est venue perturber la réflexion, cependant l'engagement et la mobilisation de chacun ont permis au travail d'aboutir.

Ce nouveau schéma s'inscrit donc dans la dynamique inclusive nécessaire et bienvenue. Il propose au plan local de déployer des actions précises de formation, d'information, de lutte contre l'isolement, à destination des personnes en situation de handicap, comme des acteurs sociaux qui permettront à cette dynamique de l'inclusion de ne pas être qu'un slogan ou une injonction.

Il s'attache également à agir sur l'environnement spécifique nécessaire aux personnes en situation de handicap pour que cette « inclusion » soit effectivement possible.

Ainsi, la compensation par l'aide humaine permise par la PCH se trouvait limitée par le blocage du tarif national des services d'aides à domicile prestataires (17,77€/h), très en dessous des tarifs réels. Le Département de l'Indre s'engage à réévaluer ce tarif de 1€ an sur la durée du schéma pour l'aligner sur le tarif départemental fixé pour l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), qui est un des plus élevés de France, 21,90€/h.

L'adaptation des services d'aide à domicile, l'aide aux aidants, la prise en compte des besoins spécifiques en matière d'habitat adapté, de mobilité, d'accès aux soins sont également des leviers à mobiliser pour rendre possible la société inclusive. Le schéma insiste également sur l'importance de l'information et du partage de celle-ci, non seulement avec les personnes concernées mais aussi entre les « professionnels » tant aujourd'hui les initiatives et les « dispositifs » d'accompagnement sont nombreux.

Conformément aux échanges lors des groupes de travail, le schéma rappelle qu'il est toujours nécessaire de disposer d'une offre médico-sociale spécialisée. Certes, son adaptation plus encore que sa « transformation » (terme utilisé actuellement par les autorités nationales) est à poursuivre pour accompagner au plus près les besoins évolutifs des personnes, et s'inscrire également dans la démarche inclusive.

Ainsi le Département propose-t-il de renforcer les moyens des Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) pour leur permettre d'améliorer l'accompagnement des personnes suivies dans leur parcours d'autonomie et d'inclusion, d'adapter les foyers d'hébergement à la prise en compte de la parentalité, de poursuivre les efforts de rénovation, restructuration des établissements, et leur capacité à nouer des liens avec l'environnement social local.

Il souhaite aussi accroître les capacités disponibles des établissements et services cofinancés avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) qui répondent à la volonté d'accompagnement de la vie à domicile et de la dynamique inclusive : Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes handicapés (SAMSAH), accueil de jour hébergement temporaire, et qui à ce jour n'ont pas vu leur capacité évoluer avec la croissance des besoins.

Enfin, il rappelle l'importance du travail en réseau et en coordination de l'ensemble des acteurs notamment pour les situations les plus complexes, en proposant des organisations locales efficaces susceptibles de s'inscrire dans les schémas nationaux successifs (réponse accompagnée pour tous, 360°, etc...).

Certains pourraient s'étonner de ne pas trouver dans ce schéma d'actions destinées spécifiquement à tel ou tel « type de handicap » : physique, psychique, trouble du spectre autistique, trouble du neuro-développement, etc...

Il s'agit bien là d'une conséquence de la nécessité de prendre en compte toutes les situations de handicap et de chercher à y répondre quelle que soit leur spécificité. La logique inclusive ne doit pas s'opérer qu'entre les personnes en situation de handicap et celles qui ne le sont pas, mais aussi à l'intérieur même du monde du handicap. Les réponses spécifiques, spécialisées, doivent être en mesure de s'adapter à l'évolution de la perte d'autonomie, de répondre aux besoins de compensation quel que soit l'âge, quelle que soit l'origine du handicap. Il serait dommage que les gains importants dans la reconnaissance des droits des personnes en situation de handicap soient perdus par de nouveaux cloisonnements et effets de concurrence fondés sur le type de handicap.

Je renouvelle mes remerciements à chaque acteur pour son engagement afin de permettre aux personnes en situation de handicap du département d'être reconnues à leur juste place dans notre société.

Serge DESCOUT
Président du Conseil départemental de l'Indre

Sommaire

PARTIE A - DIAGNOSTIC

	pages
1 Les personnes en situation de handicap dans l'Indre	11
1.1 Les caractéristiques générales des bénéficiaires ayant un droit ouvert à la MDPH	11
1.2 Les personnes en situation de handicap et l'emploi	11
1.2.1 Les demandeurs d'emploi en situation de handicap	13
1.2.2 Le respect de l'obligation d'emploi par les entreprises dans l'Indre	13
1.2.3 L'orientation professionnelle des personnes en situation de handicap par la MDPH	15
1.3 Les bénéficiaires de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH)	15
1.4 Les bénéficiaires de pensions d'invalidité et accidents de travail	17
1.5 Les bénéficiaires de la PCH, de l'ACTP et de la MTP	20
1.6 Les répondants au questionnaire	20
2 Les dispositifs accompagnant les personnes en situation de handicap	27
2.1 Les dispositifs spécifiques d'accompagnement à domicile relevant du Département	27
2.1.1 La Prestation de Compensation du Handicap	27
2.1.2 Accompagnement par des services spécialisés : SAVS et SAMSAH	30
2.1.2.1 Services spécialisés d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)	30
2.1.2.2 Services spécialisés d'accompagnement à la vie sociale et aux soins (SAMSAH)	35
2.2 Les dispositifs spécialisés d'hébergement et l'accompagnement en établissement relevant du Département	37
2.2.1 L'accueil familial	37
2.2.2 L'accueil en établissement	41
2.2.2.1 Les différents types d'établissements	41
2.2.2.2 Evolution et restructuration de l'offre d'accueil des établissements	44
2.2.2.3 L'activité des établissements et services à compétence départementale	44
2.2.2.3.1 Les personnes en situation de handicap bénéficiaires de l'aide sociale en structure d'accueil handicap	45

Sommaire

2.2.2.3.2	Les personnes en situation de handicap de plus de 60 ans (PHA) bénéficiaires de l'aide sociale en structure pour personnes âgées (EHPAD/ESLD)	47
2.2.2.3.3	La mobilisation des structures de l'Indre au bénéfice des personnes d'autres départements	48
2.2.2.4	Les amendements « Creton » et les inadéquations des prises en charge des personnes en situation de handicap par rapport à l'orientation en établissement social et médico-social (ESMS) de la CDAPH, les orientations non réalisées	49
2.2.2.4.1	Les amendements CRETON	49
2.2.2.4.2	Les inadéquations	49
2.2.2.4.3	Les orientations non réalisées	50
2.3	Les autres dispositifs spécifiques aux personnes en situation de handicap dans le Département	50
2.3.1	L'accès aux droits	50
2.3.1.1	La MDPH	51
2.3.1.2	Le développement des plateformes, équipes mobiles, outils de coordination	54
2.3.2	L'accès aux soins	55
2.3.3	L'accès à l'emploi	58
2.3.4	L'accès à l'habitat et au logement	64
2.3.4.1	Le programme d'intérêt général pour l'adaptation des logements à la perte d'autonomie (PIG)	64
2.3.4.2	L'habitat inclusif	65
2.3.4.3	Les « résidences d'accueil » et les « maisons relais »	66
2.3.5	Mobilité et accès aux transports	67
2.3.6	L'accès au sport, à la culture et à la vie sociale	67
3	Points d'appui et points de progression	69
3.1	Points d'appui	69
3.1.1	Un réseau d'acteurs mobilisés et habitués à travailler ensemble	69
3.1.2	Des services et des établissements spécialisés permettant globalement de satisfaire aux besoins	69
3.1.3	Une volonté ancienne de développer des solutions alternatives à la prise en charge en établissement spécialisé	69
3.1.4	La MDPH, tête de réseau incontestable	70
3.2	Points de progression	70
3.2.1	Une multiplication des dispositifs de coordination et d'accompagnement qui nécessite pour être accessible d'être plus lisible	70
3.2.2	Une prise en compte des besoins spécifiques des personnes en situation de handicap encore insuffisante hors du champ spécialisé	71
3.2.3	Une nécessaire adaptation des réponses à la vie à domicile	71
3.2.4	Des dispositifs spécialisés qui doivent également poursuivre leur évolution	71

Sommaire

PARTIE B - OBJECTIFS STRATÉGIQUES ET DÉCLINAISONS OPERATIONNELLES	73
PARTIE C - FICHES ACTION	76
ANNEXES	100
COMPTES RENDUS DES GROUPES DE TRAVAIL	108
GLOSSAIRE	140

PARTIE A - DIAGNOSTIC

1. Les personnes en situation de handicap dans l'Indre

Ce diagnostic s'appuie sur les données statistiques des acteurs oeuvrant dans le champ du handicap (Département, MDPH, Direccte, Pôle emploi, CAF...) et sur les résultats d'un questionnaire réalisé dans la cadre de ce schéma auprès de plus de 16 000 personnes ayant un taux d'invalidité reconnu par la MDPH de l'Indre de plus de 50 %.

1.1. Les caractéristiques générales des bénéficiaires ayant un droit ouvert¹ à la MDPH

Dans l'Indre, **21 036 personnes** avaient un droit ouvert à la MDPH, au 31 décembre 2019, soit **9,7 %** de la population indrienne.

Au 31-12-2019	0-20 ans	20 ans et plus			Total
		Ensemble	20-59 ans	60 ans et plus	
Personnes ayant un droit ouvert à la MDPH	2 095	18 941	10 675	8 266	21 036
Part dans la population*	4,9%	10,9%	11,3%	10,4%	9,7%

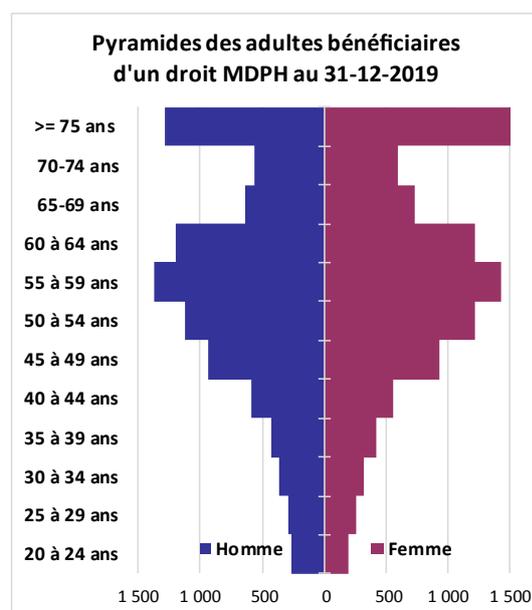
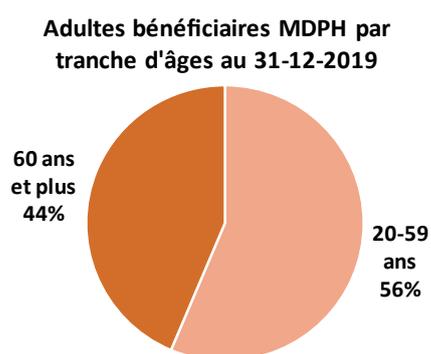
18 941 personnes sont âgées de 20 ans et plus, soit **10,9 %** de la population âgée de 20 ans et plus.

* Nb de bénéficiaires dans la population estimée de la tranche d'âge considérée

Personnes de 20 ans et plus ayant un droit ouvert à la MDPH au 31-12-2019		
Sexe	49,7%	50,3%
Age moyen	56,9 ans	60,0 ans

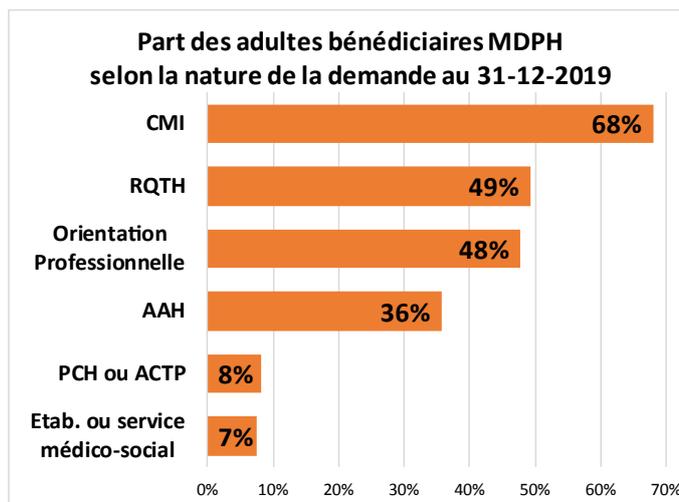
Les hommes représentent 49,7 % des bénéficiaires et les femmes 50,3 %.

L'âge moyen est de **58,5 ans** avec une répartition qui suit globalement celle de la population du département.



1 On entend par **bénéficiaire en droit ouvert**, l'ensemble des personnes bénéficiant d'une reconnaissance, d'une allocation, d'une prestation, d'une orientation, délivrées par la MDPH.

Les bénéficiaires ouvrent droit aux aides suivantes :



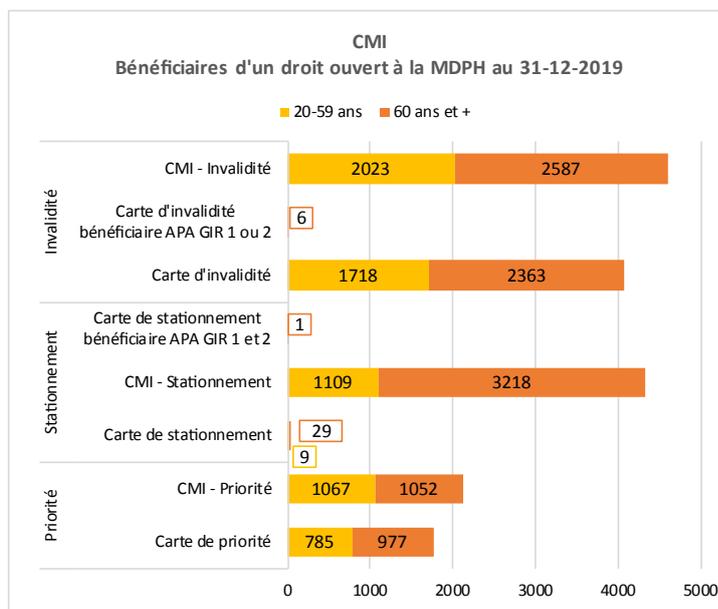
Parmi ces personnes :

- **12 881 personnes** de 20 ans et plus ouvrent droit à une **Carte Mobilité Inclusion (CMI)**. L'âge moyen s'établit à 63,2 ans.

La CMI a pour but de faciliter la vie quotidienne des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie.

Elle est accordée sous condition notamment de taux d'incapacité et permet de bénéficier :

- pour la CMI mention « Invalidité » de :
 - Priorité dans les transports en commun, les espaces publics, les établissements...
 - D'avantages fiscaux
 - Elle peut être attribuée avec une mention « besoin d'accompagnement » pour être accompagné dans les déplacements.
- Pour la CMI mention « Priorité », attribuée aux personnes présentant une station debout pénible, d'avantages dans les transports en commun, salles de spectacles, espaces et salles d'attente, établissements et manifestations accueillant du public.
- Pour la CMI mention « Stationnement », d'utiliser gratuitement, toutes les places de stationnement ouvertes au public, et les places réservées aux personnes en situation de handicap.



- **9 329 personnes** de 20 ans et plus ont une **Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)**. L'âge moyen s'établit à 48,6 ans.

La RQTH ouvre droit à des avantages spécifiques, tant pour le travailleur en situation de handicap lui-même, que pour l'entreprise qui l'emploie.

- Pour le salarié, elle lui permet de bénéficier :
 - d'aménagements d'horaires en fonction des conséquences de son handicap,
 - de règles particulières en cas de rupture du contrat de travail comme le doublement de la durée du préavis de licenciement

- Pour l'employeur, elle lui permet de :
 - répondre à son obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH) auprès de l'AGEFIPH ou du FIPHFP (pour la fonction publique) et ainsi de ne pas avoir à s'acquitter d'une cotisation majorée
 - bénéficier d'aides spécifiques à l'embauche ou pour l'aménagement des postes de travail.

- **9 049 personnes** de 20 ans et plus ont une **orientation professionnelle**. L'âge moyen s'établit à 48,7 ans.

Les orientations professionnelles permettent de définir le milieu de travail dans lequel la personne en situation de handicap pourra exercer une activité.

Dans l'Indre, 88 % des orientations ont été prononcées vers le milieu ordinaire et, 11 % vers le milieu protégé en 2018. Ces chiffres sont dans la moyenne régionale (85 % en milieu ordinaire et 11 % en milieu protégé pour la Région Centre-Val de Loire).

- **6 778 personnes** de 20 ans et plus ouvrent droit à l'**Allocation Adulte Handicapé (AAH)**. L'âge moyen s'établit à 51,8 ans.

- **1 562 personnes** de 20 ans et plus ouvrent droit à la **Prestation de Compensation du Handicap (PCH)** ou **Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP)**. L'âge moyen est de de 53,9 ans.

- **1 404 personnes** de 20 ans et plus ont une orientation en **Établissement Social et Médico-social (ESMS)**. L'âge moyen s'établit à 44,7 ans.

Les établissements et services médico-sociaux offrent des prestations d'accompagnement adaptées aux personnes en situation de handicap (SAVS, SAMSAH, foyers d'hébergement, foyers de vie, FAM, MAS...).

1.2. Les personnes en situation de handicap et l'emploi

1.2.1. Les demandeurs d'emploi en situation de handicap

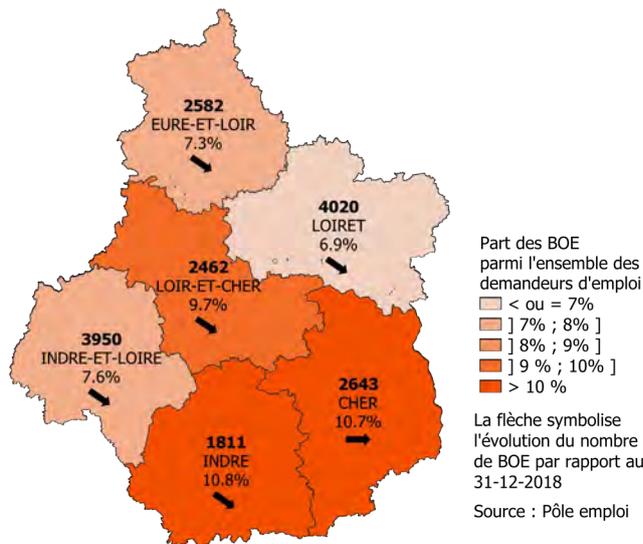
La question de l'accès à l'emploi des personnes en situation de handicap reste fondamentale.

Le taux de chômage des personnes bénéficiant d'une reconnaissance de handicap s'élève, au niveau national à 19 % contre 10 % pour l'ensemble des 15-64 ans.

A ce titre, un dispositif a été mis en place au niveau national pour favoriser l'emploi des personnes en situation de handicap. L'obligation d'emploi prévue à l'article L.5212-2 du Code du travail implique que tout employeur public ou privé comptant au moins 20 salariés ou agents, doit employer des travailleurs en situation de handicap dans une proportion de 6 % de son effectif.

Au 31 décembre 2019, **1 811 personnes** étaient demandeurs d'emploi **Bénéficiaires de l'Obligation d'Emploi (BOE)** dans le département de l'Indre, soit **10,8 %** de l'ensemble des demandeurs d'emploi. Il est à noter que cette proportion est de 2,7 points supérieure à celle de la Région Centre-Val de Loire.

Nombre de demandeurs d'emploi bénéficiaires de l'obligation d'emploi au 31-12-2019 et part parmi l'ensemble des demandeurs d'emploi



	Département de l'Indre			Région Centre-Val de Loire		
	3e trim. 2018	3e trim. 2019	Evolution 1 an	3e trim. 2018	3e trim. 2019	Evolution 1 an
DEFM ABC Non BOE	16 196	15 393	-4,96%	202 893	199 204	-1,82%
DEFM ABC BOE	1 965	1 897	-3,49%	17 849	17 969	0,67%
Taux de BOE dans les DEFM	10,82%	10,97%		8,09%	8,27%	

DEFM : Demandeur d'Emploi en Fin de Mois
BOE : Bénéficiaire de l'Obligation d'Emploi

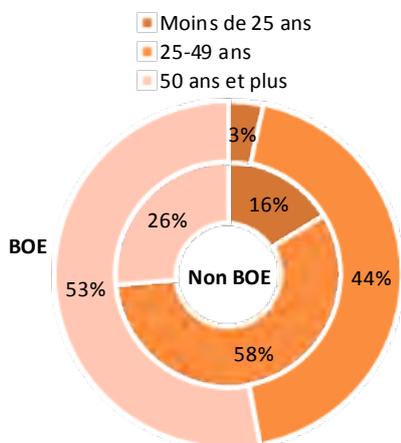
Indre 3 ^{ème} trim. 2019		
DEFM BOE	51,8%	48,2%
DEFM Non BOE	47,8%	52,2%

Source : DIRECCTE Centre-Val de Loire

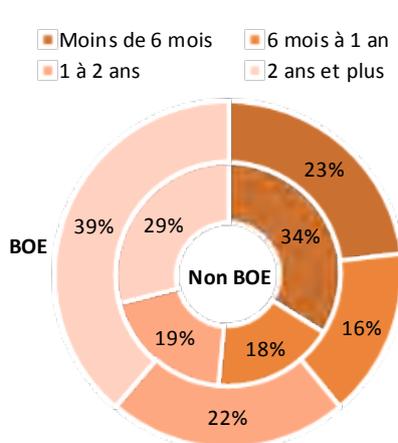
Au 3^{ème} trimestre 2019, le département de l'Indre comptait **1 897 demandeurs d'emploi BOE**, chiffre en diminution de 3,5 % par rapport à l'année précédente.

51,8 % de ces demandeurs d'emploi sont des hommes, 53 % des demandeurs d'emploi sont âgés de 50 ans et plus. **61 %** sont demandeurs d'emploi depuis un an et plus. La majorité (53 %) a un diplôme de niveau V (CAP/BEP). Comparativement les non BOE sont 43 % à avoir ce niveau de qualification.

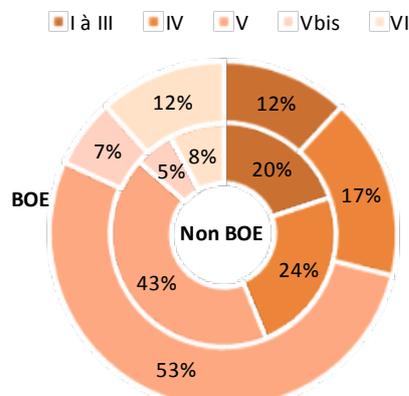
DEFM par tranche d'âge 3e trimestre 2019



DEFM selon leur ancienneté 3e trimestre 2019



DEFM selon leur niveau de formation 3e trimestre 2019



Source : DIRECCTE Centre-Val de Loire

Note de lecture : le cercle intérieur correspond à la répartition des DEFM non BOE et le cercle extérieur à celle des DEFM BOE

Au 31 décembre 2019, ces demandeurs d'emploi recherchent essentiellement des postes dans le domaine du service à la personne et à la collectivité pour 21 % d'entre eux. Les autres demandeurs souhaitent travailler dans les secteurs du support à l'entreprise (15%) ou le transport et la logistique (13%).

1.2.2. Le respect de l'obligation d'emploi par les entreprises dans l'Indre

Des évolutions réglementaires récentes et importantes sont intervenues depuis le 1^{er} janvier 2020. Désormais, tous les employeurs doivent déclarer chaque mois, via la DSN (déclaration sociale nominative), l'effectif total des bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés qu'ils emploient (BOETH), quels que soient la nature ou le type d'emploi du bénéficiaire.

L'obligation légale est toujours de 6 %, mais est réévaluée tous les 5 ans. Pour l'effectif d'assujettissement, il s'agit désormais de 6 % de l'effectif salarié total de l'entreprise et non plus par établissement. L'effectif d'assujettissement est désormais calculé en moyenne annuelle (l'effectif temps plein au 31 décembre jusqu'alors).

L'Indre compte 31 établissements privés assujettis (103700 établissements au niveau national).

Plusieurs modalités de réponses à l'OEETH sont possibles :

- Sans action : Aucune réponse à l'OEETH : dans ce cas la contribution est portée à 1500 fois le SMIC horaire (X fois) le nombre de travailleurs en situation de handicap qui auraient dû être recrutés par rapport à l'effectif de l'entreprise.
- L'emploi direct : l'entreprise recourt uniquement à l'emploi direct de travailleurs en situation de handicap.
- L'emploi direct et indirect : l'entreprise recourt à la sous-traitance avec le secteur adapté ou protégé.
- L'emploi direct et la contribution : situation des entreprises qui ne se sont pas conformées complètement à leur obligation.

Les modalités de réponse des établissements privés, assujettis à l'OEETH pour l'année 2019 :

	Sans action	Emploi direct de TH uniquement	Emploi direct et indirect	Emploi direct et contribution
Niveau national	8 %	34 %	17 %	41 %
Niveau local	4,9 %	44,1 %	25,1 %	8,4 %

1.2.3. L'orientation professionnelle des personnes en situation de handicap par la MDPH

L'orientation est du ressort de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

- Le processus d'orientation

Afin de permettre à la CDAPH de se prononcer, l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH s'appuie sur des compétences internes, diverses, complémentaires, des expertises externes, des bilans, des

évaluations produites notamment dans le cadre de référentiels partagés entre les divers partenaires (le GEVA).

L'orientation professionnelle peut être l'expression d'une démarche personnelle de la personne en situation de handicap mais elle peut aussi et c'est le cas fréquemment, être initiée suite à une demande d'AAH ou de RQTH de la part de l'utilisateur.

- Les formes de l'orientation professionnelle

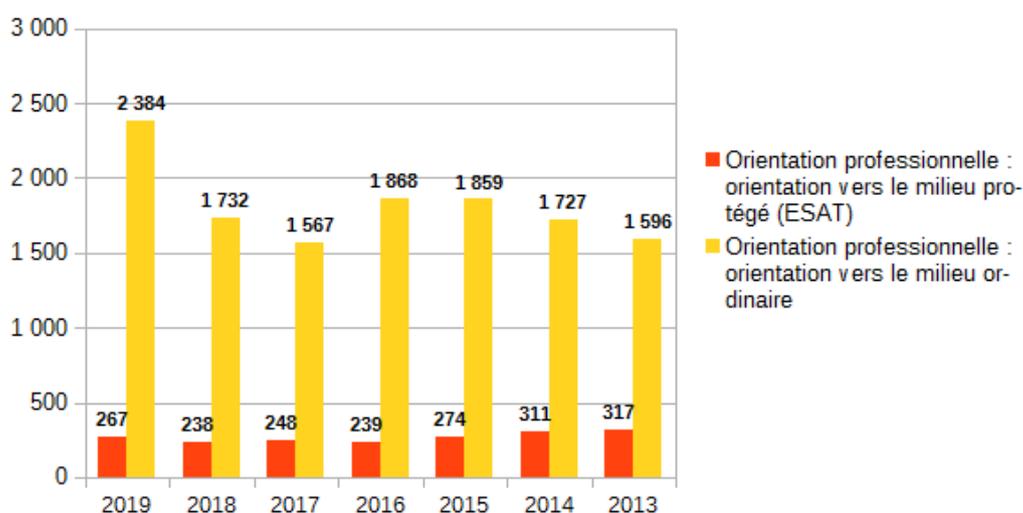
La demande d'orientation professionnelle vise à définir le milieu de travail dans lequel la personne en situation de handicap pourra exercer une activité adaptée à sa situation.

Ce peut être :

- Le milieu ordinaire par le biais :
 - ✓ des entreprises « ordinaires » ainsi que de la fonction publique qui sont soumises à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (6 % de l'effectif global) dès lors qu'elles emploient au moins vingt salariés. L'AGEFIPH attribue des aides pour permettre l'aménagement du poste de travail. Le FIPHFP prend en charge l'accès et le maintien à l'emploi dans les trois fonctions publiques.
 - ✓ des entreprises adaptées (EA) qui permettent à des travailleurs en situation de handicap d'exercer une activité professionnelle salariée dans des conditions adaptées à leurs besoins. Ce sont des entreprises appartenant au milieu ordinaire de travail dont l'effectif doit être composé d'au moins 80 % de personnes en situation de handicap, bénéficiant d'une orientation de la CDAPH en milieu ordinaire. Elles bénéficient d'aides de l'État.
- Le milieu protégé par le biais :

Des Établissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) qui sont des établissements et services médico-sociaux. Ils proposent aux personnes en situation de handicap des activités à caractère professionnel adaptées à leurs situations. Ces activités peuvent s'exercer dans divers secteurs ou services (industrie, conditionnement, blanchisserie, espaces verts, restauration...).

Orientations professionnelles



- Les formations professionnelles :
 - ✓ L'accès aux formations de droit commun :

Au même titre que l'ensemble des actifs, les personnes en situation de handicap peuvent bénéficier d'actions de formation financées par les employeurs, les branches professionnelles, Pôle Emploi et la Région.

Les personnes en situation de handicap bénéficient cependant de dispositions particulières :

 - Un compte personnel de formation (CPF) majoré à 800€ au lieu de 500€
 - L'apprentissage sans limite d'âge avec un aménagement des règles (durée du contrat, déroulement de la formation, adaptation du poste de travail).

 - ✓ Des formations spécifiques sur décision de la CDAPH auprès de différents centres :
 - les Centres de Rééducation Professionnelle (CRP) : destinés aux personnes qui, du fait d'un handicap, ont perdu la possibilité d'exercer leur emploi. Le centre de rééducation professionnelle peut leur permettre de se réaccoutumer à leur profession ou d'exercer un nouveau métier. Il est assorti d'une rémunération et d'une formation ;
 - les Centres de Pré-Orientation (CPO) contribuent à l'orientation professionnelle des personnes en situation de handicap qui rencontrent des difficultés d'insertion dans le milieu du travail. Ils proposent des stages pour affiner un projet professionnel et faciliter l'insertion professionnelle. Le centre accueille des personnes qui ont une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) ;
 - les unités d'évaluation, de réentrainement et d'orientation sociale et professionnelle (UEROS) accueillent et accompagnent les personnes dont le handicap résulte d'un traumatisme crânien ou d'une lésion cérébrale acquise. Les équipes des UEROS informent et conseillent la personne et son entourage. Elles accompagnent la personne dans l'élaboration de son projet de vie et l'aident à développer ses compétences en situation de vie pratique, sociale, scolaire et professionnelle.

Le département de l'Indre ne dispose pas de ce type d'établissement mais travaille avec les centres limitrophes.

L'éloignement géographique ne facilite pas l'adhésion des bénéficiaires aux dispositifs de formation.

1.3. Les bénéficiaires de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH)

L'allocation aux adultes handicapés (AAH) est une allocation financière d'aide sociale qui permet d'assurer un revenu minimal aux personnes en situation de handicap.

Pour son attribution plusieurs critères sont pris en compte :

- La condition d'autonomie ou le critère d'incapacité :

Un taux d'au minimum 80 %, ou compris entre 50 et 79 % à condition d'avoir été reconnu comme ayant une restriction substantielle et durable d'accès à un emploi par la CDAPH, est indispensable.

Cette distinction a un impact sur la durée de versement de l'AAH .

Elle peut être attribuée pour une période de 1 à 2 ans si le taux est compris entre 50 et 79 % et peut excéder 2 ans sans toutefois dépasser 5 ans, si le handicap et la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi ne sont pas susceptibles d'une évolution favorable au cours de la période d'attribution. Le taux n'a pas d'impact sur le mode de calcul de l'AAH dont le montant varie avec les ressources du bénéficiaire.

Pour un taux d'incapacité d'au moins 80 % la durée est portée de 5 à 10 ans par le décret n° 2019-1501 du 30 décembre 2019, en vigueur depuis le 1er janvier 2020, pour un taux d'incapacité non permanente. L'allocation est attribuée sans limitation de durée à toute personne qui présente un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 % et dont les limitations d'activité ne sont pas susceptibles d'évolution favorable, compte tenu des données de la science.

L'AAH vient alors compléter les revenus pour atteindre le montant maximum de l'allocation. L'AAH peut se cumuler (mensuellement) avec d'autres aides, notamment la majoration pour la vie autonome. En effet, le complément de ressources est supprimé depuis le 1er décembre 2019.

- Les conditions liées à l'âge et la résidence :

Il faut avoir au moins 20 ans (ou au moins 16 ans pour un jeune qui n'est plus considéré à la charge de ses parents pour le bénéfice des prestations familiales).

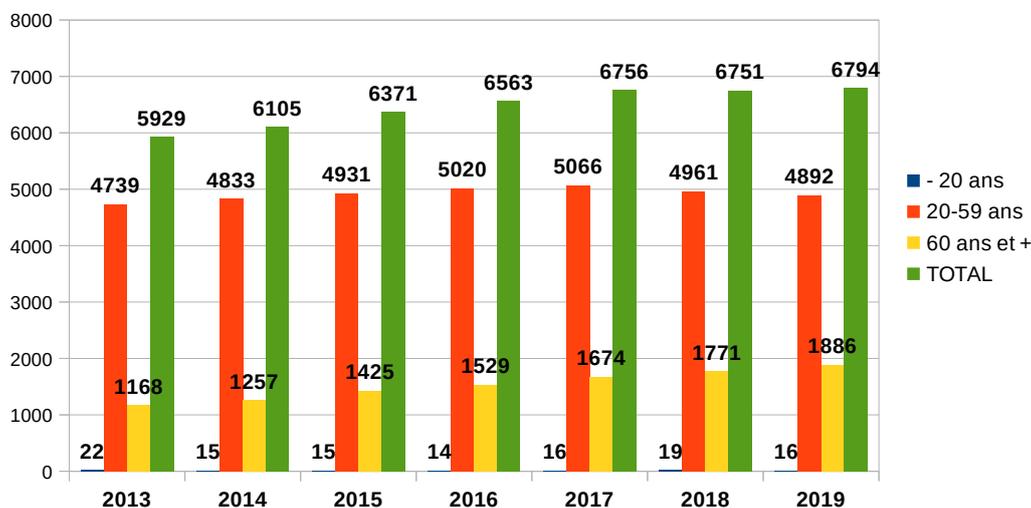
Il faut résider en France de manière permanente.

- Les conditions liées aux ressources :

Les ressources du foyer ne doivent pas dépasser un certain plafond.

Au 31 décembre 2019, 6794 personnes ont des droits ouverts à l'AAH, dont 6778 personnes de 20 ans et plus.

Droits ouverts à l'Allocation aux Adultes Handicapés au 31-12



Pour autant l'évolution des « droits ouverts » à l'AAH témoigne d'une certaine stabilité depuis 3 ans, à l'inverse de nombreux départements où la croissance se poursuit.

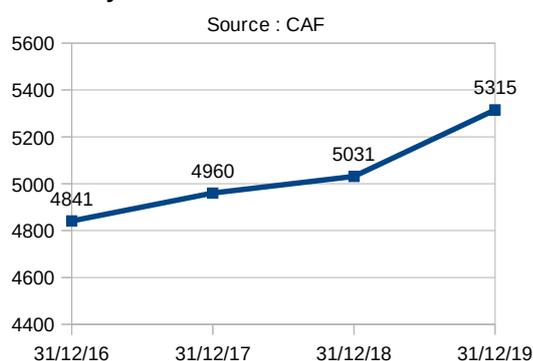
On distingue les allocataires : personnes qui perçoivent effectivement l'AAH, des personnes ayant un « droit ouvert » : qui relèvent des conditions de handicap évaluées par la MDPH pour bénéficier de l'AAH. Ainsi de nombreuses personnes relèvent bien des conditions de handicap mais ne perçoivent pas l'AAH, notamment au regard des conditions de ressources.

Au 31 décembre 2019, 5 740 personnes en situation de handicap étaient allocataires de l'AAH dans l'Indre (5 315 allocataires CAF et 425 allocataires MSA).

Source : CAF			Nombre de foyers allocataires CAF de l'AAH			
			31/12/16	31/12/17	31/12/18	31/12/19
Femme	Taux plein	50-80%	275	297	307	378
		> 80%	1141	1144	1106	1110
	Taux réduit	50-80%	223	251	269	305
		> 80%	855	860	898	961
Homme	Taux plein	50-80%	223	268	282	311
		> 80%	1208	1201	1180	1195
	Taux réduit	50-80%	189	199	214	243
		> 80%	727	738	771	811
Total			4841	4960	5031	5315

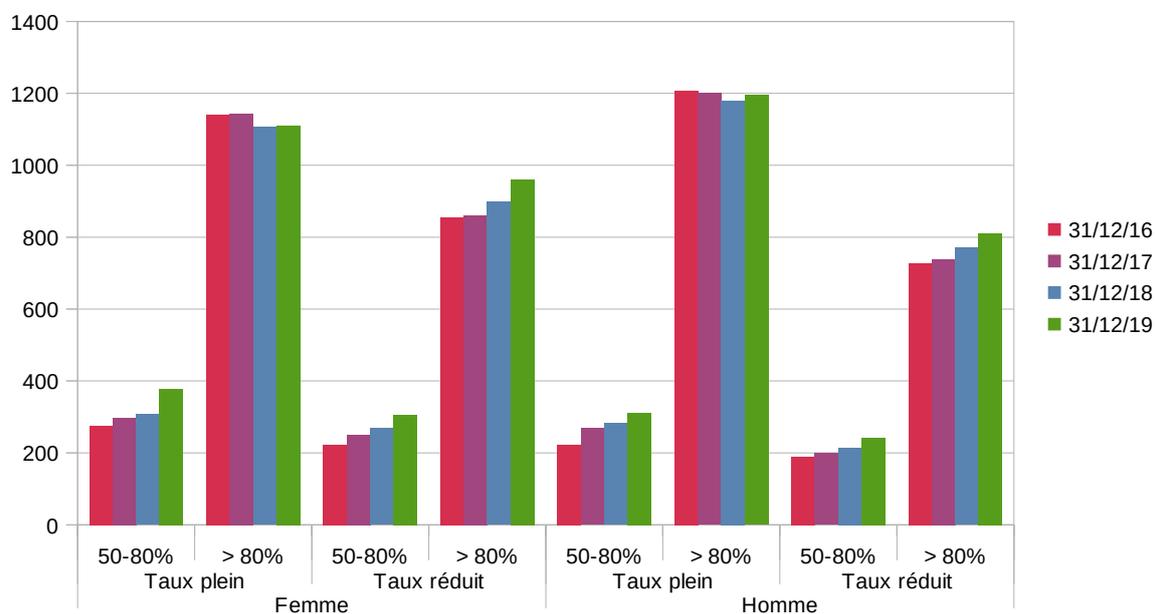
NB : le total des foyers allocataires peut être différent de la somme de ses composantes en raison de données référencées inconnues

Foyers allocataires CAF de l'AAH

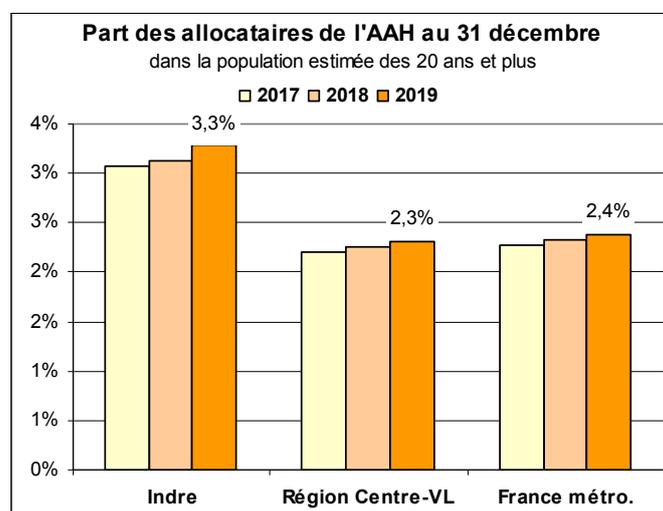


Foyers allocataires CAF de l'AAH selon le sexe et le taux

Source : CAF



La part de l'ensemble des allocataires (CAF+MSA) dans la population des 20 ans et plus est de 3,3 % et en légère augmentation depuis 3 ans.



Ce taux est près d'un point supérieur aux niveaux régional et national.

Cette situation est ancienne dans le département et reflète les particularités socio-démographiques du département : population vieillissante avec des indicateurs de santé et de précarité défavorables.

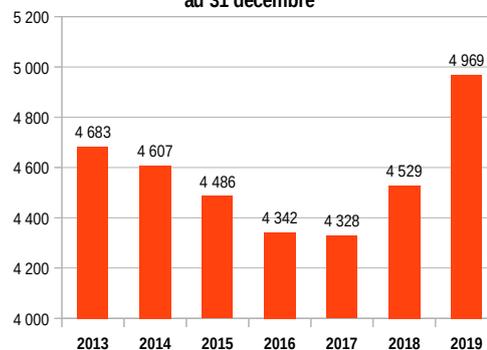
1.4. Les bénéficiaires de pensions d'invalidité et accidents de travail

Au 31 décembre 2019, **4 969 personnes** étaient bénéficiaires d'une **rente accident du travail** (4 648 victimes et 321 ayant droit) **soit 5,2 %** de la population estimée des 20-59 ans. Bien que la tendance soit à la baisse depuis 10 ans, on note un nouveau regain depuis 2018, avec une augmentation de 9,7 % par rapport à l'année précédente.

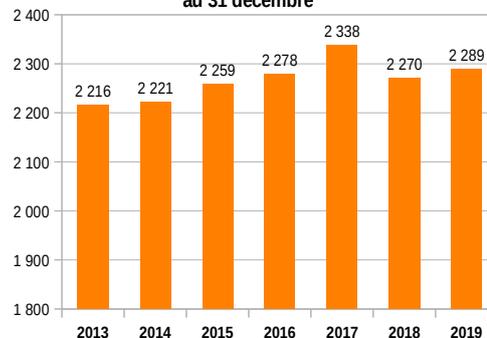
L'augmentation au 31-12-2018 et au 31-12-2019 du nombre de rentiers sur le département s'explique par la mutation des rentiers résidant à l'étranger des CPAM 18, 28, 37, 41 et 45 vers la CPAM de l'Indre.

2 289 personnes, soit 2,4 % de la population estimée des 20-59 ans, étaient bénéficiaires d'une pension d'invalidité au 31 décembre 2019, soit une augmentation de 0,8 % par rapport à 2018.

Personnes bénéficiaires d'une rente accident du travail au 31 décembre



Bénéficiaires d'une pension d'invalidité au 31 décembre



1.5. Les bénéficiaires de la PCH, de l'ACTP et de la MTP

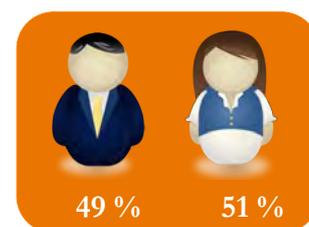
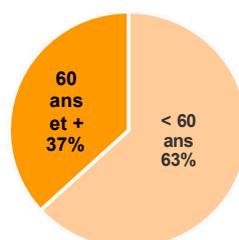
Afin de permettre aux personnes en situation de handicap de rester à leur domicile tout en conservant leur autonomie, une aide spécifique a été créée.

D'abord appelée Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP), cette aide financière versée par le Département a été remplacée par la prestation de Compensation du Handicap (PCH) au 1^{er} janvier 2006. Néanmoins, certains bénéficiaires ont choisi de conserver l'ACTP lors du renouvellement de leurs droits auprès de la MDPH.

La PCH permet de rembourser les dépenses liées à la perte d'autonomie. Elle comprend 5 formes d'aides (humaine, technique, aménagement du logement ou transport, aide spécifique ou exceptionnelle, animalière). Son attribution dépend du degré d'autonomie, de l'âge, des ressources et du lieu de résidence.

Au 31/12/2019, 1562 personnes de 20 ans et plus bénéficiaient d'un droit ouvert MDPH pour la PCH et l'ACTP :

au 31-12-2019	< 60 ans	60 ans et +	Ensemble
ACTP	130	111	241
PCH	859	465	1 324
Total (sans double compte)	987	575	1 562

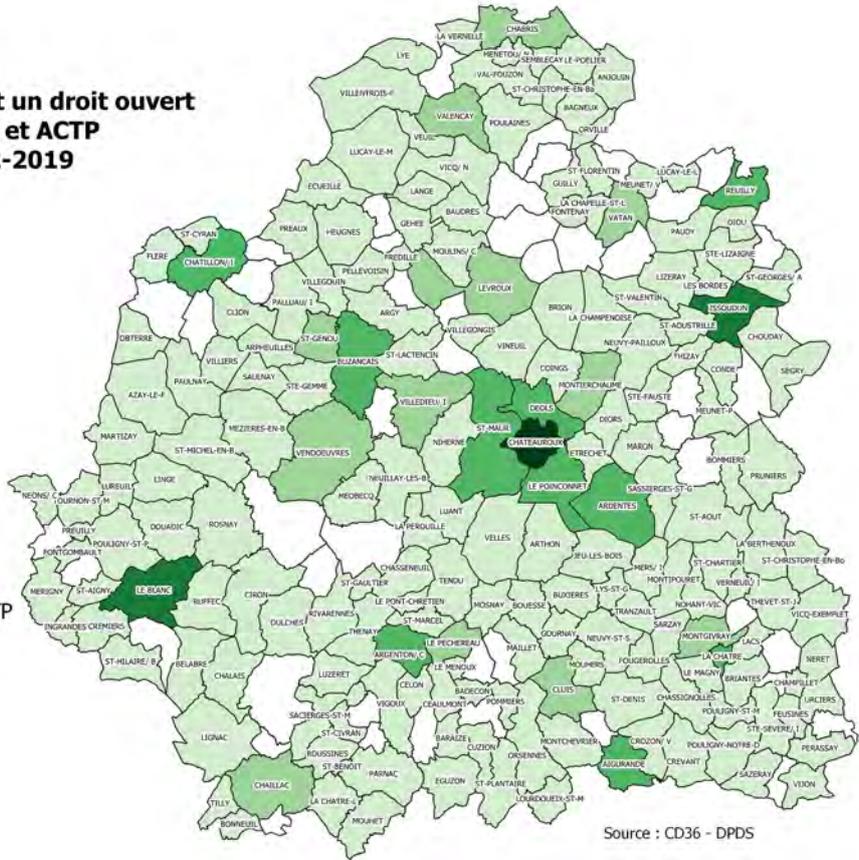


**Bénéficiaires ayant un droit ouvert
MDPH PCH et ACTP
au 31-12-2019**

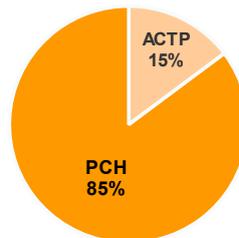
Nombre de bénéficiaires ayant un droit ouvert MDPH PCH et ACTP

- Absence de bénéficiaires
- Inf. ou égal à 10
- de 11 à 20
- de 21 à 50
- de 41 à 80
- de 101 à 322

Hors département : 46

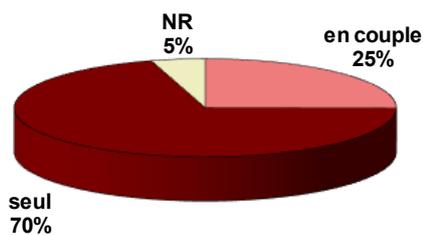


15 % des personnes continuent de bénéficier de l'ACTP, soit 219 personnes.

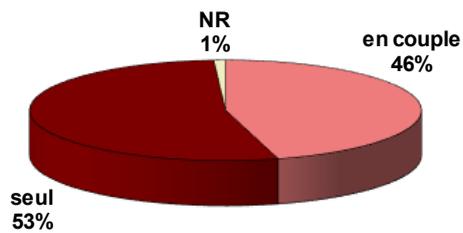


Situation familiale au 31-12-2019

Bénéficiaires de moins de 60 ans



Bénéficiaires de 60 ans et plus

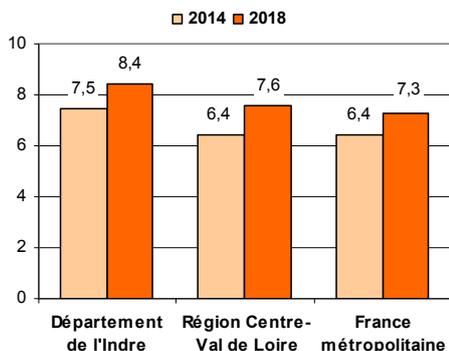


NR : non renseigné

Au 31 décembre 2018 (dernière année disponible en données nationales), 1 473 personnes bénéficiaient d'une ACTP ou d'une PCH. Le nombre de bénéficiaires a **augmenté de 11 %** depuis 2014.

Part des bénéficiaires de l'ACTP et de la PCH au 31-12

dans la population estimée des 20 ans et + (en ‰)

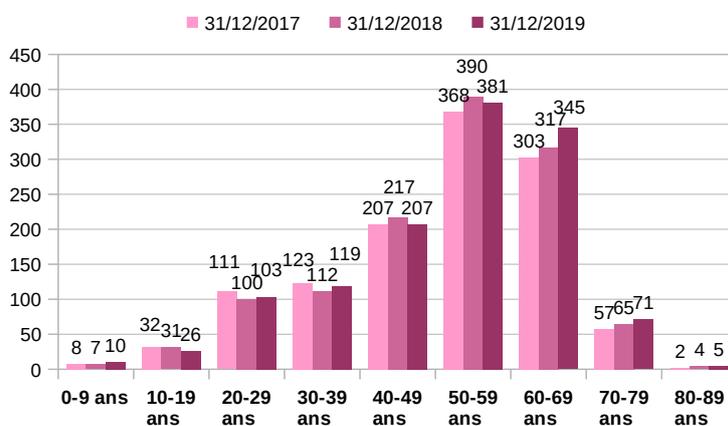


La part de bénéficiaires de l'ACTP ou de la PCH était de **8,4 adultes** pour 1 000 habitants au 31 décembre 2018.

Le taux du département de l'Indre est plus élevé que ceux de la Région Centre-Val de Loire (7,6 ‰) et de la France Métropolitaine (7,3 ‰).

Au 31 décembre 2019, **1 267 personnes** (649 femmes et 618 hommes) **avaient une PCH liquidée** auprès du Département contre 1 211 personnes au 31 décembre 2017 (+ 56 bénéficiaires). 57 % des bénéficiaires ont entre 50 et 69 ans.

Répartition des bénéficiaires de la PCH par tranche d'âge



1.6. Les répondants au questionnaire

Afin de compléter les données statistiques relatives aux personnes en situation de handicap dans l'Indre et de mieux connaître leurs conditions de vie et les difficultés qu'elles rencontrent, une consultation en ligne a été ouverte auprès de 16 317 personnes ayant un taux d'invalidité reconnu à plus de 50 % par la MDPH (cf. questionnaire et synthèse des résultats en [annexes 1 et 2](#)).

Le questionnaire a été élaboré lors de séances de groupes de travail avec plusieurs partenaires du Département. 6 thématiques ont été retenues afin de déterminer les problématiques que peuvent rencontrer les personnes en situation de handicap dans l'Indre :

- habitat/logement
- mobilité et accessibilité
- travail
- sport, culture et vie sociale
- information
- santé.

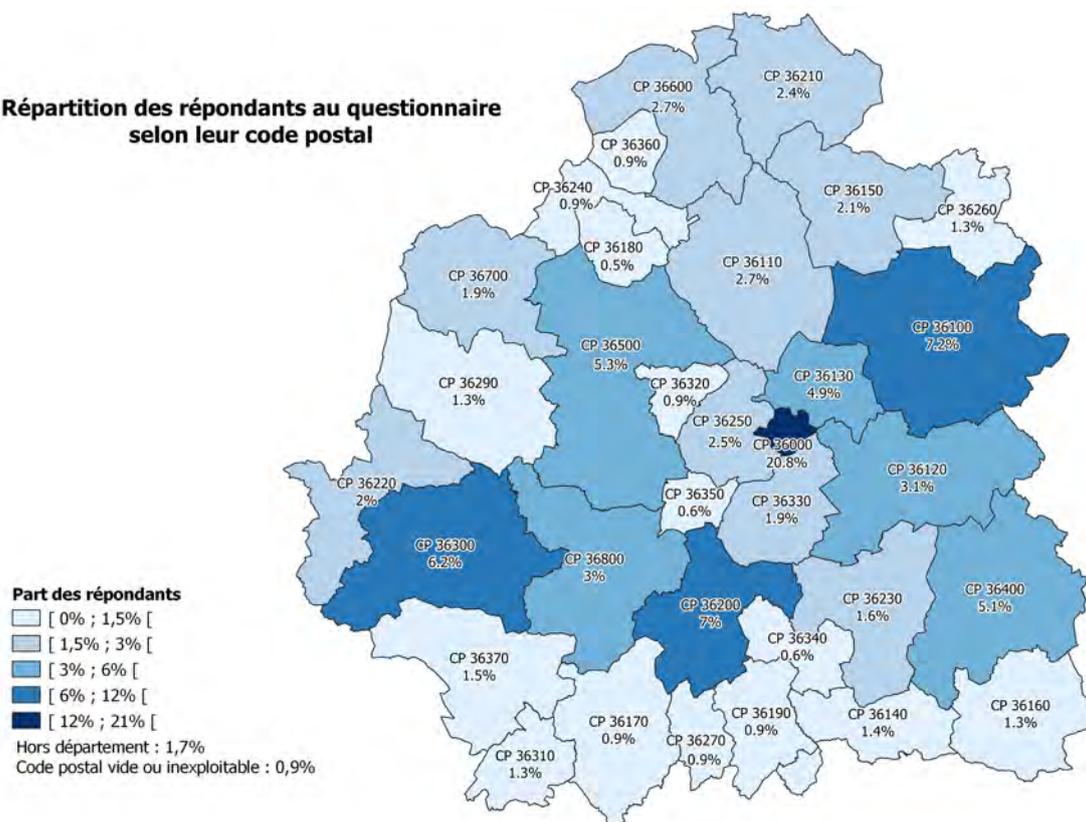
Le questionnaire était accessible en ligne, mais également en version papier. L'accès à Internet étant difficile pour certaines personnes, les réponses au questionnaire ont également pu se faire, sur demande, par téléphone.

La date de clôture était prévue pour le 31 mars 2020, mais le contexte particulier dû à la crise sanitaire du Covid-19 et du confinement, a conduit à prolonger les retours papier.

1.5.1 Caractéristiques générales des répondants

1 281 personnes ont répondu au questionnaire, soit un **taux de réponse de 7,85 %**.

Répartition des répondants au questionnaire selon leur code postal



Parmi ces répondants 1 259 sont domiciliés dans l'Indre.

L'échantillon des répondants présente globalement les mêmes caractéristiques que la population cible de l'enquête (soit des 16 317 personnes ayant un taux d'invalidité reconnu à plus de 50 % par la MDPH).

En effet, il s'agit majoritairement de femmes (55,8 % des répondants / 53 % pour la population cible).

Peu de jeunes (5 % de moins de 31 ans) ont répondu au questionnaire (dans la population cible, les moins de 31 ans représentent 7 %).

36 % des répondants sont âgés de 66 ans et plus (dans la population cible, les 66 ans et plus représentent 34 %).

Concernant la composition du foyer 37 % des répondants déclarent vivre seuls (39 % d'hommes, 37 % de femmes). Dans la population générale de l'Indre (recensement INSEE 2017), seulement 23 % des habitants déclarent vivre seuls. La part des personnes vivant seules est donc surreprésentée dans la population en situation de handicap ayant répondu au questionnaire.

1.5.2 Habitat/logement

56 % des répondants sont propriétaires de leur logement.

Seuls 3 % d'entre eux déclarent vivre dans un hébergement collectif (Foyers, EHPAD, accueil familial).

Seuls 7 % des répondants vivent dans un lieu isolé et 18 % dans un hameau. La grande majorité réside dans le bourg de la commune ou en milieu urbain.

Les 3/4 des répondants habitent dans une commune disposant de services de proximité (la poste, services publics...). Pour plus de 80 %, leur commune est équipée de commerces de proximité (boulangerie, épicerie...) et pour 73 % la commune dispose de services de soins de proximité (médecin, pharmacie...).

Plus de 70 % des répondants considèrent que leur logement est adapté à leur situation de handicap.

20 % ont bénéficié d'un aménagement spécifique de leur habitation et 23 % bénéficient de matériel ou d'aides techniques adaptés.

Seuls 20 % des répondants envisageraient de déménager si elles trouvaient un logement adapté. Parmi ces dernières, 87 % souhaiteraient déménager dans un logement autonome, 10 % dans un logement spécifique (maison relais, habitat inclusif...) et seulement 3 % s'orienteraient vers un établissement médico-social.

61 % des personnes qui envisagent de déménager habitent actuellement dans un logement non adapté à leur situation de handicap contre 21 % de celles qui n'envisagent pas de déménager.

De même les personnes n'ayant pas bénéficié d'un aménagement spécifique de leur logement envisagent plus de déménager que celles qui en ont bénéficié (respectivement 22 % et 13 %).

Par ailleurs, 90 % des propriétaires n'envisagent pas de déménager.

De plus, les personnes résidant en milieu urbain sont plus enclines à déménager (28 %) que celles habitant dans un hameau ou le bourg de la commune.

1.5.3 Mobilité et accessibilité

Les 3/4 des répondants sont en mesure de se déplacer seuls.

Plus de la majorité (59 %) utilise son propre véhicule pour ses déplacements, 38 % utilisent un véhicule conduit par un aidant.

Les personnes déclarent rencontrer des difficultés pour leurs déplacements quotidiens (commerces, services, loisirs...) (43 %) et pour leurs déplacements dans le département (39 %).

Concernant les déplacements quotidiens, les 3/4 déclarent que leurs difficultés sont liées à l'absence de moyen de transport et/ou à l'aménagement urbain (24 % uniquement à l'absence de moyen de transport, 19 % uniquement à l'aménagement urbain et 24 % aux 2).

Pour les déplacements dans le département, l'absence de moyen de transport est une difficulté plus prégnante puisque évoquée par 62 % des répondants (34 % en réponse unique et 28 % associés à un problème d'aménagement urbain).

Pour les personnes ne pouvant pas se déplacer seules, les difficultés dans les déplacements quotidiens dues à l'aménagement urbain sont moins évoquées que pour les personnes pouvant se déplacer seules (respectivement 38 % et 47%).

Concernant les déplacements dans le département, c'est plutôt l'absence de moyen de transport qui pose problème aussi bien pour les personnes pouvant se déplacer seules que pour celles qui ne le peuvent pas (respectivement 68 % et 52 %).

De plus, la part de celles ne pouvant se déplacer seules et qui rencontrent d'autres difficultés que celles précédemment évoquées, est plus élevée que pour celles pouvant se déplacer seules (25 % contre 14 %). Cela est peut être tout simplement dû à la nature même du handicap de la personne qui limite ses déplacements de façon générale.

1.5.4 Travail

Du fait de l'âge plutôt élevé des répondants, la part de personnes en activité professionnelle est faible (21 %) et la proportion des personnes à la retraite est élevée (45 %).

Parmi les personnes en activité professionnelle, 16 % d'entre elles déclarent travailler en milieu protégé et les autres en milieu ordinaire.

58 % ne bénéficient pas d'un aménagement de leur poste de travail ou d'un accompagnement par un service. Parmi elles, 45 % estiment pourtant en avoir besoin.

Les personnes en activité professionnelle sont dans la quasi-totalité en mesure de se déplacer seules (95 %), alors que les personnes sans activité ne sont que 77 % à pouvoir se déplacer seules.

Parmi les répondants sans activité et en âge d'en exercer une (c'est à dire hors retraités), 57 % ne souhaitent pas en exercer une.

Pour autant, 13 % des personnes souhaitant exercer une activité professionnelle rencontrent des difficultés pour se déplacer seules.

31 % des personnes avec ou sans activité professionnelle considèrent pouvoir accéder aux offres de formation professionnelle proposées par leur employeur, Pôle emploi, la Région... 44 % d'entre elles ne se considèrent pas concernées par la question de l'accès aux offres de formation professionnelle. Cette part s'élève à 50 % parmi les personnes sans activité professionnelle.

1.5.5 Sport, culture et vie sociale

Pour cette thématique, le choix a été fait de recueillir un niveau de satisfaction des personnes en situation de handicap quant à leur accès aux activités sportives, culturelles et celles qui ont attrait à leur vie sociale.

Les répondants avaient le choix d'un item « ne souhaite pas répondre ».

Concernant l'accès aux activités sportives et culturelles 38 % des personnes n'ont pas souhaité répondre. Parmi celles ayant souhaité répondre, près de 7 répondants sur 10 se déclarent peu ou pas satisfaits contre 32 % de satisfaits.

Pour le thème « vie affective et sexuelle », 53 % des personnes n'ont pas souhaité répondre. Parmi celles ayant répondu, une majorité (61 % des répondants) déclare ne pas être satisfaite, contre 39 % de satisfaits.

27 % des personnes n'ont pas souhaité répondre à la question relative à l'accès à la vie sociale (famille, amis, association...). Parmi celles ayant souhaité répondre : 49 % ne sont pas satisfaites et 51 % sont satisfaites.

Enfin, concernant la participation à la vie citoyenne (droit de vote, expression politique et/ou syndicale...) 33 % n'ont pas souhaité répondre. Parmi celles ayant souhaité répondre : 49 % se disent non satisfaites contre 51 % de satisfaites.

En résumé, les personnes en situation de handicap semblent plutôt satisfaites de leur vie sociale et citoyenne, mais moins de leur vie affective et sexuelle et de l'accès aux activités culturelles et sportives.

Plus globalement, une question sur leur inclusion au sein de la société leur a été posée.

Pour 42 %, leur situation de handicap est un frein important voire très important à leur inclusion dans la société. Mais plus de la moitié, soit 58 %, considèrent que leur situation de handicap n'est pas forcément un obstacle.

1.5.6 Information

L'accès à l'information sur les dispositifs concernant et facilitant la vie des personnes en situation de handicap reste difficile puisque 56 % des répondants déclarent ne pas y avoir accès.

1.5.7 Santé

Une part très infime de la population en situation de handicap déclare de ne pas avoir de médecin traitant : 2 %.

De plus, plus de la moitié considère que leur situation de handicap ne freine pas du tout leur accès aux soins. Seulement 18 % déclarent que cet accès est compliqué.

Plus préoccupant en revanche, pour les 55 % des répondants déclarant que leur situation de handicap nécessite des soins spécifiques, plus de la moitié d'entre eux estime avoir peu ou pas du tout accès à ces soins spécifiques.

2. Les dispositifs accompagnant les personnes en situation de handicap

2.1. Les dispositifs spécifiques d'accompagnement à domicile relevant du Département

2.1.1. La Prestation de Compensation du Handicap

La PCH est une prestation versée par le Département. Elle permet le financement de certaines dépenses de compensation du handicap.

C'est une aide personnalisée, modulable en fonction des besoins de la personne et attribuée sous conditions :

- Des conditions liées à l'autonomie :
 - La personne doit rencontrer une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité (mobilité, entretien personnel, communication, tâches et exigences générales et relations avec autrui). La difficulté est qualifiée d'absolue si l'activité ne peut pas du tout être réalisée seule.
 - La personne rencontre une difficulté grave pour la réalisation d'au moins 2 activités (mobilité, entretien personnel, communication, tâches et exigences générales et relations avec autrui). La difficulté à accomplir ces activités est qualifiée de grave lorsqu'elles sont réalisées difficilement et de façon altérée par la personne.
- Des conditions liées à l'âge :

Pour la 1^{ère} demande, le demandeur doit avoir moins de 60 ans sauf s'il se trouve dans l'un des cas suivants :

 - 1 - Avoir les conditions nécessaires, au titre du handicap, pour percevoir la PCH avant 60 ans.

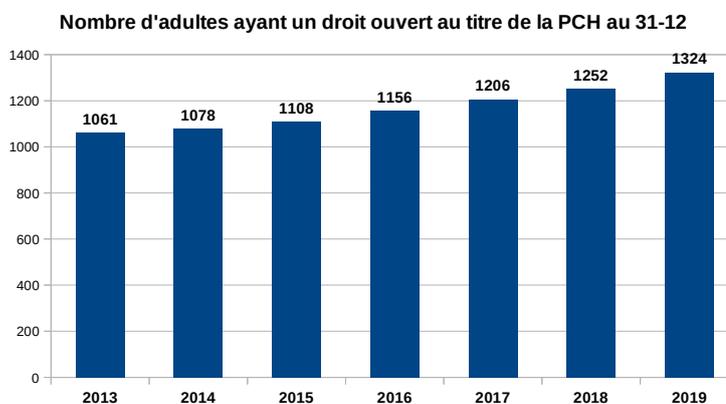
Pour un renouvellement, il est possible de continuer à la percevoir au-delà de 60 ans tant que l'utilisateur n'opte pas pour l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).
 - 2 – Exercer une activité professionnelle.
- Des conditions de ressources :

L'accès à la PCH n'est pas soumis à une condition de ressources. Cependant, pour calculer le montant de la PCH dans la limite des taux de prise en charge, les ressources de l'année N-1 sont prises en compte.
- Des conditions de résidence :

Il est possible de bénéficier de la PCH, sous certaines conditions, que la personne vive à domicile ou en établissement.

Le nombre de personnes adultes ayant au moins un droit ouvert au titre de la PCH est en constante augmentation depuis 2010. Le rythme d'augmentation est toutefois moins important depuis 2013.

1 324 personnes au 31/12/2019 **ont un droit ouvert à la PCH**, soit une augmentation de 5,8 % en un an.



Comme mentionné au 1-5, le nombre de personnes bénéficiant de la PCH de l'ACTP dans le département (8,4 pour 1000 habitants) est supérieur d'un point à la situation de la France (7,3) et de la région (7,6).

Des évolutions réglementaires récentes ont amélioré les conditions d'accès à la PCH.

La loi n° 2020-220 du 06 mars 2020 ouvre de nouveaux droits en supprimant une barrière d'âge qui empêchait les personnes de plus de 75 ans de bénéficier de la prestation, d'une part et en attribuant la PCH à vie pour celles dont le handicap est irréversible, d'autre part. Elle simplifie aussi les démarches des bénéficiaires en assouplissant ses modalités : le contrôle de l'usage de la prestation s'effectue sur une durée plus longue, d'au minimum 6 mois.

Le Décret n° 2020-1826 du 31 décembre 2020 relatif à l'amélioration de la prestation de compensation du handicap introduit un droit à compensation au titre de la parentalité pour les parents d'enfants de moins de 7 ans bénéficiaires de la PCH.

Au 31 décembre 2019, le Département a versé au titre de la PCH et de l'ACTP **7 404 346 €** (soit une augmentation de près de 8 % par rapport à 2013).

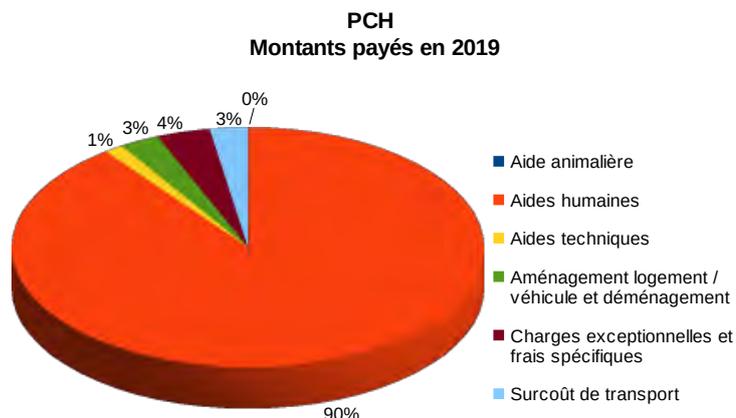
Montants versés par année

	2013	2019
PCH	4 882 758 €	5 996 208 €
ACTP	1 981 821 €	1 408 138 €
TOTAL	6 864 579 €	7 404 346 €

Source : Département

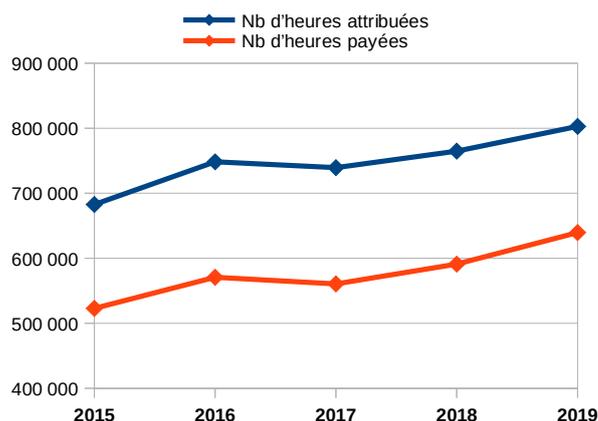
Au 31 décembre 2019, sur les **1 267 personnes bénéficiant d'une PCH**, **932 personnes**, soit 74 %, bénéficient d'une PCH aide humaine.

En financement, la PCH aide humaine représente 90% des montants financés en 2019.

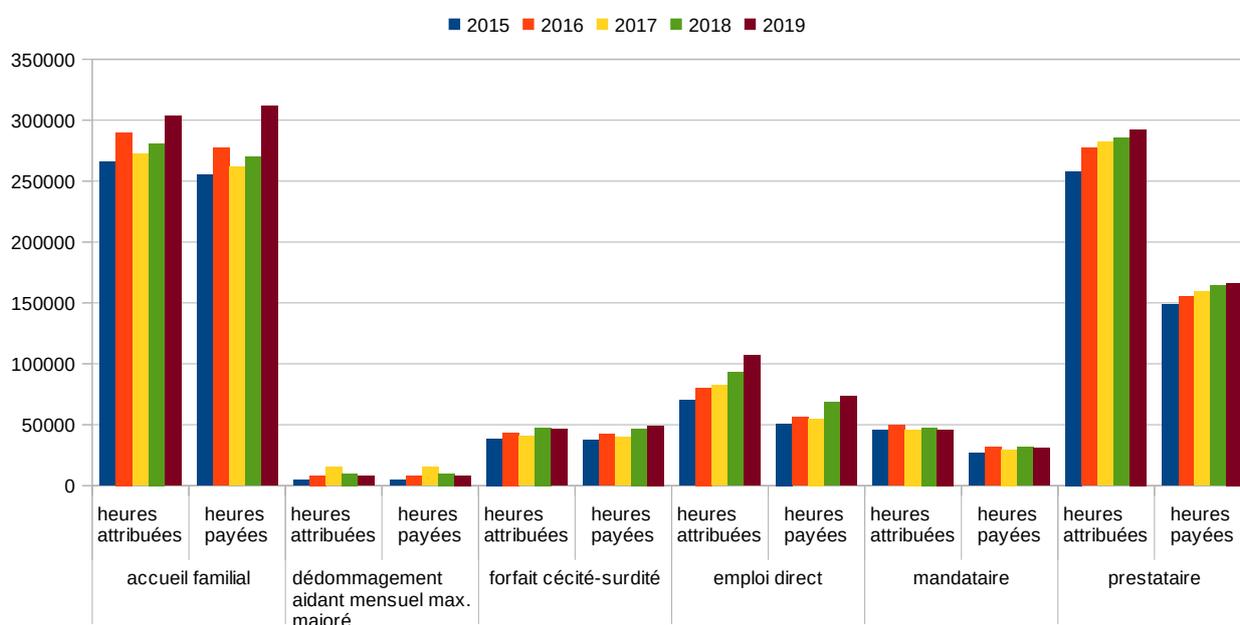


	PCH - Aide humaine									
	Nb d'heures attribuées					Nb d'heures payées				
	2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019
Accueil Familial	265 680	289 932	272 598	280 875	303 474	254 890	277 122	261 701	270 063	311 550
Dédommagement aidant mensuel maximum majoré	4 520	8 246	15 290	10 024	7 586	4 520	8 048	15 087	9 851	8 169
Emploi direct	70 256	80 235	82 576	93 241	106 920	50 682	56 268	54 871	68 210	73 475
Forfait Cécité - Surdité	38 507	43 553	40 777	47 670	46 467	37 528	42 425	40 003	46 792	49 138
Mandataire	45 694	49 357	46 096	47 448	46 066	26 481	31 683	29 579	31 819	30 989
Prestataire	258 054	277 022	282 053	285 453	292 272	148 820	155 293	159 323	164 227	166 221
Total	682 712	748 345	739 390	764 711	802 785	522 922	570 838	560 563	590 961	639 542

PCH Heures d'aide humaine attribuées et payées



PCH Heures d'aide humaine attribuées et payées par type



Il existe cependant une difficulté spécifique à l'aide humaine au titre de la PCH, à savoir une différence importante entre le volume d'heures attribuées en fonction des besoins de la personne et des heures effectivement réalisées. Cette différence est constante depuis 2015.

Elles concernent le financement de l'aide humaine via l'emploi direct (31 % d'heures non réalisées) mais surtout via le recours à des services prestataires (43 % d'heures non réalisées).

Cette situation, qui existe dans de nombreux départements, est la conséquence de plusieurs phénomènes qui se cumulent :

- le reste à charge financier pour les personnes qui recourent aux services d'aide à domicile prestataires. En effet la réglementation PCH, à la différence de celle de l'APA, fixe un tarif national de l'heure d'aide humaine en prestataire. Ce tarif de 17,77€/h n'a quasiment pas évolué depuis 2006, et est très inférieur aux tarifs réels et au coût de revient des services d'aides à domicile (évalué à 22€). De ce fait les personnes qui perçoivent la PCH ont un reste à charge de

plusieurs euros par heure, ce qui par mois et pour les personnes qui ont besoin d'un plan d'aide important peut devenir très lourd. Dans certaines situations ce reste à charge peut devenir dissuasif et amener les personnes à réduire le plan d'aide utilisé. Certes, à la suite du précédent schéma, le fonds de compensation a été mobilisé pour financer une partie du reste à charge, mais cette réponse reste partielle et exceptionnelle.

- les difficultés de recrutement des services d'aide à domicile. Ce phénomène est malheureusement bien repéré dans le département depuis plusieurs années. De ce fait les ressources humaines disponibles sont limitées et amènent bénéficiaires et services à réduire parfois les plans d'aide faute de pouvoir couvrir la totalité des heures prévues.
- les difficultés d'adaptation des services d'aide à domicile aux besoins des personnes en situation de handicap. En effet, les difficultés de recrutement et de la fidélisation du personnel ne produisent pas les conditions propices à la formation, la montée en qualification, l'évolution importante des pratiques qu'exigent l'accompagnement de personnes en situation de handicap.

2.1.2. Accompagnement par des services spécialisés : SAVS et SAMSAH

Les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) et les Services d'Accompagnement Médico-Sociaux pour Adultes Handicapés (SAMSAH) ont pour mission d'accompagner la personne en situation de handicap dans sa vie quotidienne et son insertion sociale.

Ces services permettent la vie à domicile en « milieu ordinaire » tout en aidant à l'autonomisation de la personne. Ils s'adressent à des adultes en situation de handicap, et proposent un accompagnement pour l'élaboration du projet de vie, en favorisant notamment le maintien ou la restauration des liens familiaux, sociaux, universitaires ou professionnels et l'accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité. Ils aident ainsi à sortir le bénéficiaire de l'isolement. Ces services de proximité constituent une alternative à l'admission dans un établissement.

En outre le SAMSAH assure l'accompagnement à l'accès aux soins et organise la coordination des soins dont la personne a besoin.

Ces services relèvent de la compétence du Département, partagée avec l'ARS pour les SAMSAH.

Pour pouvoir bénéficier de l'intervention d'un SAVS ou d'un SAMSAH, il faut :

- être reconnu en situation de handicap ;
- avoir entre 20 et 60 ans au moment de la demande, voire plus de 60 ans si le handicap a été reconnu avant cet âge;
- bénéficier d'une décision d'orientation délivrée par la CDAPH ;
- accepter les interventions médico-sociales au domicile ;
- résider dans le département dans lequel la demande a été faite.

Pour l'année 2019, **le Département de l'Indre a consacré 992 653 €** pour les services spécialisés SAVS et SAMSAH.

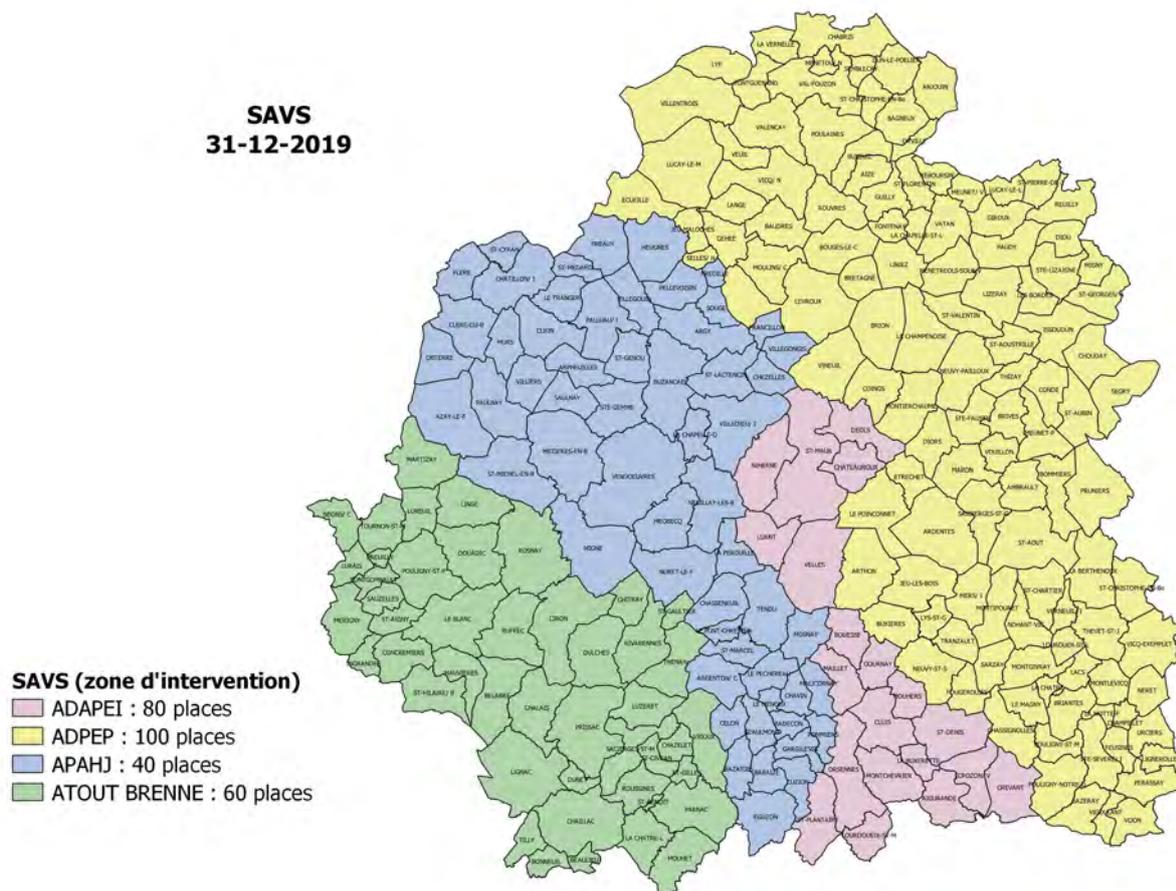
2.1.2.1. Services spécialisés d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)

Les SAVS se sont développés dans tous les départements après la décentralisation sans véritable base légale, par la seule volonté des Départements suite aux besoins évalués par les associations. Ce n'est qu'après la loi du 11 février 2005, avec le décret 2005-223 du 11 mars 2005 que les SAVS ont officiellement été reconnus sans, toutefois, en indiquer les modalités de financement. Il fallait donc, à partir de 2005, organiser la procédure « d'autorisation » des services en conformité avec la procédure d'appel à projets, prévue par le Code de l'Action Sociale et des Familles.

Aussi, afin de permettre aux services existants (dénommées SAVD dans l'Indre) d'entrer dans le cadre réglementaire nouvellement défini, des réunions ont été organisées en 2010 pour harmoniser le fonctionnement des SAVD et définir le cahier des charges de l'appel à projet : les limites d'intervention

des SAVS (durées minimales et maximales d'intervention par mois...), temps d'activité du service, horaires de fonctionnement, public concerné....

Suite à l'appel à projet lancé en août 2011, quatre SAVS ont été autorisés sur le département et sur une zone géographique déterminée.



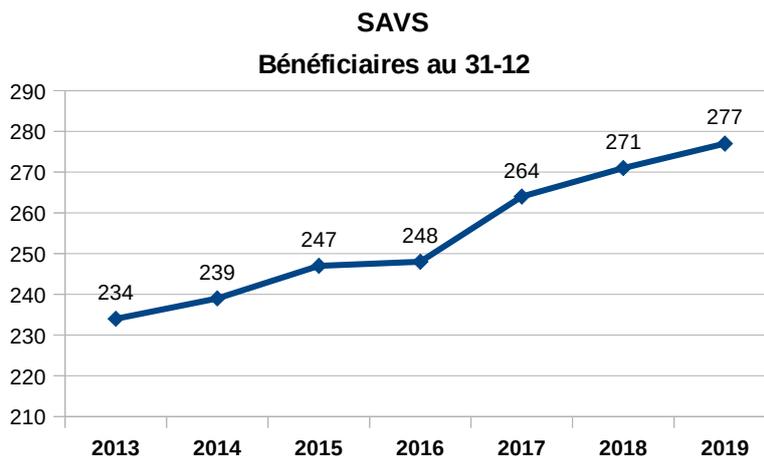
Il s'agissait des services fonctionnant déjà en SAVD avec cependant des capacités et un cadre de fonctionnement rénovés. Ainsi **le nombre de places ouvertes financées par le Département est passé de 202 à 280.**

Par ailleurs, dans la mesure où la base juridique du financement des SAVS n'a jamais été posée au plan national (le Conseil d'Etat l'a, à plusieurs reprises, rappelé aux gouvernements successifs), le Département de l'Indre a créé dans son document juridique cadre (le Règlement Départemental d'Aide Sociale), une « prestation d'aide sociale facultative » organisant et permettant le financement de ces services.

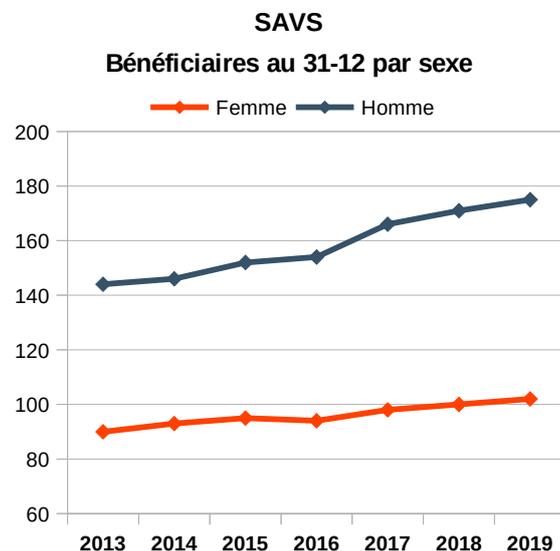
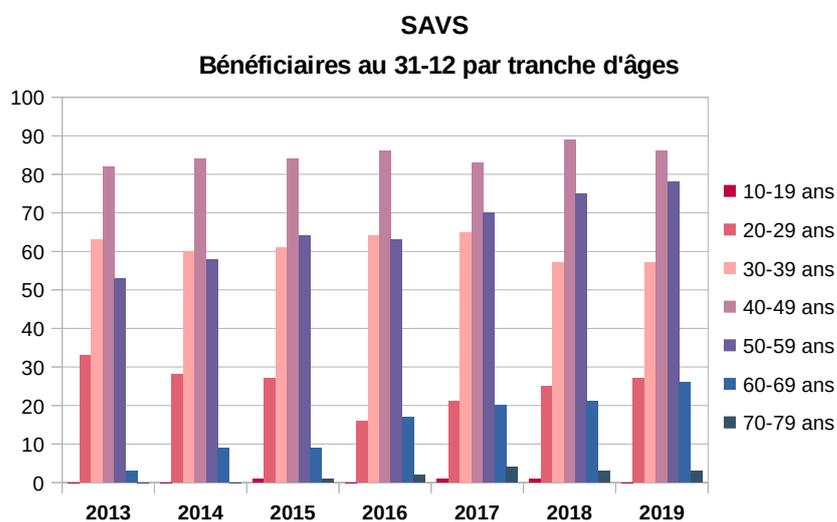
Au 31 décembre 2019, **277 personnes sont bénéficiaires d'un SAVS** dans l'Indre (en augmentation de 18 % par rapport au 31 décembre 2013) et occupent 99 % des places disponibles.

59 % des bénéficiaires ont entre 40 et 59 ans, en majorité ce sont des hommes (à 63 %) et 83 % sont sous mesure de protection juridique.

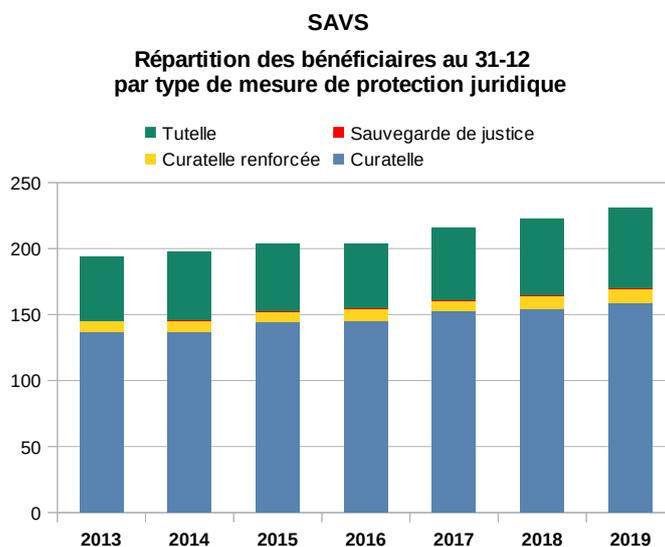
Répartition et évolution des bénéficiaires par service SAVS



Répartition des bénéficiaires par sexe et par tranche d'âge

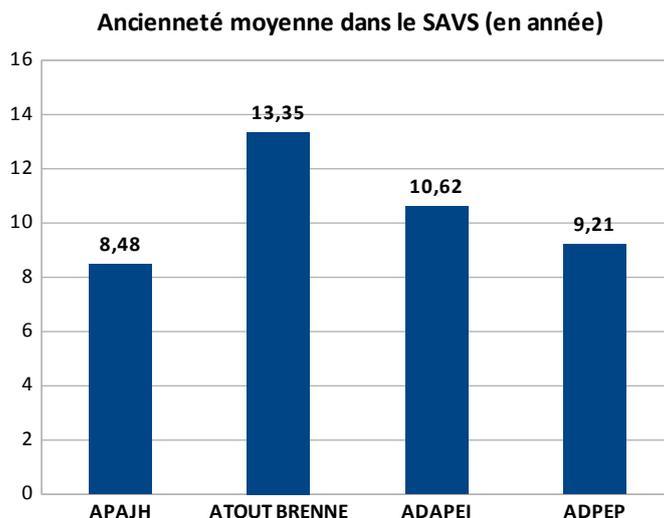


Répartition des bénéficiaires par type de mesure de protection juridique

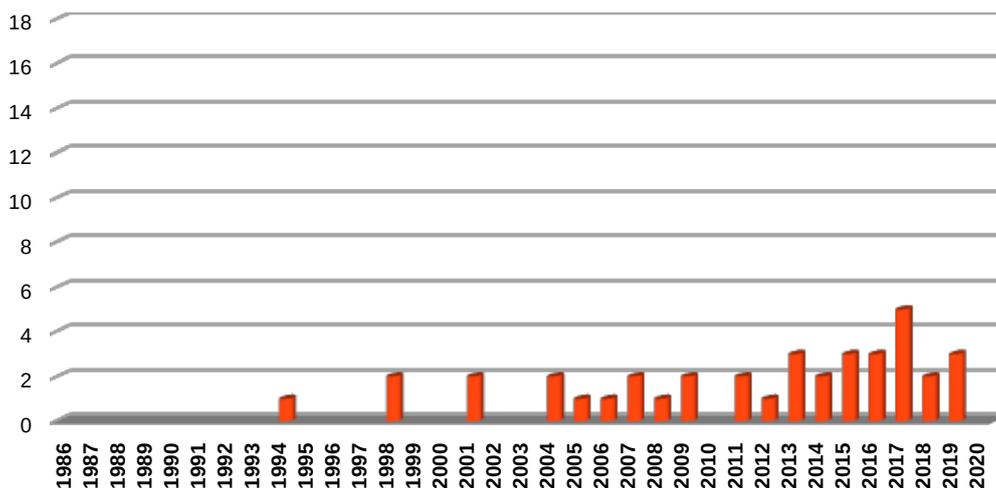


Pour faire un point sur le fonctionnement des SAVS dans le cadre de l'élaboration du présent schéma, un questionnaire a été adressé à chaque SAVS pour connaître l'activité, les modalités de fonctionnement, le rythme des admissions et des sorties du dispositif. Une réunion au cours de l'année 2020 entre le Département de l'Indre et les SAVS a été organisée afin d'échanger et de déterminer si des évolutions sur le fonctionnement de ces services étaient éventuellement nécessaires.

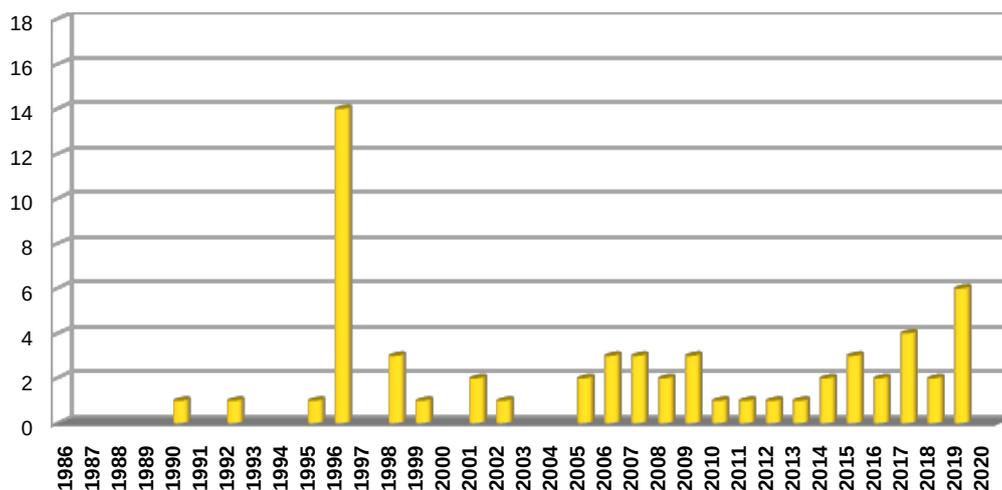
L'analyse des données fait apparaître une ancienneté importante des bénéficiaires dans le dispositif : l'accompagnement dure en moyenne entre 8 et 14 ans.



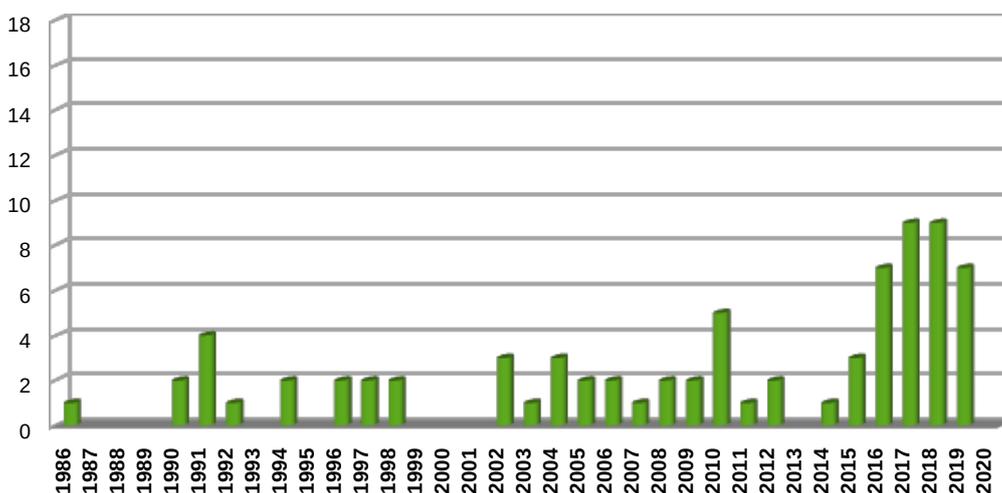
Répartition des personnes accompagnées par le SAVS APAJH au 1er janvier 2020 selon l'année d'entrée des bénéficiaires



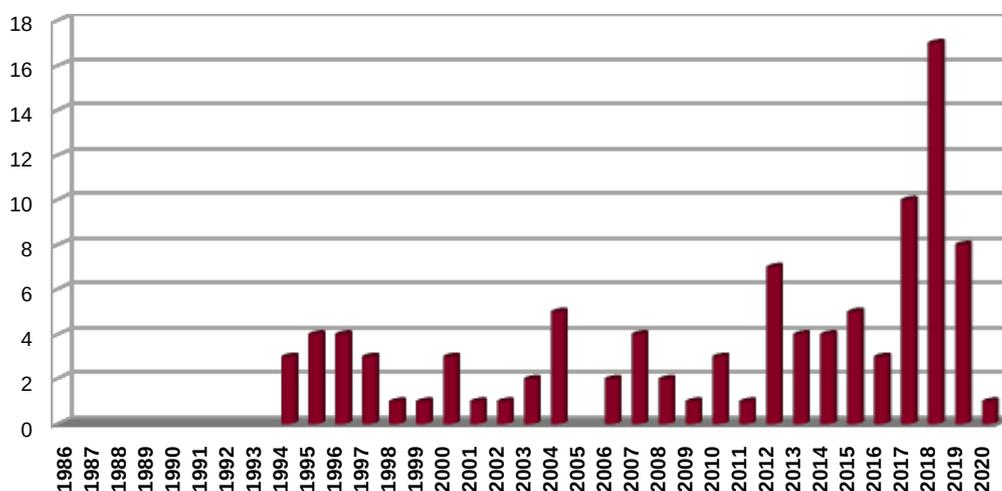
**Répartition des personnes accompagnées par le SAVS ATOUT BRENNE
au 1er janvier 2020 selon l'année d'entrée des bénéficiaires**



**Répartition des personnes accompagnées par le SAVS ADAPEI au 1er janvier 2020
selon l'année d'entrée des bénéficiaires**



**Répartition des personnes accompagnées par le SAVS ADPEP au 1er janvier 2020
selon l'année d'entrée des bénéficiaires**



Au cours de l'année 2019, il est constaté que :

- Sur une capacité totale de 280 places, 277 personnes étaient suivies au 31 décembre;
- 28 personnes ont été admises et 22 personnes sont sorties du dispositif ;
- le nombre d'interventions moyen est de 2 529 par service soit entre 1 et 3 interventions en moyenne par mois et par bénéficiaire ;
- 10 personnes ont moins d'une intervention par mois et aucun SAVS n'intervient plus de 7 fois par mois par bénéficiaire.

Ainsi il apparaît que l'accompagnement par le SAVS perdure pendant de nombreuses années, avec cependant un nombre moyen d'interventions en dessous de ce qui avait été préconisé dans le cahier des charges initial.

En effet la mission assignée aux SAVS est d'assurer, par un accompagnement soutenu, un parcours vers l'autonomie.

Le nombre d'interventions devrait donc être logiquement supérieur à 1 fois par semaine et la durée d'accompagnement ne pas dépasser 5 ans.

Les accompagnements actuels semblent être devenus dans beaucoup de situation « chroniques », mais assez espacés, remplissant de ce fait plus le rôle de soutien au lien social que d'accompagnement vers l'autonomie.

Les décisions d'orientation de la MDPH en SAVS, sont stables : 178 en 2019 (77 premières demandes, 98 renouvellements et 3 révisions) et 191 orientations en 2018.

Les entrées ont été moins nombreuses qu'en 2018 : 15 entrées en 2019 pour 34 en 2018

43 personnes sont sur liste d'attente au 31 décembre 2019 contre 36 au 31 décembre 2018.

2.1.2.2. Services spécialisés d'accompagnement à la vie sociale et aux soins (SAMSAH)

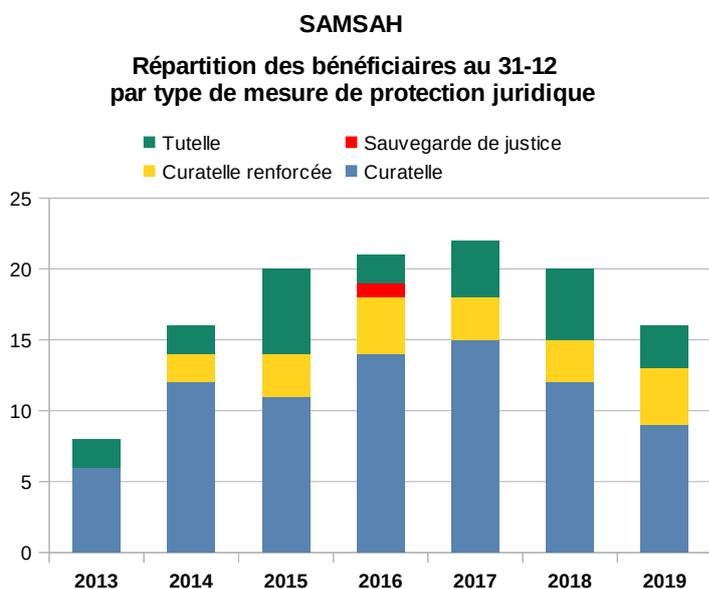
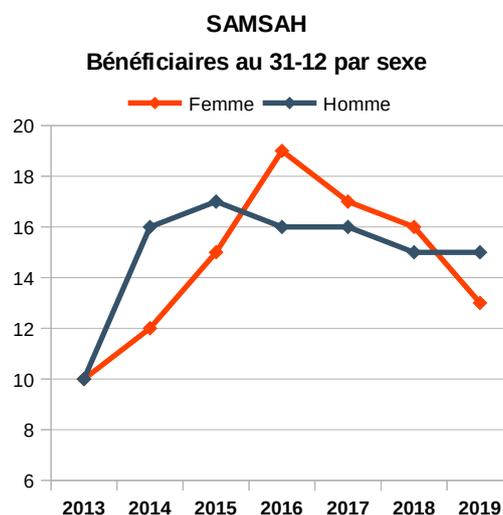
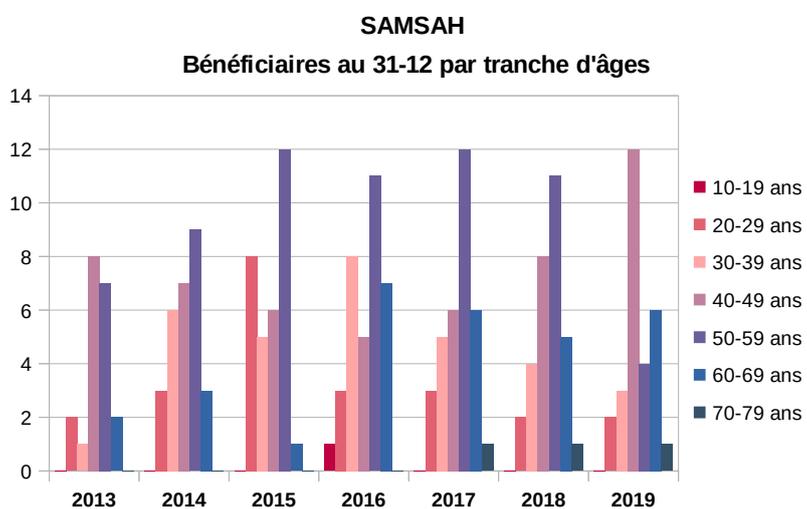
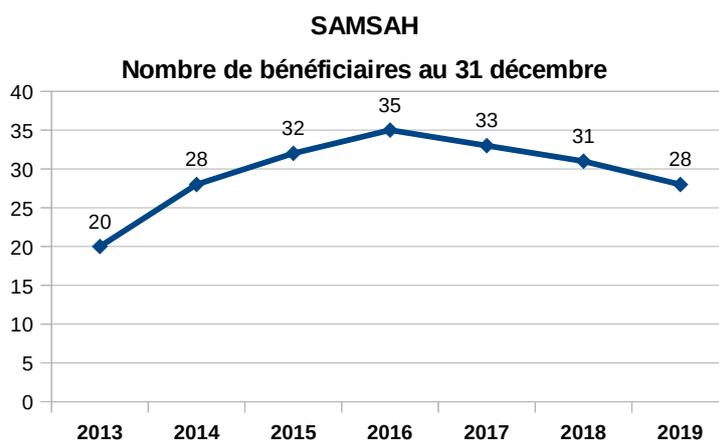
Les SAMSAH, à la différence des SAVS, sont dotés, en plus de l'équipe pluridisciplinaire, d'une équipe médicale et paramédicale. L'accompagnement comprend donc un volet destiné à permettre un accès aux soins et l'organisation de la coordination des soins.

Au 31 décembre 2019, **le département de l'Indre dispose de 33 places en SAMSAH** couvrant l'ensemble du territoire départemental : 20 places pour la prise en charge de personnes souffrant de troubles psychiques gérées par l'UGECAM Centre et 13 places pour personnes lourdement handicapées gérées par le CSPCP d'Issoudun. Sur les cinq dernières années, 3 places supplémentaires ont été créées au SAMSAH d'Issoudun (ouvertes en 2018).

Ainsi, au 31 décembre 2019, **28 personnes sont bénéficiaires d'un SAMSAH** (une augmentation de 40 % par rapport au 31 décembre 2013, soit +8 personnes accompagnées) et occupent 85 % des places disponibles.

43 % des bénéficiaires ont entre 40 et 49 ans. En majorité ce sont des hommes (à 54 %) et 57 % sont sous mesure de protection juridique.

Répartition et évolution des bénéficiaires par service SAMSAH



Les décisions d'orientation de la MDPH en SAMSAH, concernant les adultes handicapés au cours de l'année 2019, sont stables : 81 en 2019 (55 premières demandes, 19 renouvellements et 7 révisions) pour 79 orientations en 2018

Les entrées ont été moins nombreuses qu'en 2018 : 11 entrées en 2019 pour 16 en 2018

39 personnes sont sur liste d'attente au 31 décembre 2019 contre 34 au 31 décembre 2018.

Lors du précédent schéma, il avait été acté la nécessité d'augmenter la capacité des SAMSAH de 10 places au regard des besoins. Cependant, l'absence d'accord et de financement de l'ARS n'a permis que le financement de 3 places supplémentaires par redéploiement pour le forfait soin.

2.2. Les dispositifs spécialisés d'hébergement et l'accompagnement en établissement relevant du Département

2.2.1. L'accueil familial

Mode d'accueil dans le prolongement du maintien à domicile, l'accueil familial consiste pour un particulier à accueillir, chez lui, une personne âgée ou handicapée. Il permet un hébergement individualisé dans un cadre familial chaleureux et sécurisé, garantissant le bien être physique et moral. Il permet d'entretenir des liens amicaux et familiaux et contribue à l'échange entre générations. L'accueil familial permet aussi de respecter l'autonomie de la personne et son intégrité.

L'agrément est délivré pour 5 ans par le Président du Conseil départemental aux candidats remplissant certaines conditions, notamment garantir la continuité de l'accueil et assurer la sécurité et le bien-être des personnes accueillies.

Le Département assure l'organisation, le suivi et le contrôle des accueils familiaux. Il se charge d'instruire les demandes et de délivrer l'agrément, d'organiser la formation initiale et continue des accueillants familiaux agréés, et d'effectuer le contrôle des conditions d'accueil, ainsi que le suivi social et médico-social des personnes accueillies notamment au travers du Service d'Accompagnement à l'Accueil Familial (SAAF), qui est un dispositif départemental spécifique et innovant pour développer et soutenir l'accueil familial.

Son maillage couvre cinq zones d'intervention. Sur chaque zone, par convention, le Département a confié à un acteur de l'accompagnement médico-social des personnes âgées ou en situation de handicap le rôle d'animation du dispositif et de suivi des accueillis et des accueillants. La convention-type prévoit les missions, les moyens et le financement apporté par le Département.



L'accueillant familial peut exercer ce métier individuellement dans un logement dont il est propriétaire ou locataire. Il peut également l'exercer dans des logements adaptés, loués par la commune ou l'intercommunalité : l'**Accueil Familial Regroupé**.

Depuis le précédent schéma, cette organisation de l'accueil familial s'est développée. En plus de la structure de Chasseneuil qui a commencé son activité en septembre 2012 (3 logements, 9 places), d'autres projets se sont concrétisés : à Crevant (2 logements, 6 places), Bommiers (1 logement, 3 places) et Rivarennnes (2 logements, 6 places), soit au total 8 logements pour 24 places au 31 décembre 2019. Pour Bommiers, la dernière tranche de travaux pour la création d'un second logement a été lancée en 2020.

L'effort du Département se poursuit pour développer l'accueil familial. En effet, la capacité d'accueil (accueil familial regroupé compris) a encore augmenté passant de 130 places au 31 décembre 2013 à **154 places** agréées au 31 décembre 2019, soit 24 places supplémentaires (12 % d'augmentation en 6 ans).

Accueil familial au 31-12-2019

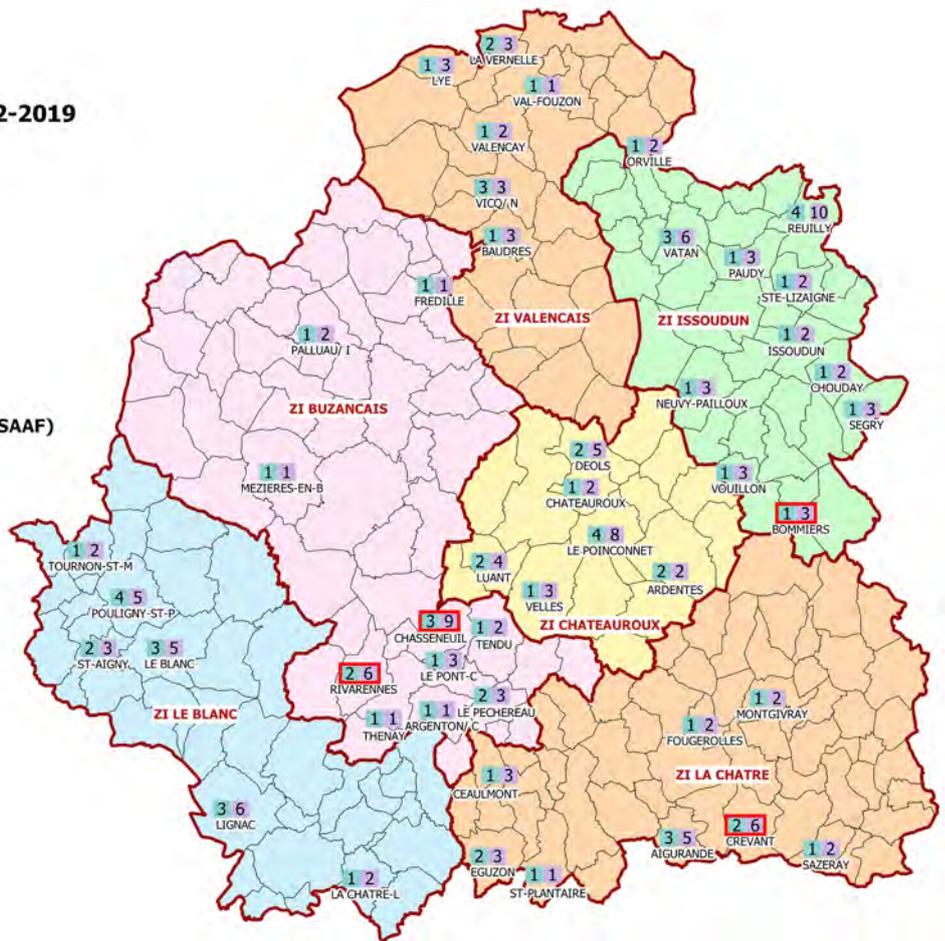
Source : CD 36 - DPDS

Service d'Accompagnement à l'Accueil Familial (SAAF)

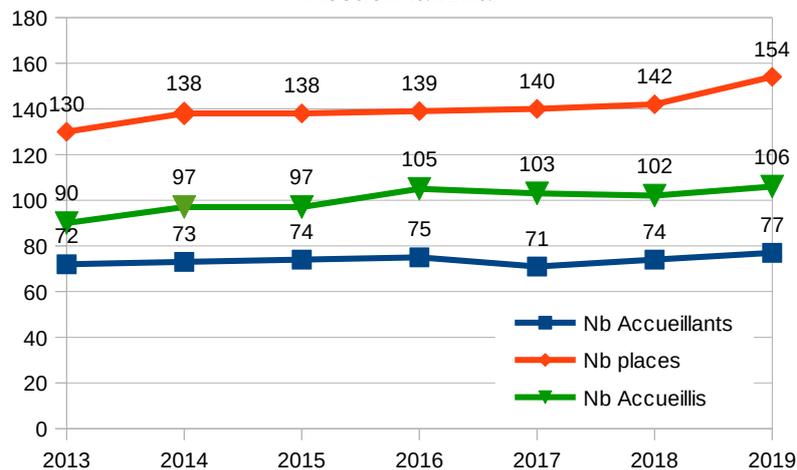
- ADPEP 36 : Valençay, La Châtre
- APAJH 36 : Buzançais
- Atout Brenne : Le Blanc
- CDGI : Châteauroux
- CSPCP : Issoudun
- Zone d'intervention des SAAF
- Accueil Familial Regroupé

Accueillants familiaux agréés : 77

Capacité d'accueil : 154 places agréées

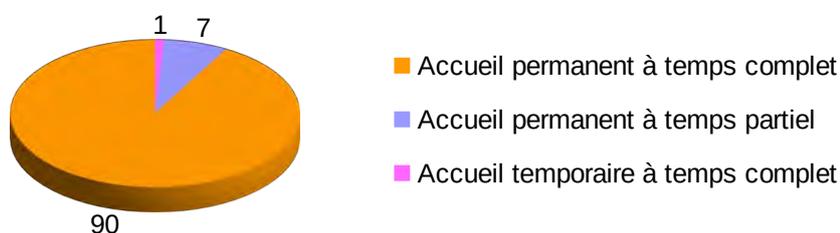
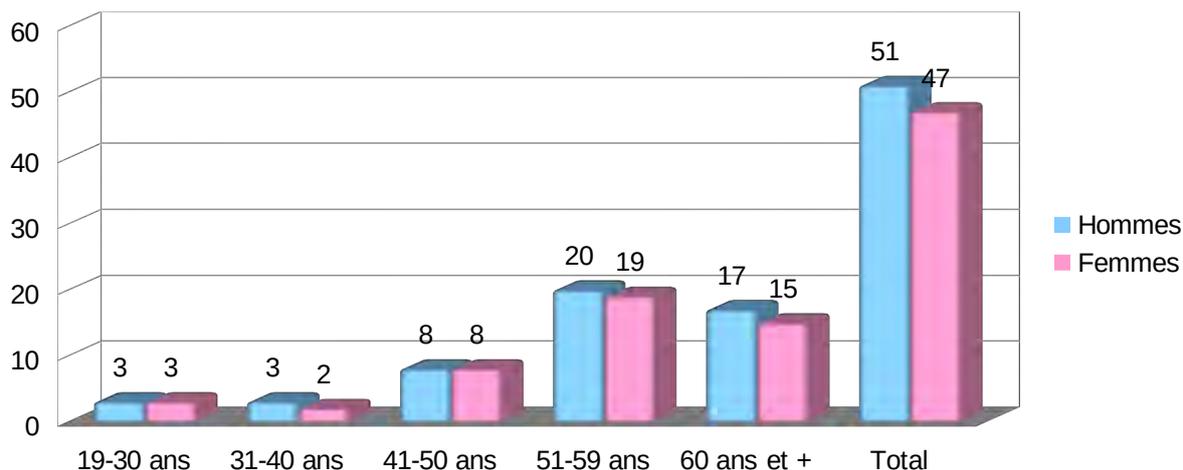


Accueil familial



En parallèle, le nombre de personnes accueillies a également augmenté. Au 31 décembre 2019, **77 accueillants familiaux agréés exerçant dans l'Indre** hébergeaient **106 personnes (98 en situation de handicap et 8 personnes âgées)**, soit 16 personnes supplémentaires par rapport au 31 décembre 2013 (12 % d'augmentation).

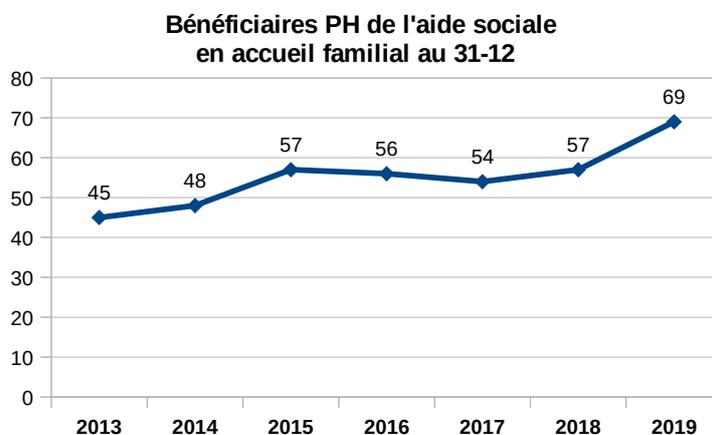
Profil des 98 personnes en situation de handicap accueillies dans l'Indre



La moyenne d'âge est de 51 ans pour les hommes et 47 ans pour les femmes. Les personnes sont accueillies à 92 % à titre permanent à temps complet.

Les personnes accueillies, hébergées chez l'accueillant ou au sein d'un Accueil Familial Regroupé, dans l'Indre (ou chez un accueillant domicilié hors département pour les accueillis qui conservent leur domicile de secours dans l'Indre) peuvent bénéficier de l'aide sociale à l'hébergement.

Au 31 décembre 2019, 69 personnes en situation de handicap et 5 personnes âgées étaient bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement.



72 % des personnes en situation de handicap accueillies bénéficiaires de l'aide sociale ont entre 50 et 69 ans et sont en majorité des hommes à 55 %.

En 2019, le coût annuel de l'aide sociale pour le Département s'élève à 474 731 € pour l'hébergement des bénéficiaires en situation de handicap. En ajoutant le coût du service effectué par le SAAF de 229 285 €, le Département a ainsi consacré 704 016 € en 2019 pour les personnes en situation de handicap, et 749 643 € si on ajoute les personnes âgées, soit + 13 % par rapport à 2013.

Evolution du coût de l'accueil familial pour le Département

Coût annuel en €	2013	2019
Aide sociale Hébergement PH	377 927 €	474 731 €
Service du SAAF	218 148 €	229 285 €
TOTAL	596 075 €	704 016 €
Aide sociale Hébergement PA	66 831 €	45 627 €
TOTAL	662 906 €	749 643 €

2.2.2. L'accueil en établissement

2.2.2.1. Les différents types d'établissements

Le département de l'Indre dispose d'une grande variété de types d'établissements pour accueillir et accompagner les personnes en situation de handicap :

- Les établissements de compétence départementale :

- **Les Foyers d'Hébergement (FH)** assurent l'hébergement et l'entretien des personnes adultes en situation de handicap qui exercent une activité de travail pendant la journée, en milieu ordinaire, dans un ESAT ou dans une entreprise adaptée.
Au 31 décembre 2019, le département comptait **133 places** dont 120 places en hébergement permanent et 13 places en hébergement temporaire ou accueil d'urgence.
- **La Maison d'Accueil Temporaire pour Adultes Handicapés en Difficulté d'Insertion (MATAHDI)** : accueille temporairement, pour une **capacité de 6 places**, des travailleurs handicapés ayant un projet pour se réinsérer socialement et professionnellement en milieu ordinaire.
- **Les foyers de vie** (anciennement Foyer d'Activités Occupationnelles) accueillent des personnes adultes disposant d'une certaine autonomie, mais nécessitant un accompagnement et une aide pour les actes essentiels de la vie quotidienne et dont le handicap ne permet pas d'exercer une activité professionnelle, y compris en milieu protégé.
Au 31 décembre 2019, le département comptait **216 places** dont 147 places en hébergement permanent, 60 en accueil de jour et 9 en hébergement temporaire ou accueil d'urgence.

- Les établissements de compétence conjointe Etat et Département :

- **Les Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM)** accueillent des personnes lourdement handicapées physiques, mentales ou atteintes de handicaps dont la dépendance totale ou partielle les rend inaptes à toute activité professionnelle, et rendent nécessaire l'assistance au moins partielle

d'une tierce personne pour les actes essentiels de l'existence ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants.

Au 31 décembre 2019, le département comptait **125 places** dont 120 places en hébergement permanent, 1 en accueil de jour et 4 en hébergement temporaire.

- Les établissements de compétence Etat :

➤ **Les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS)** reçoivent des personnes adultes qu'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave ou une association de handicaps intellectuels, moteurs ou sensoriels rendent incapables de se suffire à elles-mêmes dans les actes essentiels de l'existence et tributaires d'une surveillance médicale et de soins constants.

Au 31 décembre 2019, le département comptait **185 places**.

➤ **Les Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT)** sont des structures spécialisées dans lesquelles des personnes en situation de handicap exercent une activité professionnelle dans des conditions de travail aménagés et bénéficient d'un soutien médico-social et psycho-éducatif.

Au 31 décembre 2019, le département comptait **479 places**.

Par rapport au dernier schéma, la capacité d'accueil des différents établissements de compétence exclusive ou conjointe du Département est restée stable, sauf pour les foyers de vie qui ont vu leur capacité augmenter en passant de 206 à 216 places (soit 4,8 % d'augmentation).

Structures pour adultes en situation de handicap en hébergement permanent au 31-12-2019

Capacité d'accueil totale : 578 places

Compétence CD

 FH 120 places

 MATAHDI 6 places

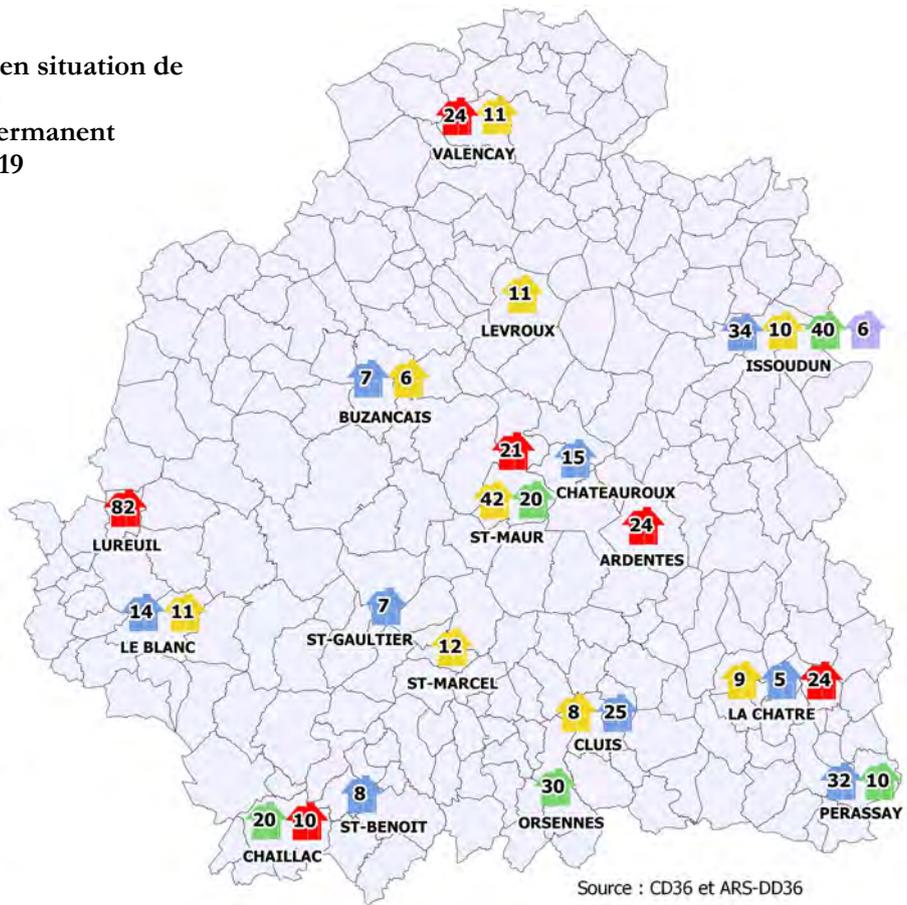
 Foyer de vie 147 places

Compétence conjointe

 FAM 120 places

Compétence Etat

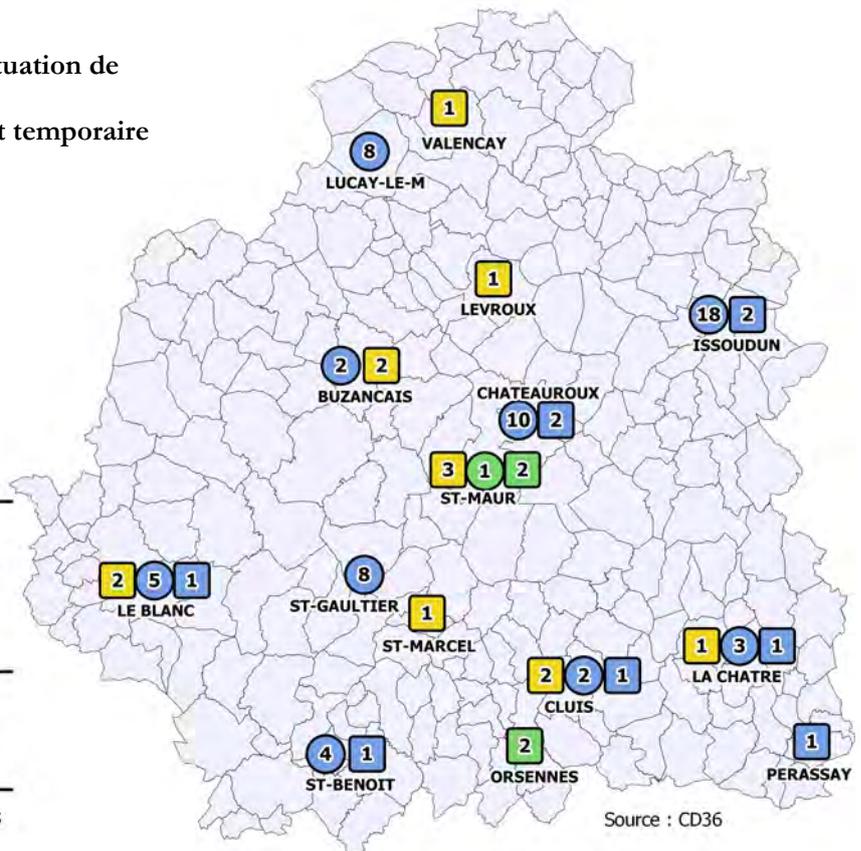
 MAS 185 places



Source : CD36 et ARS-DD36

Structures pour adultes en situation de handicap en accueil de jour, hébergement temporaire ou accueil d'urgence au 31-12-2019

Hébergement temporaire ou accueil d'urgence		Accueil de jour
Compétence CD		
Foyer de vie 	9 places	 60 places
FH 	13 places	
Compétence conjointe (Etat et CD)		
FAM 	4 places	 1 place
Total	26 places	61 places



Source : CD36

2.2.2.2. Evolution et restructuration de l'offre d'accueil des établissements

Les établissements proposent différentes formes d'accueil (internat complet, accueil de jour, accueil temporaire, accueil d'urgence). Les gestionnaires de ces structures adaptent leur fonctionnement à l'évolution des besoins des personnes accueillies ou à accueillir.

Ainsi, à la suite du précédent schéma, cette diversité et cette adaptabilité ont été développées avec une adaptation des capacités à l'occasion des opérations de rénovation, restructuration, reconstruction des établissements. De même, les espaces nécessaires à la création de places d'accueil temporaire/urgence ont été organisés ainsi que pour des accueils de jour.

En complément de ces dispositifs, le Département de l'Indre a mis en place, en concertation avec l'ensemble des établissements, une pratique de « stage » afin de permettre à chaque personne en situation de handicap d'être accueillie sur un temps court dans une structure pour évaluer plus précisément le besoin d'accompagnement ou pour permettre un temps de répit par rapport à un autre établissement ou accueil. Ce dispositif organisant l'accueil de « stagiaires » au sein des structures a été contractualisé avec l'ensemble des établissements.

Entre le précédent schéma et le début de l'année 2020, des transformations ou créations de places ont été réalisées (cf. tableaux détaillés en [annexe 3](#)) :

- transformation de 4 places de foyer d'hébergement en 4 places foyer de vie (2 au CSPCP et 2 à Atout Brenne) ;
- création, en foyer d'hébergement, de 6 places d'hébergement temporaire, d'accueil d'urgence ou de stagiaire ;
- création de 2 places d'accueil de jour en foyer de vie ;
- création, en foyer de vie, de 4 places d'hébergement temporaire, d'accueil d'urgence ou de stagiaire ;
- transformation, en foyer d'accueil médicalisé, de 4 places d'internat en places d'hébergement temporaire ;
- création d'1 place d'accueil de jour en foyer d'accueil médicalisé.

Le Département a également poursuivi sa politique de rénovation et de modernisation des établissements afin de permettre aux personnes en situation de handicap de disposer de conditions d'accueil adaptées.

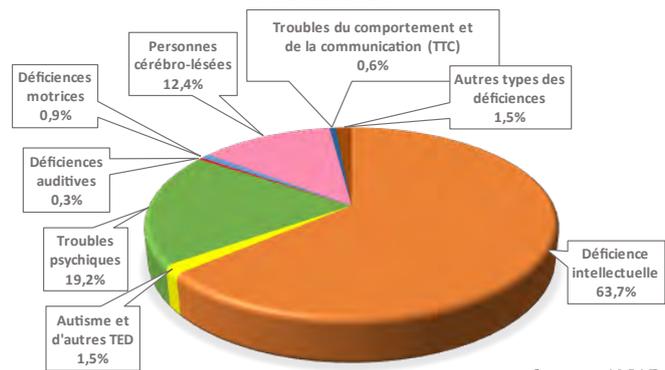
Ainsi, depuis 2007, **260 lits et places ont été ou vont être créés ou modernisés pour un coût financier de 23 409 576 €** et subventionnés par le Département de l'Indre et par la Région Centre – Val de Loire dans la cadre de la convention Région / Département pour un montant de 12 557 014 € (dont 7 324 925 € par le Département).

2.2.2.3. L'activité des établissements et services à compétence départementale

Les données suivantes sont issues de l'analyse des tableaux de bord de la performance dans le secteur médico-social concernant les ESMS accueillant des adultes en situation de handicap dans le département de l'Indre. Les données des tableaux de bord de 17 structures sur 23 ont pu être exploitées car complétées à plus de 70 % par les établissements.

Dans l'ensemble des établissements, 64 % des personnes ont principalement une déficience intellectuelle. Les personnes présentant des troubles psychiques représentent 19 % des effectifs des établissements pour personnes en situation de handicap et 12 % des personnes ont une lésion cérébrale.

Personnes accompagnées selon le type de déficiences à titre principal observées au 31-12-2018



Source : ANAP

En 2019, les établissements et services à compétence départementale, spécialisés dans la prise en charge de personnes en situation de handicap, ont accueilli 47 nouveaux bénéficiaires répartis de la façon suivante :

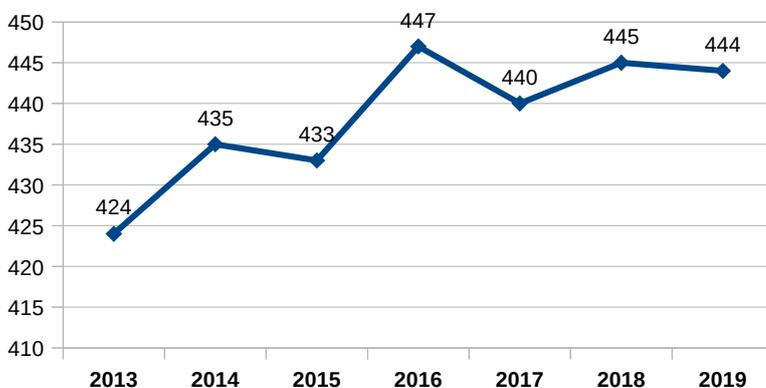
- 13 en FH contre 16 sorties dans l'année
- 12 en FAO contre 10 sorties (dont 1 sortie par décès)
- 6 en FAM contre 6 sorties (dont 4 par décès)
- 11 en accueil familial contre 3 sorties
- 5 en MATAHDI contre 4 sorties.

De plus, 36 personnes en situation de handicap sont entrées en 2019 en établissement pour personnes âgées (EHPAD, ESLD, foyer logement) mais, dans un même temps, 33 en sont sorties dans l'année (dont 31 pour décès).

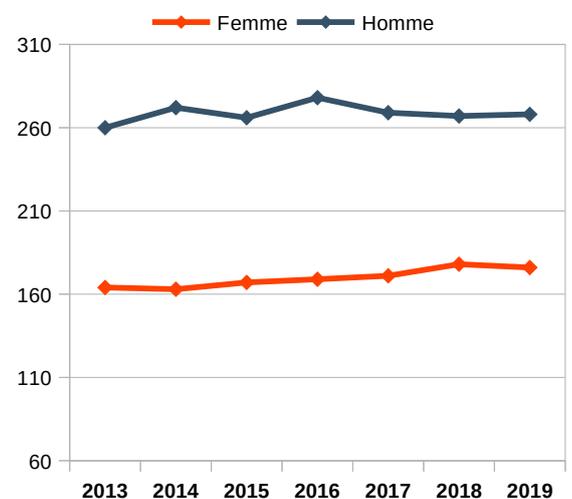
2.2.2.3.1 Les personnes en situation de handicap bénéficiaires de l'aide sociale en structure d'accueil handicap

Au 31 décembre 2019, 444 personnes en situation de handicap (176 femmes et 268 hommes) sont bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement et/ou en accueil de jour en structure handicap, soit une augmentation de 4,7 % par rapport à 2013 (+ 20 bénéficiaires).

Bénéficiaires PH au 31-12



Bénéficiaires PH au 31-12 par sexe



60 % des bénéficiaires sont des hommes. La tranche d'âge la plus représentée est celle des 50-59 ans (26 %) suivie des 20-29 ans (25 %). A noter, 51 personnes ont plus de 60 ans (15 femmes et 36 hommes, soit 12 %).

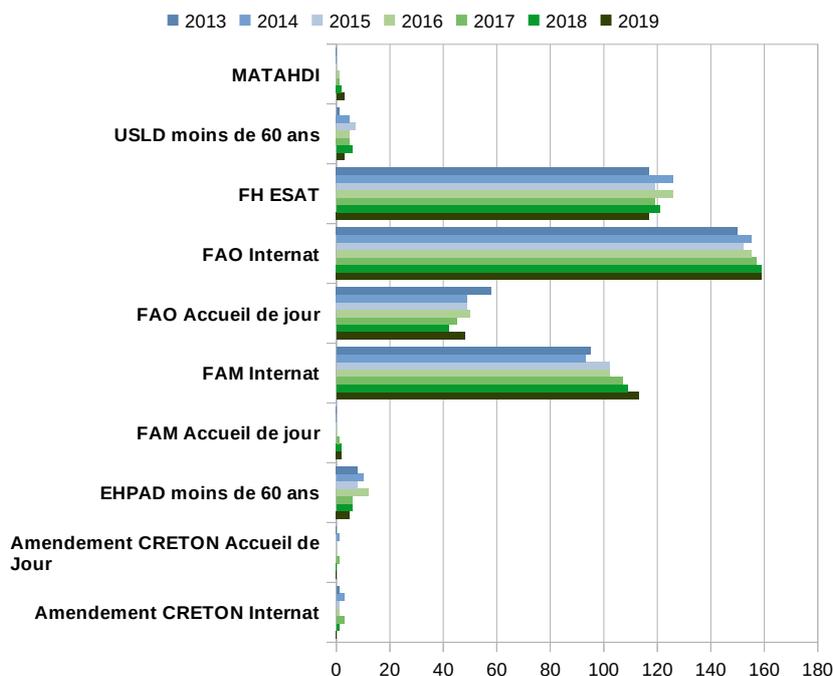
Bénéficiaires PH au 31-12 par tranche d'âges



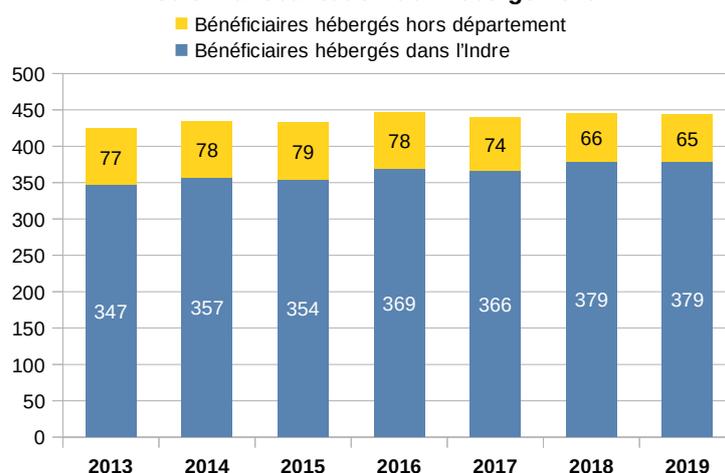
Au 31 décembre 2019, on comptabilise 450 « prestations » d'aide sociale en établissement délivrées auprès des 444 personnes en situation de handicap, soit une augmentation de 4,6 % par rapport à 2013. Il s'agit de prises en charge pour des accueils en foyer occupationnel (FAO en internat ou en accueil de jour) à 46 %, en foyer d'hébergement (FH ESAT) à 26 % et en foyer d'accueil médicalisé (FAM) à 25,5 %.

85 % des personnes bénéficiaires de l'aide sociale sont hébergés dans l'Indre (contre 82 % en 2013).

Répartition des prestations accordées aux bénéficiaires PH au 31-12 par type d'établissement



Répartition des bénéficiaires PH au 31-12 selon la localisation de l'hébergement



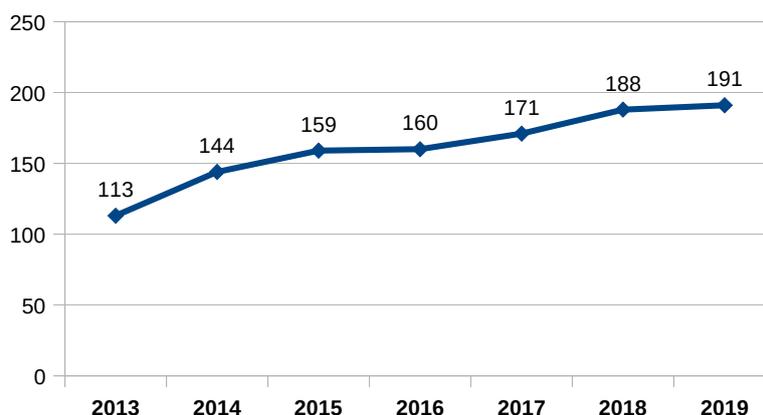
En 2019, la **dépense départementale** au titre des frais de séjour en établissement spécialisé s'est élevée à **20,26 millions d'euros**.

2.2.2.3.2 Les personnes en situation de handicap de plus de 60 ans (PHA) bénéficiaires de l'aide sociale en structure pour personnes âgées (EHPAD/ESLD)

Une personne âgée ayant obtenu la reconnaissance d'une invalidité au taux de 80 % par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) ou COTOREP avant l'âge de 65 ans bénéficie, pour sa prise en charge à l'aide sociale en établissement pour personnes âgées, du statut de personne handicapée âgée (PHA) qui dispense ses obligés alimentaires de toute participation à ses frais de séjour.

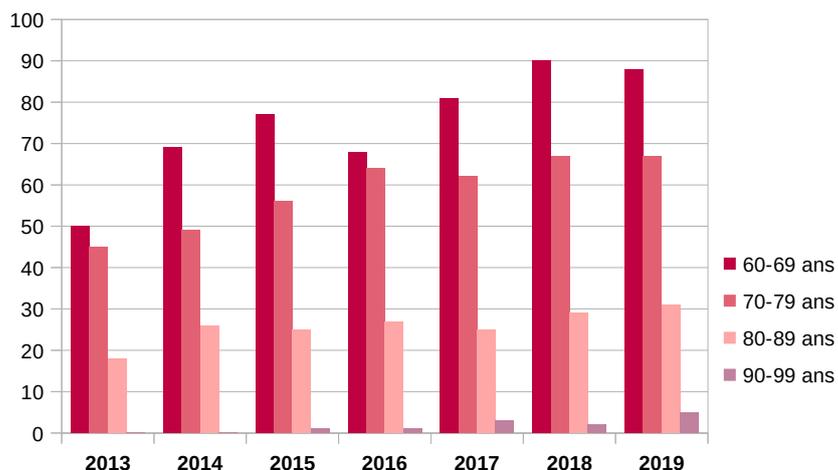
Au 31 décembre 2019, **191 personnes en situation de handicap de plus de 60 ans** sont bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement en EHPAD/ESLD, soit une augmentation de 69 % par rapport à 2013.

Bénéficiaires PHA au 31-12

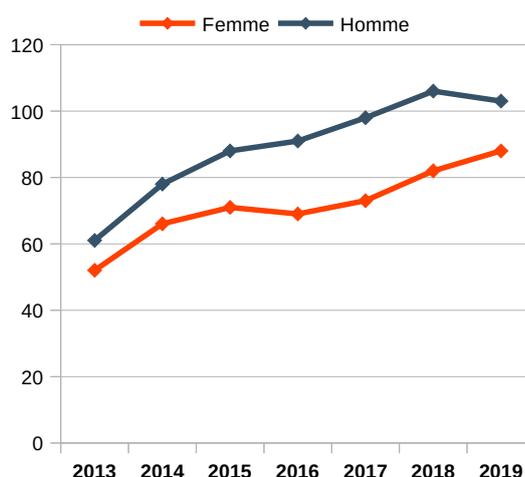


54 % des bénéficiaires sont des hommes. La tranche d'âge la plus représentée est celle des **60-69 ans** (46 %) puis celle des 70-79 ans (35 %). 90 % d'entre eux sont accueillis dans des EHPAD habilités à l'aide sociale et situés dans le département de l'Indre.

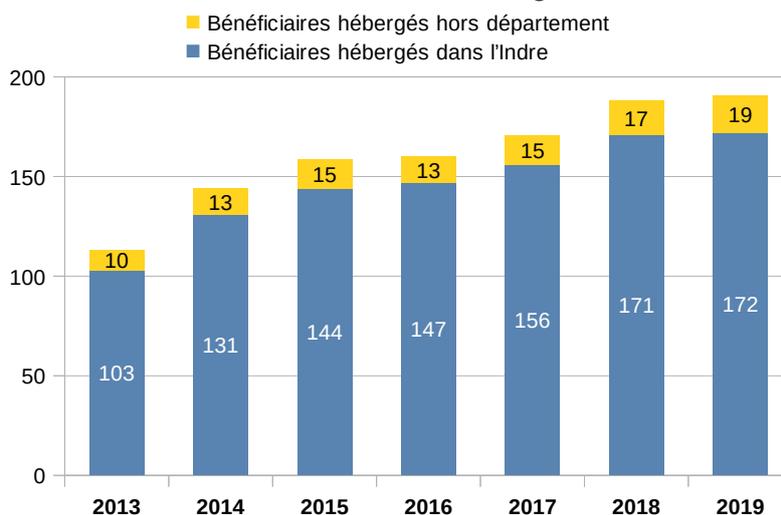
Bénéficiaires PHA au 31-12 par tranche d'âge



Bénéficiaires PHA au 31-12 par sexe



Répartition des bénéficiaires PHA au 31-12 selon la localisation de l'hébergement



En 2019, la **dépense départementale** au titre des **frais de séjour des personnes en situation de handicap de plus de 60 ans en EHPAD** s'est élevée à **3,75 millions d'euros**.

2.2.2.3.3 *La mobilisation des structures de l'Indre au bénéfice des personnes d'autres départements*

En 2020, il a été comptabilisé 24 personnes hébergées dans un établissement de l'Indre et ayant leur domicile de secours hors du territoire :

- 11 personnes accueillies en foyer d'hébergement
- 9 personnes accueillies en foyer de vie (8 en internat et 1 en accueil de jour)
- 3 personnes accueillies en foyer d'accueil médicalisé
- 1 personne accueillie en MATAHDI.

2.2.2.4. Les amendements « Creton » et les inadéquations des prises en charge des personnes en situation de handicap par rapport à l'orientation en établissement social et médico-social (ESMS) de la CDAPH, les orientations non réalisées

2.2.2.4.1 Les amendements CRETON

L'« amendement CRETON » est un dispositif législatif (du nom du comédien Michel **Creton** qui l'avait défendu), permettant le maintien temporaire de jeunes adultes de plus de 20 ans en établissements d'éducation spéciale dans l'attente d'une place dans un établissement pour adultes. La CDAPH se prononce sur l'orientation de ces jeunes vers un type d'établissement pour adultes, tout en les maintenant, par manque de places disponibles, dans l'établissement d'éducation spéciale dans lequel ils étaient accueillis avant l'âge de 20 ans.

Pour l'année 2019 le nombre d'amendements CRETON est de :

CRETON	ESAT/FH*	FAO	FAM	MAS
Au 31/12/2017	0	4	0	15
Au 31/12/2019	8	2	0	6

* Il s'agit de situations de jeunes qui ne parviennent pas à accéder à une place en ESAT et non en foyer d'hébergement.

2.2.2.4.2 Les inadéquations

Au 31 décembre 2019, 22 personnes en situation de handicap avaient une prise en charge dans un établissement qui ne correspondait pas à l'orientation en ESMS de la CDAPH :

- 7 étaient accueillis en Foyer d'hébergement mais 6 relevaient d'un Foyer de vie et 1 d'un Foyer d'accueil médicalisé,
- 8 étaient accueillis en Foyer de vie mais 6 relevant d'un Foyer d'accueil médicalisé et 2 d'une Maison d'accueil spécialisée,
- 5 étaient accueillis en Foyer d'accueil médicalisé mais relevaient d'une Maison d'accueil spécialisée,
- 2 personnes de moins de 60 ans étaient accueillies en EHPAD mais relevaient d'un Foyer d'accueil médicalisé.

Inadéquation entre l'orientation et le lieu d'accueil effectif au 31-12-2019 des personnes en situation de handicap		
Orientation préconisée par la MDPH	Lieu d'accueil effectif au 31-12-2019	Nombre de personnes concernées
Foyer de vie	Foyer d'hébergement	6
FAM		1
FAM	Foyer de vie	6
MAS		2
MAS	FAM	5
FAM	EHPAD	2

On constate ainsi un effet domino (maintien en FAM de personnes relevant de MAS, maintien en FAO de personnes relevant de FAM, maintien en FH de personnes relevant de FAO) qui porte préjudice aux personnes accueillies, qui n'ont pas accès à la réponse que leur situation et leur perte d'autonomie nécessitent. En outre cette situation met en difficulté les établissements dans lesquels ces personnes sont maintenues et qui ne peuvent totalement répondre à leurs besoins, n'étant pas organisés et équipés pour.

2.2.2.4.3 Les orientations non réalisées

Des orientations non réalisées existent pour tous les types d'établissements et de services médico-sociaux adultes.

En effet, il peut arriver que certaines personnes aient des orientations en vue d'un besoin dans l'avenir (personne en situation handicap vivant avec ses parents âgés) ou bien soient dans l'attente d'une place dans un établissement déterminé (préférence géographique ou autre), ou bien encore aient fait évoluer leur projet de vie depuis la demande d'orientation.

Pour 2019, les orientations non réalisées sont de :

56 pour les FAO

42 pour les FAM

57 pour les MAS.

Du fait de la mise en œuvre du dispositif de suivi des orientations, les listes des personnes souhaitant effectivement une entrée en établissement médico-social sont établies précisément.

Afin d'assurer le suivi des orientations, la MDPH a choisi de mettre en place des questionnaires adressés chaque année aux bénéficiaires pour les relancer sur leur projet et préciser l'échéance à laquelle ils souhaitent intégrer ces établissements.

Ainsi, les retours des questionnaires ont permis de constater qu'un certain nombre de personnes, bien que bénéficiant d'une orientation vers les dispositifs médico-sociaux indiqués précédemment, ne souhaitent pas y donner suite.

Pour 2019, le résultat des enquêtes auprès des établissements d'hébergement est le suivant :	Nombre de personnes consultées	Nombre de réponses	Nombre de réponses positives pour une entrée	Nombre de réponses négatives pour une entrée
Foyers d'hébergement / ESAT (confondus)	200	115	56	59
Foyers de vie (FAO)	56	38	26	12
Foyers d'Accueil Médicalisés	42	26	16	9
Maison d'accueil Spécialisées	57	18	11	4

NB : certains répondant n'ont pas exprimé une position positive ou négative d'où un total inférieur

2.3. Les autres dispositifs spécifiques aux personnes en situation de handicap dans le Département

2.3.1. L'accès aux droits

La loi du 11 février 2005 a créé un lieu unique destiné à faciliter les démarches des personnes handicapées : la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Celle-ci offre, dans chaque département, un accès unifié aux droits et prestations prévus pour les personnes en situation de handicap.

2.3.1.1. La MDPH

Lieu unique d'accueil, la Maison départementale des personnes handicapées « exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens aux handicaps ».

Au besoin, la MDPH oriente les personnes en situation de handicap et leurs proches vers d'autres interlocuteurs dédiés.

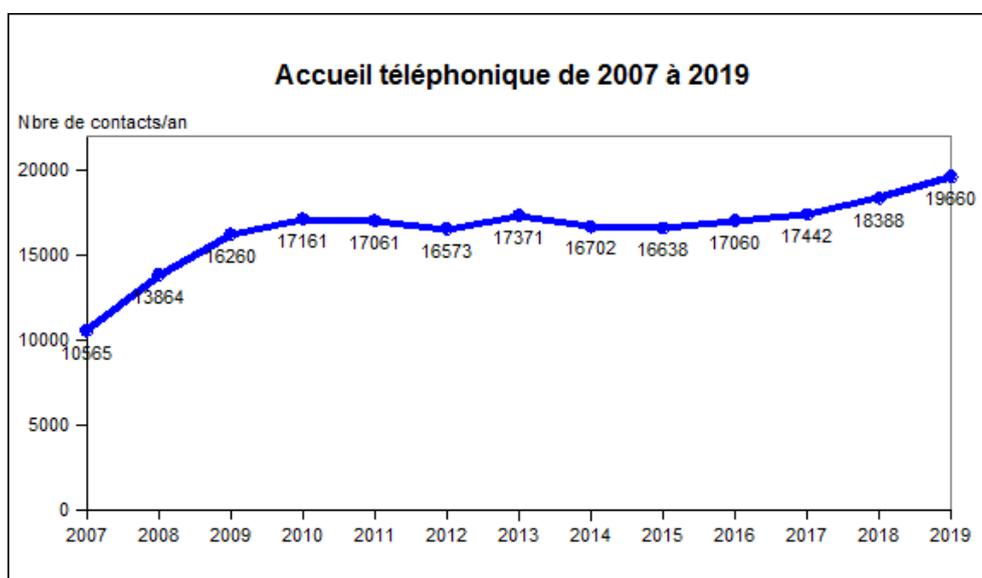
La MDPH de l'Indre remplit des missions définies par la loi du 11 février 2005 :

- d'information, d'accueil et d'écoute : elle informe et accompagne les personnes en situation de handicap et leur famille dès l'annonce du handicap et tout au long de son évolution en prenant en compte les attentes, les aspirations de chacun ;
- d'évaluation des besoins de compensation : elle met en place et organise l'équipe pluridisciplinaire qui évalue les besoins de la personne sur la base du projet de vie et propose un plan personnalisé de compensation du handicap ;
- d'attribution des prestations, d'orientation scolaire, médico-sociale ou professionnelle : elle reçoit toutes les demandes de droits ou prestations qui relèvent de la compétence de la Commission des Droits et de l'Autonomie de la Personne Handicapée (CDAPH), assure l'organisation de celle-ci, le suivi de la mise en œuvre de ses décisions, ainsi que la gestion du fonds départemental de compensation du handicap ;
- de médiation et de conciliation ;
- Elle organise des actions de coordination avec les dispositifs sanitaires et médico-sociaux, mène un travail partenarial local afin d'optimiser l'accompagnement des personnes en situation de handicap, décroiser, innover pour améliorer les réponses à l'usager et favoriser la réalisation des parcours et des projets de vie.

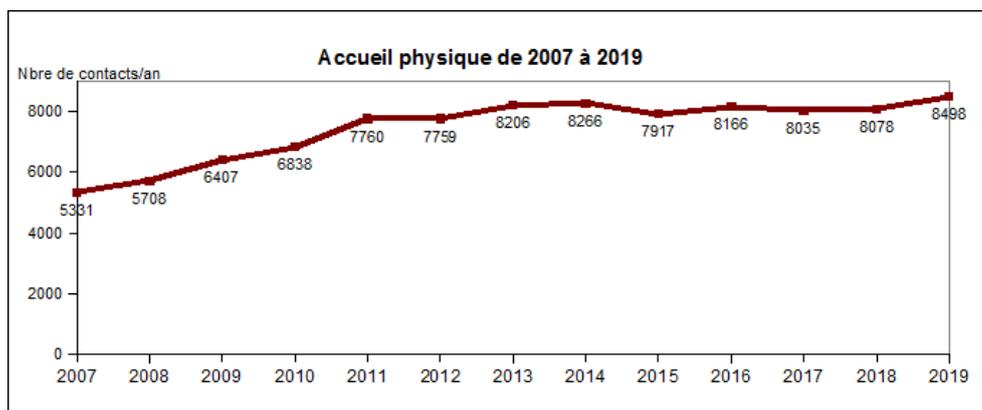
La MDPH de l'Indre, en tant que guichet unique d'accès aux droits et prestations pour les personnes en situation de handicap concentre la majorité des demandes de renseignements.

Ainsi, on dénombre **19 660** appels téléphoniques réceptionnés en 2019 (87 appels quotidiens en moyenne) soit une augmentation de près de 7 % en un an.

Les motifs d'appel concernent en très grande majorité le suivi et l'aide à la complétude des dossiers.

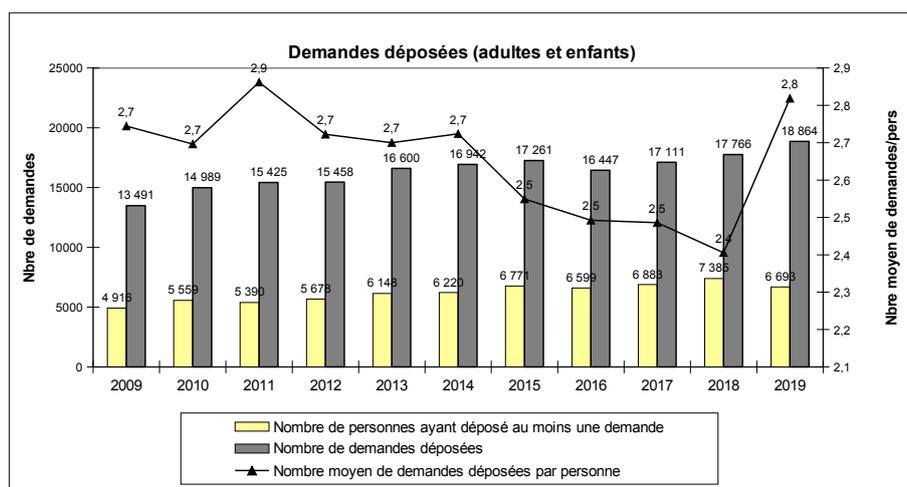


Pour l'accueil physique, organisé sur les mêmes plages horaires que l'accueil téléphonique (8h30-17h15), **8 498** personnes ont été rencontrées sur le site de Colbert, soit plus de 38 personnes par jour (soit près de 800 par mois).



Depuis sa création en 2007, la MDPH enregistre chaque année des taux de croissance de demandes déposées (71 % d'augmentation en 13 ans) essentiellement alimentés par le flux croissant des « premières demandes ».

Pour la seule année 2019, ce sont **18 864** demandes, 16 301 sur le secteur « adulte » et 2 563 sur le secteur « enfant » qui ont été déposées, soit une augmentation globale de 6,18 % par rapport à l'année 2018.



Cette dynamique constante est aussi le fruit des politiques nationales, des évolutions législatives et réglementaires qui ont permis, ces dernières années de mieux repérer, identifier et répondre à des situations individuelles jusque là non encore reconnues dans le champ du handicap.

Dans sa fonction d'instruction, d'évaluation des besoins de compensation, la MDPH met en place un **processus de traitement** sur lequel une veille constante est exercée afin de conserver la maîtrise, de prévenir et d'en réguler les éventuelles difficultés, notamment pour ce qui a trait aux délais d'instruction :

- Dépôt d'une demande
- Instruction du dossier
- Évaluation médicale, sociale, professionnelle
- Avis de l'équipe pluridisciplinaire
- Édition du projet personnalisé de compensation
- Décision de la CDAPH
- Notification de la décision

- Suivi des décisions.

A ce jour, le délai moyen de traitement des demandes s'établit tous secteurs confondus à 4,6 mois.

Il varie en fonction de la qualité avec laquelle le dossier est complété, notamment sur la partie projet de vie, qui détermine la compréhension du besoin de la personne et en fonction de la difficulté rencontrée à produire les éléments médicaux obligatoires à l'étude de la demande.

Certains facteurs réglementaires impactent aussi ces délais, comme lors du transfert de l'État à la MDPH et au Département de la Carte Mobilité Inclusion en 2017.

Les mesures de simplification engagées par le gouvernement, annoncées lors de deux décrets datés du 24 et du 27 décembre 2018, et effectives depuis le 1er janvier 2019, visent, à terme, à fluidifier les traitements administratifs et améliorer la gestion des délais en permettant aux personnes en situation de handicap de bénéficier de droits à vie pour l'attribution de certaines aides (AAH, CMI mention « Invalidité », RQTH et plus récemment PCH). Les effets de ces réglementations vont se déployer progressivement.

Les outils d'évaluation des demandes de compensation du handicap, mobilisés par la MDPH de l'Indre sont de nature très différente. Ils ne se substituent pas aux bilans ou expertises qui pourraient être réalisés par ailleurs, mais ils viennent en appui de la mission d'évaluation des équipes pluridisciplinaires :

- le GEVA, guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne en situation de handicap, outil de référence réglementaire (article L.146-8 du CASF), permet d'établir une « photographie » de la situation de la personne, d'explorer les différents domaines du champ professionnel, scolaire, social, médical, environnemental... ;
- le guide barème (annexe 2-4 du CASF) pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes en situation de handicap permet de fixer le taux d'incapacité d'une personne, quel que soit son âge, à partir de l'analyse de ses déficiences et de leurs conséquences dans sa vie quotidienne, et non sur la seule nature médicale de l'affection qui en est l'origine ;
- l'outil d'éligibilité contenu dans le référentiel PCH (annexe 2 – 5 du CASF) ;
- des outils locaux portant sur l'évaluation de l'insertion professionnelle ont également été élaborés.

Compte tenu du volume des demandes déposées et de leur nature très différente (première demande ou renouvellement, une ou plusieurs demandes), les modalités d'évaluation sont différenciées : certaines sont réalisées sur dossier, d'autres nécessitent des consultations médicales, d'autres encore des entretiens à la MDPH et pour certaines, des visites à domicile avec plusieurs professionnels.

Pour 2019, ce sont environ **6 000 évaluations** qui ont été menées.

L'équipe pluridisciplinaire réunit des professionnels ayant des compétences médicales ou paramédicales, des compétences dans les domaines de la psychologie, du travail social, de la formation scolaire et universitaire, de l'emploi et de la formation professionnelle.

Cette composition doit permettre l'évaluation des besoins de compensation du handicap, quelle que soit la nature de la demande et le type du ou des handicaps.

Elle doit fournir à la CDAPH (instance décisionnelle) tous les éléments lui permettant de prendre une décision éclairée.

Elle élabore pour cela un Plan Personnalisé de Compensation du handicap (PPC) qui est soumis à la CDAPH.

Ce PPC doit apporter une compensation aux limitations d'activités ou de restrictions de participation à la vie en société. Il peut comporter un volet consacré à l'emploi, à la formation professionnelle.

Il est transmis à l'intéressé qui dispose alors de 15 jours pour faire connaître ses observations. La CDAPH est informée de ces observations.

En 2019, **22 463** décisions ont été rendues par la CDAPH, dont 83 % ne concernent que des usagers adultes :

- 12 784 concernaient de nouveaux droits
- 9 679 concernaient d'autres demandes.

La MDPH ne pourrait pas assurer un service public de qualité sans le fort partenariat local, la réactivité des professionnels du secteur du handicap et la volonté durable de perfectionner l'existant dans l'intérêt des personnes en situation de handicap.

Plusieurs conventions et protocoles organisent localement les partenariats inter-secteurs, les processus d'accompagnement et/ou de prises en charge.

Ce sont notamment :

- La convention cadre Établissement ou service d'Aide par le Travail (ESAT) - Centre psychothérapeutique de Gireugne (initiée en 2009 et renouvelée pour 5 années le 27 mars 2015) ;
- Le protocole de suivi des orientations de la CDAPH et de gestion des urgences des personnes en situation de handicap (Tableaux de bord trimestriel de suivi des orientations, listes d'attente/entrées/sorties et priorisation, mis en place en 2012 et toujours d'actualité malgré la mise en place d'un SI, suivi des décisions d'orientation Via trajectoire par la CNSA) ;
- Le protocole de suivi des orientations en accueil familial, en lien avec les services du Département de l'Indre ;
- La convention cadre régissant les accueils de « stagiaires » au sein des établissements pour adultes en situation de handicap Foyer d'Activités Occupationnelles (FAO) – Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) (initiée en 2012 renouvelée pour 5 années le 27 février 2017) ;
- La convention cadre Foyer d'Activités Occupationnelles (FAO) – Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) – Structures de soins psychiatriques (Mars 2013 à renouveler) ;
- La convention cadre régissant les accueils de « stagiaires » au sein des établissements pour adultes en situation de handicap Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) (Août 2013 à renouveler) ;
- Le protocole sur les transitions professionnelles entre le secteur « jeunes » et le secteur « adultes » (initié en 2015 et renouvelé en décembre 2019) ;
- La convention entre le service Public de l'Emploi et la MDPH de l'Indre relative aux relations entre Pôle Emploi, Cap emploi et la MDPH (initiée en 2017 et reconduite par avenant jusqu'au 31/12/2019) ;
- La convention PRITH pour la mobilisation pour l'emploi des personnes en situation de handicap (2017-2020).

Au-delà des conventions, des échanges réguliers avec les structures locales, les associations, les partenaires institutionnels et le secteur sanitaire assurent une remontée d'informations, de problématiques et amènent à la construction d'outils communs.

A titre d'exemple, la création d'une fiche de liaison domicile - hôpital a été élaborée conjointement entre le centre hospitalier de Châteauroux, l'Association des Paralysés de France (APF) et la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) avec le soutien du Département.

2.3.1.2. Le développement des plateformes, équipes mobiles, outils de coordination

Les Pôles de Compétence et de Prestations Externalisées (PCPE) viennent compléter la palette de l'offre médico-sociale. Ils proposent une réponse souple et adaptée aux besoins des personnes en situation de handicap et de leurs aidants.

Ils conçoivent et organisent en lien avec la MDPH, une réponse transitoire pour des personnes en situation de handicap, enfants ou adultes, n'ayant pas de réponse adaptée à leurs besoins.

Dans l'Indre, **le PCPE est porté par l'association des PEP et compte 34 entrées** depuis sa mise en œuvre en 2017.

Les autorités nationales ont également souhaité que se développent à partir de 2020 des « communautés 360 » destinées à répondre à toute demande de personnes en situation de handicap par la mobilisation

des ressources locales. Le dispositif est appuyé sur un standard téléphonique avec numéro unique renvoyant vers un acteur local. Dans l'Indre, c'est l'association PEP 36 qui a été missionnée et financée à ce titre.

Les coopérations se développent également avec :

- La Commission Handicap et fin de vie du CODESPA 36 (Comité Départemental des soins palliatifs de l'Indre) : elle permet de rassembler des professionnels du secteur handicap autour de la problématique de la « fin de vie » et des appréhensions qu'elle génère, d'échanger, de partager sur des problématiques communes, de rechercher ou construire des outils communs, former les professionnels, soutenir, accompagner les patients, les familles, les professionnels du secteur médical et médico-social à la démarche des soins palliatifs.
- La création et la « coordination handicap départemental » : la coordination handicap CAC 36 est un dispositif issu d'un des axes du schéma précédent. Depuis 2015, elle développe la connaissance, crée des réseaux et favorise les échanges autour de problématiques complexes et/ou de l'actualité du champ du handicap. Elle vise 2 objectifs :
 - Mieux se connaître à travers la présentation d'une structure, d'un service, d'un dispositif, d'une prestation,
 - Permettre des études de situations à l'instar de ce qui se pratique dans les coordinations gérontologiques.

2.3.2. L'accès aux soins

Dans le précédent schéma départemental du handicap, la lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins était l'une des priorités.

De nombreuses actions ont permis de lever les freins sociaux et économiques, de garantir les prises en charge et l'accès aux soins.

L'instauration de dispositifs légaux tels que la CMU et plus récemment l'Aide Médicale d'État (AME) ont grandement contribué à faire progresser l'accès aux soins des plus démunis. Cependant et malgré les efforts menés, le non recours aux soins est toujours une réalité à la fois économique et sociale, en grande partie liée à la précarité mais aussi à des inégalités territoriales, à la complexité des démarches administratives, au manque de lisibilité dû à l'empilement des dispositifs.

De nombreuses actions ont été développées afin de pallier les difficultés rencontrées par les personnes en situation de handicap.

- Une communication plus efficiente

Informers, orienter, accompagner, aider financièrement, coordonner ou animer des partenariats locaux..., les modalités d'intervention, et les actions des institutions et des services sociaux en faveur de l'accès au droit à la santé ont été et restent particulièrement diverses et nombreuses.

Ce sont entre autres :

- la mise en place annuellement de forums dans le cadre de la semaine des DYS sur l'ensemble du département ;
- la participation à l'émergence de la « Maison des apprentissages », lieu ressource, documentaire, pour les professionnels, les parents, les usagers souffrant de troubles DYS, de troubles du spectre autistique (TSA), de troubles neuro-sensoriels (TNS), de haut potentiel intellectuel (HPI) ;
- la participation à la Semaine d'Information sur la Santé Mentale, manifestation initiée par l'Association Française de psychiatrie, l'UNAFAM, et la Ville de Châteauroux dans le cadre de son contrat local de santé (CLS) ;

- La mise en place du Dossier Médical Partagé (DMP) carnet de santé en ligne, permet de retrouver au même endroit toutes les informations de santé, et de partager celles-ci avec les professionnels de santé.
 - Le déploiement des contrats locaux de santé qui regroupent sur une base territoriale l'ensemble des acteurs de santé pour veiller à leur bonne coordination et proposer des actions favorisant l'accès aux soins.
- Une complémentarité dans la solvabilisation malgré le « zéro reste à charge »
Des efforts conséquents ont été faits dans le cadre de la réforme dite « 100 % santé » de janvier 2019 qui a mis en place le remboursement intégral (Zéro reste à charge) par la Sécurité sociale et les complémentaires santé de certaines lunettes, prothèses dentaires et aides auditives grâce notamment à la fixation de tarifs plafonds. Pourtant, il demeure la nécessité de solvabiliser certaines dépenses par la mobilisation de dispositifs complémentaires tels que :
 - le Fonds de compensation du Handicap (mobilisé par la MDPH)
 - la Conférence des Financeurs (mobilisé par le Conseil départemental pour les personnes de plus de 60 ans).
- Des actions à visée préventive
 - La prévention de la désinsertion professionnelle : La coordination des services (CPAM, AISMT, MDPH, CAP emploi) autour de la désinsertion professionnelle ou sociale des personnes accidentées de la route ou du travail permet le plus souvent de lever des difficultés d'accès au droit, de réduire les difficultés de réinsertion professionnelle.
Des réunions trimestrielles permettent aujourd'hui de travailler de concert avec les partenaires autour de situations en prévention des ruptures et afin d'adapter les contextes professionnels aux compétences et aptitudes des personnes en situation de handicap.
 - Un dispositif incitatif à l'accès aux soins dentaires pour les personnes en situation de handicap permet aujourd'hui, sur le département de l'Indre, en lien avec le conseil de l'ordre des Chirurgiens Dentistes, d'élargir l'accès au dépistage, d'améliorer les conditions de la sédation pour la réalisation des soins bucco-dentaires.
- L'accessibilité aux soins
 - Depuis 2017, un groupe de travail de l'hôpital de Châteauroux « Accessibilité aux soins » mène plusieurs travaux et notamment, sur recommandations de la HAS une auto-évaluation sur l'amélioration de l'accueil et la prise en charge des personnes en situation de handicap dans un établissement de santé. Le groupe de travail s'est accordé sur la réalisation d'un « patient traceur de soins ».
 - De compétence Etat, les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) assurent, sur prescription médicale, les soins infirmiers et d'hygiène générale ainsi que les concours à l'accomplissement des actes essentiels de la vie.
Au 31 décembre 2019, la capacité de prise en charge de ces services est de 27 places dont 17 à Châteauroux et 10 à Issoudun.
 - La création d'une plate-forme d'orientation, de coordination et d'accompagnement diversifiés pour la prise en charge des troubles TSA adultes et TSA-TND enfant, travaille sur l'inclusion en milieu ordinaire en s'appuyant sur un projet d'intervention personnalisé des bénéficiaires.
 - La mise en place du DAC (Dispositif d'Appui à la Coordination) qui prend le relais des PTA (Plateforme Territoriales d'Appui) qui doit permettre une meilleure coordination et prise en charge des situations complexes entre les prises en charge sanitaires, médico-sociales et sociales.

Des réflexions sont en cours pour de meilleures et plus efficaces prises en charge dont :

- Le projet territorial de santé mentale (PTSM) ; les travaux, conduits sous l'égide du Conseil Territorial de Santé (CTS) et de l'ARS ont pu pointer les difficultés du département pour l'accès aux soins en santé mentale et la prise en compte de la santé mentale comme composante de la

santé globale. Des propositions d'actions ont été élaborées et soumises dans ce projet territoire de santé mentale aux autorités de santé.

2.3.3. L'accès à l'emploi

Le champ de l'emploi et de la formation professionnelle des personnes en situation de handicap a connu de fortes évolutions dans toutes ses composantes (milieu ordinaire, milieu protégé, formation professionnelle), ces dernières années.

Il a connu aussi une multiplicité de dispositifs ayant donné lieu à de longues expérimentations parfois avant de prendre toute leur place dans le paysage de l'appui aux parcours d'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap : les mises en situation professionnelle au sein des ESAT (MISPE), issues du décret du 10 octobre 2016, le dispositif de l'emploi accompagné (DEA) généralisé par la loi du 8 août 2016 (dite loi « Travail ») et le décret du 27 décembre 2016.

• **Le milieu ordinaire de travail** est ouvert aux travailleurs handicapés reconnus par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) et à certaines autres personnes bénéficiant d'une obligation d'emploi, telles que :

- les personnes ayant une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)
- les personnes victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle
- les personnes percevant une pension d'invalidité (pour un capacité de travail réduite des 2/3)
- les personnes bénéficiaires d'une CMI mention invalidité
- les personnes bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH)
- les anciens militaires et assimilés percevant une pension militaire d'invalidité
- les sapeur-pompier volontaires percevant une prestation d'invalidité attribuée en raison d'un accident survenu ou d'une maladie contractée en service.

Le milieu du travail ordinaire regroupe les employeurs privés (entreprises, associations, artisans...) du marché du travail classique. Il recouvre aussi les entreprises adaptées (EA) et le secteur public.

• **L'Entreprise Adaptée (EA)** est, quant à elle, une entreprise du milieu ordinaire, soumise aux dispositions du Code du Travail, qui a la spécificité d'employer au moins 55 % de travailleurs handicapés parmi ses effectifs de production.

Elle permet à ses salariés d'exercer une activité professionnelle dans un environnement adapté à leurs possibilités afin qu'ils obtiennent ou conservent un emploi.

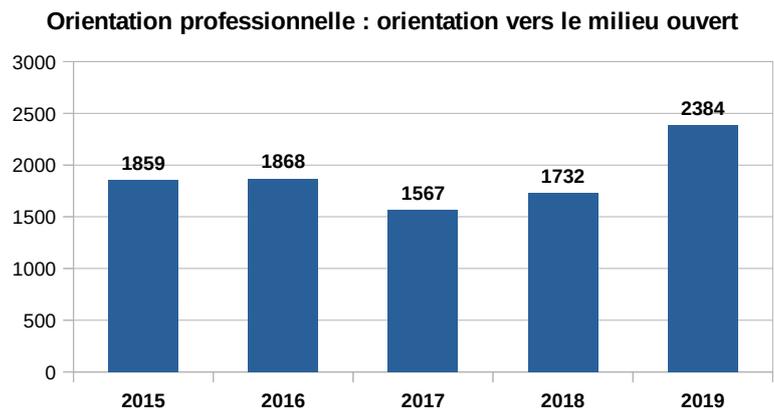
Pour mener à bien cet accompagnement, les EA bénéficient d'aides financières de l'État, visant à compenser les conséquences du handicap et soutenir les actions engagées liées à l'emploi des Travailleurs Handicapés dans les conditions du contrat d'objectifs et de moyens signé avec l'État.

Les entreprises adaptées, en 2019, sont au nombre de 5 et permettent à 145,48 ETP de bénéficier d'une aide au poste.

Pour bénéficier d'un accompagnement en EA, il est nécessaire d'avoir une Reconnaissance de la Qualité Travailleur Handicapé (RQTH) délivrée par la MDPH et de relever de l'un des critères suivants :

- Bénéficier d'une AAH ou d'un autre minima social (RSA).
- Être sans emploi depuis au moins 24 mois continus ou discontinus.
- Avoir un niveau de diplôme inférieur ou égal à V.
- Sortir d'un Établissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT), d'une ULIS, d'un apprentissage adapté, d'un Centre de Réadaptation Professionnelle (CRP), d'un contrat d'apprentissage réalisé en EA.
- Être âgé de plus de 55 ans.
- Bénéficier d'une pension d'invalidité de cat. 1 ou 2.
- Relever d'une autre situation nécessitant l'expertise technique du Service Public pour l'Emploi.

Les décisions d'orientation de la CDAPH vers le milieu de travail ordinaire qui avaient diminué depuis 2016 ont augmenté de 37,6 % en 2019, la plus forte hausse depuis ces 5 dernières années.



• Le milieu protégé

Certaines personnes en situation de handicap ne peuvent pas travailler en milieu ordinaire. Dans ce cas, les ESAT (Etablissements et Services d'Aide par le Travail) leur permettent d'exercer une activité professionnelle adaptée à leurs possibilités.

Les ESAT sont des établissements du secteur médico-social qui offrent aux personnes en situation de handicap des activités diverses à caractère professionnel, ainsi qu'un soutien médico-social et éducatif, en vue de favoriser leur épanouissement personnel et social. Ils relèvent de la compétence de l'État pour leur création et leur financement.

Ils emploient des travailleurs handicapés, quelle que soit la nature de leur handicap, âgés d'au moins 20 ans. Leur capacité de travail doit être inférieure au tiers de celle d'un travailleur valide. De ce fait, la majorité des ESAT accueille des personnes déficientes intellectuelles et, de plus en plus, des personnes présentant des troubles psychiques.

Bien que percevant une rémunération, un travailleur en ESAT a un statut d'usager d'établissement médico-social et non de salarié au sens du Code du travail.

Il ne bénéficie pas d'un contrat de travail et ne peut donc pas être licencié. Cependant, il doit signer, avec l'ESAT, un contrat de soutien et d'aide par le travail, conforme au modèle figurant à l'annexe 3.9 du CASF.

Le travailleur handicapé bénéficie d'une rémunération garantie, versée par l'ESAT, dont le montant est déterminé par référence au Smic. L'ESAT reçoit en contrepartie une « aide au poste » financée par l'État pour chaque personne handicapée accueillie.

L'orientation vers le milieu protégé est décidée par la CDAPH (commission des droits et de l'autonomie des personnes en situation de handicap), qui fournit les coordonnées des structures existant dans le département.

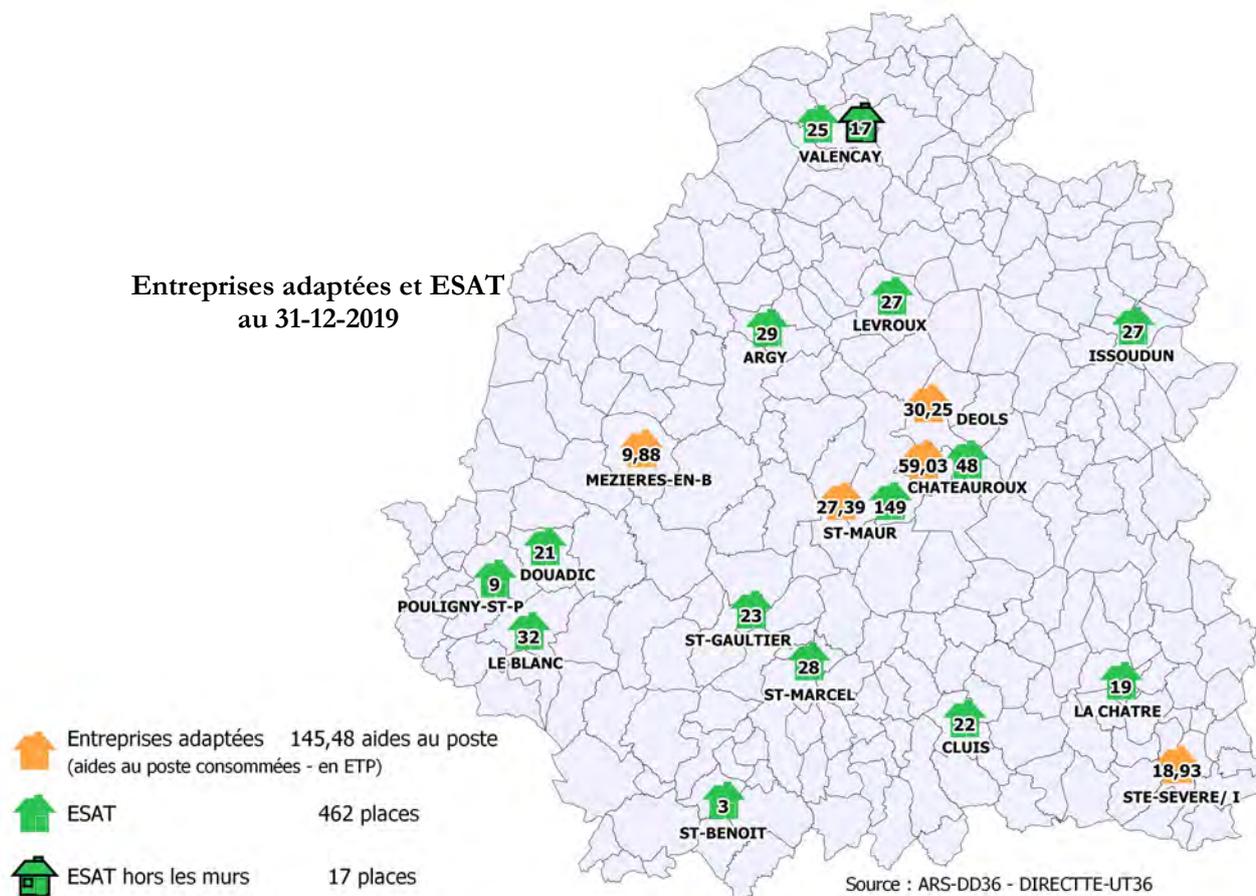
La plupart des ESAT sont gérés par des associations bénéficiant d'un agrément délivré par l'Agence Régionale de Santé. Ils sont financés par l'ARS pour la mission médico-sociale, bénéficient d'une aide au poste par la DIRECCTE et d'autofinancement l'outil de travail.

La CDAPH oriente les personnes en situation de handicap en ESAT lorsqu'elle constate que leur capacité de travail ne leur permet pas de travailler en milieu ordinaire, à savoir :

- une capacité de travail inférieure à 1/3 de la capacité de travail d'un travailleur non handicapé,
- ou une capacité de travail supérieure ou égale à 1/3 mais qui nécessite un soutien médical, éducatif, social ou psychologique.

Le nombre de personnes bénéficiant d'une orientation en ESAT reste très important et l'accès à une place peut prendre plusieurs mois d'autant que d'autres facteurs sont à prendre en compte : compatibilité entre l'activité et le type de handicap, entre le lieu de vie et le lieu de travail.

La MDPH interroge désormais une fois par an les bénéficiaires sur une confirmation de leur attente. En effet, tous ne sont pas forcément en recherche active..Sur les 267 personnes bénéficiant d'une orientation en 2019, seulement 141 exprimaient rechercher effectivement un poste (52 %).



- La MATAHDI** (Maison d'Accueil Temporaire pour Adultes Handicapés en Difficulté d'Insertion sociale et professionnelle) est un dispositif spécifique au département de l'Indre.

 - Elle permet à des personnes en situation de handicap l'accès à l'emploi vers le milieu ordinaire, par la signature d'un contrat de travail (contrats aidés).
 - Elle permet l'accès à une intégration sociale par un accès à la location d'un appartement, et à une autonomie dans la vie quotidienne.
 - Elle peut permettre une expérience professionnelle en milieu ordinaire par des mises à disposition auprès d'entreprises ou de collectivités partenaires, un apport par la formation, un accompagnement à la recherche d'emploi.
 - Elle permet à des personnes en rupture sur le plan professionnel, éloignées de l'emploi, personnes en situation de handicap psychique, d'être acteur d'un projet d'avenir notamment grâce à un hébergement et un accompagnement social couplés à des intégrations en milieu ordinaire de travail.
 - Elle accueille désormais 4 à 6 personnes maximum compte tenu des évolutions du secteur des contrats aidés.
- La formation professionnelle**

En plus des dispositifs généraux de formation, une personne en situation de handicap peut entrer en apprentissage pour obtenir une qualification et bénéficier d'aménagements particuliers. Elle peut aussi bénéficier d'une formation dans un centre de pré-orientation (CPO) si elle rencontre des difficultés d'orientation.

Elle peut bénéficier d'un contrat de rééducation en centre de réadaptation professionnelle (CRP) ou suivre un stage pour se réaccoutumer à son ancien emploi si elle est devenue inapte à exercer sa profession, ou apprendre un nouveau métier.

Enfin, les unités d'évaluation de ré-entraînement et d'orientation sociale et professionnelle (UEROS) accueillent et accompagnent les personnes dont le handicap résulte d'un traumatisme crânien ou d'une lésion cérébrale acquise.

Ces dispositifs d'accompagnement spécifique sont financés par l'assurance maladie. Les personnes doivent être orientées par la MDPH.

- **Les mises en situation professionnelle en ESAT (MISPE)**

Un décret de 2014 prévoit des mises en situation professionnelle (ou évaluation en milieu de travail) en milieu de travail ordinaire mais rien n'était prévu pour le milieu protégé.

Le dispositif MISPE a été créé pour corriger et rétablir cette possibilité sur le secteur protégé.

Le décret n° 2016-1347 du 10/10/2016 encadre l'accomplissement, par des personnes en situation de handicap, de mises en situation professionnelle au sein des établissements ou services d'aide par le travail (ESAT).

Il peut être nécessaire pour un salarié du secteur protégé de vérifier préalablement un certain nombre de compétences afin d'intégrer avec cohérence et toutes les chances de réussite, un parcours professionnel au sein d'une entreprise.

La MISPE va permettre de compléter ou confirmer l'évaluation faite par l'équipe pluridisciplinaire, favoriser le suivi des décisions d'orientation de la CDAPH en réévaluant les compétences, affiner le projet professionnel en milieu de travail protégé.

La MISPE est prescrite par le Directeur de la MDPH, sur proposition du coordonnateur de l'équipe pluridisciplinaire.

Sont plus spécifiquement visés par ce dispositif :

- les bénéficiaires de la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé,
- les personnes ayant une orientation professionnelle vers un ESAT,
- les personnes en situation de handicap faisant l'objet d'un accompagnement social, médico-social ou professionnel,
- les personnes n'ayant pas encore d'orientation professionnelle mais pour qui l'équipe pluridisciplinaire s'interroge sur l'orientation à donner.

- **Le Dispositif d'Emploi Accompagné (DEA)**

L'emploi accompagné est un dispositif d'appui pour les personnes en situation de handicap destiné à leur permettre d'obtenir et de garder un emploi rémunéré sur le marché du travail.

Sa mise en œuvre comprend un soutien et un accompagnement du salarié ainsi qu'un appui et un accompagnement de l'employeur. L'ensemble relève d'un financement de l'Etat via l'ARS.

Ce dispositif a été mis en place sur le département de l'Indre en début d'année 2019.

Ouvert dès l'âge de 16 ans, pour les jeunes adultes, il est mobilisé sur orientation de la MDPH.

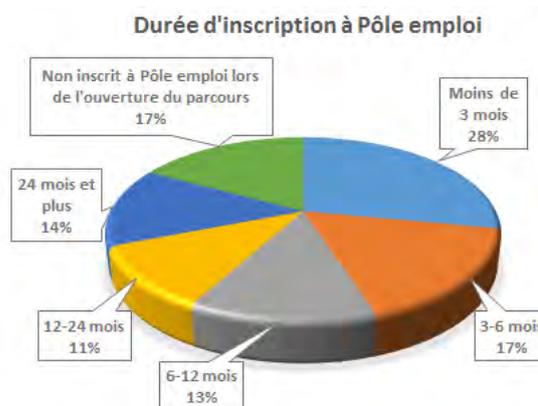
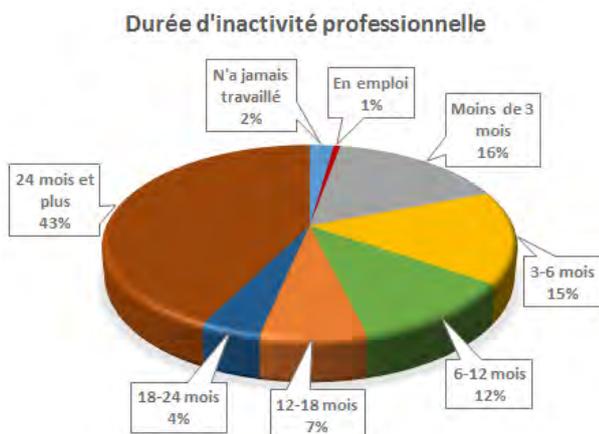
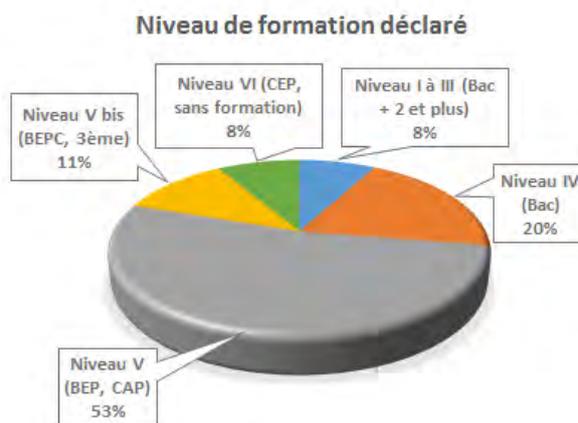
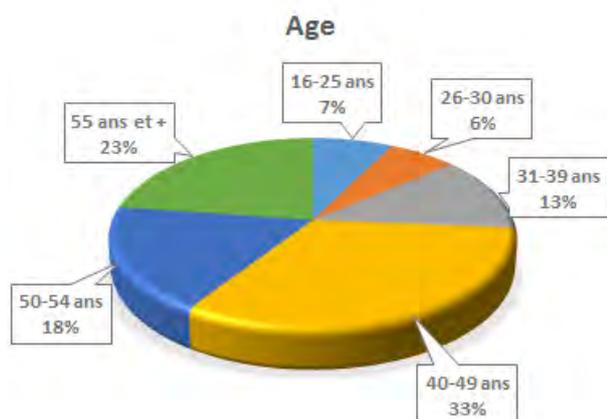
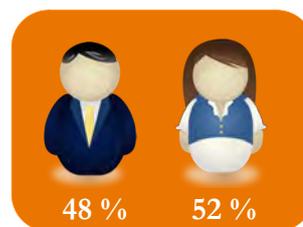
- **L'insertion dans l'emploi et le maintien dans l'emploi : le rôle des CAP EMPLOI**

Afin d'apporter un service plus lisible et plus efficace et mieux sécuriser les parcours, la loi « travail » du 08 août 2016 entérine dans son article 101 la réunion en une mission commune les deux missions d'accompagnement vers l'emploi et de maintien dans l'emploi.

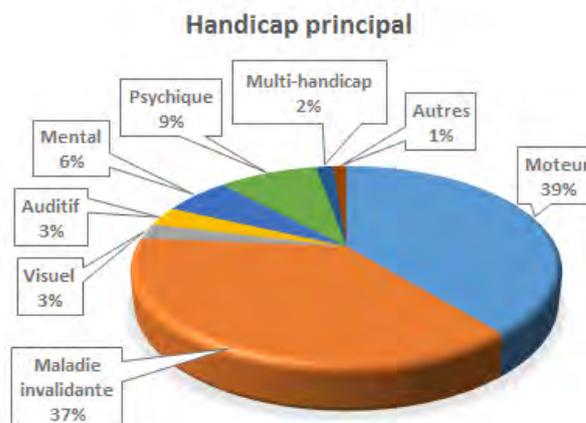
Elles sont assurées depuis le 1^{er} janvier 2018 par les organismes de placement spécialisés (OPS) regroupés sous le nom de Cap emploi.

Les OPS Cap emploi sont conventionnés et pilotés au niveau national par l'État, l'AGEFIPH, le FIPHFP et Pôle emploi.

Cap emploi de l'Indre a accompagné en 2019, 853 personnes en situation de handicap. **52 %** d'entre elles sont des femmes. Ces personnes sont âgées pour près des 3/4 de 40 ans et plus. Comme pour les BOE le niveau de qualification se situe majoritairement au niveau V. 1/4 d'entre elles sont inscrites à pôle emploi depuis un an et plus et 54 % sont en inactivité professionnelle depuis un an et plus.

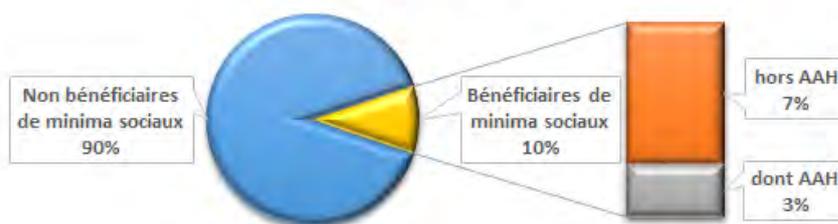


Concernant le type de handicap, les personnes accompagnées par Cap emploi ont principalement un handicap moteur (39 %) ou une maladie invalidante (37 %).



Ressources

Seuls 10 % des personnes accompagnées sont bénéficiaires de minima sociaux (7 % hors AAH et 3 % AAH).



Au 31 décembre 2019, **581 personnes accompagnées par Cap emploi de l'Indre ont obtenu un contrat** soit une augmentation de 19 % par rapport à l'année précédente. Cela marque une nette évolution par rapport aux autres départements de la Région Centre-Val de Loire pour lesquels le pourcentage de contrats validés est moins important (excepté l'Indre et l'Indre-et-Loire), voire inférieur à celui de l'année précédente.

- Le rôle de l'AGEFIPH

Les personnes en situation de handicap peuvent également bénéficier de l'aide de l'AGEFIPH pour créer ou pérenniser une activité professionnelle. Cette aide forfaitaire s'élève à 5000 €. Dans l'Indre, au cours de l'année 2019, 8 personnes ont pu bénéficier de cette aide, chiffre en recul de 20 % par rapport à 2018.

L'AGEFIPH favorise également le recrutement des personnes en situation de handicap par le biais des contrats d'apprentissage et de professionnalisation en aidant financièrement les entreprises recrutant ces candidats. En 2019, 26 personnes ont été recrutées grâce à ces dispositifs (13 en contrat d'apprentissage et 13 en contrat de professionnalisation).

L'autre mission importante de l'AGEFIPH est de favoriser le maintien dans l'emploi afin de permettre à la personne de conserver son poste en prenant en compte l'évolution de son handicap. En 2019, 129 maintiens dans l'emploi ont pu se faire dans l'Indre, chiffre en augmentation de 3 %.

- Le pilotage des politiques de l'emploi

Au niveau régional, le pilotage des politiques d'emploi des personnes en situation de handicap est notamment mené dans le cadre du PRITH (Plan Régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés), piloté par la DIRECCTE. Pôle emploi, le FIPHP, l'AGEFIPH. Cap emploi y participe également.

Au niveau local, ces coopérations sont déclinées conformément à la convention nationale, pluriannuelle et multipartite, pour la mobilisation pour l'emploi des personnes en situation de handicap (2017-2020).

De nombreux projets ont été mis en place aux cours de ces dernières années tels que :

- *Rédaction d'un guide des formations* : destiné aux jeunes en situation de handicap de l'Indre et accessible sur les sites de la DIRECCTE, de la MDPH,...
- *Le parcours des travailleurs handicapés en E.S.A.T et en EA* : fluidifier les parcours entre les E.S.A.T, EA et milieu ordinaire.
- *Forum « handicap et Maintien dans l'emploi »* : rencontre à destination des C.S.E/C.H.S.C.T. le 12 mars 2019.
- *Forum CSE : le maintien dans l'emploi est l'affaire de tous*, destiné aux membres des CHSCT/CSE/CSSCT.
- *Passerelle Éducation Nationale/monde du travail* : mise en œuvre de coordinations départementales pour sécuriser les transitions entre la scolarité et le monde du travail.

- *ULIS pro-transitions professionnelles : essaimage de l'action « Passerelles EN/Monde du travail, à l'échelle régionale ; Transfert des modalités de réalisation de l'action aux différents CAP Emploi , professionnels de l'Éducation Nationale , MDPH, de la Région Centre-Val de Loire.*
- *Colloque Autisme : L'autisme, un atout pour l'entreprise.*
- *Manifestation Service Public de l'emploi/EA-ESAT : forum d'interconnaissances des acteurs de l'emploi.*
- *l'organisation de diverses présentations lors de la semaine européenne de l'emploi des personnes handicapées (SEEPH).*

2.3.4. L'accès à l'habitat et au logement

2.3.4.1. Le programme d'intérêt général pour l'adaptation des logements à la perte d'autonomie (PIG)

L'adaptation des logements constitue souvent une clé importante pour favoriser la vie des personnes en situation de handicap à domicile. Des sanitaires non adaptés, la maison entière ou certaines pièces devenues inaccessibles, sont des obstacles pour que la personne en situation de handicap puisse demeurer chez elle de façon autonome.

Il existe de nombreux dispositifs d'aide à la pierre, à l'amélioration de l'habitat pilotés notamment par l'Etat (ANAH). La multiplicité des dispositifs existants, des intervenants financiers potentiels, la nécessité de fournir une évaluation technique précise des travaux à envisager, rendent, pour les personnes en situation de handicap, le montage de ce type d'opération complexe. De plus, le coût de ces aménagements peut parfois se révéler très important et laisser à la charge de la personne un montant non négligeable l'amenant à renoncer à réaliser les adaptations nécessaires à son maintien à domicile.

Aussi, pour atténuer ces difficultés, le Département de l'Indre s'est engagé depuis plusieurs années dans une action volontariste dans un programme d'aide pour l'adaptation et la mise aux normes d'habitabilité des logements occupés par des personnes âgées et/ou en situation de handicap : le « Programme d'Intérêt Général » (PIG), et y a associé de nombreux autres partenaires.

Ce programme d'adaptation de l'habitat s'adresse aux personnes en situation de handicap ayant un taux d'incapacité d'au moins 80 % reconnu par la MDPH et aux personnes âgées de 60 ans et plus, propriétaires de leur logement. Le propriétaire bailleur qui envisage de louer le logement à une personne de 60 ans et plus ou en situation de handicap peut également bénéficier de ce programme. Les travaux concernés portent sur des adaptations de salles de bains, WC, l'accessibilité du logement et l'adaptation des circulations (monte-escaliers, acheminement extérieur, rampes et mains-courantes, barres d'appui...).

Ce programme a fait l'objet d'une convention conclue entre le Département de l'Indre et l'Etat, l'ANAH, ainsi que des partenaires volontaires tels que la Région Centre-Val de Loire, la CARSAT/SSI, la Mutualité Sociale Agricole (MSA), la Communauté de Communes Val de l'Indre Brenne et, dernièrement, Action Logement Services. Il couvre la totalité du territoire du département et a pour objet d'assurer l'accompagnement des demandeurs dans le montage des dossiers et le financement des travaux. L'objectif pour la convention 2019-2024 est l'amélioration de 220 logements par an.

Le Département a un rôle de guichet unique chargé d'aider la personne :

- pour la définition de son projet : un technicien spécialisé va à domicile pour évaluer le besoin et définir le programme des travaux,

- pour le financement du projet : recherche des financements possibles (subventions, prêts, avantages fiscaux...) en fonction de la situation de la personne, élaboration du plan de financement du projet en fonction des aides et prêts mobilisables au regard de la situation (ressources, handicap, caisses de retraites...), montage du plan de financement, suivi ,
- administratif jusqu'au paiement des subventions.

Nombre de dossiers PIG	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Personnes en situation de handicap	18	8	20	18	12	8	11	95
Personnes en situation de handicap Agées	11	20	19	27	22	26	20	145
Personnes Agées	171	94	135	133	144	154	136	967
TOTAL	200	122	174	178	178	188	167	1207

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Nombre de bénéficiaires du volet logement de la PCH	9	4	19	18	13	11	9	83
Montant moyen par projet	4 180 €	2 519 €	3 365 €	4 265 €	3 053 €	5 837 €	3 118 €	

De 2013 à 2019, **240** personnes en situation de handicap dont 145 personnes de 60 ans et plus ont bénéficié des aides du PIG. Parmi elles, 83 ont utilisé le volet logement de la PCH pour compléter le financement du projet. Ainsi, les bénéficiaires de la PCH qui ont fait appel au dispositif du PIG, n'ont pas eu de reste à charge à financer à l'exception d'un dossier en 2018.

La moyenne d'âge des personnes en situation de handicap de moins de 60 ans se situe entre 44 et 55 ans et entre 78 et 80 ans pour les 60 ans et plus.

De 2013 à 2019, le PIG a permis de financer en moyenne par an 181 dossiers d'un montant moyen de 1 069 123 € de travaux HT subventionnés à 81,69 %.

2.3.4.2. L'habitat inclusif

La loi du 11 février 2005 puis la loi Elan du 23 novembre 2018 (article 129) portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique et le décret d'application n° 2019-629 du 24 juin 2019 visant à favoriser l'inclusion des personnes en situation de handicap par l'habitat ont souhaité favoriser l'inclusion des personnes en situation de handicap par l'habitat.

Il s'agit de trouver des solutions de logement adapté pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap avec des espaces privés, des espaces communs et un projet de vie sociale et partagée assuré par un ou des animateurs (défini par un cahier des charges national).

La Conférence des Financeurs est compétente pour élaborer un diagnostic des solutions existantes et définir un programme coordonné de financement.

Bien évidemment les personnes en habitat inclusif ont accès à l'ensemble des prestations et dispositifs de compensation du handicap pour les personnes « vivant à domicile » : PCH, SAVS, SAMSAH.

Fin 2019, l'ADAPEI de Châteauroux et le CSPCP d'Issoudun ont répondu au 1^{er} appel à projets. Le 2^{ème} appel à projets vise plus précisément les Habitats Regroupés pour Personnes Agées (HRPA) qui existent déjà depuis de nombreuses années dans l'Indre et pourraient ainsi se développer (cf. [annexe 4](#)).

Le Département accompagne ces projets par une aide en investissement pour le surcoût des adaptations à la perte d'autonomie de 4000 € par logement.

En outre dans le cadre de la loi Élan de 2018, complétée par l'article 34 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2021, l'État a souhaité faire évoluer ce dispositif en le transformant en une aide individuelle cofinancée entre le Département et l'État, selon un dispositif prévu par convention entre l'État et le Département.

2.3.4.3. Les « résidences d'accueil » et les « maisons relais »

Les « résidences d'accueil » et les « maisons relais » constituent une réponse de logement « adapté » ou « accompagné », hors secteur spécifique du handicap, puisque relevant des dispositifs du logement et de l'hébergement « social ».

Notamment les « résidences d'accueil » s'adressent à des personnes souffrant de troubles psychiques, et qui de fait ont en général des droits au titre du handicap.

Pour les « Maisons relais » il n'y a pas de caractéristiques particulières demandées pour le public cible, pour autant il s'agit aussi d'une offre d'habitat « accompagné » ou « adapté » qui peut répondre aux besoins de personnes en situation de handicap.

Toutefois leur inscription dans le « milieu ordinaire » ne fait aucun doute, en particulier du fait que l'accès à ces habitats ne relève pas d'une orientation par la CDAPH.

L'accompagnement proposé par la résidence porte sur la vie quotidienne et l'insertion sociale. Et comme pour toute situation d'habitat « ordinaire », la personne en situation de handicap peut avoir accès aux dispositifs spécialisés d'accompagnement du handicap à domicile : PCH, SAVS, SAMSAH. Le département compte 2 résidences d'accueil, de 35 logements, à Châteauroux et au Blanc, et deux Maisons Relais à Issoudun et Valençay de 36 places.

2.3.5. Mobilité et accès aux transports

43 % des répondants au questionnaire à destination des personnes en situation de handicap réalisé par le Département de l'Indre et évoqué précédemment, déclarent rencontrer des difficultés de déplacement dans leur quotidien.

En effet, améliorer la mobilité des personnes en situation de handicap est un enjeu majeur pour leur permettre d'accéder à l'ensemble du cadre de vie ordinaire. Les personnes en situation de handicap doivent pouvoir bénéficier d'un accompagnement adapté pour effectuer leurs démarches (administratives, en matière de santé, d'accès aux loisirs...) et accéder, au même titre qu'une personne valide, aux différents services. Néanmoins, pour ce public l'accès à leur environnement reste difficile : les équipements et services ne sont pas toujours bien pensés pour prendre en compte les différents types de handicap.

Des initiatives mises en place dans le département de l'Indre sont malgré tout à souligner.

La Carte Mobilité Inclusion (CMI) délivrée par la MDPH facilite la vie quotidienne des personnes en situation de handicap en matière de mobilité et d'accessibilité. Elle permet à la personne qui la détient de bénéficier d'accès prioritaires aux places assises dans les transports, salle d'attente, de spectacle... ainsi que de places de stationnement réservées pour elle ou son accompagnant.

Châteauroux Métropole, en partenariat avec Kéolis, a mis en place un service de transport public réservé aux personnes à mobilité réduite. Dénommé Handibus, ce dispositif permet d'assurer des trajets à la demande sur l'ensemble du territoire des 14 communes que comprend Châteauroux Métropole. Ce service gratuit est réservé aux résidents de ces 14 communes et qui doivent être titulaires d'une CMI pour pouvoir en bénéficier. Il s'agit d'un transport spécialisé, sur réservation, effectué par des véhicules adaptés pouvant prendre en charge des personnes en fauteuils roulants et leur accompagnant si besoin.

Dans le même esprit, la Région Centre-Val de Loire et la Ville de La Châtre ont mis en place un système de navette. Appelée le « P'tit bus » elle circule en centre ville de La Châtre et en périphérie et dessert les lieux stratégiques (commerces, maison médicale, hôpital...). Chaque arrêt est sécurisé pour favoriser l'accessibilité aux personnes à mobilité réduite.

Ces initiatives tentent de répondre aux besoins de mobilité et d'accessibilité attendus par les personnes en situation de handicap.

2.3.6. L'accès au sport, à la culture et à la vie sociale

L'inclusion des personnes en situation de handicap passe également par la possibilité de pouvoir accéder aux activités sportives, culturelles et de loisirs.

Cet accès reste encore difficile, et seulement 32 % des personnes interrogées dans le cadre du questionnaire réalisé par le Département se disent satisfaites de l'offre qui leur est proposée en la matière.

Dans l'Indre, le secteur associatif joue un rôle important pour permettre l'accès à la culture et aux loisirs des personnes en situation de handicap.

La délégation de l'Association des Paralysés de France (AFP) dans l'Indre organise régulièrement des sorties adaptées aux personnes en situation de handicap. Il peut s'agir de sorties découverte comme au zoo de la Haute Touche ou de sorties plus culturelles comme la participation au festival Debussy d'Argenton-sur-Creuse.

Le Département de l'Indre est partenaire de l'association « Capables » qui a pour but de valoriser la participation des personnes en situation de handicap aux activités culturelles et de loisirs. Ainsi, à chaque fois que ces dernières participent à un spectacle, visitent un musée..., elles peuvent faire valider un « passeport », montrant ainsi qu'elles sont autant « capables » qu'une personne valide de participer et de profiter de ce type d'activité.

Chaque année, cette association organise un festival qui permet aux personnes en situation de handicap de participer à des ateliers artistiques et de monter sur scène.

L'association Capables a reçu le label « Tous concernés, tous mobilisés », délivré par le secrétariat d'État chargé des personnes handicapées et qui valorise les initiatives en faveur de l'inclusion des personnes en situation de handicap.

Il est également important de faciliter le départ en vacances des personnes en situation de handicap, pour elles, mais également pour répondre aux besoins de répit des familles. Des dispositifs nationaux, relayés dans le département de l'Indre, existent pour répondre à ce besoin.

Les séjours adaptés permettent aux personnes en situation de handicap de partir en vacances dans un cadre sécurisé, adapté à leur problématique et avec des encadrants spécialisés. Le surcoût de ces séjours peut, sous certaines conditions, être pris en charge par la MDPH par le biais de la PCH.

L'association nationale des chèques vacances peut également apporter une aide financière avec le programme Aide aux Projets de Vacances (APV) qui s'adresse aux personnes en situation de handicap et à leurs aidants et le dispositif Seniors en Vacances qui s'adresse notamment aux personnes en situation de handicap de plus de 55 ans, justifiant d'une CMI, ou d'une allocation de compensation de leur handicap mais aussi aux aidants familiaux ou professionnels qui accompagnent une personne malade, en perte d'autonomie ou en situation de handicap (conjoint, enfant, auxiliaire de vie...).

Le département de l'Indre bénéficie également du label « Tourisme et handicap ». Les équipements touristiques ou les établissements qui possèdent ce label apportent aux personnes en situation de handicap une information fiable sur l'accessibilité de leurs sites et équipements touristiques. Chacun des sites marqués est équipé pour recevoir les personnes en situation de handicap tout en s'engageant à leur réserver un accueil personnalisé.

Enfin, en termes de pratique sportive, le Département dispose d'une Maison Départementale des Sports qui gère la plaine des sports. Cette dernière est dotée d'équipements multidisciplinaires gratuits destinés aux 44 comités sportifs départementaux qui représentent 750 clubs et 55 000 licenciés dans l'Indre. Certains de ces équipements sont prévus pour accueillir des personnes en situation de handicap. Afin de favoriser l'accès au sport aux personnes en situation de handicap, le club alpin français de Châteauroux a organisé à deux reprises à la plaine des sports, en partenariat avec le Département, des journées intitulées « L'humanité en partage ». Le principe est simple : des clubs sportifs de tout le département présentent des ateliers de pratique de leur sport, version handi ou adaptée. La boxe de Saint-Maur, le tennis de table de Déols, le club d'aéromodélisme, l'Aviron Indoor, l'ASPTT basket de Châteauroux... ont répondu présents lors de ces journées.

3. Points d'appui et points de progression

En synthèse de ce diagnostic il convient d'en extraire les points d'appui et les points de progression afin ensuite d'y adosser le programme d'actions de ce nouveau schéma.

3.1. Points d'appui

3.1.1. Un réseau d'acteurs mobilisés et habitués à travailler ensemble

La « taille humaine » du département, l'ancienneté et le caractère souvent local des associations du secteur du handicap constituent un environnement favorable au développement d'initiatives, à l'entraide et à la coordination entre les acteurs.

C'est cet environnement favorable qui a permis au fil des années des expérimentations locales telles :

- la MATAHDI
- le service d'accompagnement à l'accueil familial
- la coordination handicap
- la semaine d'information sur la santé mentale
- les conventions « stage » au sein des établissements médico-sociaux
- le protocole d'accueil prioritaire au sein des établissements.

Cette vie du réseau nécessite d'être régulièrement alimentée et de s'appuyer sur des événements (telle la semaine de la santé mentale), des instances (la coordination handicap, les groupes de travail autour des schémas, le CDCA, les CLS, etc), des échanges (formations partagées) ou des outils (les protocoles, conventions, etc).

3.1.2. Des services et des établissements spécialisés permettant globalement de satisfaire aux besoins

En ce qui concerne les établissements et services de la compétence du Département, l'ensemble des prestations sont proposées, à l'exception de l'accueil de jour médicalisé (de compétence conjointe).

Certes des listes d'attente existent, toutefois la quasi-absence de jeunes en « amendements Creton » et ce de manière structurelle et pérenne permet de confirmer cette situation satisfaisante.

Les efforts de rénovation des établissements permettent des lieux de vie confortables et adaptés aux besoins.

Le développement des services d'accompagnement à domicile (SAVS, SAMSAH) répond également aux attentes des personnes souhaitant vivre de manière autonome.

3.1.3. Une volonté ancienne de développer des solutions alternatives à la prise en charge en établissement spécialisé

L'ancienneté de l'intervention du Département de l'Indre en matière d'adaptation de l'habitat via le « PIG » permet aujourd'hui qu'elle soit parfaitement connue et acquise par la population et les relais de proximité que sont les élus locaux ou les associations. Il reste cependant nécessaire de poursuivre et de faire vivre ce dispositif.

De même avant l'« habitat inclusif », les HRPAs, à destination certes plutôt des personnes âgées, mais ouvertes à toute personne en perte d'autonomie, ont été fortement investis et développés dans le département (cf carte en [annexe 4](#)).

Enfin l'accueil familial avec les actions de soutien que sont le service d'accompagnement à l'accueil familial et les maisons d'accueil familial est une proposition ancienne dans le département, et donc déjà

mature et développée. Elle reste cependant toujours à conforter pour en faire valoir les avantages auprès des personnes et de leur famille.

Le développement de la PCH a permis aux personnes en situation de handicap de pouvoir réellement choisir de vivre à domicile. Le taux supérieur de bénéficiaires dans le département par rapport à la Région ou à la France témoigne du succès de cette pratique sur le territoire de l'Indre.

3.1.4. La MDPH, tête de réseau incontestable

Si dans de nombreux territoires la MDPH enterrée sous les demandes, les procédures et les rigidités administratives n'a pu s'imposer dans son rôle de guichet unique et de lieu référence tant pour les personnes que pour les partenaires, dans l'Indre la MDPH est reconnue dans son rôle.

Comme indiqué ci-dessus la taille du département, l'ancienneté et la qualité du partenariat ont certainement favorisé cette situation. Aujourd'hui l'ensemble des acteurs locaux savent pouvoir s'appuyer sur la MDPH pour coordonner, diffuser l'ensemble des initiatives et apporter aux personnes en situation de handicap une réponse de qualité.

Ainsi pour le déploiement des nouveaux modes d'accompagnement, pour diffuser les informations, pour animer le réseau, la MDPH apparaît comme le point d'appui nécessaire et adapté, sous réserve évidemment qu'elle puisse disposer de moyens correspondants. Or depuis de nombreuses années le GIP (structure juridique porteuse de la MDPH) alerte les autorités nationales sur la stagnation des moyens dédiés alors même que les missions de la MDPH ne cessent de croître.

3.2. Points de progression

3.2.1. Une multiplication des dispositifs de coordination et d'accompagnement qui nécessite pour être accessible d'être plus lisible

Depuis quelques années les dispositifs visant à améliorer « l'évaluation » des besoins, l'élaboration des « parcours », la « coordination » des acteurs, se sont multipliés dans le champ du handicap :

- Réponse accompagnée pour tous (« RAPT »)
- PCPE
- PTA puis DAC
- Equipes mobiles
- Communauté 360°.

Cette multiplication témoigne de la réalité du besoin de coordonner, d'« aller vers », de prendre en compte la globalité de la situation de la personne en situation de handicap.

Toutefois cette multiplication génère également de la confusion. Pour les non-spécialistes et le grand public, voire pour les acteurs eux-mêmes, il devient très complexe de déterminer quel acteur, quels dispositifs saisir, dans quel cas et qui doit le faire.

Dans le cadre des communautés 360°, le Ministère a prévu un numéro unique national, avec renvoi sur une plateforme locale. Toutefois l'efficacité de cette proposition nécessitera qu'elle ne soit pas simplement un nouveau degré de réorientation vers d'autres guichets ou d'expression individuelle de désaccord avec les réponses déjà données, qui ne pourront être résolues dans ce cadre.

Seules l'information, la communication, au plus près des personnes concernées et à destination des relais de proximité, non spécialisés, peuvent réellement permettre à tous les niveaux de dispositifs de répondre efficacement à leurs objectifs.

3.2.2. Une prise en compte des besoins spécifiques des personnes en situation de handicap encore insuffisante hors du champ spécialisé

L'évolution vers la société inclusive a fait de notables progrès en quelques années.

Cependant l'accès des personnes en situation de handicap aux activités sociales ouvertes (en principe) à tous nécessitent encore des efforts d'adaptation.

Ces efforts d'adaptation doivent être réalisés par les promoteurs de ces activités sociales pour les rendre « accessibles » aux personnes en situation de handicap.

L'objectif de la société inclusive ce n'est pas la création d'une offre de soins, de transport, d'emploi, de sport, d'activités sociales spécifiques aux personnes en situation de handicap mais bien la transformation de celles-ci pour que les personnes en situation de handicap puissent y accéder.

3.2.3. Une nécessaire adaptation des réponses à la vie à domicile

Parmi les compensations indispensables pour permettre aux personnes en situation de handicap de vivre à domicile de manière autonome, se trouvent les aides humaines. La PCH a été un vrai élément déclencheur.

Toutefois, certaines limites sont apparues.

Les services d'aide à domicile se sont construits et développés sur l'aide aux personnes âgées. Or les besoins de compensation des personnes en situation de handicap ne sont pas identiques. Il y a donc une nécessité dans l'organisation des services, la formation des personnels de prendre en compte cette différenciation pour apporter une qualité de service adaptée.

En outre, dans notre département, les difficultés des services d'aide à domicile, communes à l'ensemble du territoire national, sont majorées par des difficultés de recrutement. Ces difficultés ne favorisent pas la capacité de ces services à s'adapter aux spécificités des réponses à apporter aux personnes en situation de handicap.

En outre, la valorisation financière de la PCH pour les services d'aide humaine à domicile, fixée par le ministère, à un niveau très inférieur (17,77 €/h) au coût réel du service (22 €/h), est une entrave supplémentaire à l'accès à l'aide humaine pour les personnes en situation de handicap.

Pour rappel dans l'Indre, pour les personnes âgées pour lesquelles le Département fixe le tarif des services prestataires, au titre du financement de l'APA, celui-ci est de 21,90 €/h en 2021.

Enfin, même si les conditions d'une vie autonome à domicile se sont améliorées, celle-ci repose de manière souvent déterminante sur la présence et la mobilisation d'aidants non professionnels : famille, proches.... Pour eux également la PCH a permis une première reconnaissance, toutefois la reconnaissance financière n'épuise pas le sujet. Les aidants ont également besoin de soutien, d'écoute et parfois même aussi de réponses très concrètes pour leur permettre de souffler.

3.2.4. Des dispositifs spécialisés qui doivent également poursuivre leur évolution

Quels que soient les progrès de la société inclusive, des réponses spécialisées restent nécessaires. La compensation des handicaps exige des réponses spécifiques.

Pour autant celles-ci doivent également s'adapter, évoluer, pour s'ouvrir et s'articuler avec l'ensemble des activités sociales, et suivre au fil du temps l'évolution de la situation de la personne. Or ces réponses spécialisées se sont construites avec pour objectif de répondre, de manière intégrée, globale, à l'ensemble des besoins des personnes en situation de handicap.

Elles doivent désormais évoluer vers le fait de n'être qu'une réponse ponctuelle, partielle, temporaire, dont l'idéal serait qu'elles puissent disparaître. Ainsi les capacités d'accueil en hébergement temporaire, d'urgence, de jour sont encore insuffisantes, notamment dans les établissements médicalisés à compétence conjointe avec l'ARS.

De même, la prise en compte du vieillissement (comme source de perte d'autonomie supplémentaire) doit se faire dans l'évolution des modalités d'accompagnement et non par la création d'une nouvelle offre spécifique, intégrée, totale.

Le fonctionnement des « foyers d'hébergement » doit notamment s'adapter pour accompagner les personnes dans leur prise d'autonomie et la valorisation de leurs compétences pour accéder à un projet de vie hors établissement. Il n'est évidemment plus possible d'attendre que la personne ne soit plus en capacité de travailler pour l'accompagner dans un projet de vie extérieur au foyer d'hébergement.

Également les réponses spécialisées ne peuvent s'attacher trop spécifiquement à tel ou tel handicap qui les rendent trop spécialisées, sectorielles.

Il s'agit au contraire de favoriser l'ouverture et de veiller à la qualité de la réponse aux besoins de compensation.

PARTIE B -
OBJECTIFS
STRATEGIQUES ET
DECLINAISONS
OPERATIONNELLES

AXE 1 : PARTICIPER AU DÉPLOIEMENT DE LA SOCIÉTÉ INCLUSIVE

Il s'agit d'accompagner les actions visant à l'adaptation des activités sociales ouvertes « à tous » pour qu'elles deviennent effectivement et réellement accessibles aux personnes en situation de handicap.

Dans ce cadre les actions proposées sont les suivantes :

- ✓ Développer à destination des personnes en situation de handicap des actions de prévention santé et de lutte contre l'isolement communes avec d'autres publics connaissant les mêmes difficultés.
- ✓ Développer les actions de formation et d'information auprès du monde sportif, culturel, de loisirs, pour rendre les activités plus facilement accessibles aux personnes en situation de handicap.
- ✓ Développer les initiatives destinées à favoriser la mobilité en territoires ruraux.
- ✓ Développer l'information et la formation des administrations et guichets d'accès aux droits : mairie, agences France service, organismes de sécurité sociale, etc pour leur permettre d'être des relais locaux efficaces pour les personnes en situation de handicap dans la recherche de réponses adaptées à leur situation.

AXE 2 : DÉVELOPPER LES RESSOURCES SPECIFIQUES AUX PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP NÉCESSAIRES A LA VIE DANS LA SOCIÉTÉ INCLUSIVE

Même si la société s'adapte et s'ouvre aux personnes en situation de handicap, celles-ci doivent pouvoir bénéficier d'accompagnements spécifiques pour compenser leur situation de handicap. De plus, pour permettre l'accès à ces ressources spécifiques, une communication et des informations doivent être développées, à destination des personnes en situation de handicap elles-mêmes, mais aussi des professionnels :

- ✓ Donner une lisibilité sur les dispositifs spécifiques.
- ✓ Accompagner les professionnels dans l'accès à l'information.
- ✓ Promouvoir une offre d'habitat adapté, en poursuivant l'aide à l'adaptation des logements privés et en accompagnant le développement de l'habitat inclusif.
- ✓ Veiller à l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, dans le cadre des soins à domicile, de l'accès aux soins hospitaliers, en favorisant également le recours aux outils de la e-santé.
- ✓ Adapter les interventions des services à domicile aux besoins des personnes en situation de handicap et déroger aux tarifs ministériels d'aide humaine pour développer l'accès aux services et la réponse aux besoins.
- ✓ Mieux prendre en compte les aidants, acteurs indispensables à l'accompagnement des personnes en situation de handicap, en développant des actions spécifiques d'information et de formation pour les accompagner, et en proposant des solutions de répit facilement mobilisables.

AXE 3 : POURSUIVRE L'ADAPTATION DES RÉPONSES SPECIALISEES

Ces réponses spécialisées restent nécessaires. Elles doivent cependant s'adapter et se réorganiser dans une logique et un fonctionnement moins intégrés. Accepter de n'être qu'un accompagnement nécessaire mais temporaire dans la vie de la personne.

- ✓ Poursuivre le développement de l'accueil familial.
- ✓ Adapter le fonctionnement des SAVS à la logique de parcours.
- ✓ Poursuivre le développement des SAMSAH.
- ✓ Favoriser l'exercice de la parentalité au sein des foyers d'hébergement.
- ✓ Développer l'offre d'accueil de jour et temporaire en FAM.
- ✓ Poursuivre les efforts de rénovation, restructuration des établissements.
- ✓ Poursuivre les efforts d'adaptation des établissements, et leur ouverture, vers des activités sociales extérieures.
- ✓ Améliorer la fluidité des parcours par le travail en réseau.

PARTIE C - FICHES ACTION

**DÉVELOPPER LES ACTIONS DE PRÉVENTION ET DE LUTTE
CONTRE L'ISOLEMENT A DESTINATION DES PERSONNES
EN SITUATION DE HANDICAP**

Objectifs et résultats attendus :

Proposer aux personnes en situation de handicap des actions de prévention de la santé et de lutte contre l'isolement telles celles développées pour les personnes en perte d'autonomie liée à l'âge.

Public visé :

Les personnes en situation de handicap.

Modalités :

Mobiliser les acteurs et promoteurs d'interventions en matière de promotion de la santé pour inclure les personnes en situation de handicap dans les programmes d'actions existants ou pour développer de nouvelles actions destinées aux personnes en situation de handicap.

Soutenir les actions visant à lutter contre l'isolement des personnes en situation de handicap en leur proposant des activités sociales dans une logique inclusive, tel le projet APF de « Tiers lieu inclusif ».

Partenaires :

- Les opérateurs en prévention santé.
- Les acteurs du territoire en matière de santé.
- Les associations du secteur du handicap et de l'animation sociale.

Financement :

- Département via le Fonds d'aide au soutien de la vie à domicile et à la prévention de la perte d'autonomie.
- Solliciter de la CNSA l'ouverture des fonds de la « conférence des financeurs » pour permettre aux personnes en situation de handicap d'accéder aux actions développées dans ce cadre qui répondent aux mêmes objectifs de prévention de la perte d'autonomie.

**INFORMATION ET FORMATIONS
AUPRÈS DES ACTEURS DU MONDE SPORTIF, CULTUREL
ET DES LOISIRS POUR L'INCLUSION DES PERSONNES
EN SITUATION DE HANDICAP**

Objectifs et résultats attendus :

- Favoriser l'accès des personnes en situation de handicap aux activités sportives, culturelles de loisirs, tout public.
- Donner aux acteurs du sport, des loisirs et de la culture les informations nécessaires pour que les personnes en situation de handicap soient accueillies et prises en compte, comme tout un chacun, en respectant leurs particularités.
- Faire partager aux personnes en situation de handicap l'envie d'accéder aux activités tout public et les rassurer dans la conviction du « c'est possible ».

Publics visés :

- Les acteurs du monde sportif (associations, clubs, éducateurs sportifs, bénévoles, etc).
- Les acteurs du monde de la culture (associations, organisateurs d'événements, établissements culturels, enseignants, etc).
- Les acteurs du monde des loisirs (associations, entreprises...)
- Les personnes en situation de handicap.

Modalités :

- Organiser des actions d'information et de formation à destination des acteurs du sport, des loisirs et de la culture pour leur permettre de mieux appréhender les spécificités des personnes en situation de handicap.
- Rechercher et accompagner des personnes, en situation de handicap, susceptibles d'animer ces actions d'information, de formation, pour s'appuyer directement sur leur expérience et leur permettre de la transmettre. (Projet pairs-émulateurs de l'APF Centre-Val de Loire, actions de l'association Capables).
- Développer des actions d'information permettant de susciter ou de faire connaître les initiatives inclusives dans le domaine du sport, des loisirs ou de la culture.
- Accompagner les établissements et services intervenant auprès des personnes en situation de handicap pour qu'elles intègrent dans leurs pratiques professionnelles l'accompagnement des personnes en situation de handicap vers les activités de loisirs, sportives, culturelles, tout public, non spécialisées.

Partenaires :

- Les acteurs du monde sportif, des loisirs et de la culture.
- Les établissements, services, associations du secteur du handicap.
- Les acteurs publics promoteurs.

Financements :

Financement de « droit commun » de la formation, mobilisation des moyens des acteurs spécialisés du handicap, des associations, des moyens de communication des acteurs publics.

**AIDE AU DÉVELOPPEMENT DES INITIATIVES DE TRANSPORT
AVEC DES ASSOCIATIONS**

Objectifs et résultats attendus :

Permettre aux personnes en situation de handicap de se déplacer.

Public visé :

Personnes en situation de handicap, à domicile, notamment en milieu rural, et au-delà toute personne isolée ne disposant pas de moyen de transport.

Modalités :

Favoriser l'émergence et le développement de dispositifs solidaires d'aide à la mobilité, en complément des dispositifs collectifs publics ou des modalités individualisées accessibles.

Partenaires :

Tous les acteurs du secteur de la ruralité et de l'économie sociale et solidaire.

Financement :

- Acteurs publics ou privés compétents en matière de transport et de mobilité, d'accompagnement des personnes fragiles.
- Département via le Fonds d'aide au soutien de la vie à domicile et à la prévention de la perte d'autonomie.
- CNSA : Conférence des Financeurs.

**DEVELOPPER L'INFORMATION ET LA FORMATION
DES ADMINISTRATIONS ET GUICHETS D'ACCES AUX DROITS**

Objectifs et résultats attendus :

- Mieux communiquer pour renforcer les compétences et les connaissances des administrations et guichets d'accès aux droits en matière de besoins des personnes en situation de handicap.
- Orienter les personnes en situation de handicap vers les bons interlocuteurs des institutions partenaires, les dispositifs spécialisés.
- Éviter l'errance de « guichet unique » en « guichet unique ».

Public visé :

Les personnels d'accueil et d'orientation des administrations et guichets d'accès aux droits : Mairie, Agence France Service, accueil et permanence de Sécurité Sociale, accueil des Maisons de santé pluridisciplinaires, animateurs des CLS.

Modalités :

- Organiser des actions d'information et de formation des personnel, des acteurs de 1ère ligne, animées par des personnes ou des institutions ressources en matière de handicap (MDPH, service social départemental, service social de la sécurité sociale, associations du secteur du handicap, personnes en situation de handicap elles-mêmes -pairs-).
- Construire un outil partagé des « ressources ».

Partenaires :

Ensemble des partenaires du secteur, spécialisés ou non, associatifs, institutionnels.

Financement :

Financement de « droit commun » de la formation, mobilisation des moyens de formation et d'information des acteurs et institutions spécialisés du handicap, et de l'accès aux droits (MDPH, Département, services de l'État, organismes de sécurité sociale) et des associations.

**DONNER DE LA LISIBILITÉ SUR LES DISPOSITIFS
PAR UNE COMMUNICATION ADAPTÉE**

Objectifs et résultats attendus :

Permettre aux personnes en situation de handicap d'être partie prenante de leur projet de vie en leur donnant un accès à une information adaptée à leur handicap, actualisée, sur des formats accessibles.

Public visé :

Les personnes en situation de handicap.

Modalités :

- Formaliser de nouveaux supports de communication, les adapter au handicap (facile à lire, facile à comprendre).
- Expliquer l'ensemble de l'offre spécialisée ou non et la rendre accessible à toutes les personnes en situation de handicap.
- Ajuster l'information aux réalités et aux ressources locales, territoriales et à l'actualité des dispositifs.

Partenaires :

Ensemble des partenaires du secteur, spécialisés ou non, associatifs, institutionnels.

Financement :

Financement de « droit commun » de la communication, mobilisation des moyens des acteurs spécialisés du handicap, des associations, des moyens des acteurs publics.

**ACCOMPAGNER LES PROFESSIONNELS DANS UNE MEILLEURE
CONNAISSANCE ET APPROPRIATION DES DISPOSITIFS
D'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES
EN SITUATION DE HANDICAP**

Objectifs et résultats attendus :

- Partager les connaissances et mettre en commun, échanger et décloisonner les professionnels.
- Mettre en place des animations, des temps d'interconnaissance, pour favoriser l'appropriation et une utilisation plus efficiente des nombreuses ressources d'accompagnement des personnes en situation de handicap.

Public visé :

Les professionnels du champ du handicap (établissements, services, secteur associatif, institutionnels).

Modalités :

- Conforter le fonctionnement de la coordination handicap existante.
- Organiser des rencontres régulières entre acteurs pour expliciter les actions de chacun, trouver les articulations.
- Faire le lien avec les autres instances de coordination des acteurs (contrats locaux de santé, CDCA, CTS, CPTS, etc).
- Organiser des formations communes.

Partenaires :

Partenaires du secteur, spécialisés ou non, associatifs, institutionnels.

Financement :

Financement « de droit commun » de la formation et mobilisation des moyens des acteurs pour faire vivre la coordination.

**POURSUIVRE L'ADAPTATION DE L'HABITAT DES PERSONNES
EN SITUATION DE HANDICAP VIVANT A DOMICILE**

Objectifs et résultats attendus :

Maintenir le Programme d'Intérêt Général (PIG) : programme d'aide pour l'adaptation et la mise aux normes d'habitabilité des logements occupés par des personnes âgées et/ou en situation de handicap.

Public visé :

Personnes en situation de handicap propriétaires occupants ou locataires du parc privé et vivant en milieu ordinaire.

Modalités :

- Poursuivre le partenariat.
- Maintenir l'information sur l'existence de ce dispositif.

Partenaires :

ETAT, ANAH, Région Centre-Val de Loire, Département de l'Indre, CARSAT, MSA, Communautés de communes, Action Logement.

Financement :

ETAT : ANAH, Région Centre-Val de Loire, Département de l'Indre, caisses de retraite (CARSAT MSA SSI) Communauté de communes Val de l'Indre Brenne, Action Logement, Communes ou EPCI et toute autre institution ou collectivité qui souhaiterait participer.

ACCOMPAGNER LE DÉVELOPPEMENT DE L'HABITAT INCLUSIF

Objectifs :

- S'inscrire dans la politique définie à l'échelle nationale de développement de l'Habitat inclusif.
- Permettre aux personnes en situation de handicap de disposer de cette offre sur le territoire départemental.

Public visé :

Les personnes en situation de handicap souhaitant accéder à cette offre sur le territoire départemental.

Modalités :

- Faire connaître le dispositif.
- Prendre en compte l'offre existante (HRPA) sur le territoire pour le faire évoluer selon le cadre de l'habitat inclusif.
- Evaluer la nécessité de création d'une offre supplémentaire.
- S'approprier le nouveau cadre légal et réglementaire de ce dispositif et examiner l'intérêt de déployer le dispositif d'aide individuelle.

Partenaires :

ARS, CNSA, porteurs de projet, communes, Département de l'Indre.

Financement :

Etat, CNSA, Département.

DÉVELOPPER L'ACCÈS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP AUX SERVICES ET DISPOSITIFS DE SOINS A DOMICILE

Objectifs et résultats attendus :

Favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de handicap à domicile et en établissements non médicalisés.

Public visé :

Personnes en situation de handicap vivant à domicile ou en établissements non médicalisés et nécessitant des soins réguliers : soins infirmiers et de nursing, hospitalisation à domicile, équipes mobiles de soins.

Modalités :

- Développer dans le cadre du Projet Régional de Santé le nombre de places de SSIAD spécialisés et de HAD sur le territoire de l'Indre non couvert.
- Organiser et faire connaître les modalités d'accès aux SSIAD, aux équipes mobiles et à l'HAD.
- Favoriser l'intervention des SSIAD, des équipes mobiles et de l'HAD en établissements médico-sociaux non médicalisés.

Partenaires :

- Etat.
- Assurance maladie.
- Médecins libéraux prescripteurs, centres hospitaliers ou de rééducation.
- Associations ou institutions gestionnaires de ces services.

Financement :

ARS, Assurance maladie.

**PROMOUVOIR TRÈS LARGEMENT L'INFORMATION
SUR LA FICHE HÔPITAL/DOMICILE**

Objectifs et résultats attendus :

Faciliter les parcours de soins des personnes en situation de handicap entre l'hôpital et le retour à domicile, permettre aux personnes en situation de handicap d'avoir un accès aux soins adapté et de revenir à leur domicile dans de bonnes conditions.

Public visé :

Personnes en situation de handicap vivant aussi bien à domicile qu'en établissement.

Modalités :

Faire connaître à l'ensemble des acteurs (personnes en situation de handicap, médecins traitants, services sociaux et médico-sociaux, services hospitaliers...) les outils destinés à favoriser l'accès aux soins hospitaliers et le retour à domicile.

Partenaires :

Personnes en situation de handicap, aidants, médecins traitants, centres hospitaliers, services et établissements médico-sociaux, MDPH, ambulanciers.

Financement :

Financement de « droit commun », mobilisation des moyens des acteurs spécialisés du handicap, des associations, des moyens des acteurs publics.

PARTICIPER AU DÉVELOPPEMENT DES OUTILS DE LA E-SANTÉ

Objectifs et résultats attendus :

- Favoriser la coordination des acteurs du soins, du médico-social et du social pour une meilleure réponse aux besoins des personnes en situation de handicap.
- Permettre aux partenaires sanitaires, sociaux et médico-sociaux d'être réactifs dans leurs interventions.
- Permettre à l'usager, la famille et/ou l'entourage de pouvoir inter agir avec les partenaires.

Publics visés :

Les personnes en situation de handicap.

L'ensemble des intervenants participant à l'accompagnement de la personne.

Modalités :

- Participer à l'appropriation et au développement des outils de la e-santé choisis et promus au plan régional (projet SPHERE).
- Veiller à ce qu'il inclue les intervenants du secteur social et médico-social, et qu'il s'organise bien en gardant la personne au centre du dispositif.
- Développer les « interfaces » avec les outils locaux déjà existants et organisés autour de la personne.
- Suivre le programme de développement des outils numériques pilotés par l'État dans les ESMS.

Partenaires :

Les éditeurs informatiques gérant les logiciels des structures, les services sociaux et médico-sociaux, les acteurs sanitaires, l'ARS, les services du Département et de la MDPH, les associations de personnes en situation de handicap.

Financement :

ARS, CNSA, Département.

**FORMER ET FAIRE MONTER EN COMPETENCE
LES INTERVENANTS DES SERVICES A LA PERSONNE**

Objectifs et résultats attendus :

Mieux répondre aux besoins des personnes en situation de handicap à domicile, par une meilleure prise en compte de leurs spécificités par les services d'aide à la personne.

Public visé :

Les services d'aide à domicile.

Modalités :

- Réaliser un état des lieux des besoins en formation et des difficultés de recrutement.
- Aménager aux professionnels des temps de parole, des temps d'échanges interprofessionnels.
- Développer les formations en intra ou regroupés avec plusieurs structures.
- Cibler les actions de formation spécifiques liées au handicap.
- Promouvoir des formations diplômantes et qualifiantes.
- Optimiser les dispositifs existants de qualification (VAE, apprentissage, formation en cours d'emploi...).

Partenaires :

Etat, Région Centre-Val de Loire, OPCD, opérateurs de la formation, intervenants dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap se trouvant à domicile, services d'aide à domicile.

Financement :

Financement de « droit commun » de la formation, programmes spécifiques à destination des métiers de la perte d'autonomie.

**DÉROGER AU TARIF MINISTÉRIEL PCH PRESTATAIRE
POUR MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS**

Objectifs et résultats attendus :

- Permettre les conditions adaptées d'une vie à domicile en favorisant le recours à l'aide humaine.
- Lever un des freins à la compensation par l'aide humaine.

Public visé :

Les personnes en situation de handicap bénéficiaires de la PCH aide humaine et recourant à un service prestataire.

Modalités :

Abandon du tarif ministériel très inférieur à la réalité du coût pour évoluer vers le tarif départemental prestataire fixé au titre de l'APA, à raison d'une augmentation de 1 € par an sur les 5 ans de la durée du schéma.

Partenaires :

Services d'aide à domicile prestataire.

Financement :

Département (financement de la PCH).

RECONNAÎTRE ET ACCOMPAGNER LES AIDANTS

Objectifs et résultats attendus :

- Informer et conseiller les aidants.
- Prévenir et lever les inquiétudes des aidants.
- Repérer les signes d'épuisement, écouter et orienter vers les dispositifs relais existants.

Public visé :

Les aidants non professionnels des personnes en situation de handicap.

Modalités :

- Créer et mettre à disposition des aidants des outils facilement accessibles d'informations et d'écoute.
- Organiser en lien avec les associations spécialisées des actions de soutien et de formation.
- Sensibiliser les services professionnels à l'importance de prendre en compte l'aidant (ou les aidants) dans l'accompagnement réalisé auprès des personnes en situation de handicap.

Partenaires :

Aidants, services sociaux, médico-sociaux, acteurs de soins, associations spécialisées, tout acteur.

Financement :

Financement de « droit commun » de la formation, mobilisation des moyens des acteurs spécialisés du handicap, des associations, des acteurs publics, et si nécessaire recherche de financements spécifiques (CNSA, conférence des financeurs, fonds d'aide du Département).

PROPOSER DES SOLUTIONS DE RÉPITS ET/OU DE RELAIS

Objectifs et résultats attendus :

Permettre aux aidants de pouvoir « souffler » et prendre du recul sur la prise en charge au quotidien de la personne en situation de handicap.

Public visé :

Les aidants des personnes en situation de handicap.

Modalités :

- Faire davantage connaître les dispositifs de répit ou de relais (accueil de jour, hébergement temporaire, séjours de vacances).
- Rendre facilement accessible ces solutions.

Partenaires :

Les établissements et services du secteur du handicap, les acteurs relais des aidants et des offres de répit.

Financement :

Pour la mobilisation de l'offre de répit : les financeurs de cette offre : Etat, ARS, Département.

Pour l'information et la communication : les ressources des institutions en matière de communication et d'information.

**POURSUIVRE LE DÉVELOPPEMENT DE L'ACCUEIL FAMILIAL
ET DES MAISONS D'ACCUEIL FAMILIAL**

Objectifs et résultats attendus :

Permettre aux personnes en situation de handicap de disposer d'un mode d'accueil et d'accompagnement familial et individualisé.

Public visé :

- Les personnes en situation de handicap nécessitant un accompagnement dans la vie quotidienne.
- Les accueillants familiaux agréés.

Modalités :

- Poursuivre les actions de communication sur l'accueil familial et le métier d'accueillant familial.
- Continuer le partenariat avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux et l'ensemble des acteurs du secteur du handicap pour que l'accueil familial soit reconnu comme une solution alternative adaptée aux personnes en situation de handicap.
- Faciliter les démarches administratives de l'accueilli quant à la rémunération de l'accueillant.
- Soutenir les accueillants familiaux dans leur profession par l'organisation de formations continues diversifiées et adaptées à leurs besoins et à ceux des personnes qu'ils accueillent et par le renforcement de l'accompagnement par le réseau.
- Maintenir et reconduire le dispositif SAAF.
- Développer l'accueil familial regroupé.

Partenaires :

Département.

Ensemble des acteurs du secteur du handicap.

Communes, EPCI, Région pour les opérations d'accueil familial regroupé.

Financement :

Département (financement des accueils, du SAAF, aide à l'investissement) et communes et Région Centre-Val de Loire (en investissement pour les opérations de maisons d'accueil familial regroupé).

**RENFORCER LES SAVS, FAVORISER LE PARCOURS
DES PERSONNES ACCOMPAGNEES VERS L'AUTONOMIE**

Objectifs et résultats attendus :

- Permettre à la personne en situation de handicap d'être accompagnée dans son projet d'insertion, d'autonomie, tout en vivant de manière autonome.
- Favoriser la fluidité de l'accompagnement par les SAVS.
- Optimiser le dispositif SAVS existant.

Public visé :

- La personne en situation de handicap.
- Les organismes gestionnaires des services d'accompagnement à la vie sociale du Département.

Modalités :

- Etablir une grille d'évaluation permettant de mieux qualifier les effets de l'accompagnement des SAVS.
- Création d'une prestation de suite à l'accompagnement en SAVS : en renforçant les moyens des SAVS afin de leur permettre d'organiser cette prestation de suite en complément de l'effectif de personnes accompagnées dans la prestation « classique », dans la limite de 10 % de la capacité. Dans le cadre de la capacité existante des SAVS, identifier des personnes relevant d'une prestation « de suite », moins intensive, et dans un parcours de sortie.
- Ajuster l'organisation territoriale des SAVS afin d'éviter les déséquilibres d'activité entre les services.
- Valider la double compétence sur les communes frontalières à deux zones de SAVS.
- Valider l'évaluation au cas par cas du maintien de l'accompagnement par le SAVS initial en cas de déménagement vers une autre zone dépendant d'un autre service.

Partenaires :

Les organismes gestionnaires des SAVS.

Financement :

Département (financement des services).

POURSUIVRE LE DÉVELOPPEMENT DES SAMSAH

Objectifs et résultats attendus :

- Favoriser la vie autonome en permettant à des personnes en situation de handicap de disposer d'un accompagnement socio-éducatif et de prestations en soins continus et adaptées.
- Assurer une couverture départementale suffisante par rapport aux besoins repérés.

Public visé :

- Personnes lourdement handicapées vivant à domicile et nécessitant une prise en charge globale.
- Personnes en situation de handicap psychique.

Modalités :

- Réaliser la fiche action du précédent schéma visant à porter à 20 places (au lieu des 10 initiales et 13 actuelles) la capacité des SAMSAH, pour les personnes lourdement handicapées.
- Augmenter la capacité du SAMSAH pour les personnes en situation de handicap souffrant de troubles psychiques (20 actuellement).

Partenaires :

- Organismes gestionnaires d'établissements et services.
- ARS.

Financement :

Département et ARS (financement des services médico-sociaux).

**FAVORISER L'EXERCICE DE LA PARENTALITÉ
AU SEIN DES FOYERS D'HÉBERGEMENT**

Objectifs et résultats attendus :

Accompagner l'exercice de la parentalité des personnes en situation de handicap vivant au sein des foyers d'hébergement et favoriser le maintien des liens familiaux.

Public visé :

Résident(s) des foyers d'hébergement qui sont également parents.

Modalités :

- Accompagner la personne dans l'exercice de sa parentalité.
- Adapter le fonctionnement des foyers d'hébergement pour permettre la présence des enfants auprès de leur(s) parents(s), ponctuellement tant que l'accompagnement socio-éducatif du foyer est nécessaire ou en continu, dans un processus visant à évoluer vers une vie familiale en autonomie.
- Intégrer dans l'accompagnement des foyers d'hébergement l'aide à la parentalité.

Partenaires :

- Organismes gestionnaires de foyers d'hébergement.
- Acteurs de la protection de l'enfance et de la parentalité.

Financement :

Département (financement des établissements).

**DÉVELOPPER L'OFFRE D'ACCUEIL DE JOUR ET D'HÉBERGEMENT
TEMPORAIRE EN FOYER D'ACCUEIL MÉDICALISÉ**

Objectifs et résultats attendus :

- Permettre aux personnes en situation de handicap vivant hors établissement d'accéder hors hébergement à un accompagnement et une prise en charge adaptée à une perte d'autonomie importante avec besoin de soins.
- Disposer d'une offre d'urgence ou de répit.

Public visé :

Personnes en situation de handicap et bénéficiant d'une orientation accueil de jour en FAM, ou hébergement temporaire, ou relevant de l'accueil d'urgence tel que défini par le protocole départemental entre les établissements.

Modalités :

Création d'une capacité d'accueil de jour en Foyer d'Accueil Médicalisé par transformation de quelques places d'accueil de jour FAO et de quelques places en hébergement temporaire/urgence.

Partenaires :

- Foyers d'Accueil Médicalisé du département de l'Indre, et notamment le CSPCP d'Issoudun.
- ARS.

Financeurs :

Département et Assurance Maladie (financement des établissements).

**POURSUIVRE LA POLITIQUE DE RÉNOVATION ET
DE MODERNISATION DES ÉTABLISSEMENTS**

Objectifs et résultats attendus :

- Permettre aux personnes en situation de handicap vivant en établissement de disposer de conditions d'accueil adaptées, en termes de confort, de sécurité.
- Favoriser la mise aux normes des établissements.

Public visé :

Personnes en situation de handicap nécessitant un accueil en établissement et/ou en accueil de jour dans des établissements de compétence départementale.

Modalités :

Poursuite du programme de rénovations et/ou reconstruction des établissements le nécessitant.

Partenaires :

- Organismes gestionnaires des établissements, notamment CSPCP, APAJH.
- ARS.
- Région Centre-Val de Loire.

Financement :

Crédits d'investissement du Département, Région, Etat.

OPTIMISER LES MODALITÉS D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT DES ÉTABLISSEMENTS ET FAVORISER LEUR OUVERTURE SUR LE « MILIEU ORDINAIRE »

Objectifs et résultats attendus :

- Assurer la continuité de l'accompagnement et de la prise en charge des personnes en situation de handicap quels que soient leur âge et/ou l'évolution de leur handicap, accueillies au sein des établissements.
- Favoriser l'inclusion dans la cité des personnes accueillies au sein des établissements.

Public visé :

- Les personnes en situation de handicap accueillies au sein des établissements.
- Les organismes gestionnaires d'établissements.

Modalités :

- Poursuivre le développement de l'accompagnement en journée au sein des foyers d'hébergement tel que prévu par les précédents schémas pour les établissements ne l'ayant pas encore mis en place.
- Élaborer des plannings d'activités souples et non obligatoires qui permettent un accompagnement et une prise en charge adaptés aux besoins de la personne en situation de handicap, tout en respectant ses souhaits et ses habitudes de vie.
- Mettre en place une organisation du travail assurant une présence des professionnels en adéquation avec les activités proposées.
- Privilégier une pluridisciplinarité des équipes, pluridisciplinarité pouvant s'organiser par le décloisonnement et la mutualisation avec d'autres établissements.
- Encourager les organismes gestionnaires à organiser des activités et des partenariats avec les acteurs locaux de la vie sociale, culturelle, sportive, des loisirs.
- Accompagner les professionnels des établissements pour leur permettre de bien prendre en compte toutes les dimensions de vie des personnes accueillies (vie affective et sexuelle, parentalité, liens sociaux extérieurs, etc)

Partenaires :

Établissements publics et associations gestionnaires d'établissements.

Financement :

Département (financement des établissements).

**AMÉLIORER LA FLUIDITÉ DES PARCOURS
PAR LE TRAVAIL EN RÉSEAU**

Objectifs et résultats attendus :

Éviter la survenue de situations critiques par le développement de coopérations et de collaborations dans le cadre de la mise en œuvre du parcours de vie.

Public visé :

Les partenaires du champ du handicap (établissements, services, associations, institutionnels).

Modalités :

- Revoir les procédures de traitement des situations d'urgence, élaborer et valider un protocole partagé entre l'ensemble des acteurs professionnels (sociaux, médico-sociaux, soin).
- Fiabiliser le partage d'information, les passages de relais, évaluer la pertinence d'une charte.
- Développer les accompagnements coordonnés notamment avec les « autres champs » : du soin, de l'habitat, du social, des migrants.
- Réexaminer, réactiver les procédures actuelles et notamment reconduire les protocoles « stages » et « accueil prioritaire » pour garantir un accès aux prises en charge en établissement, aux personnes dont les besoins sont prioritaires.
- Utiliser l'ensemble des instances et des dispositifs de concertation et de pilotage des politiques publiques pour favoriser la réflexion collective et le travail en réseau : contrats locaux de santé, Conseil territorial de santé, CDCA, GHT, CPTS, programme territorial de santé mentale...

Partenaires :

Les partenaires du champ du handicap (établissements, services, secteur associatif, institutionnels).

Les acteurs du social (services sociaux, acteurs du logement, de l'urgence sociale, de l'aide aux migrants, etc), de la santé et les organismes chargés de la coordination (MDPH, DAC, 360, ARS,...).

Financement :

Sans objet.

ANNEXES



Questionnaire à destination des adultes en situation de handicap du Département de l'Indre

Situation personnelle

1. Sexe : Homme Femme
2. Age : moins de 20 ans entre 20 et 30 ans entre 31 et 45 ans
 entre 46 et 55 ans entre 56 et 65 ans entre 66 et 85 ans 86 ans et plus
3. Composition du foyer :
 personne seule 2 personnes 3 personnes et plus

Habitat / Logement

1. Précisez le code postal de la commune où vous vivez :
2. Etes-vous :
 En logement individuel : Locataire Propriétaire
 Hébergé par un membre de votre famille, des amis, des proches...
 En collectif (foyer pour personnes en situation de handicap, EHPAD, accueil familial)
3. Habitez-vous dans :
 Un lieu isolé
 Un hameau
 Dans le bourg de votre commune
 En milieu urbain
4. Votre commune dispose-t-elle :
- de commerces de proximité (boulangerie, épicerie...) Oui Non
- de services de proximité (poste, services publics...) Oui Non
- de services de soins de proximité (médecin, pharmacie...) Oui Non
5. Considérez-vous votre habitat adapté à votre situation de handicap ?
 Oui Non
6. Bénéficiez-vous d'un aménagement spécifique de votre logement ?
 Oui Non
7. Bénéficiez-vous de matériel ou d'aides techniques adaptés ?
 Oui Non
8. Envisageriez-vous de déménager si vous trouviez un logement adapté ?
 Oui Non
- 8-1. Si oui, de quel type ?
 Logement autonome
 Logement spécifique (maison relais, habitat inclusif...)
 Etablissement médico-social

Mobilité et accessibilité

1. **Etes-vous en mesure de vous déplacer seul(e) ?**
 Oui Non

2. **Quel type de transport utilisez-vous ?** (plusieurs réponses possibles)
 Votre propre véhicule Véhicule conduit par un aidant
 Transports en commun Taxi
 Autres

3. **Rencontrez-vous des difficultés pour vos déplacements quotidiens (commerces, services, loisirs...)?**
 Oui Non

- 3-1. **Si oui, est-ce lié :**
- à l'aménagement urbain ? Oui Non
- à l'absence de moyen de transport ? Oui Non

4. **Rencontrez-vous des difficultés pour vos déplacements dans le département ?**
 Oui Non

- 4-1. **Si oui, est-ce lié :**
- à l'aménagement urbain ? Oui Non
- à l'absence de moyen de transport ? Oui Non

Travail

1. **Exercez-vous une activité professionnelle ?**
 Oui, en milieu ordinaire Non, sans activité
 Oui, en milieu protégé (ESAT, entreprise adaptée) Non, en retraite
- Si vous êtes retraité(e), merci de passer à la partie Sport, culture et vie sociale*
2. **Si vous exercez une activité professionnelle, bénéficiez-vous d'un aménagement de votre poste ou d'un accompagnement par un service ?**
 Oui Non

 - 2-1. **Si non, estimez-vous en avoir besoin ?**
 Oui Non

 3. **Si vous n'exercez pas une activité professionnelle, souhaitez-vous en exercer une ?**
 Oui Non

 4. **Considérez-vous pouvoir accéder aux offres de formation professionnelle (par votre employeur, par Pôle emploi, par la Région ou par un autre organisme) ?**
 Oui Non Non concerné

Sport, culture et vie sociale

1. Compte tenu de votre situation de handicap, quel est votre niveau de satisfaction par rapport à :

	Niveau de satisfaction				Ne souhaite pas répondre
	★	★★	★★★	★★★★	
- Votre accès aux activités sportives et culturelles	<input type="checkbox"/>				
- Votre vie affective et sexuelle	<input type="checkbox"/>				
- Votre vie sociale (amis, associations...)	<input type="checkbox"/>				
- Votre participation à la vie citoyenne (droit de vote, expression politique et/ou syndicale...)	<input type="checkbox"/>				

2. Estimez-vous que votre situation de handicap freine votre inclusion au sein de la société ?
 Pas du tout Un peu Beaucoup Enormément

Information

1. Pensez-vous avoir une bonne information sur les dispositifs vous concernant et facilitant votre vie ?
 Oui Non

Santé

1. Avez-vous un médecin traitant ?
 Oui Non
2. Estimez-vous que votre situation de handicap freine votre accès aux soins ?
 Pas du tout Un peu Beaucoup Enormément
3. Est-ce que votre situation de handicap nécessite des soins spécifiques ?
 Oui Non
- 3.1 Si oui, estimez-vous que vous avez accès à ces soins spécifiques ?
 Pas du tout Un peu Beaucoup Complètement

Merci de votre participation

Ce questionnaire est à retourner avant le 31 mars 2020 à :

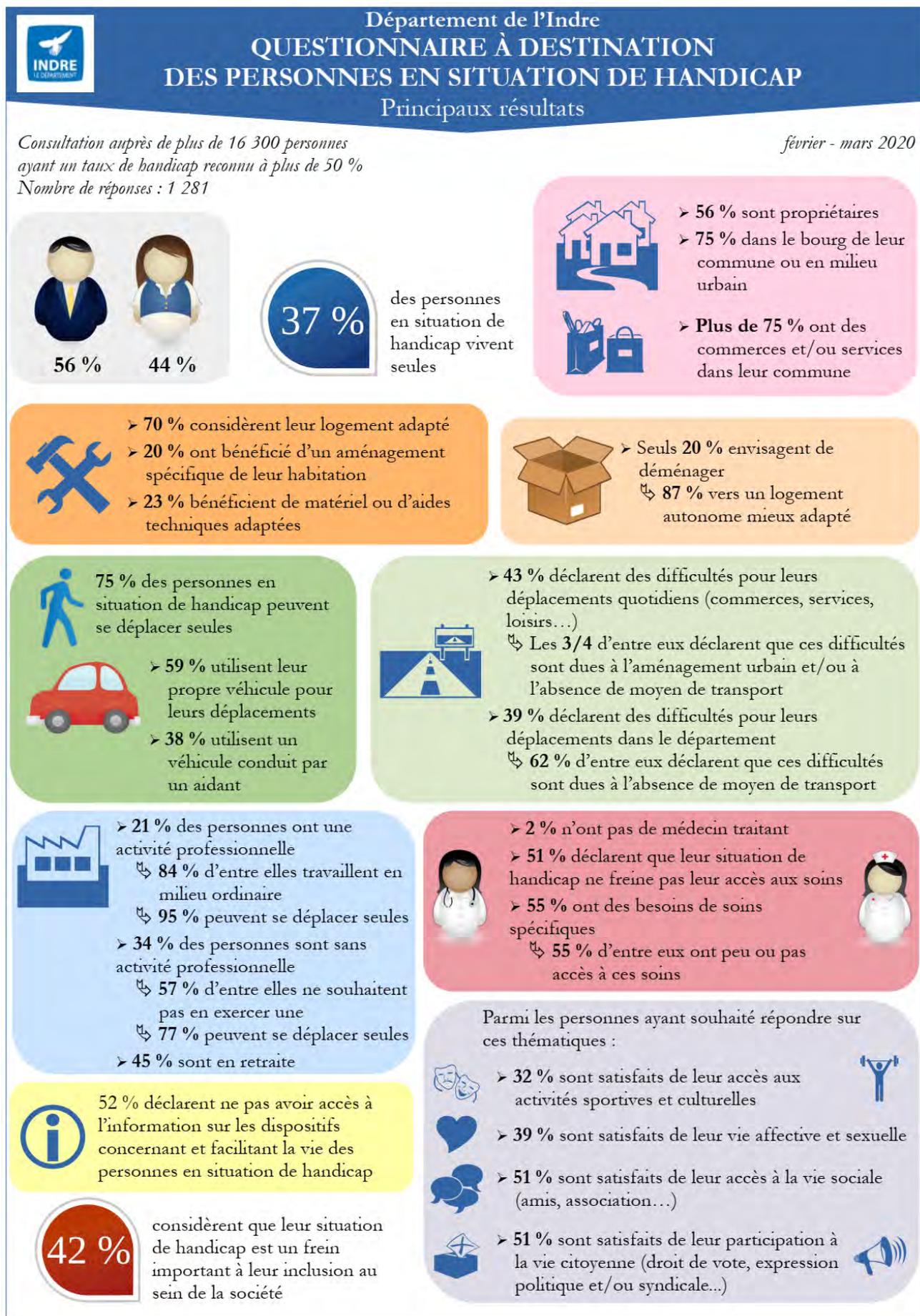
Direction de la Prévention et du Développement Social

4 rue Eugène Rolland

BP 601

36020 Châteauroux Cedex

Annexe 2 : synthèse des résultats du questionnaire à destination des personnes en situation de handicap



Annexe 3 : Evolution de l'offre départementale entre le précédent schéma et 2019

		Capacité autorisée lors du précédent schéma (au 30 juin 2013)			capacité autorisée au 31 décembre 2019			Evolution de la capacité entre 2013 et 2019		
	organisme gestionnaire	Foyer d'hébergement			Foyer d'hébergement			Foyer d'hébergement		
		hébergement permanent	hébergement temporaire ou accueil d'urgence	total	hébergement permanent	hébergement temporaire ou accueil d'urgence	total	hébergement permanent	hébergement temporaire ou accueil d'urgence	total
Le Blanc	Atout Brenne	10	1	11	11	2	13	1	1	2
Buzançais	APAJH 36	6		6	6	2	8		2	2
La Châtre	ADPEP 36	9	1	10	9	1	10			0
Cluis	ADAPEI 36	8		8	8	2	10		2	2
Issoudun	CSPCP	4		4			0	-4		-4
Issoudun	ADPEP 36	10		10	10		10			0
Levroux	ADPEP 36	11	1	12	11	1	12			0
St-Gaultier	Atout Brenne	1		1			0	-1		-1
St-Marcel	APAJH 36	12		12	12	1	13		1	1
St-Maur	ADAPEI 36	42	3	45	42	3	45			0
Valençay	ADPEP 36	11	1	12	11	1	12			0
Département de l'Indre		124	7	131	120	13	133	-4	6	2

		Capacité autorisée lors du précédent schéma (au 30 juin 2013)	capacité autorisée au 31 décembre 2019	Evolution de la capacité entre 2013 et 2019
	organisme gestionnaire	MATAHDI	MATAHDI	MATAHDI
Issoudun	ADPEP 36	6	6	0
Département de l'Indre		6	6	0

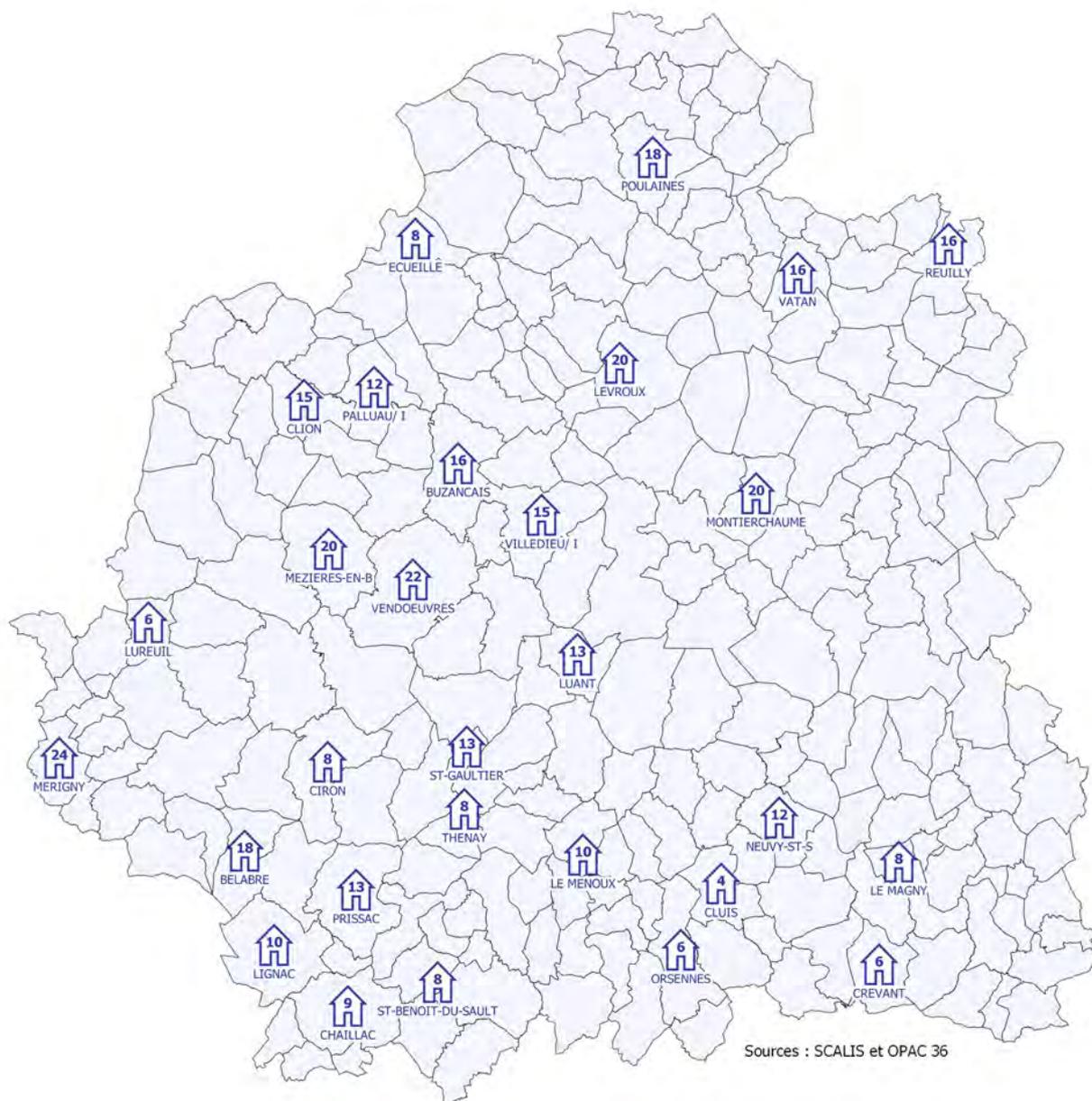
		Capacité autorisée lors du précédent schéma (au 30 juin 2013)				capacité autorisée au 31 décembre 2019				Evolution de la capacité entre 2013 et 2019			
	organisme gestionnaire	FAO / Foyer de vie				FAO / Foyer de vie				FAO / Foyer de vie			
		hébergement permanent	accueil de jour	hébergement temporaire ou accueil d'urgence	total	hébergement permanent	accueil de jour	hébergement temporaire ou accueil d'urgence	total	hébergement permanent	accueil de jour	hébergement temporaire ou accueil d'urgence	total
Le Blanc	Atout Brenne	12	4	1	17	14	5	1	20	2	1		3
Buzançais	APAJH 36	7	1		8	7	2		9		1		1
Châteauroux	EPD Blanche de Fontarce / Les Ecurieuls	15	10	2	27	15	10	2	27				0
La Châtre	ADPEP 36	5	3	1	9	5	3	1	9				0
Cluis	ADAPEI 36	25			25	25	2	1	28		2	1	3
Issoudun	CSPCP	32	18		50	34	18	2	54	2		2	4
Luçay-le-M.	ADPEP 36		8		8		8		8				0
Perassay	EPD Blanche de Fontarce / Perassay	32	2		34	32		1	33		-2	1	-1
St-Benoit-du S.	Atout Brenne	8	4	1	13	8	4	1	13				0
St-Gaultier	Atout Brenne	7	8		15	7	8		15				0
Département de l'Indre		143	58	5	206	147	60	9	216	4	2	4	10

		Capacité autorisée lors du précédent schéma (au 30 juin 2013)				capacité autorisée au 31 décembre 2019				Evolution de la capacité entre 2013 et 2019			
	organisme gestionnaire	FAM / Foyer d'Accueil Médicalisé				FAM / Foyer d'Accueil Médicalisé				FAM / Foyer d'Accueil Médicalisé			
		hébergement permanent	hébergement temporaire	accueil de jour	total	hébergement permanent	hébergement temporaire	accueil de jour	total	hébergement permanent	hébergement temporaire	accueil de jour	total
Chaillac	EPD Blanche de Fontarce / Espace Benjamin	20			20	20			20	0			0
Issoudun	CSPCP	40			40	40			40	0			0
Orsennes	ATCF "Résidence Algira"	32			32	30	2		32	-2	2		0
Perassay	EPD Blanche de Fontarce / Perassay	10			10	10			10	0			0
St-Maur	ADAPEI 36	22			22	20	2	1	23	-2	2	1	1
Département de l'Indre		124	0	0	124	120	4	1	125	-4	4	1	1

		<i>Capacité autorisée lors du précédent schéma (au 30 juin 2013)</i>	<i>capacité autorisée au 31 décembre 2019</i>	<i>Evolution de la capacité entre 2013 et 2019</i>
	organisme gestionnaire	SAVS	SAVS	SAVS
Le Blanc	Atout Brenne	60	60	0
Buzançais	APAJH 36	40	40	0
Châteauroux	ADAPEI 36	80	80	0
Valençay	ADPEP 36	100	100	0
Département de l'Indre		280	280	0

		<i>Capacité autorisée lors du précédent schéma (au 30 juin 2013)</i>	<i>capacité autorisée au 31 décembre 2019</i>	<i>Evolution de la capacité entre 2013 et 2019</i>
	organisme gestionnaire	SAMSAH	SAMSAH	SAMSAH
Châteauroux	UGECAM	20	20	0
Issoudun	CSPCP	10	13	3
Département de l'Indre		30	33	3

Habitat Regroupé Personnes Agées (HRPA) situation au 31 décembre 2019



Situation au 31 décembre 2019 :

Nombre total de structures : 29
représentant 374 logements

Gestion SCALIS pour l'ensemble des structures
hormis structure de Lureuil, gestion OPAC 36

COMPTES RENDUS DES GROUPES DE TRAVAIL

Groupe 1 : Place de la personne dans la Cité

Séance 1 du 20 janvier 2020

Introduction : rappel du contexte

Le Département de l'Indre souhaite maintenir des schémas par grandes thématiques de politique publique, Personnes handicapées, âgées, enfance afin d'être au plus près des réalités de terrain dans chacun de ces domaines.

De même le Département fait le choix de réaliser « en direct » (sans prestataire) ses schémas pour favoriser les échanges avec les acteurs locaux.

Le schéma relatif à la politique publique en faveur des personnes en situation de handicap s'inscrit dans un cadre précis des compétences du Département : les personnes adultes (pas les enfants), l'accompagnement social et médico-social mais sans aborder les soins.

De même ce qui relève du champ de la loi ou du cadre réglementaire ne peut être modifié à notre niveau.

Deux sujets pour cette première réunion :

- y a t-il besoin d'approfondir les éléments de diagnostics fournis le 19 décembre ?
- définir le périmètre de réflexion du groupe.

1- approfondir les éléments du diagnostic

Par rapport aux documents présentés lors de la réunion de lancement du schéma du handicap du 19 décembre 2019, la question est posée sur les éléments de diagnostic supplémentaires qui seraient nécessaires pour asseoir notre nouveau schéma.

Ainsi sur le travail et l'insertion des travailleurs handicapés il sera demandé à la CAF les données du versement de l'AAH taux plein ou pas.

Quand on regarde les volumes statistiques, il faut aussi prendre en considération qu'il existe une majorité de personnes qui sont en situation de handicap et qui ne relèvent pas de l'offre spécialisée.

Aujourd'hui on sait qu'il y a environ 20 000 Indriens adultes qui ont un droit ouvert à la MDPH et pour lesquels environ 20 % sont accompagnés par un Etablissement ou service médico-social.

Parmi ces 20 000 personnes, beaucoup travaillent en milieu ordinaire, et possèdent une reconnaissance travailleur handicapé.

Pour compléter ce diagnostic, la DIRECCTE sera interrogée sur le volet travail du fait de l'évolution de la réglementation et de l'inclusion des personnes en situation de handicap au travail.

La question sur la confidentialité des statistiques est abordée or dès lors qu'il s'agit de données statistiques (en nombre), il n'y a pas d'éléments nominatifs.

La porte d'entrée des éléments de statistiques demandés pourra également se faire par la MDPH.

La question de la connaissance de la situation des personnes handicapées non accompagnées par des services spécialisés est abordée à partir du sujet du logement.

Comment s'assurer que l'offre de logement est adaptée en nombre et en qualité ?

Au-delà du logement, cette question peut concerner tous les domaines de la vie quotidienne.

Aussi il est retenu l'idée d'approfondir le diagnostic par un questionnaire destiné à l'ensemble des personnes en situation de handicap ayant un taux supérieur à 50 %.

Avant de travailler sur l'élaboration du questionnaire, la définition du périmètre de travail du groupe est abordée.

2- Les thématiques abordées dans le cadre de ce groupe pour délimiter le périmètre de travail

Le groupe de travail a recensé les thématiques suivantes à aborder :

L'accès des personnes en situation handicap ou à mobilité réduite à l'ensemble du cadre de la vie ordinaire est un enjeu essentiel pour garantir leur participation dans les différents champs de la société. Cet enjeu concerne l'environnement physique, les transports, l'information et la communication, les équipements et les services ouverts au public, la scolarisation, l'emploi et la formation professionnelle, l'accès à la culture et aux loisirs, le droit à la citoyenneté ou tout simplement la vie affective.

Une des difficultés majeures rencontrées par les personnes en situation de handicap dans leur vie quotidienne concerne l'accessibilité de l'environnement : les équipements et les services ne sont pas bien pensés pour prendre en compte les différents types de handicap.

La « chaîne du déplacement » évoquée dans la loi du 11 février 2005, qui comprend le cadre bâti, la voirie, les aménagements des espaces publics, les systèmes de transport, est organisée pour permettre son accessibilité pour être utilisés par tous.

Dans le domaine du logement, cette obligation d'accessibilité des bâtiments d'habitation collectifs neuf ou des maisons individuelles construites pour être vendues ou louées, est rappelée.

Concernant les transports, les règles liées à la non-discrimination en matière d'accès aux services devrait s'appliquer.

En effet de nombreuses personnes ne peuvent utiliser les transports en commun faute de place réservée ou d'équipements non prévus.

Dans certains cas une personne peut se voir refuser l'accès faute d'avoir un accompagnateur.

Pour ce qui est du droit à la citoyenneté, la loi du 23 mars 2019 ouvre le droit de vote des personnes en situation de handicap en tutelle en leur reconnaissant leur pleine et entière citoyenneté.

Cependant l'accès au travail et à la formation des personnes en situation de handicap est un vrai enjeu.

La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) permet d'accéder, en complément du droit commun, aux dispositifs spécifiques visant à favoriser l'insertion professionnelle ou le maintien dans l'emploi par un aménagement de poste par exemple.

Or le poids du mot « handicap » continue de peser sur l'embauche des personnes en situation de handicap.

La DIRECCTE³⁶ et CAP EMPLOI seront interrogés pour connaître le taux d'emploi dans les entreprises de l'Indre et le respect de l'obligation d'employer des personnes en situation de handicap à hauteur de 6 % de l'effectif.

Les personnes peuvent accéder à une multitude d'informations dans le domaine du handicap mais cette effervescence rend inefficace l'information globale à retenir.

On reste encore sur des a priori sur le handicap. Pour changer les mentalités et le regard sur le handicap, le monde du handicap doit aussi mieux communiquer et l'ensemble des intervenants de « droit commun » doit être formé pour cela.

Alors que l'on parle d'inclusion, comment réinventer la vie dans la Cité autour de l'activité sociale, sportive, culturelle et des loisirs sans oublier la vie affective pour les personnes en situation de handicap ?

L'activité sportive doit elle être adaptée dans des structures ouvertes à tous ou doit on organiser une filière spécifique du sport adapté ?

Comment permettre l'accès au droit commun pour tous sans tomber dans la spécificité qui peut exclure ?

En conclusion des ces échanges, les thématiques à aborder sont :

- l'habitat
- la mobilité et l'accessibilité
- la formation et le travail
- l'accès à la culture, aux sports, aux activités sociales, à la vie affective et sexuelle
- l'accès aux soins.

3- Le questionnaire : périmètre et construction

Le questionnaire s'adresserait à l'ensemble des personnes ayant un taux > 50 %.

Il viendrait enrichir à la fois la partie diagnostic et à la fois la partie thématiques.

Ce questionnaire serait anonyme. Il est élaboré collectivement par le groupe.

Il est proposé que le projet mis en forme soit adressé avant la prochaine réunion à l'ensemble des participants du groupe.

Groupe 1 : Place de la personne dans la Cité

Séance 2 du 2 mars 2020

Membres présents :

- Mme BARBIER Lucie, Conseillère départementale du canton d'Issoudun
- M. BARRAULT Christophe, D.P.D.S./service Tarification
- M. COTTIN Philippe, Président de l'ATCF Région-Centre
- Mme DODU Elisabeth , IDE/SSIAD Coordinatrice accueil familial
- M. D'OLIVEIRA Luc, D.P.D.S./responsable service Tarification
- Mme FAVARD Janou, Association CAPABLES
- M. FILY Jean-François, ADAPEI 36
- Mme FOURMY Chrystèle, Familles rurales
- Mme GENTAL Françoise, D.P.D.S./responsable service Aide et Action Sociales
- M. GIORDANO Patrice, Directeur territorial APF France handicap
- Mme le Docteur GOUGUET-BALLERE, D.P.D.S./service Conseil médical
- Mme GSTALTER Marie, UNAFAM
- Mme GUENAND Valérie, D.P.D.S./service Aide et Action Sociales
- M. JEANNETON Philippe, APF France handicap, représentant de l'Indre
- Mme LACOU Lydie, Conseillère départementale du canton de Saint-Gaultier
- M. LE GOAPPER Pascal, responsable d'unités socio-éducatives EPD Blanche de Fontarce
- Mme LE MONNIER de GOUVILLE Françoise, Directeur de la Prévention et du Développement Social
- M. LODIN Charlie, Directeur secteur Habitat ADAPEI 36
- Mme PIERRE Liliane, Déléguée AFM
- Mme RHIMBERT-BONNET Nathalie, UDAF 36
- Mme RIDEL Mélanie, Directeur adjoint de la Prévention et du Développement Social
- Mme SAUGET Angèle, Directrice adjointe EDP Blanche de Fontarce
- Mme SELLERON Michèle, Conseillère départementale de La Châtre
- Mme TARDIVAT Christiane, MDPH 36
- Mme TIRET Marie, Atout Brenne
- Mme TRICAUD Nathalie, CSE – CSPCP d'Issoudun
- M. VIALARET Jean-Pierre, Président ATI 36

Membre excusé :

- M. BATIFORT Jean-Paul, Président de l'ACOGEMAS « Les Dauphins »

Le compte-rendu de la réunion du 20 janvier ainsi que le questionnaire sont remis aux membres présents pour lecture.

Aucune observation n'a été formulée sur le fond des échanges.

Le questionnaire sera accessible en ligne sur internet. Toutes les personnes ayant un taux d'invalidité d'au moins 50 % vont très prochainement recevoir un courrier pour les inviter à répondre au questionnaire à partir d'un lien internet. Il est précisé que la date de renvoi du questionnaire est fixée au 31 mars. Les personnes qui n'ont pas internet pourront se rendre dans les Circonscriptions d'Actions Sociales ou à l'accueil de la DPDS pour obtenir le questionnaire sous format papier. Il est rappelé que ce questionnaire est anonyme.

1

Les thèmes abordés dans ce groupe sont :

- l'habitat
- la mobilité et l'accessibilité
- la formation et le travail

- l'accès à la culture, aux sports, aux activités sociales, à la vie affective et sexuelle
- l'accès aux soins.

1-mobilité et accessibilité

- La mobilité

La mobilité peut être compliquée pour tout habitant de l'Indre (pour les personnes âgées, pour les personnes à faibles ressources...). Aussi, il s'agit de faire apparaître ce qui est encore plus compliqué pour une personne en situation de handicap.

Il est rappelé que les transports collectifs sont de la responsabilité de la Région pour les liaisons non urbaines, des Communes et intercommunalités pour l'urbain.

Pour les liaisons interurbaines, la Région gère les cars REMI et élabore le schéma d'accessibilité. Les cars sont adaptés aux personnes en fauteuil roulant. Pour ce qui est du dispositif « à la demande », il est fait état qu'il faut réserver la veille et que les dessertes sont insuffisantes.

Pour l'urbain, dans l'Indre, seule l'agglomération castelroussine, en raison de sa démographie, est soumise à l'obligation d'organiser un réseau de transport adapté aux personnes en situation de handicap (par exemple ISSOUDUN n'y est pas contrainte). CHATEAUROUX Métropole gère ainsi le réseau HANDIBUS. Pour en bénéficier, il faut faire un dossier validé par une commission. C'est un service sur abonnement.

L'inconvénient est que le service dépend de la Carte Mobilité Inclusion détenue par la personne (taux d'invalidité supérieur à 80 %). Ainsi le handicap psychique, sans problème de mobilité apparent, peut en être exclu.

La mention « besoin d'accompagnement », qui est parfois ajoutée sur la carte et accordée par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) pour permettre aux accompagnants de bénéficier aussi des avantages réservés aux personnes en situation de handicap, se révèle pénalisant : l'accès est refusé si la personne en situation de handicap est seule sans accompagnant (crainte des responsabilités encourues en cas d'accident). Il faudrait revenir sur le dispositif en proposant d'inscrire dans la réglementation de ce transport les précisions quant aux responsabilités de chacun.

La commission a tendance aujourd'hui à recentrer le service sur les trajets de travail et non plus pour tout type de trajet comme auparavant. La raison évoquée est que le réseau de transport en commun classique de CHATEAUROUX Métropole est aussi adapté à la mobilité réduite (aux fauteuils roulants, aux personnes avec déficience visuelle ou auditive...). Pour autant, il n'y a qu'une seule place pour les fauteuils roulants dans les bus. Il est indiqué qu'il n'y aurait pas de représentants de personnes en situation de handicap au sein de la commission HANDIBUS.

Sur le secteur de LE BLANC, les difficultés apparaissent surtout pour les week-ends. Il a y peu de services sur place ce qui nécessite bien souvent de devoir se déplacer sur CHATEAUROUX notamment. Le secteur est insuffisamment desservi et les personnes, du fait de leur handicap, sont en difficulté pour passer le permis de conduire.

Le covoiturage solidaire se met en place et pallie les manques comme par exemple au sein des usagers du Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) mais cela fonctionne souvent en intra services, associations.

Les véhicules adaptés sont trop rares dans les familles, dans les dispositifs de location. Il est possible d'organiser une mutualisation des véhicules adaptés appartenant à des personnes privées mais pas par l'intermédiaire des structures institutionnelles (trop de contraintes juridiques et administratives pour être efficace). Il est rappelé que les personnes relevant de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) peuvent solliciter une aide financière pour l'aménagement du véhicule. Il n'existe pas d'appel à projet en cours sur ce sujet lancé par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Pour les personnes âgées de 60 ans et plus, la Conférence des Financeurs peut accorder des aides financières dans le cadre de l'achat d'aides techniques favorisant la mobilité.

Concernant l'usage des voiturettes, les coûts d'achat, d'entretien, d'assurance sont élevés et on assiste parfois à des utilisations dangereuses. Il faut sensibiliser les personnes concernées, les organismes de tutelle, les familles sur les formations à suivre obligatoirement, accompagner les personnes pour le plan de financement lors de l'achat. Il faut s'appuyer sur les auto-écoles ou les médecins pour faire une évaluation sur les capacités de la personne à conduire, à respecter les conditions de sécurité.

Sur les autres aspects de la question de la mobilité, il est reconnu que la gratuité des transports en commun sur CHATEAUROUX et son agglomération est une force et une richesse. Le train en « accès plus » fonctionne très bien et est accessible partout où il y a une gare. Pour FLEXIBUS, accessible à la gare routière de CHATEAUROUX et à CAP SUD à SAINT-MAUR, il faut se renseigner avant et le correspondant est sensé proposer des solutions.

- L'accessibilité

Une obligation d'accessibilité a été posée par la loi de 2005 puis par les agendas d'accessibilité programmée (AD'AP) 10 ans plus tard. Les bailleurs sociaux ont fait des progrès.

Concernant l'espace urbain on note des progrès à Châteauroux mais pas dans tous les quartiers. Les efforts sont à poursuivre sur l'agglomération de CHATEAUROUX et sont à faire ailleurs, dans les communes du département.

Les commissions communales d'accessibilité ne semblent pas être actives. Elles doivent se mettre à jour par rapport aux prescriptions et aux réglementations actuelles. Cela dépend souvent d'une volonté personnelle des élus.

Il y a parfois une opposition entre la norme et la qualité d'usage. La qualité d'usage n'est pas toujours entendue. Dans beaucoup de villes, on installe des pavés dans les rues ce qui est désagréable pour les personnes en fauteuil roulant (cela crée des trépidations dans le corps). La solution serait d'inviter à faire des cheminements en pavés plats.

Il y a une peur du coût de l'aménagement. Il faut faire de l'information, de la communication sur ce qui ne coûte pas cher, sur ce qui est facile à faire.

Peut-être faut-il proposer des animations par les associations de personnes en situation de handicap sur le sujet mais aussi élargir les actions de lobbying pour présenter l'intérêt que cela représente pour tous (personnes âgées, familles avec des enfants en poussette...).

Les difficultés sont dans le message qui n'est pas audible a priori. Il faut remettre le discours de l'accessibilité dans les projets des acteurs. Une marge de manœuvre existe même si parfois des intérêts contradictoires persistent entre sécurité et accessibilité (ouverture des portes, position des boutons d'ascenseurs, pas de chaises d'attente adaptées aux grands obèses...), entre accessibilité et contraintes imposées par les Bâtiments de France et les agendas AD' AP (pour les églises, les propriétaires de bâtiments publics, les cimetières...). Où on en est dans le département de l'Indre ? Il manque un outil

de suivi et de connaissance. Par le Conseil Départemental de la Citoyenneté de l'Autonomie (CDCA) ?
Par le site internet de la MDPH pour diffuser de l'information ?

3

L'application streetco, application participative de partage entre usagers, permet aux personnes de signaler les rues et espaces accessibles, facilitant ainsi l'organisation d'un parcours avant de se déplacer. Cette application pourrait être valorisée auprès des habitants de l'Indre.

2 - acces au sport, à la culture, aux activités sociales, à la vie affective et sexuelle

Les freins portent :

- sur la mobilité,
- sur l'accessibilité,
- sur l'intermodalité entre vie publique et personnelle (par exemple les horaires de passage des aides à domicile pour aider au coucher ne sont pas adaptés lors des sorties le soir),
- sur l'acceptation du handicap (parfois la personne ne veut plus sortir).

La réglementation en vigueur n'est pas favorable aux assistants pour la vie sexuelle même si la question a été relancée récemment par le gouvernement.

Des annonces ont été faites lors de la Conférence Nationale du Handicap pour accorder des aides à la parentalité dans le cadre de la PCH.

Le milieu ordinaire est peu préparé à l'accueil de personnes en situation de handicap dans les activités de droit commun. Les acteurs ne sont pas formés à l'accompagnement de ce public. Il n'y a pas suffisamment de communication sur les passerelles possibles : il est indispensable de faire des prises de contact de manière préventive, de procéder par des étapes.

Il est possible de trouver des modalités pour faire des liens avec le « milieu ouvert ». Les professionnels des structures peuvent être en soutien pour coordonner les dynamiques de droit commun, cibler les besoins et y répondre.

1. Il faut sensibiliser, former pour rendre possible l'accès au droit commun.
2. et, si besoin d'un accompagnement, comment faire ? Comment introduire un peu de spécifique dans le droit commun ? Par quelles ressources ? Les associations ? Avoir un référent handicap à mobiliser au niveau des fédérations sportives ? Les bénévoles ?

En parallèle, il faut valoriser les personnes en situation de handicap sur leur capacité à faire les choses, les inviter à faire elles-mêmes du bénévolat par exemple. Il existe encore dans la société l'idée qu'il faut « assister » la personne en situation de handicap, même parmi les professionnels.

Les associations « gestionnaires » devraient développer des actions pour aller vers les personnes en situation de handicap qui ne sont pas dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. Leurs compétences pourraient ainsi aussi servir pour les actions de droit commun, en direction de cette population difficile à aller chercher (les services tutélaires sont souvent le lien). Pour la personne qui ne veut pas se voir avec un handicap, l'association est pour elle stigmatisante.

Par rapport à la vie intime, affective et sexuelle des personnes en situation de handicap, les mentalités évoluent. Pour autant, on constate que les parents ont tendance à les surprotéger. Il existe encore des tabous à domicile mais aussi en établissement. Il faut accompagner par de l'éducation, rappeler les règles de consentement comme pour le droit commun. La personne doit être en capacité d'exprimer les choses et il faut s'assurer de sa compréhension, de son accord et l'accompagner en terme de responsabilité.

Il faut être vigilant par rapport aux cas d'exploitation de la vulnérabilité de la personne en situation de handicap notamment avec les réseaux sociaux. Il y a un travail à faire pour former les gens à l'utilisation d'internet, à la prévention contre l'addiction au numérique.

Groupe 1 : Place de la personne dans la Cité

Séance 3 du 8 juin 2020

Membres présents :

- M. BARRAULT Christophe, D.P.D.S./service Tarification
- M. BATIFORT Jean-Paul, Président de l'ACOGEMAS « Les Dauphins »
- Mme BAZOGE Isabelle, Responsable du service social OPAC 36
- M. BLONDEAU Michel, Conseiller départemental de Châteauroux 1
- Mme BRUNET Stéphanie, Directrice adjointe UGECAM
- Mme BUGEAUD Céline, Directrice adjointe Blanche de Fontarce
- M. COTTIN Philippe, Président de l'ATCF Région-Centre
- M. D'OLIVEIRA Luc, D.P.D.S./responsable service Tarification
- Mme ETIEVE Sarah, Directrice de la fédération Familles rurales de l'Indre
- Mme FAVARD Janou, Association CAPABLES
- Mme FEFEU Marie-Laure, Directrice association Atout Brenne
- M. FILY Jean-François, ADAPEI 36
- Mme FOURMY Chrystèle, Familles rurales
- Mme GENTAL Françoise, D.P.D.S./responsable service Aide et Action Sociales
- M. GIORDANO Patrice, Directeur territorial APF France handicap
- Mme GUENAND Valérie, D.P.D.S./service Aide et Action Sociales
- M. JEANNETON Philippe, APF France handicap, représentant de l'Indre
- M. LE GOAPPER Pascal, responsable d'unités socio-éducatives EPD Blanche de Fontarce
- Mme LE MONNIER de GOUVILLE Françoise, Directeur de la Prévention et du Développement Social
- M. LUCILLA Yannick, DDCSPP 36
- M MENARD, Chef de service UGECAM
- M. PETITPRETE Jean, Conseiller départemental d'Ardentes
- Mme PIERRE Liliane, Déléguée AFM
- Mme RHIMBERT-BONNET Nathalie, UDAF 36
- Mme SELLERON Michèle, Conseillère départementale de La Châtre
- Mme TARDIVAT Christiane, Directeur adjoint MDPH 36
- Mme TRICAUD Nathalie, CSE – CSPCP d'Issoudun

Le compte-rendu de la réunion du 2 mars 2020 ainsi que les premiers résultats du questionnaire ont été remis aux membres présents pour lecture.

Aucune observation n'a été formulée sur le compte-rendu.

Ordre du jour :

- Résultats à plat des réponses au questionnaire
- l'habitat
- la formation et le travail
- l'accès aux soins.

1 - Résultats à plat des réponses au questionnaire

Le questionnaire était accessible en ligne sur internet. Il a été diffusé le 21 février pendant 6 semaines auprès de 16 000 personnes avec 1 281 retours. L'essentiel des questionnaires a été retourné avant le confinement. Les services de la DPDS ont apporté leur aide auprès de 200 personnes sur des questionnaires au format papier.

Le document présenté est une première projection à plat des résultats dans l'attente d'une analyse plus fine effectuée par croisements des réponses. Le questionnaire étant anonyme, les réponses ne permettent pas de vérifier la représentativité des quotas conformes à la démographie des personnes en situation du handicap du Département.

L'analyse des résultats à plat a permis de dégager les premières constatations suivantes :

- Le profil de la population ayant répondu au questionnaire est constitué de :
 - 56 % de femmes (pour 52 % des personnes en situation de handicap dans l'Indre) ;
 - 62 % de personnes âgées de 56 ans et plus (pour 47,8% des personnes en situation de handicap dans l'Indre) ;
 - une composition différente des foyers de ce que l'on aurait pu attendre avec 38 % de personnes seules et 44 % de couples ;
- L'implantation géographique est essentiellement rurale conformément à celle du Département ;
- Concernant l'habitat :
 - 55 % de personnes propriétaires;
 - L'habitat non adapté au handicap représente 71 % ;
 - 80 % ne bénéficient pas d'aménagement spécifique ;
- Concernant le transport :
 - 59 % de personnes utilisent leur propre véhicule mais 38 % se déplacent dans un véhicule conduit par un tiers ;
 - 43 % ont des difficultés de déplacement au quotidien dues pour moitié à l'aménagement urbain ;
 - 39 % ont des difficultés de déplacement dans le département du également pour moitié à l'aménagement urbain et 69 % aux moyens de transport ;
- Concernant le travail :
 - Seules 21 % des personnes exercent une activité professionnelle (dont 3 % en milieu protégé); 42 % d'entre elles souhaitent bénéficier d'un accompagnement ou d'un aménagement de poste ;
 - 45 % des personnes sont en retraite et 34 % sont sans activité ; parmi ces dernières, 44 % souhaiteraient exercer une activité professionnelle ;
- Concernant les activités sociales :
 - Les réponses sont très partagées concernant le niveau de satisfaction sur l'accès aux activités sportives et culturelles : 38 % ne se prononcent pas, 20 % sont satisfaits et 27 % ont un niveau de satisfaction médiocre ;
 - On constate 53 % de non réponse concernant le niveau de satisfaction sur la vie affective et sexuelle ;
 - Il en est de même pour la participation à la vie citoyenne avec 33 % de non réponse et un niveau de satisfaction partagé ; 19 % estiment que le handicap n'est pas un frein à l'inclusion en société et 39 % un peu ;
- 49 % des personnes estiment ne pas avoir une bonne information sur les dispositifs existants en faveur du handicap ;
- Concernant la santé :
 - 51 % des personnes considèrent que le handicap n'est pas un frein pour l'accès au soin et 97 % ont un médecin traitant ;

- Pour 55 % des personnes le handicap nécessite des soins spécifiques ; 45 % estiment y avoir complètement accès ou suffisamment, 42 % un peu et seulement 14 % pas du tout.

A l'issue de la présentation des résultats à plat de l'enquête, un débat s'est engagé.

Le problème de l'invisibilité du handicap a été soulevé. Les personnes les mieux intégrées sont-elles celles qui ont répondu le plus au questionnaire ? Une analyse croisée sera effectuée avec la configuration de la population indienne.

Thématiques de travail découlant de l'enquête :

- Par les lois de 1975 et 2005 des progrès ont été réalisés sur les aménagements collectifs publics, les administrations et les commerces. Cependant, il est constaté un ralentissement sur les dernières années qui pourrait être endigué par une action de sensibilisation auprès des acteurs publics et privés.
- Une sensibilisation des maires pourrait être envisagée sur les dispositifs d'accompagnement et sur les droits d'accès aux équipements et aménagements.
- Il est constaté un problème d'accès ou de connaissance des dispositifs de transport plus particulièrement dans le milieu rural.
- L'appréhension des équipements de santé est assez bonne.
- L'implication dans les activités de la vie sociale et culturelle est à développer.

2 - L'habitat

L'habitat s'inscrit dans une approche à la fois dans un cadre normatif technique mais également sur les conditions d'usage. Cette approche doit tenir compte du caractère évolutif du handicap. Les outils, la technologie, les aides techniques ainsi que les financements existent. La difficulté est l'équilibre nécessaire entre la pérennité de l'habitat et l'adaptation aux besoins de la personne. Cela suppose la mise en corrélation des experts du logement avec les experts du handicap pour vérifier si l'adaptation du logement répond aux besoins du handicap et si des réponses sont à apporter. (la mise en place et la diffusion de fiches pourraient être envisagées).

L'adaptation du logement doit favoriser le maintien sur le territoire et la recherche d'équilibre et d'équité entre les territoires ruraux et urbains.

La problématique de l'information repose sur la pertinence du message (quels messages pour quels publics : locataires en situation de handicap, bailleurs, artisans et professionnels ?).

Pour le locataire en situation de handicap

Beaucoup de locataires en situation de handicap ne font pas valoir leurs droits (non recours, non demandes) par peur que :

- cela ne soit pas possible ;
- de la réponse ou du refus du bailleur ;
- l'attribution du logement ne soit pas accordée (le handicap peut être un frein pour l'accès au logement) ;
- de devoir déménager dans un appartement proposé par le bailleur et adapté au handicap.

Les recours du locataire auprès du bailleur doivent être facilités pour éviter l'autocensure (venir en appui).

Pour le propriétaire

L'approche est différente selon le statut entre les personnes en situation de handicap propriétaire de leur logement (soit 55 % des réponses au questionnaire) et les bailleurs publics ou privés. Pour les

premiers, des solutions peuvent être apportées par le PIG et la MDPH. L'information doit être accentuée à ce sujet.

Pour les bailleurs du secteur public, les dispositifs existent. Les remontées des gardiens d'immeubles peuvent favoriser le recensement des besoins et des situations tendues. Cela est plus difficile pour les logements isolés et en milieu rural et auprès des bailleurs privés. Il s'agit de répondre aux attentes en préservant le maintien sur le territoire. Les retours d'expérience sont à rechercher.

L'approche est plus difficile pour les bailleurs privés qui recherchent la pérennité de leur logement et sont réticents à leur transformation (coût des travaux, crainte pour les prochaines locations...).

Pour les artisans et professionnels

L'évolution des techniques et la baisse des prix des installations sont des atouts à l'adaptation des logements. Une synergie avec les professionnels est à rechercher.

Pistes d'action :

- Développer la mise en relation des experts du logement avec des experts du handicap ;
- Développer l'information sur les dispositifs existants auprès des locataires en situation de handicap, des bailleurs, des mairies et des artisans et professionnels...

3 - La formation et le travail

En partenariat avec Pôle emploi et la DIRECCTE, l'approche de cette thématique doit porter sur les conditions d'intégration de la personne en situation de handicap dans l'emploi ordinaire par un accompagnement à mobiliser pour répondre aux besoins individuels :

1^{er} niveau : Par CAP EMPLOI sur l'évaluation, l'aide à la recherche et l'accompagnement à l'intégration.

2^{ème} niveau : Le dispositif mis en place par le Décret n° 2016-1899 du 27 décembre 2016 relatif à l'emploi accompagné a enfin été développé dans le département (sur orientation de la MDPH). Toutefois la capacité à 12 places et les financements sont limités. Les départements de l'Indre et du Cher restent sous-dotés par rapport aux autres départements de la région.

Les démarches entreprises par les ESAT de l'Indre sur les parcours professionnels pour une orientation vers le milieu ordinaire présupposent la possibilité d'aller-retours.

L'insertion professionnelle est difficile pour les personnes en situation de handicap psychique confrontées à la difficulté de faire œuvre de stabilité dans son emploi.

Pistes d'action :

- Faire évoluer la capacité du dispositif de l'emploi accompagné sur les départements de l'Indre et du Cher ;
- Dans le 36, il y a peu d'entreprises de ce genre, mais justement il faudrait le faire savoir ;
- Développer l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique.

4 - l'accès aux soins

Malgré des réponses encourageantes dans l'enquête, l'accès aux soins des personnes en situation de handicap reste plus problématique :

- Non-recours aux soins par les personnes elles-mêmes ou rejet du secteur sanitaire.
- Besoins supplémentaires et contraintes majorées.

- Difficultés de repérages des personnes et d'identification de leurs problématiques (surtout en période de pandémie lorsque le rôle exercé par les accompagnants est plus ou moins exercé).
- Problème du transport hors département.
- de la démographie sanitaire du département...

Il a été proposé une approche par cheminement vers l'accès aux soins en agissant sur chacun des verrous existants (éloignement, action auprès du réseau des professionnels...).

La prise en charge des personnes en situation de handicap psychique reste difficile face aux incompréhensions ou réticences des professionnels de santé. Les difficultés sont accentuées pour les personnes dont l'état de santé ne permet plus le maintien au domicile et qui refusent l'accueil en établissement. La nécessité de l'acceptation suppose une réponse conjointe et coordonnée entre le secteur sanitaire et les établissements ou services sociaux et médico-sociaux tant dans l'accompagnement que dans la préparation de la personne au changement. Parallèlement, les réponses innovantes ne passant pas par du collectif tel le dispositif de type « un chez soi d'abord » n'existe pas dans l'Indre.

Le secteur sanitaire considère que la prise en charge du soin pour l'utilisateur handicapé relève prioritairement du secteur médico-social. Ce positionnement se traduit par des rejets aux urgences ou dans la continuité des traitements.

Pistes d'action :

- Renforcer le maillage avec les accompagnants (SAAD, SSIAD, SAVS, SAMSAH, SAAF...) pour assurer un repérage plus efficace des problématiques de soin des personnes en situation de handicap.
- Favoriser l'accès aux soins sur tous les territoires de l'Indre.
- Développer les coordinations avec le secteur hospitalier.
- Développer l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique.

Groupe 2 : Accompagner la personne tout au long de sa vie

Séance 1 du 27 janvier 2020

Membres présents :

Mme BALLANGER Michèle, association Coridys Indre
M. BARRAULT Christophe, adjoint au chef de service Tarification DPDS
M. BIAUNIER Pascal, Directeur général de l'UDAF 36
Mme BROQUIER Laure, Directrice Cap Emploi
Mme BRUNET Stéphanie, Directrice adjointe UGECAM
M. DIAWARA Daouda, responsable de service mandataire judiciaire protection des majeurs Familles Rurales
Mme DE GOUVILLE Françoise, Directeur de la DPDS
M. DUTOUR Ludovic, Directeur général de l'ADPEP 36
Mme FERRET Corinne, CSPCP Issoudun
M. FILY Jean-François, Directeur général de l'ADAPEI 36
Mme FOULATIER Christine, déléguée AFM
Mme GENTAL Françoise, Chef de service AAS - DPDS
Mme GREGNANIN Karine, responsable de service aide à domicile – AFD
Mme GUENAND Valérie, adjointe au chef de service AAS DPDS
Mme GUILLARD-PETIT Françoise, APF France Handicap
Mme HUCHINS Aline, responsable secteur Aide à Dom 36 Déols
M. HULLET Fabien, Directeur ESAT AIDAPHI
M. JEANNETON Philippe, représentant départemental APF France Handicap
Mme LABOIS Annie, UNAFAM
Mme LACOU Lydie, Conseillère départementale
M. LACOU Stéphane, Directeur du FAM Algira à Orsennes
M. LAFON Yves-Henri, Directeur générale de l'ASMAD
M. LE GOAFFEC Pascal, responsable d'unités socio-éducatives – Espace Benjamin Chaillac
Mme LEMERCIER Fiona, AFM Téléthon
Mme MONSACRE Nadine, unité départementale 36 de la DIRECCTE
Mme PLANCQ Lydie, CSPCP Issoudun
Mme PRIAM Rosiane, association Coridys Indre
Mme RIDEL Mélanie, Directrice adjointe de la DPDS
Mme SZYMURSKI Laëtitia, MSA service tutelle 36
Mme TARDIVAT Christiane, Directrice adjointe de la MDPH 36

Madame de Gouville accueille et remercie les personnes présentes.

Il est ensuite effectué un tour de table pour que chacun se présente.

A l'issue, Madame de Gouville rappelle que le nouveau schéma a été lancé lors de la réunion du 19 décembre 2019 au cours de laquelle des éléments de diagnostic ont été présentés, ainsi que la constitution de 3 groupes de travail :

- groupe 1 : la place de la personne dans la cité
- groupe 2 : accompagner la personne tout au long de sa vie

- groupe 3 : coordination autour de la personne.

Mme de Gouville rappelle que le Département a fait les choix suivants pour la mise en place de ses schémas :

1. ne pas faire un schéma départemental regroupant l'ensemble des secteurs mais un schéma spécifique pour chaque secteur : enfance, personnes âgées et personnes handicapées. Le schéma des personnes en situation de handicap ayant pris fin en 2019, l'année 2020 sera consacrée à sa réécriture pour une mise en place dès 2021.
2. établissement des schémas départementaux en régie directe, c'est-à-dire ne pas faire appel à des consultants. Cette méthode permet d'être dans la proximité et la spontanéité des échanges avec l'ensemble des partenaires locaux.
3. groupes de travail non formels dans la composition, permettant ainsi aux différents acteurs de s'exprimer et d'avoir des échanges ouverts.

Il est rappelé que ce schéma n'est pas celui de la MDPH mais celui du Département de l'Indre. Ainsi, les problématiques du champ de l'enfance handicapée ne rentrent pas dans ce domaine car elles ne relèvent pas de la compétence du Département, de même les questions relatives aux soins.

Il est également indiqué que l'élaboration de ce schéma ne pourra pas modifier les politiques nationales mais permet de réfléchir à la mise en œuvre des politiques locales en matière d'accompagnement des personnes en situation de handicap et qui relèvent des compétences départementales.

Mme de Gouville rappelle que :

- les 3 groupes de travail se réuniront chacun au maximum 4 fois selon un calendrier déjà établi ;
- il est possible de participer à plusieurs groupes, sous réserve d'être présent à chaque réunion;
- le compte-rendu de chaque réunion sera élaboré par les services de la DPDS et remis en début de séance pour relecture par chacun.

Les comptes-rendus des autres groupes seront également transmis une fois validés par les membres du groupe concerné.

L'ordre du jour de cette première séance porte sur :

- A. compléments à apporter aux éléments de diagnostic présentés le 19 décembre 2019. Est-il nécessaire d'affiner et de creuser ces données ?
- B. définir le périmètre et le contenu des réflexions de ce groupe : lister les sujets et les thématiques à aborder dans ce groupe.

1 - Les éléments de diagnostic :

Mme de Gouville rappelle que le groupe 1 a élaboré un questionnaire pour permettre de recueillir l'avis des personnes en situation de handicap sur leur participation à la vie sociale.

D'autres organismes se manifestent et indiquent qu'ils peuvent également transmettre des données sur la situation des personnes en situation de handicap :

- Cap Emploi indique qu'il peut faire un focus sur l'emploi des personnes en situation de handicap ;
- les organismes de tutelle peuvent transmettre des données sur le nombre de personnes relevant d'une mesure de protection ;
- la DIRECCTE peut recenser des statistiques sur l'insertion des travailleurs en situation de handicap.

Un manque de données existe sur les personnes en situation de handicap qui ne sont pas accompagnées par des établissements et services médico-sociaux, d'où la nécessité de l'élaboration d'un questionnaire effectué dans le groupe 1.

Il est indiqué qu'une étude sur la fin de vie des personnes en situation de handicap dans les établissements avait été effectuée mais elle demande à être actualisée.

Le service programmation et tarification de la DPDS collectera des données complémentaires auprès de l'ANAP, à partir des renseignements complétés par les structures.

2 - Les thématiques à aborder :

3 grandes thématiques sont ressorties des échanges :

1. l'évolutivité de la situation du handicap et adaptation des réponses et des politiques publiques :
 - Faire évoluer l'appréhension de la notion de handicap : passer de la notion de handicap à la notion de situation de handicap.
 - Évaluation des besoins de compensation : adapter les réponses et le panel de prestations face à l'évolution des situations tout en prenant en compte le projet et le parcours de vie de la personne et mieux prendre en compte la globalité de la personne et de son parcours de vie.
 - Il existe différents handicaps et différentes dépendances dans le handicap : apporter une réponse adaptée à chaque situation ; partir des besoins et des compétences de la personne et ensuite mettre en avant les offres et les prestations d'accompagnement qui peuvent lui être proposées.
2. l'information et l'accès aux droits :
 - Développer l'accès à l'information pour permettre le recours au droit et aux dispositifs existants et ainsi mieux répondre aux besoins de la personne.
 - Sensibiliser et former les acteurs qui interviennent auprès des personnes en situation de handicap.
 - Développer des actions de sensibilisation, surtout auprès des jeunes et des parents pour changer l'image et l'appréhension de la notion de « handicap ».
3. Parcours de vie et projet de vie de la personne :
 - Accompagner au mieux le projet de vie de la personne dans ses choix et dans la mesure des possibilités des institutions.
 - Accompagnement institutionnel et responsabilité individuelle dans la mise en œuvre du projet de vie de la personne.
 - Utiliser toute la palette des réponses du droit commun et des réponses spécialisées et adaptées pour répondre au projet de vie de la personne.

Ces thèmes seront évoqués lors des prochaines réunions.

Groupe 2 : Accompagner la personne tout au long de sa vie

Séance 2 du 9 mars 2020

Membres présents :

M. BARRAULT Christophe, adjoint au chef de service Tarification DPDS
M. BIAUNIER Pascal, Directeur général de l'UDAF 36
Mme BRARD Aude, Directrice adjointe URIOPSS Centre
M. BRINDLE-FAUCHET John, APF 36
Mme BROQUIER Laure, Directrice Cap Emploi
Mme BRUNET Stéphanie, Directrice adjointe UGECAM
Mme DE GOUVILLE Françoise, Directeur de la DPDS
M. D'OLIVEIRA Luc, chef de service Tarification DPDS
M. DUTOUR Ludovic, Directeur général de l'ADPEP 36
Mme FEFEU Marie-Laure, Directrice association Atout Brenne
Mme FERRET Corinne, CSPCP Issoudun
M. FILY Jean-François, Directeur général de l'ADAPEI 36
Mme FOULATIER Christine, déléguée AFM
Mme GENTAL Françoise, Chef de service AAS - DPDS
Mme le docteur GOUGUET-BALLERE Corinne, chef de service Conseil Prévention Médicale DPDS
Mme GUENAND Valérie, adjointe au chef de service AAS DPDS
Mme GUILLARD-PETIT Françoise, APF France Handicap
M. HUILLET Fabien, Directeur ESAT AIDAPHI
Mme LACOTE Marie-Laure, MSA service tutelle 36
Mme LACOU Lydie, Conseillère départementale
M. LACOU Stéphane, Directeur du FAM Algira à Orsennes
M. LUCILLA Yannick, DDCSPP 36
Mme PRIAM Rosiane, association Coridys Indre
Mme RIDEL Mélanie, Directrice adjointe de la DPDS
Mme SEGUIN Sandrine, Directrice adjointe Familles Rurales MJPM
Mme SELLERON Michèle, Conseillère départementale
Mme TARDIVAT Christiane, Directrice adjointe de la MDPH 36
Mme VILLIN Anthéa, Directrice de l'ADMR 36

Le compte-rendu de la réunion du 27 janvier est remis aux personnes présentes pour lecture.

Aucune observation n'est apportée au document.

Il est ensuite abordé les thématiques recensées lors de la précédente réunion.

1 - Évolutivité et adaptation des situations de handicap

- La réforme « Serafin-PH »

Le projet Serafin-PH est une réforme de l'organisation des réponses des politiques publiques qui passe par une identification des prestations et un découpage des moyens.

Les établissements ont commencé à travailler à la mise en place de ce dispositif. Pour certaines structures, ce référentiel semble adapté car il permet d'ajuster et d'actualiser le projet d'accompagnement personnalisé. Il a permis également de réévaluer les besoins et d'identifier les pratiques de certains établissements en segmentant les réponses.

En fait, cette grille correspond plus à une grille d'analyse pour structurer l'offre dans l'objectif d'appliquer une tarification plutôt qu'un référentiel d'analyse des besoins. Pour autant, Seraphin-PH peut être un outil support intéressant à défaut d'avoir une grille déjà existante.

- Évolutivité des prises en charge

Une grille d'évaluation nationale et officielle a été mise en place depuis 2018 : le GEVA, le guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées qui est la référence réglementaire depuis le décret du 6 février 2008.

Cette grille est un outil transversal qui permet de cibler les besoins de compensation à apporter à la personne pour la meilleure prise en charge possible vis-à-vis du handicap. Elle peut évoluer dans le droit commun à travers des actions de sensibilisation auprès des différents acteurs pour leur permettre de repérer et de comprendre les besoins nécessaires pour les personnes en situation de handicap.

Elle doit également permettre de faciliter la coordination car elle est censé être utilisée par l'ensemble des prestataires intervenant auprès de la personne en situation de handicap. Le coordinateur de parcours peut être un des acteurs dans la prise en charge de la personne. Il peut accompagner la mise en place du projet personnalisé et être le lien entre les différents intervenants (MDPH, services de droits communs...).

Pour autant, cet outil ne semble pas assez spécialisé pour prendre en compte certains handicaps, et en particulier le handicap psychique. Aussi, les établissements, sur la base du GEVA, ont adapté leurs propres outils.

Les outils actuels utilisés par les structures (que ce soit le GEVA ou les grilles utilisées par les établissements) doivent pouvoir permettre d'évaluer les besoins à un instant donné mais pouvoir être actualisés régulièrement pour rendre compte de l'évolution de la personne.

Ces évaluations doivent également être plus régulièrement transmises à la MDPH pour faciliter et améliorer l'évaluation et l'évolution des besoins dans le cadre du plan personnalisé de compensation.

Face à la diversité des outils mis en place par chaque structure, le groupe de travail convient qu'il pourrait être intéressant d'harmoniser les pratiques dans le département. Aussi, une réflexion sera menée pour convenir :

- soit d'utiliser la trame GEVA adaptée par chaque structure,
- soit d'utiliser la trame du GEVA complétée de données communes afin d'élaborer un document homogène départemental.

Un groupe de travail sera constitué pour lire et travailler sur la trame du GEVA et voir si cette grille est suffisante ou s'il est nécessaire de créer un référentiel local pour l'ensemble des établissements et services du département.

Il est également rappelé que le GEVA n'est pas un outil conçu spécifiquement pour les établissements mais permet une évaluation globale, en dehors de toute structure. Pour mieux prendre en compte les

besoins de la personne, il existe aussi des outils d'auto-évaluations. Par exemple, l'UGECAM utilise un référentiel spécifique pour évaluer les troubles psychiques.

- La prise en charge des nouveaux types de handicap

Le handicap psychique

Les personnes en situation de handicap orientées par la MDPH, souffrent souvent de problèmes psychiques ou d'addictions diverses qu'il devient de plus en plus difficile à accompagner. Il s'agit de problématiques complexes qui relèvent à la fois du handicap, du social et du soin.

La réponse apportée par le SAMSAH de l'UGECAM pour les personnes en situation de handicap psychique n'est pas toujours efficace car les personnes n'adhèrent pas à l'accompagnement et le mettent en doute. En effet, la prise en charge en milieu médico-social repose sur la demande de la personne mais également son adhésion, ce qui est rarement le cas. Dans ces conditions, il est difficile de les accompagner. Des solutions peuvent être mises en place :

- leur trouver un hébergement sécurisé et ensuite leur proposer une prise en charge et un accompagnement personnalisé (dispositif housing first) ;
- le P.C.P.E ;
- l'emploi accompagné.

Les jeunes de 18 à 22 ans

La passerelle entre le secteur enfant et le secteur adulte ne se fait pas facilement. Il est constaté de nombreuses ruptures même si le projet adulte est préparé et mis en place.

Il est donc nécessaire d'être vigilant et de veiller à l'évolution de ces situations, notamment pour les jeunes qui sortent de structures pour enfants, mais aussi compte tenu de la transformation de l'offre sur le champ enfant.

Aussi, la MDPH a relancé le protocole relatif à la transition entre le secteur de l'enfance handicapée et celui des adultes handicapés. Ce protocole a pour but de faire la synthèse des actions possibles ou déjà mises en place pour assurer la fluidité et l'efficacité des transitions et ainsi éviter des situations de rupture de prise en charge.

Il faut également former et informer l'entourage de ces jeunes en faisant connaître l'ensemble des dispositifs aux jeunes mais également aux professionnels (et en particulier le personnel de l'Education Nationale).

Les missions locales peuvent accompagner le projet professionnel des jeunes.

Dans le cadre du PRITH, un travail est actuellement conduit sur ce sujet avec Cap Emploi, les missions locales et la MDPH.

Egalement dans le cadre du PRITH, un parcours de sensibilisation a été mis en place auprès des ULIS et des professionnels de l'Education Nationale.

Groupe 2 : Accompagner la personne tout au long de sa vie

Séance 3 du 2 juin 2020

Membres présents :

M. BARRAULT Christophe, adjoint au chef de service Tarification DPDS
M. BIAUNIER Pascal, Directeur général de l'UDAF 36
M. BLONDEAU Michel, Vice-Président du Conseil départemental
Mme BRARD Aude, Directrice adjointe URIOPSS Centre
Mme BUGEAUD Céline, Directrice adjointe EPD Blanche de Fontarce
Mme DE GOUVILLE Françoise, Directeur de la DPDS
M. FILY Jean-François, Directeur général de l'ADAPEI 36
Mme GENTAL Françoise, Chef de service AAS - DPDS
M. LACOU Stéphane, Directeur du FAM Algira à Orsennes
M. PETITPRETRE Jean, Conseiller départemental
Mme PRIAM Rosiane, association Coridys Indre
Mme SELLERON Michèle, Conseillère départementale
Mme TARDIVAT Christiane, Directrice adjointe de la MDPH 36

Le compte-rendu de la réunion du 9 mars est remis aux personnes présentes pour lecture.

Aucune observation n'est apportée au document.

Il est ensuite abordé la thématique suivante recensée lors de la réunion du 27 janvier.

Parcours de vie et projet de vie de la personne : comment adapter le spécialisé et quelles sont les limites rencontrées par la personne pour réaliser son projet de vie ?

Il existe des divergences entre les projets des professionnels et les choix et besoins des personnes en situation de handicap. Les professionnels disposent d'outils et donc de réponses spécialisées et essaient de faire entrer les besoins des personnes dans ces dispositifs déjà établis.

Une des difficultés consiste à construire un parcours pour la personne en situation de handicap et de bien évaluer le besoin. Or, le projet de vie d'une personne n'est pas construit sur un parcours linéaire qui durerait plusieurs années ; les besoins et les choix peuvent évoluer au fil du temps et il est nécessaire de réévaluer régulièrement les besoins de la personne en situation de handicap. Tous les parcours sont singuliers.

Historiquement, on a voulu faire « à la place » de la personne en situation de handicap. Mais les mentalités évoluent et les projets proposés sont de plus en plus centrés sur leurs besoins.

De plus, il faut éviter que les personnes en situation de handicap se retrouvent dans la vulnérabilité. Il faut donc développer les offres de services (foyer d'hébergement, foyer de vie, SAVS, habitat inclusif...) et le travail en commun entre les différents secteurs (social, médico-social, sanitaire). Il est nécessaire de sensibiliser l'ensemble des dispositifs sanitaires face au handicap et leurs permettre ainsi de mieux appréhender ce monde spécialisé.

C'est l'offre multiple qui permet de répondre aux parcours tout en considérant que la personne en situation de handicap n'a pas non plus forcément une réelle vision de ses capacités. D'où un gros travail à construire entre le professionnel et la personne.

Face au vieillissement des personnes en situation de handicap, les établissements doivent adapter leurs pratiques et apporter des réponses aux nouveaux besoins des personnes en situation de handicap puisque l'établissement où elles vivent, est considéré comme leur lieu de vie. Les dispositifs doivent être souples et s'adapter aux besoins tout en acceptant de passer d'un dispositif à un autre. Ce qui permettrait de réduire la fracture entre le spécialisé et le droit commun. Mais globalement, tous les ingrédients pour pouvoir adapter les réponses et les pratiques professionnelles aux besoins des personnes en situation de handicap existent mais il est nécessaire de les assembler, de les emboîter afin d'accepter de pouvoir passer d'un modèle établi à un autre modèle de manière régulière.

Le schéma départemental en faveur des personnes en situation de handicap peut être un moyen pour ouvrir les modèles existants et apporter plus de souplesse. Par exemple, l'évolution des besoins des personnes handicapées montrent une demande de l'offre en SAVS. Une étude sur les besoins et de la répartition de l'offre en SAVS sur le territoire départemental doit être menée.

Les personnes en situation de handicap mais également les professionnels se trouvent confrontés à des difficultés réglementaires et administratives. Les cadres administratifs et réglementaires évoluent peu au regard des besoins des personnes handicapées. La loi du 8 août 2016 sur le dispositif de « l'emploi accompagné » permet aux personnes en situation de handicap de trouver un travail dans le milieu ordinaire à travers la combinaison d'un accompagnement médico-social et d'un accompagnement à visée d'insertion professionnelle. Mais ces évolutions réglementaires sont peu nombreuses.

Le financement des mesures engendre également des difficultés ; les autorités qui créent l'offre sont souvent différentes de celles qui financent entraînant des lourdeurs de gestion et de mise en œuvre. Beaucoup de temps et d'efficacité pourraient être gagnés s'il n'y avait qu'un seul financeur. Une transversalité des fonds publics pourrait être la solution.

Autre problème constaté dans les établissements :

- les personnes vivant en foyer d'hébergement et arrivant à la retraite : ces personnes ne peuvent rester dans cette structure, contrairement aux autres formes d'institution (où il n'existe plus de barrière d'âge). Ils doivent donc sortir de ce type d'hébergement et se diriger soit vers un logement en milieu ordinaire (avec éventuellement un suivi par un SAVS ou un SAMSAH) soit vers un hébergement institutionnel (foyer de vie, FAM, MAS ou établissement pour personnes âgées).

- la prise en charge des familles et des couples au sein des établissements : certaines familles sont déjà hébergées au sein d'établissements. Le problème se pose avec la présence d'enfants. Les établissements doivent ainsi réfléchir à la prise en charge de familles mais également aux difficultés que cela peut engendrer : rythme de vie au sein de la structure, la présence d'enfants, les difficultés du couple (voire de séparation)...et peut être aussi le droit au logement et le bail.

Groupe 3 : Coordination autour de la personne

Séance 1 du 10 février 2020

Membres présents :

BALLANGER Michèle : Coridys Indre MDA UDAF
BAILLY Angélique : Responsable SAAD ASMAD
BARRAULT Christophe : Adjoint au Chef de service tarification DPDS
BERTAUX Roxane : IDEC SSIAD CH La Châtre
BILLY Valérie : Directrice services AAJ
BROQUIER Laure : Directrice CAPEMPLOI 36
BUGEAUD Céline : Directrice adjointe Blanche de Fontarce
DALARD Sandrine : Responsable de secteur ADMR
DENIEUL Yves : ADPEP 36
DESCHAMPS Olivier : Directeur secteur AIDAPHI
DIF THIERRY Delphine : MAIA 36
D'OLIVEIRA Luc : Responsable service tarification DPDS
DOUADY Marjolaine : Educatrice spécialisée SAMSAH UGECAM
DUBOT Julien : Directeur délégué CSPCP
FILY Jean François : ADAPEI 36
GENTAL Françoise : Responsable du service AAS DPDS
GUENAND Valérie : Adjointe Chef de service AAS DPDS
GUEROU Gaëlle : APFFH
LACOTE Marie Laure : MSA Service tutelle 36
LACOU Lydie : CD 36
LEFRERE Max : Directeur MDO A tire d'aile – Directeur MAS L'Horizon/Calme AIDAPHI
LE MONNIER DE GOUVILLE Françoise : Directeur de la DPDS
MARTIN Sylvie : Chargée mission Familles Rurales
MONTAGNE Olivia : Coordinatrice SAMSAH CSPCP Issoudun
RIDEL Mélanie : Directrice adjointe DPDS
RUET Catherine : Maire adjoint Châteauroux Métropole
SELLERON Michèle : CD 36
SABIO RAOUKI Claire Sophie : Directrice secteur enfance ADAPEI 36
TROCHET Frédérique : Responsable unité Socio éducative FAO Les Ecureuils Blanche de Fontarce
TARDIVAT Christiane : Directrice Adjointe MDPH 36
VIALARET Jean Pierre : Président de l'Association Tutélaire de l'Indre

Madame de Gouville accueille et remercie les personnes présentes et propose de réaliser un tour de table.

Madame de Gouville rappelle ensuite que le nouveau schéma a été lancé lors de la réunion du 19 décembre 2019 au cours de laquelle des éléments de diagnostic ont été présentés, ainsi que la constitution de 3 groupes de travail :

- groupe 1 : la place de la personne dans la cité
- groupe 2 : accompagner la personne tout au long de sa vie
- groupe 3 : coordination autour de la personne.

Le Département a fait des choix pour l'élaboration de ses schémas :

1. ne pas faire un schéma départemental regroupant l'ensemble des secteurs mais un schéma spécifique pour chaque secteur : enfance, personnes âgées et personnes handicapées. Le schéma des personnes en situation de handicap ayant pris fin en 2019, l'année 2020 est consacrée à sa réécriture pour une mise en place en 2021
2. ne pas faire appel à un cabinet extérieur pour élaborer ce schéma car l'objectif est bien d'échanger entre tous les acteurs de terrain et privilégier la proximité et l'identité de notre territoire
3. groupes de travail non formels dans la composition, permettant ainsi aux différents acteurs de s'exprimer et d'avoir des échanges ouverts.

Il est rappelé que ce schéma n'est pas celui de la MDPH mais celui du Département de l'Indre. La MDPH est un acteur incontournable, partenaire participant au groupe. Le travail à conduire porte donc sur les compétences du Département de l'Indre dans le cadre de ses politiques publiques, hors enfants en situation de handicap et offre de soins et organisation de la santé.

L'élaboration de ce schéma ne pourra pas modifier les politiques nationales mais permet de réfléchir à la mise en œuvre des politiques locales en matière d'accompagnement des personnes en situation de handicap et qui relèvent des compétences départementales.

Méthode et calendrier

3 groupes de travail se réuniront chacun au maximum 4 fois selon un calendrier déjà établi jusqu'en juin. Il est possible de participer à plusieurs groupes, sous réserve de s'engager sur la durée.

Le compte-rendu de chaque réunion sera élaboré par les services de la DPDS et remis sur table en début de séance pour relecture. Les comptes-rendus validés seront diffusés auprès de tous les groupes de travail. Ils seront insérés dans le schéma.

La rédaction du schéma sera effectuée par les services courant de l'été. Le projet de schéma sera présenté à l'ensemble des acteurs en septembre pour être ensuite validé dans les différentes instances compétentes.

L'ordre du jour de cette première séance porte sur :

1. compléments éventuels à apporter aux éléments de diagnostic présentés le 19 décembre 2019.
2. Définition du périmètre et contenu des réflexions de ce groupe sur la coordination des acteurs dans la prise en charge des personnes en situation de handicap.

Questions diverses

L'UDAF demande si les mandataires privés et les proposés d'établissements peuvent être associés à la démarche. Il est convenu que l'UDAF adressera à la DPDS les mails des mandataires privés pour les inviter et que les proposés d'établissements se rapprocheront de leur direction qui a bien été invitée.

1 - Approfondissement du diagnostic

Mme de Gouville rappelle les éléments saillants du diagnostic :

Le nombre de personnes en situation de handicap est bien supérieur aux seules personnes accompagnées par un service ou établissement social ou médico-social, puisqu'il concerne toutes les

personnes ayant un droit ouvert actif à la MDPH, dont les personnes ayant un droit ouvert pour une carte priorité, invalidité ou AAH... soit 20 000 personnes environ.

Le diagnostic présenté le 19 décembre fait apparaître en page 26 que le département se caractérise par un vieillissement des personnes en situation de handicap : 41 % des personnes ont 60 ans et plus et l'âge moyen est de 57,5 ans. Cela conforte la nécessité de faire abstraction des barrières d'âge sur les questions de handicap, position que le Département de l'Indre a depuis longtemps adoptée.

Pour information, le premier groupe a décidé d'approfondir ce diagnostic en lançant une enquête très large adressée à toutes les personnes dont le taux d'incapacité est supérieur à 50 %, ce qui représente environ 18 000 personnes, afin de mieux comprendre comment les personnes ressentent les conséquences de leur handicap sur leurs conditions de vie et leur environnement.

Le deuxième groupe a également proposé d'enrichir ce diagnostic par :

- les données de CAP EMPLOI, la DIRECCTE, la CAF,
- les indicateurs ANAP que les Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux ainsi que les associations tutélaires remplissent.

Le groupe propose que la mission locale soit sollicitée pour appréhender la question du handicap des jeunes de 20-25 ans qui ne sont souvent pas connus des MDPH. Cap emploi indique d'ailleurs qu'elle fait des permanences sur l'ensemble du territoire en mission locale pour encourager les jeunes à se faire connaître de la MDPH.

Le groupe propose également de réaliser une cartographie des coordinations en place. La MDPH dont c'est l'une des missions, peut identifier les instances qui organisent la coordination. Il existe dans le département une coordination (comme l'avait souhaité le précédent schéma) sous l'égide de l'APF et du Centre de rééducation d'ISSOUDUN en partenariat avec la MDPH. En outre, il est proposé que la MDPH établisse une typographie des situations complexes en indiquant la façon dont elles se sont résolues, en partant d'un travail déjà conduit il y a quelques années. Cela permettra notamment d'insérer des vignettes sur les cas complexes dans le diagnostic.

2 - Les thématiques qui seront abordées dans ce groupe de travail

- Repérage, prévention, sensibilisation et intervention précoce en amont de la reconnaissance du handicap

=> question du repérage : quels moyens et quels outils auprès des familles qui n'ont pas connaissance des « dispositifs handicaps », comment poser un diagnostic, comment accompagner.

- Coordination sur les territoires autour d'une situation individuelle complexe

=> quelle organisation aujourd'hui ? Quel repérage ? Qui prend la responsabilité de vérifier que cette coordination est effective ?

=> qui, quand, comment, pourquoi et vers quoi, combien de temps.

- Coordination institutionnelle des acteurs et des politiques publiques

=> moyens, réponses apportées, conditions d'accès aux accompagnements et à l'information, lieux d'analyse partagée autour des parcours, en fonction des parcours, des thématiques, des publics ?

- Articulation de la coordination sanitaire / médico-sociale

=> Comment faire en sorte que l'ensemble des dispositifs puisse se compléter et non pas s'exclure ?

La question du soin traverse l'ensemble des thématiques. Elle sera nécessairement abordée même si le groupe, et plus globalement le schéma ne pourra pas être prescriptif sur cette question.

Les questions de coordination sur les thèmes du travail et de l'habitat seront plutôt abordées dans le groupe 2.

Compte-tenu du temps encore disponible, le groupe décide de commencer à aborder la première thématique.

Thématique 1

Repérage, prévention, sensibilisation et intervention précoce en amont de la reconnaissance du handicap

Les questions que pose cette thématique :

- Comment faire en sorte que l'ensemble des acteurs soit sensibilisé aux problématiques du handicap

Les acteurs intervenant dans le droit commun peuvent parfois manquer de connaissance et d'information pour être en capacité d'identifier les difficultés, reconnaître les problématiques et ainsi éviter les ruptures d'accompagnement. Il faut pouvoir éveiller à du repérage et sensibiliser le grand public.

Le professionnel peut également être confronté au frein des familles à accepter un diagnostic ou une orientation vers le secteur du handicap. Cela questionne la façon dont les acteurs pourraient faire évoluer la perception que les familles peuvent avoir du handicap. A contrario, le professionnel peut lui-même être en difficulté pour identifier, avec une certaine réticence à aborder la question du handicap et encourager l'accès aux dispositifs.

- Si tout le monde s'accorde sur le besoin de coordination, l'hyper segmentation des acteurs crée une difficulté supplémentaire. Comment faire en sorte que tout le monde se connaisse et connaisse l'offre de services existante ?

Il est nécessaire d'avoir un accès plus lisible et simplifié à une information grand public à destination de la famille, du professionnel, permettant notamment de redonner le périmètre d'intervention de chacun.

Si la question des moyens humains et financiers peut se poser, c'est aussi la question de la mobilisation de ces moyens qui doit être abordée.

Il pourrait être envisagé des forum interprofessionnels d'interconnaissance pour mailler le territoire.

Le groupe s'accorde sur le fait que des programmes d'actions, pour être efficaces, doivent se faire à petite échelle.

On pourrait par exemple imaginer que les bailleurs sociaux forment les gardiens d'immeuble pour expliquer aux résidents les difficultés rencontrées par une personne souffrant d'un handicap psychique. Le service tutelle précise qu'il a pu travailler dans le cadre des ateliers santé ville pour mener des actions de sensibilisation auprès des gardiens d'immeubles.

Pistes identifiées :

Quatre types d'acteurs pourraient être des leviers et relais pour repérer et accompagner, et de bons vecteurs de communication grand public : le secteur médical, l'Education Nationale, le milieu professionnel et le monde du sport et de la culture.

Il pourrait être envisagé de :

- Mener des actions à destination du grand public : à petite échelle à niveau très local (exemple : intervention sur le sujet santé mentale dans une classe de lycée, s'appuyer sur la ressource associative pour développer des actions de sensibilisation de proximité).

- Mener un travail autour de la pair-aidance, mettre en place des binômes professionnels/bénévoles.
- Développer des actions de formation entre professionnels entre les acteurs du secteur du handicap : interconnaissance des uns et des autres, actions croisées, formations (financements possibles par l'AGEFIPH, et la Région).
- Former les éducateurs sportifs des clubs pour faciliter l'accueil de personnes en situation de handicap dans le groupe.
- S'appuyer sur le GIP Alfa Centre qui développe un programme de formation sur plusieurs départements de sensibilisation des professionnels et acteurs accompagnant les personnes en situation de handicap.

Groupe 3 : Coordination autour de la personne

Séance 2 du 25 mai 2020

Membres présents :

ANDRE ASCENSO Joaquim, représentant APF
BALLANGER Michèle : Coridys Indre MDA UDAF
BAILLY Angélique : Responsable SAAD ASMAD
BARRAULT Christophe : Adjoint au Chef de service tarification DPDS
BILLY Valérie : Directrice services AAJ
BLONDEAU Michel, Vice-Président du Conseil départemental délégué à l'Action Sociale et aux Solidarités Humaines,
DIF THIERRY Delphine : MAIA 36
D'OLIVEIRA Luc : Responsable service tarification DPDS
GENTAL Françoise : Responsable du service AAS DPDS
GUENAND Valérie : Adjointe Chef de service AAS DPDS
GUERROUT Ghaelle, représentante APF
LE MONNIER DE GOUVILLE Françoise : Directeur de la DPDS
PETITPRETRE Jean, Conseiller départemental
RUET Catherine : Maire adjoint Châteauroux Métropole
SELLERON Michèle, conseillère départementale, Présidente de la commission de l'Action Sociale et des Solidarités Humaines
SOYER Chantal, représentante Familles Rurales
TARDIVAT Christiane : Directrice Adjointe MDPH 36

Absents excusés :

RIDEL Mélanie, Directrice Adjointe DPDS
Les représentants de la Mutualité Sociale Agricole
Blanche de Fontarce
Aidaphi

Aucune remarque n'a été formulée sur le dernier compte-rendu du groupe 3 du 10 février 2020.

1 - La coordination sur les territoires autour d'une situation individuelle complexe

Comment est ce que l'on permet à des non spécialistes d'avoir accès à ces experts et à ces spécialistes ?
Quel repérage ?
Qui prend la responsabilité de vérifier que la coordination est effective ?
Dans une commune, vous avez la situation d'une personne en situation de handicap pour laquelle vous pensez qu'elle n'est pas suffisamment prise en compte, ou qui n'a pas trouvé de réponse satisfaisante, est ce que l'élu de la commune sait vers qui se tourner ?

Les personnes présentes en majorité des Élus, ne savent pas vers qui se tourner.

Monsieur PETITPRETRE remarque qu'il y a deux éléments dans ces questions :

- - l'élément de l'information
- - l'élément du repérage

ce ne sont pas forcément les mêmes acteurs et les mêmes conditions.

En ce qui concerne l'information il peut y avoir un relai par des élus (réunions d'informations..).

Sur la partie repérage des acteurs, et repérage des personnes susceptibles d'être directement concernées, les communes n'ont pas les éléments pour avoir le bon réflexe et souvent l'élu se retourne vers la Circonscription d'Action Sociale du secteur..

Au moment où la question se pose l'élu voudrait avoir un interlocuteur et ne sait pas vers qui s'adresser.

Saisine de la situation

C'est peut être là où il faut réaffirmer le rôle de la MDPH qui n'est pas là que pour ouvrir des droits mais qui est bien la porte d'entrée à toutes questions complexes qui pourraient se poser, sans être forcément omniprésente dans la résolution des situations.

Dans la chaîne des situations complexes où il peut y avoir un maillon faible, comment cette chaîne peut- elle se reconstituer ?

La MDPH peut tout à fait reprendre les contacts en s'emparant des dossiers et évaluer si la situation est complexe ou pas.

Après il y a le traitement de ces situations complexes.

La MDPH met autour de la table les acteurs professionnels concernés. Or la difficulté peut résider dans l'absence de cet acteur, son incapacité à se mobiliser ou des gens que l'on ne pense pas à inviter. Il faut trouver le moyen de maintenir l'engagement de tous.

Qui dit acteurs dans une politique du handicap dit les établissements et services spécialisés du handicap, l'ensemble du secteur du soin (psychiatrique, les paramédicaux, les libéraux), les services de protection des majeurs, les services d'aide à domicile, les mairies, les communes, les CCAS, les services de portages de repas, les organismes logeurs....tous ceux qui ont une action dans l'accompagnement de la personne en situation du handicap et dans son inclusion.

Aujourd'hui, les acteurs concernés sont invités en réunion de synthèse et chacun apporte son expérience et ses solutions si elles existent.

La notion de **CHARTRE** pourrait être une bonne idée pour que les acteurs se sentent concernés. Elle poserait symboliquement le principe de ce partenariat local et de cet engagement dans les politiques publiques sans qu'il y ait une obligation de résultat.

Les personnes présentes se posent la question de la charge de travail sur la multiplication des réunions.

Madame le Docteur Ballanger pose la question si le Département a eu une expérience d' une Charte et de son efficacité.

Madame de Gouville précise qu'il existe un protocole autour de la gestion des urgences en Etablissements sur les hébergements, les acteurs se sont mis d'accord et ce protocole marche bien car il repose sur la bonne volonté des uns et des autres et leur implication.

Sur la situation complexe, il manque parfois la réponse même si tout le monde s'est mobilisé. Alors on invente des palliatifs et des systèmes intermédiaires pour essayer qu'ils soient les plus satisfaisants possibles.

Madame DIF-THIERY pose la question de comment on rend attractif le fait de s'engager dans cette démarche collective et comment valoriser ce travail commun.

C'est pourquoi, en participant ensemble à la prise en compte de cette situation, chacun peut valoriser ce qu'il en fait positivement sans penser au transfert de la charge sur un tel ou un tel.

3 - Coordination institutionnelle des acteurs et des politiques publiques

Dans la coordination des politiques publiques, rentrent la coordination entre la politique de l'enfance en situation de handicap ou la politique publique de santé ou les adultes en situation de handicap.

Il faudrait décentraliser l'information sur les différents secteurs du territoire pour que les acteurs se connaissent et que l'information soit diffusée.

La coordination devrait partir du terrain avec une organisation et une structuration précise.

Le Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA) avec son bureau spécialisé sur le handicap peut être un relai au niveau départemental.

La coordination du handicap devrait servir à nourrir la continuité institutionnelle.

4 - Articulation de la coordination sanitaire/médico-social

Actuellement soit vous avez une prise en charge sanitaire ou soit vous avez une prise en charge médico-sociale et il est difficile de coupler les deux que ce soit pour la personne en situation de handicap ou la personne âgée.

Ainsi pour les personnes qui souffrent de troubles psychiatriques profonds qui entravent leur vie quotidienne, ces personnes doivent être accompagnées par des soignants, une consultation une fois toutes les trois semaines ne suffit pas. Souvent on demande à l'ensemble du secteur social et médico-social de pallier les troubles que génère la pathologie de la personne.

Le langage professionnel commun est important, et n'est pas le même avec le secteur sanitaire.

Un autre exemple sur les difficultés de coordination entre le sanitaire et le médico-social est l'accès puis la sortie d'hospitalisation vers le domicile.

Il semble que la difficulté repose à communiquer et à échanger avec le même langage, à accepter d'échanger de l'information et de se voir comme un maillon important de la même chaîne.

Est ce que l'on a toujours le bon récepteur avec le bon émetteur ? Pour autant, il faut être convaincu de l'importance qu'il y a à transmettre un message.

Pour la personne en situation de handicap, les décisions de la CDAPH ne peuvent concerner le secteur du soin.

En Belgique, cette dichotomie entre d'un côté le soin et de l'autre côté le médico-social n'existe pas du fait d'avoir davantage d'AMP (aide médico psychologique) qui font le lien.

En France les systèmes sont trop cloisonnés et il faut trouver les moyens pour arriver à décloisonner et l'ARS peut nous y aider et localement, on peut essayer de proposer des choses.

Néanmoins, le schéma ne pourra pas être prescriptif sur des questions qui relèvent du soin ou de l'ARS.

Une des pistes serait peut être de **s'appuyer sur le secteur ambulatoire**.

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ont fait un énorme travail lors de la pandémie COVID-19. Elles ont démontré toute leur capacité à faire du lien du fait de regrouper tous les professionnels de santé libéraux des para médicaux aux médecins généralistes et spécialistes.

Elles sont ancrées sur le territoire avec une volonté d'ouverture dans la coordination grâce aux 6 CPTS installées sur le territoire.

GLOSSAIRE

AAH : Allocation Adulte Handicapé
ACTP : Allocation Compensatrice pour Tierce Personne
Adapei : Association départementale de parents et d'amis des personnes handicapées mentales, anciennement Association départementale des amis et parents d'enfants inadaptés
ADPEP : Association Départementale des Pupilles de l'Enseignement Public
AGEFIPH : Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées
AME : Aide Médicale d'État
ANAH : Agence Nationale de l'Habitat
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
APAJH : Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés
APF : Association des Paralysés de France
APV : Aide aux Projets de Vacances
ARS : Agence Régionale de Santé

BOE : Bénéficiaire de l'Obligation d'Emploi

CAF : Caisse d'Allocations Familiales
CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles
CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CLS : Contrat Local de Santé
CMI : Carte Mobilité Inclusion
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CODESPA : Comité Départemental de Soins Palliatifs
CoPil : Comité de Pilotage
COR : Conseil d'orientation des Retraites
COTOREP : Commission Technique d'Orientation et de REclassement Professionnel devenue CDAPH en 2006
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPF : Compte Personnel de Formation
CPO : Centre de Pré-Orientation
CRP : Centre de Rééducation Professionnelle
CSPCP : Centre de Soins Public Communal pour Polyhandicapés
CSS : Complémentaire Santé Solidaire (ex CMU-C et ACS)
CTS : Conseil Territorial de Santé

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination
DEA : Dispositif d'Emploi Accompagné
DEFM : Demandeurs d'Emploi en Fin de Mois
DIRECCTE : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DMP : Dossier Médical Partagé

EA : Entreprise Adaptée
EATT : Entreprise Adaptée de Travail Temporaire
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail
ESLD : Etablissement de Soins de Longue Durée
ESMS : Etablissement Social et Médico-Social

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

FH : Foyer d'Hébergement

FIPHFP : Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique

GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle

GEVA : Guide d'Evaluation des besoins de compensation des personnes handicapées

HAS : Haute Autorité de Santé

HPI : Haut Potentiel Intellectuel

HRPA : Habitat Regroupé pour Personnes Agées

IME : Institut Médico-Educatif

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MATAHDI : Maison d'Accueil Temporaire pour Adultes Handicapés en Difficulté d'Insertion

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

Mispe : Mise en situation en milieu professionnel en établissement et service d'aide par le travail

MSA : Mutualité Sociale Agricole

MTP : Majoration pour Tierce Personne

OETH : Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés

OPS : Organisme de Placement Spécialisé

PCH : Prestation de Compensation du Handicapé

PCPE : Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées

PDP : Prévention de la Désinsertion Professionnelle

PIG : Programme d'Intérêt Général

PLITH : Plans Local pour l'Insertion des Travailleurs Handicapés

PPC : Plan Personnalisé de Compensation du handicap

PRITH : Programme Régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés

PTSM : Programme Territorial de Santé Mentale

PUMA : Protection Universelle Maladie (ex CMU)

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapés

RSA : Revenu de Solidarité Active

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SAVD : Service d'Accompagnement à Domicile ancien nom des SAVS

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile

TSA : Trouble du Spectre Autistique

TNS : Trouble Neuro Sensoriel

UEROS : Unité d'Evaluation de Réentrainement et d'Orientation Sociale et professionnelle

UGECAM : Union pour la Gestion des Etablissements de Caisses d'Assurance Maladie

ULIS : Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire

Unafam : Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques