



Centre Régional d'Etudes,
d'Actions et d'Informations
*en faveur des personnes
en situation de vulnérabilité*

**Remontée d'expériences de
« Réponses alternatives pour les personnes handicapées
en situation de (risque de) rupture de parcours »**

Axe 4

Mission « Réponse accompagnée pour tous »

**Synthèse régionale
Bretagne**

à la demande de l'ARS de Bretagne

mars 2017

Sommaire

Contexte, objectifs et méthodologie	3
1^{ère} partie : Typologie des dispositifs innovants	7
I. Actions spécifiques pilotées dans le cadre des situations critiques par la MDPH	8
II. Dispositifs visant à éviter les ruptures d'accompagnement liées à l'avancée en âge (16-25 ans, PHV, etc.)	16
III. Dispositifs favorisant la fluidité des parcours scolaires	21
IV. Dispositifs favorisant des formes d'habitat intermédiaires et/ou évitant les ruptures dans le parcours résidentiel	23
V. Dispositifs favorisant la fluidité du parcours professionnel (dont l'accès et le maintien à l'emploi au milieu ordinaire)	27
VI. Dispositifs intervenant spécifiquement sur les personnes en attente de solutions	29
VII. Les autres formes de collaborations favorisant la fluidité du parcours	31
VIII. Autres expériences	36
2ème partie : Les enseignements issus de ces expérimentations	38
I. Les partenaires associés	39
II. Les bonnes pratiques à partager	41
III. Les leviers / facilitateurs	44
IV. Les obstacles / freins	45
V. Les modalités d'évaluation envisagées	47
VI. Des propositions d'amélioration issues de ces expériences	48
Annexe : les fiches « dispositifs »	49

Contexte, objectifs et méthodologie

Le contexte

A la suite des recommandations du rapport PIVETEAU « Zéro sans solution », le gouvernement a confié en décembre 2014 à Marie-Sophie DESAULLE la mission de déployer le dispositif « Une réponse accompagnée pour tous », dont le cadre juridique a été posé par l'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé.

Vingt-quatre départements ont répondu favorablement à l'appel à candidatures conjoint lancé en août 2015 par Marisol TOURAINE, ministre des affaires sociales et de la santé, Ségolène NEUVILLE, secrétaire d'État chargée des personnes handicapées et Dominique BUSSEREAU, président de l'association des départements de France, afin de développer de nouvelles organisations et de déployer ce dispositif sur les territoires volontaires. En Bretagne, 2 départements ont fait partie de ce premier déploiement, à savoir l'Ille-et-Vilaine et le Morbihan. Les 2 autres départements, Finistère et Côtes d'Armor, s'engagent en 2017 dans la deuxième vague de déploiement.

Les objectifs de cette remontée d'expériences

Le réseau des CREAI et sa tête de réseau, l'ANCREAI, sont engagés dans cette mise en mouvement et se sont vu confier une mission¹ par la CNSA et la DGCS déclinée dans l'instruction ministérielle du 24 juin 2016. Il s'agit d'organiser une remontée d'expériences sur l'accompagnement au changement de pratiques dans les réponses proposées aux personnes handicapées permettant l'ambition d'un « zéro sans solution » et spécifiquement celles présentant **une alternative aux modes de prise en charge habituelles ou des caractéristiques « innovantes »**.

↳ Définition du périmètre des expériences remontées

La Mission « Réponse accompagnée pour tous » vise en particulier à identifier et favoriser le développement des dispositifs innovants, expérimentés par les acteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux et/ou de droit commun, visant à trouver des solutions pour prévenir ou répondre aux besoins et attentes des personnes handicapées ne trouvant pas de réponse satisfaisante dans les structures médico-sociales courantes.

En l'absence de définition du caractère « innovant » à prendre en compte, nous avons choisi de circonscrire le périmètre à **des dispositifs qui ne correspondent pas aux catégories d'établissements et services définies par les nomenclatures officielles (FINESS) et/ou ne bénéficient pas de financement pérenne et/ou sont présents uniquement sur quelques territoires**.

Cela peut correspondre par exemple à des dérogations par rapport au fonctionnement, au financement et aux critères d'accès habituels de certaines structures, ou encore à des accompagnements conjoints (habituellement non cumulables), à la prise en compte de la pair-aidance dans les modalités d'accompagnement proposées, à une plateforme de services, un Plan d'Accompagnement Global (PAG), etc.

¹ Le projet, dans une déclinaison territoriale, contribue aux objectifs de la convention ANCREAI. L'ANCREAI devant fournir l'analyse et la synthèse des remontées des dispositifs innovants, le CREAI s'engage dans la déclinaison de cette action sur le territoire régional.

Ainsi, l'accueil temporaire, les sections d'activité occupationnelle des ESAT (SAS, SA ESAT, etc.), l'accueil séquentiel en internat ou accueil de jour, les temps partagés entre le sanitaire et le médico-social ou encore l'école et le médico-social (quand c'est pratiqué uniquement au niveau individuel et non généralisé à l'échelle d'un dispositif) n'entrent pas dans ce recensement même si ces pratiques visent prioritairement à fluidifier les parcours et/ou éviter les ruptures d'accompagnement. En effet, l'existence et le fonctionnement de ces dispositifs sont connus et développés dans la plupart des départements.

↳ Des remontées régionales à la production d'une synthèse nationale

Sur chaque région, les CREAIs mettent en œuvre cette remontée d'expériences. Il s'agit ainsi pour le CREAI Bretagne :

- ↳ d'identifier dans la région (tant sur les territoires pionniers que sur les autres), les expériences ayant permis des réponses alternatives pour des personnes handicapées en situation de rupture de parcours ou en risque de rupture ;
- ↳ de recueillir une présentation de ces expériences au moyen de fiches annexées à l'instruction ministérielle pré-citée ;
- ↳ de produire une synthèse régionale destinée à l'ARS et à l'ANCREAI sur les éléments d'analyse issus de la démarche de repérage et sur la caractérisation des expériences recensées ;
- ↳ de valoriser ces expériences en collaboration avec l'ARS et les Conseils Départementaux.

La synthèse nationale issue des remontées régionales permettra le soutien de l'appropriation des évolutions dans le champ médico-social, notamment par l'accompagnement au passage progressif d'une logique de places (par grandes typologies de déficiences et par âge) à une logique de réponses adaptées aux besoins et situations (ensemble de solutions plus souples et plus diversifiées y compris en mobilisant le droit commun). Ce changement est particulièrement ciblé par l'axe 4 de la démarche orienté sur les pratiques innovantes pour des réponses alternatives face à la problématique et au risque de rupture de parcours

La méthodologie mise en œuvre

Dans un premier temps (octobre 2016 à janvier 2017), le CREAI de Bretagne a interpellé par mail et/ou par téléphone un premier niveau d'acteurs pour identifier les expériences à remonter :

- Les représentants de l'ARS siège et les DD ARS
- Les représentants des services PH des Départements. A noter, la prise en compte du recueil d'expériences initiés par le CD35 en 2016 dont une partie des expériences entrent dans le périmètre de notre action.
- les MDPH/MDA56, via les commissions départementales des situations critiques et/ou via les PAG (Plan d'accompagnement global)
- l'équipe relais handicaps rares (ERHR) de Bretagne
- les organismes gestionnaires d'ESMS PH

Pour compléter ce premier repérage, le CREAI de Bretagne a également retenu les expériences identifiées via ses travaux conduits en région (études régionales notamment à la demande de l'ARS de Bretagne, accompagnement d'équipes, journées d'études).

Une réunion d'échanges avec des représentants de la DA Parcours de l'ARS Bretagne en janvier 2017 a permis de procéder à certains « arbitrages » au regard du périmètre défini pour cette remontée d'expérience.

Dans un second temps (novembre 2016 à février 2017), pour chaque expérience ainsi identifiée, il a été demandé de remplir une fiche descriptive qui présente de façon synthétique les solutions innovantes proposées. De plus, pour illustrer concrètement l'intérêt et les limites éventuelles de cette démarche/dispositif innovant, il a également été demandé de décrire la situation d'une personne handicapée ayant effectivement bénéficié de cette solution. Ces deux fiches ont été élaborées par la DGCS. L'ensemble de ces fiches figurent en annexe.

Dans certains cas, les acteurs contactés ont transmis des documents de présentation de leur expérience faute de temps pour renseigner les fiches.

Enfin, dans un troisième temps (mars 2017), le CREA de Bretagne a procédé à la synthèse régionale de ces expériences, à partir du plan type de synthèse régionale défini par le réseau des CREA.

L'ANCREAI réalisera en avril 2017 la synthèse nationale à partir des synthèses régionales.

Les limites de ce recueil

Nous partageons ici un certain nombre de limites identifiées par d'autres collègues de CREA, notamment le CREA de Bourgogne-Franche-Comté.

Une première limite de ce travail concerne la notion d'innovation. Bien que le périmètre de ce recueil soit défini, les acteurs ont eu du mal à se situer par rapport à ce dernier. En effet, certains dispositifs mis en place sont antérieurs à la démarche « Réponse accompagnée pour tous » tout en répondant complètement à sa logique tandis que d'autres, ayant adapté récemment leur offre, pensent être dans cette logique alors même que ces évolutions ne font pas véritablement appel à des pratiques innovantes (au sens de mobilisant des acteurs ou mesures habituellement cloisonnées ou incompatibles). Cette limite a pu conduire certains acteurs à ne pas se manifester dans le cadre de ce recueil et d'autres à en être exclus.

La visée de ces remontées régionales n'était pas de procéder à un recensement, au sens de l'exhaustivité des expériences à l'œuvre, mais bien d'illustrer des cas concrets de mise en œuvre de réponses innovantes et de points de blocage. Néanmoins, et il s'agit là de la seconde limite, on peut regretter la non-exhaustivité de ce recueil qui aurait sans doute permis de réaliser un véritable diagnostic partagé des zones de « tension » entre les besoins identifiés et l'offre de prestations sur un territoire mettant en exergue les points de blocage et les leviers possibles pour tendre vers une logique de réponse modulaire et permettre de dégager des préconisations en vue de généralisation ou de transférabilité d'expériences à d'autres territoires.

Le « format » imposé par la circulaire (sous forme de fiches à renseigner) constitue la troisième limite de ce travail : ces fiches n'ont en effet pas toujours été renseignées de manière homogène selon les acteurs et n'invitent pas à être particulièrement précis sur la nature et le contenu des partenariats par exemple. Elle a néanmoins eu le mérite d'obliger les acteurs à renseigner les mêmes items, rendant par là même plus aisée la synthèse de ces expériences.

Enfin, les travaux concomitants des cabinets en appui des départements bretons ont pu générer un agacement de certains acteurs.

Remontées d'expériences.
Synthèse régionale. Bretagne

Par ailleurs, cet appel de remontée d'expériences a donné lieu à des échanges parfois tendus avec des acteurs centrés sur le déficit de places en ESMS.

Les retours

Au final, la synthèse régionale s'appuie sur 49 expériences hors situations remontées par les MDPH (liste en annexe).

1^{ère} partie : Typologie des dispositifs innovants

I. Actions spécifiques pilotées dans le cadre des situations critiques par la MDPH

I.1. L'organisation des commissions départementales des situations critiques et des PAG

En Bretagne, 2 départements, l'Ille-et-Vilaine et le Morbihan, sont départements pionniers. Les 2 autres départements, Finistère et Côtes d'Armor, s'engagent en 2017 dans la deuxième vague de déploiement de la « réponse accompagnée pour tous ».

↳ Départements pionniers

En Ille-et-Vilaine

La MDPH 35 a mis en œuvre une Commission départementale des situations critiques. Un bilan de cette commission est programmé en juin 2017.

La MDPH 35 nous a transmis 2 fiches issues de ces commissions.

Une des situations communiquées porte sur la situation d'une fille, sur alerte de la mère et de l'établissement médico-social pour enfants l'accueillant du lundi au vendredi. La mère ayant besoin de se faire opérer et faisant état d'un épuisement général, il lui était impossible de récupérer sa fille sur plusieurs temps de week-end. Aucun relais n'était possible. A cela, s'ajoutait le projet personnel de madame de déménager dans un autre département, dans un logement provisoire non adapté pour l'accueil de sa fille. La solution proposée a été l'accueil en structure adulte lors des temps de fermeture de l'établissement enfant. Cette solution a été possible du fait **d'une dérogation d'âge, d'un financement ARS et d'une signature avec l'ASE d'un Accueil Provisoire et dérogation par rapport à la situation géographique de la mère.**

L'autre situation concerne la sortie d'un jeune homme de l'établissement où il était accueilli sur la question du soin (essai de fenêtre thérapeutique et adaptation mais trop tardive). Depuis sa sortie, ce jeune homme vit à temps plein au domicile de ses parents : la situation est impossible à gérer pour les parents du fait de leur travail mais également pour le reste de la fratrie (2 adolescents). Epuisement familial général important. La solution proposée a été la mise en place d'un accompagnement à partir du domicile, avec une collaboration multi partenariale. Cette solution a été possible via une **dérogation financement PCH et du maintien du plan PCH** (nombre d'heures). La mise en œuvre de cette solution a été facilitée par l'accompagnement de la décision effectué par l'accompagnatrice sociale de la MDPH qui a réuni au début tous les partenaires autour d'une même table, l'investissement des partenaires, la prise en compte de la particularité de cette situation par les financeurs, l'équipe d'évaluation et les institutions ainsi que les ressources de la personne (sa capacité à s'adapter aux multiples intervenants et partenaires). Cette situation aurait certainement pu être accompagnée avant le point de rupture par l'EMS dans lequel il était accueilli.

En février 2017, la MDPH 35 avait élaboré 4 PAG.

Dans le Morbihan

La MDA56 a fait le choix de ne pas mettre en place de Commission départementale des situations critiques mais de créer un poste de Chargé de mission « Fluidité des parcours » au sein de la MDA 56. Dès la création de ce poste, la MDA 56 a mis en place des « GOS » avant même la parution de l'article 89 relatif au DPO. Ce poste a été un temps vacant et est occupé depuis juillet 2016 par une nouvelle chargée de mission dont la fiche de poste est en construction. La convention ARS /MDA n'est pas en février 2017 signée.

La MDA56 a défini son public cible pour le DPO :

- Reprise de la définition du public des Commission départementale des situations critiques (cf. circulaire novembre 2013)
- Et élargissement à d'autres publics : public confié à l'ASE et relevant de la MDA, public avec troubles psychiques. A ce jour, les acteurs s'interrogent sur l'inclusion de jeunes en rupture scolaire dans le public cible.

Mi-février 2017, la MDA 56 aurait élaboré une vingtaine de PAG dont une dizaine via des GOS. La MDA56 nous a transmis 4 PAG.

Une des situations concerne une femme prise en charge dans un foyer de vie depuis le 17 mars 2014 avec un accompagnement singulier qui est en place : elle bénéficie de 3 heures par semaine pour un accompagnement extérieur à l'établissement réalisé par une auxiliaire de vie, d'un accueil à l'Hôpital de Jour pour Poly Pathologies à hauteur de 4 demi-journées par semaine et une demi-journée supplémentaire est envisagée. La prise en charge au Foyer de vie est compliquée depuis 2 ans (24 évènements indésirables signalés sur cette période). Elle alterne accueil au foyer et hospitalisation en psychiatrie : 9 hospitalisations d'une durée variant d'une semaine à un mois ont été nécessaires. Le traitement prescrit en hôpital psychiatrique n'est pas le même que celui prescrit par son médecin traitant, ce qui pose des problèmes dans son accompagnement par l'équipe au Foyer de vie. A ce jour, les crises de cette femme, caractérisées par des agressions sur elle-même et autrui, ne sont pas apaisées et restent récurrentes. La situation est signalée comme grave et urgente par le directeur du Foyer et le directeur du pôle habitat et vie sociale, qui ont demandé, à 2 reprises, à la MDA, par courrier, une sortie définitive de cette femme des effectifs du foyer de vie.

Ses agressions récurrentes à l'égard des autres résidents ont créé des réactions de peur, de rejet et pour certains de menaces ou de ripostes physiques à son encontre. Les familles ont exprimé leur plainte au CVS du Foyer de vie et le personnel encadrant a sollicité le Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail.

Une première Orientation alternative définie en GOS consiste en un maintien au foyer de vie avec étayage pour 3 mois, un accueil Temporaire dans un FAM un week-end sur deux, la poursuite de l'accueil en partenariat avec l'hôpital de jour (accueil de 5 demi-journées) et de la visite hebdomadaire à son père en accompagnement individuel.

Une Deuxième Orientation alternative définie en GOS consiste en un accueil en famille d'accueil social ou famille d'accueil thérapeutique, un accueil Temporaire dans un FAM un week-end sur deux, la poursuite de l'accueil en partenariat avec l'hôpital de jour (accueil de 5 demi-journées) et de la visite hebdomadaire à son père en accompagnement individuel.

Le risque dans cette situation est la pérennisation des renforts au Foyer de Vie si l'Accueil en Famille d'Accueil ne pouvait aboutir dans les trois mois.

La mise en place d'un GOS permet d'aborder l'ensemble des questions relatives à la situation, même les plus délicates. Dans ce GOS la question de la confrontation concernant le traitement médicamenteux de X, entre le médecin traitant et le psychiatre a pu être évoquée.

Un autre PAG concerne la situation d'un garçon accueilli de manière séquentielle dans un IME depuis le mois d'avril 2016. Une collaboration a été menée entre l'IME et le CMP pour construire un projet d'accueil qui réponde à ses besoins. Le projet d'accueil séquentiel et progressif à l'IME a commencé le 19 mai 2016 et avance prudemment pour ne pas réitérer les mises en échec antérieures. Après avoir mis en place des séquences d'ateliers à l'IME, puis des demi-journées, puis des repas de midi, des journées complètes d'observation ont été organisées en juin 2015. Afin de poursuivre et de renforcer son accueil à l'IME pour la rentrée 2016-2017 dans le cadre d'un accueil partiel, son accompagnement nécessite **l'embauche d'une éducatrice spécialisée à hauteur de 24 h/semaine. Un crédit supplémentaire et non reconductible** est inscrit dans le cadre de la démarche Réponse Accompagnée Pour Tous par l'ARS.

Le suivi du Plan d'Accompagnement Global engage les partenaires et la famille à se rencontrer pour établir un point de situation de ce dispositif mis en place pour le projet de ce garçon.

Un travail de transition du CMP (la contrainte d'âge de ce CMP) vers le CMPP est engagé par les professionnels et auprès de ce garçon.

En complément de sa prise en charge à l'IME et au CMP/CMPP, il bénéficie de :

- 2 séances d'orthophonie par semaine
- 1 séance avec un éducateur comportementaliste (méthode ABA) par semaine
- 1 activité sportive, le hand-ball.
- La possibilité d'inscription auprès de la mairie pour des loisirs vacances, relai assuré par une AS à la MDA.
- La possibilité d'inscription en séjours adaptés pour les vacances d'été, de préférence fin juillet.

La question des transports entre l'IME et l'orthophoniste est soulevée. Cette réflexion peut-elle entrer dans le cadre du **réajustement du CNR avec l'ARS** ?

Le coordonnateur du Plan d'Accompagnement Global est le Directeur de l'IME.

Un autre PAG concerne la situation d'un garçon de 15 ans pour lequel l'orientation idéale sans contrainte d'offre serait un IME avec agrément spécifique autisme et internat de semaine avec possibilité d'accueil les week-ends et l'orientation en cours validée est un IME avec une prise en charge possibles uniquement en accueil de jour.

Une proposition transitoire est formulée :

- Admission possible à compter de septembre 2016 à l'IME en accueil de jour (objectif 5 jours/semaine)
- **Poursuite dérogatoire des prises en charge à l'UHEA en semaine** en dehors des heures d'accueil de l'IME
- Interventions **possibles de l'IFT au sein de l'IME**
- Déplacement taxi entre l'IME et l'UHEA : à prévoir avec **un accompagnant supplémentaire dans le véhicule**
- Retours possibles à domicile les week-ends
- et à moyen terme, envisager l'étude possible de **l'embauche d'une aide humaine à domicile pour le soir et la nuit (financement PCH)** dans l'attente d'une prise en charge globale en IME avec internat de quinzaine

Les questions qui se posent dans cette situation :

- Quid de l'organisation humaine et de son financement pour assurer **le transport**, en toute sécurité, au regard de la problématique de troubles du comportement observés préalablement.

- Quid de l'autorisation d'un accompagnement médico-social et sanitaire : la CPAM a été saisie et apporte la réponse suivante :

Pour le cas de certains transports où un accompagnement professionnel spécifique est indispensable, le surcoût pesant sur le financement doit également être pris en charge par l'IME. A cet effet, la circulaire ministérielle du 29/08/1986 ayant pour objet : l'intégration des frais de transport des enfants handicapés fréquentant des établissements d'éducation spéciale dans les budgets des établissements. Il y est précisé : « Tous les frais de transports qu'il s'agisse de transports individuels ou collectifs, que l'enfant ou l'adolescent soit accueilli en externat, semi-internant ou internat et quel que soit le mode de transport utilisé, devront être inclus dans le budget de l'établissement d'éducation spéciale d'accueil. Le moyen de transport adapté à l'état de l'enfant est déterminé par prescription médicale établie par le médecin traitant ».

Toutefois, l'IME ne peut pas prendre en charge le surcoût du financement d'un accompagnement professionnel spécifique dans les transports pour des raisons financières. La possibilité est que l'IME assure le véhicule de transport avec chauffeur et l'UHEA met à disposition un accompagnateur.

L'ARS a accordé un budget pour ces transports.

- Durée de cette solution transitoire à déterminer dans une échéance maximum de 3 mois.

↳ Les autres départements

Dans les Côtes d'Armor

Sur ce département, la Commission départementale des situations critiques est organisée sur 2 niveaux :

- une Commission départementale dite "restreinte" de 3 h / mois qui réunit chaque mois l'ARS, le CD et la MDPH depuis mars 2014. Ce rythme ne suffisant plus, une Commission départementale ciblée enfants est maintenue chaque mois et une Commission départementale ciblée adultes a été ajoutée une fois toutes les 6 semaines ;
- lorsque les critères de criticité sont réunis, la MDPH 22 mobilise une Commission départementale élargie, en réunissant les partenaires déjà impliqués et des experts.

Cette organisation est jugée plutôt efficace mais nécessite un temps croissant avec l'augmentation des situations "en veille", non résolues, voire même non sorties de la criticité.

Les 17 situations traitées en Commission départementale des situations critiques enfants font apparaître notamment les constats suivants :

- un nombre important de situations relevant de l'ASE (7 sur 17)
- une forte mobilisation de la maison d'accueil ATHEOL (4 situations effectives et 4 situations pour lesquelles l'établissement a été envisagé).

Une de ces situations concerne un garçon de 10 ans présentant une épilepsie et des troubles du comportement. Sur interpellation du père, une commission se réunit. Il est admis en journée dans un IME spécialisé dans l'épilepsie et est hébergé en établissement d'accueil temporaire.

Cet IME demande un soutien financier à l'ARS, qui accorde des CNR. Une formation a été accordée pour une sensibilisation du personnel à la gestion de la violence des jeunes accueillis. L'accompagnement partagé mis en place pour permettre l'accueil à l'IME (Maison d'accueil temporaire sur l'hébergement et IME sur l'accueil de journée) va se poursuivre jusqu'aux vacances de Noël 2016. A partir de fin janvier 2017, mise en place d'une nuit d'internat. Des CNR ont été accordés par l'ARS.

Une autre situation concerne un garçon de 15 ans présentant une déficience intellectuelle et des troubles psychiatriques importants. Ce garçon relève de l'ASE, il y a un droit de visite des parents. Il est accueilli en internat dans un IME, va une fois par mois en famille d'accueil. Une demande d'hospitalisation à l'UTPEA a été demandée. Il est accueilli à la maison d'accueil temporaire 1 fois par mois. Face à la situation de rupture de l'hébergement ASE (fin de placement Famille d'accueil), risque majeur de rupture côté IME; hospitalisations régulières en pédiatrie; traitement non stabilisé; accueillie au CDEF pendant les vacances de Pâques et chez une famille d'accueil; refus d'hospitalisation de l'UTPEA, une commission situation critique est mise en place avec l'ASE, l'IME et la pédopsychiatrie. Le niveau régional est saisi. Une liste d'établissements de santé a été adressée à l'IME par l'ARS.

Il est proposé un accueil dérogatoire sur une structure relevant de la protection de l'enfance avec des moyens thérapeutiques, mais l'accompagnement reste compliqué malgré l'encadrement éducatif et thérapeutique de l'établissement et un recrutement d'un personnel en renfort.

Il est proposé la mise en place d'accueils de jour à la maison d'accueil temporaire, un accueil dans une famille d'accueil sur un week-end de janvier et la recherche de lieux de vie spécialisés.

Une 3^e situation (en cours) concerne un garçon de 15 ans accueilli partiellement en IME (4 demi-journées/semaine), pour lequel la commission départementale a saisi le niveau régional. Ce jeune bénéficie de l'intervention d'un SAD l'après-midi. Epuisement de la famille. Saisine de l'Equipe relais Handicap rare qui propose de saisir le réseau national HR sur une éventuelle connaissance de situations de ce type en France. Un bilan actualisé de la part de l'IME est nécessaire pour permettre à la MDPH de revoir le plan d'aide humaine (actuellement 5,30 h/jour). Un bilan CRA est demandé également.

Une 4^e situation concerne un garçon de 15 ans, relevant de l'ASE, avec une orientation IME. Après des temps d'observation, ce jeune est admis à l'IME (section autisme) sur un accueil très séquentiel. Une fragilité de la famille d'accueil est notée. La pédopsychiatrie refuse une orientation HDJ. Une dérogation pour les 90 jours d'accueil temporaire est demandée et accordée par l'ARS.

Mi-février 2017, la MDPH 22 n'avait pas de calendrier pour la mise en place de la Réponse accompagnée mais déjà quelques éléments de méthodologie :

- la MDPH 22 a constitué un groupe projet au sein de la MDPH. Un professionnel a été nommé préfigurateur du Dispositif « réponse accompagnée pour tous » ;
- Un comité de pilotage est prévu avec l'ARS, le CD, la Direction académique et peut-être la CPAM ;
- Une réflexion est en cours avec les partenaires déjà en "ordre de marche" sur le département avec la mise en place de pôles territoriaux impulsée par le collectif HandiCap 22. *« Ces pôles territoriaux offrent un espace à tous les partenaires d'un territoire pour exposer des situations où un risque de rupture de parcours existant, avec ou sans conséquence pour l'intégrité de la personne (ce ne sont pas forcément des situations complexes à la base), sous forme de "table*

ronde". Ces tables rondes préfigurent l'organisation des futurs GOS, qui seront eux sous pilotage de la MDPH. L'organisation déjà en place offre un formidable levier pour la MDPH, car les pôles territoriaux ont acquis, depuis leurs 2 années d'existence, une connaissance fine des acteurs de leur territoire, bien au-delà du champ médico-social ».

Dans le Finistère

Sur ce département, la Commission départementale des situations critiques est en place. 1 situation a été transmise.

La Direction PA/PH du département du Finistère, en lien étroit avec la MDPH et l'ARS, a mis en place une **plateforme des parcours** (fiche 41) qui a pour objectif d'apporter une réponse en adéquation avec les besoins en définissant des priorités d'admission dans des établissements, de repérer et traiter les situations complexes et d'alerter les structures sur ces situations (institutionnelles et associatives). Pour ce faire, cette plateforme départementale repose sur 2 instances : une instance technique étudie les situations et formule des préconisations d'admission et/ou des pistes de travail à explorer pour qu'une solution soit trouvée et une instance décisionnelle, la commission départementale de régulation des admissions qui délibère sur les propositions et les priorisations de l'instance technique. Cette plateforme devient un outil du DPO dans une phase transitoire.

La MDPH 29 nous a adressé la situation d'un enfant de 7 ans déscolarisé, ne s'inscrivant pas dans les apprentissages et ne communiquant que très peu avec son entourage. Il présente d'importants troubles comportementaux et le diagnostic TED est posé. Il nécessite une vigilance constante et peut faire preuve de violence envers lui-même et les autres. Sa mère élève seule ses 4 enfants dont un en bas âge. Il bénéficie d'un accompagnement SESSAD (2h semaine) et hôpital de jour (4h semaine), l'orientation en IME n'est pas mise en œuvre. La solution proposée est un projet éducatif adapté visant à accompagner progressivement son admission en IME. Les observations conduites par l'IME, le Service d'Accompagnement Comportemental Spécialisé (SACS) et le SESSAD sur la période de 6 mois ont permis d'évaluer que l'enfant relève d'une prise en charge individuelle permanente, du fait des difficultés comportementales massives constituant un obstacle à son admission en IME. L'enjeu est d'établir un **projet éducatif individualisé porté en coopération avec la famille, l'IME, le SACS et le pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent** (Hôpital de jour à temps partiel et hospitalisation complète séquentielle), et visant à aboutir, à terme, à une prise en charge unique à l'IME. Cette situation a nécessité **un travail en coopération qui a permis de créer de nouvelles modalités de collaboration** entre les acteurs concernés alors qu'ils n'avaient eu que peu d'occasions de travailler ensemble auparavant.

I.2. Des pratiques qui tendent vers une organisation en « dispositif »

La notion de « dispositif » est au cœur des évolutions attendues dans le secteur avec comme objectif de pouvoir moduler rapidement et efficacement l'accompagnement des personnes handicapées afin de répondre au mieux à l'évolution de leurs besoins. **Les dispositifs ITEP**, après une phase d'expérimentation, sont aujourd'hui reconnus par la loi. Les 4 départements bretons sont ainsi engagés dans la mise en œuvre de ces dispositifs ITEP. S'ils constituent une avancée indéniable, ces dispositifs sont davantage des plateformes de services que des dispositifs intégrés du fait de la non intégration des réponses du secteur sanitaire ou du secteur social dans leur logique de « plate-forme ».

Dans le même registre, la MDPH 35 établit des **doubles notifications SAVS/SAMSAH handicap psychique** afin de permettre une modularité des interventions en fonction de la variabilité des troubles psychiques.

I.3. Une gestion harmonisée des listes d'attente en ESMS PH

Une gestion des listes d'attente par les MDPH

Au-delà des **réunions annuelles animées par les MDPH** avec les ESMS (IME essentiellement) de leur département pour mettre à jour les listes d'attente, **la MDPH 29 a mis en place l'outil DELOS**, outil de gestion partagée des listes d'attente dans le département du Finistère. L'objectif de ce projet était de disposer d'un outil de gestion partagée des listes d'attente entre les gestionnaires et le CD. Cette saisie devait s'effectuer directement par les gestionnaires tout en permettant au CD d'harmoniser la saisie des inscriptions mais également d'organiser un suivi fiable et instantané de ces listes d'attente.

L'outil de gestion des listes d'attente se concentre exclusivement sur les structures implantées dans le département du Finistère.

La quasi-totalité des Etablissements et Services Médico-Sociaux œuvrant dans le secteur des adultes handicapés, sur le département du Finistère, est concernée par l'outil de gestion des listes d'attente. Ces établissements relèvent du financement du CD (Foyer de vie, foyer d'hébergement d'ESAT...) et de l'assurance maladie (ESAT et MAS). Ce périmètre d'intervention a été privilégié afin de disposer de la vision la plus complète possible des besoins sur le département.

Impacts

- Pour la MDPH : Cet outil permet à la MDPH d'exercer un suivi des décisions prises en CDAPH à des fins statistiques ou individuelles par le biais du suivi des demandes (entrées en établissement, maintien en liste d'attente...).
- Pour les ESMS : L'objectif est de permettre aux ESMS de maîtriser leurs listes d'attente et d'identifier des dossiers déjà existants par le biais d'une base de données unique et centralisée. Ils doivent également pouvoir exploiter les données qu'ils ont renseignées sous forme d'extraction statistiques et faire le point à échéances régulières sur des dossiers individuels.
- Pour les usagers : Ils ne sont que peu concernés à ce jour.
- Pour le CG : Quantification des besoins (planification de l'offre médico-sociale) et suivi des dossiers individuels.

Dans le 4^e schéma départemental des personnes handicapées, une commission départementale de régulation des admissions a été mise en place (fiche 41 citée précédemment). Les travaux de cette commission s'appuient sur les données de la liste d'attente départementale.

Dans le cadre du SROSM, l'ARS de Bretagne a mis en place un groupe de travail intitulé "groupe observation partagée" rassemblant les 4 Conseils départementaux, les 4 MDPH, la DRJSCS, l'assurance maladie, l'Education nationale et le CREAI Bretagne, qui échange sur les données, études, analyses sur le champ PH et qui a notamment pour objet de mettre en œuvre un système d'informations partagé des listes d'attente en ESMS en organisant la remontée des données dans chaque département en lien avec le niveau régional.

Plus récemment, un appui de la CNSA pour mobiliser les ARS et les CD et accompagner la démarche :

- **Instruction ministérielle aux ARS** fixant les objectifs et modalités du déploiement d'un SI orientation et précisant l'objectif de co-portage par les ARS et les départements, le cadre et les modalités de l'appui national (notamment le volet financier) ;
- **Saisine des Départements par courrier de la Ministre**. Elle précise les attendus de la démarche au niveau national et sur les territoires, le principe d'un engagement conjoint et d'un co-portage de la démarche au niveau local.

L'ARS de Bretagne et les CD mettent en place des réunions régionales de lancement avec les objectifs suivants :

1. Lancer la démarche de mise en œuvre du SI suivi des orientations en associant les MDPH
2. Aboutir à une lettre d'engagement (co-signée ARS/CD) qui sera transmise à la CNSA au 1^{er} semestre 2017
3. Consolider le partenariat ARS/CD afin de mettre en place une feuille de route conjointe sur la mise en place du SI sur le suivi des orientations en lien avec les MDPH

Un exemple de gestion des listes d'attente par un organisme gestionnaire

La Mutualité Finistère-Morbihan a mis en place sur le Finistère une commission commune d'admission aux ESMS adultes et à l'IEM. Elle propose ainsi un lieu unique qui adresse et reçoit les dossiers de demande d'admission : la secrétaire de la commission qui adresse les dossiers d'inscription.

Dans le cas d'une demande d'admission en FAM, la commission adresse la copie du dossier de demande d'admission aux directeurs des différents FAM de l'organisme gestionnaire et pas uniquement au FAM contacté initialement.

Cette commission est composée des membres suivants : directeur représentant des types d'ESMS (ESAT, foyer, IEM), psychologue, médecin de CD et 1 représentant ARS.

En 2014, les critères d'admission étaient les suivants :

- adultes ou enfants cérébro-lésés
- urgence de l'intégration
- adéquation / projet de service
- situation familiale (proximité, présence, ...)
- ancienneté dans la liste d'attente
- priorité géographique
- souhait pour une orientation professionnelle (ESAT)
- mobilité interne
- inadéquation de nos usagers nécessitant réorientation

A l'origine, cette commission se réunissait quand une place se libérait. En 2014, elle se réunissait une fois par trimestre et une démarche d'anticipation de départs avec l'identification de pré-priorisation a été mise en place. L'admission faite est validée a posteriori par la commission.

II. Dispositifs visant à éviter les ruptures d'accompagnement liées à l'avancée en âge (16-25 ans, PHV, etc.)

II.1. Des expériences de mise en situation pour accompagner les transitions liées aux âges

Pour préparer les orientations des jeunes vers le secteur adultes, diverses expériences se mettent en place. Ainsi, parallèlement aux stages en ESAT pour les jeunes d'établissements médico-sociaux, d'autres immersions sont envisagées pour d'autres parcours. Ainsi, un Foyer de vie/FAM dans les Côtes d'Armor (fiche 1) et un accueil de jour en Ille-et-Vilaine (fiche 2) proposent des temps d'accueil pour des mises en situation permettant aux jeunes de « transposer leurs acquis et plus largement de découvrir leur place d'adulte en devenir ».

Le foyer de vie/FAM Résidence du Coadou (fiche 1) propose via convention avec l'établissement d'accueil, des stages de découverte/évaluation en vue d'une orientation (stage limité à 30 jours) à destination de **jeunes de moins de 20 ans accueillis en IME ainsi qu'à des jeunes adultes sous amendement Creton**. Ce projet s'adresse à l'ensemble des structures du département. 54 personnes ont bénéficié de ces accueils de 2009 à 2016.

L'accueil de jour de l'association Le Temps du regard (fiche 2) accueille dans le cadre **d'une convention avec un IME**, un groupe de 4 jeunes identifiés par l'IME comme relevant d'un projet « accueil de jour » avec la volonté « de proposer aux jeunes une alternative au « tout projet travail » : ces jeunes intègrent chaque jeudi matin les ateliers proposés par l'accueil de jour. Ces accueils permettent « *d'appréhender un projet de vie plus éloigné de la question du travail à la sortie de l'IME, l'accueil de jour pouvant parfois être une transition à la maturité du jeune et un temps de réflexion avant de reprendre un projet travail.* ». 5 Jeunes ont pu bénéficier de cet accueil.

L'accueil de jour « Droit de cité » accueille également via convention un groupe de 3 / 4 jeunes de l'IME La Dussetière pour permettre des temps de vie au sein de groupe d'adultes.

Ces stages d'immersion et d'évaluation sont également mis en place pour accompagner les réorientations liées à **l'avancée en âge ou à l'évolution du handicap**. Ainsi, le foyer de vie/FAM Résidence du Coadou (fiche 1) propose également via convention avec l'établissement d'accueil, des stages de découverte/évaluation en vue d'une orientation (stage limité à 30 jours) à destination d'adultes accueillis en ESAT, SATRA, SAVS, foyer hébergement, mais aussi personnes avec orientation foyer de vie/FAM.

Ces expériences se rapprochent des séjours pouvant être réalisés dans le cadre d'accueil temporaire. En effet, un séjour en accueil temporaire peut être une forme d'essai d'accueil institutionnel, être une préparation à l'entrée en établissement.

La recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles de l'ANESM « Qualité de vie en MAS-FAM (Volet 3) Le Parcours et les formes souples d'accueil et d'hébergement », préconise de proposer, en fonction des situations, des mises en situation concrètes grâce à des accueils de jour, des hébergements temporaires ou des stages pour préparer les orientations. Cette recommandation rappelle que pour les mises en situation concrètes, deux dispositifs existent :

- L'accueil temporaire qui nécessite préalablement que :
 - l'établissement dispose d'une autorisation pour l'accueil temporaire ;
 - l'usager dispose d'une notification d'orientation en accueil temporaire.
- Le stage² « *Cette modalité d'accueil est dépourvue de base juridique. Néanmoins, elle est mise en œuvre par certains établissements. Ses modalités d'organisation (durée, modalité*

² Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles de l'ANESM « Qualité de vie en MAS-FAM (Volet 3)

d'admission, de financement, etc.) sont parfois définies dans le règlement d'aide sociale départemental (concernant les foyers d'accueil médicalisé) ou dans le cadre de conventions inter-établissements (qui définissent notamment les modalités de financement et de facturation de séjours). Cette modalité d'accueil étant une pratique sans fondement juridique, elle est exceptionnellement traduite dans les autorisations administratives. Il n'est pas systématiquement exigé des usagers qu'ils disposent de l'orientation correspondant à la nature de l'établissement pour être admis en «stage».

Compte tenu de l'absence de statut juridique encadrant ces pratiques, il est vivement recommandé aux établissements d'en informer régulièrement l'autorité administrative de contrôle.»

II.2. Des expériences d'accompagnement aux âges charnières

- Passage du secteur enfant au secteur adultes

En Bretagne, l'ARS Bretagne a autorisé en 2010 le SESSAD régional GRAFIC (fiche 4) pour accompagner 42 jeunes âgés de **16 à 25 ans avec déficience intellectuelle** en fin de scolarité en vue d'élaborer un projet d'insertion socioprofessionnelle réalisée et de définir les compensations envisageables et mobilisables. Ces jeunes sont scolarisés en lycées professionnels (CAP ou ULIS), en maisons familiales rurales, en apprentissage, en EREA ou encore en mission de lutte contre le décrochage scolaire (MLDS). 162 jeunes ont bénéficié de l'accompagnement par ce SESSAD.

Illustration d'une situation individuelle accompagnée par ce SESSAD

Situation initiale

Jeune de 16 ans ayant été accompagné par le SESSAD autisme du département et scolarisé en ULIS Lycée Professionnel. Famille désemparée face à une fin de scolarité sans perspective. Demande de la famille et de l'équipe pédagogique d'un accompagnement dans l'élaboration d'un projet professionnel (peu d'autonomie, besoin d'encadrement important, ESAT à priori pas envisageable)

Accompagnement proposé :

Parcours progressif s'appuyant sur les ressources de proximité (habitat du jeune) pour développer l'autonomie :

- Choix d'une entreprise privée partenaire sur 2 ans dans l'accueil du jeune en alternance lycée/stage : développement de savoir être, prise de confiance, analyse des besoins de compensation, des zones de compétences
- Elargissement du partenariat avec le secteur associatif et France Bénévolat car jeune ne pouvant répondre aux exigences minimales d'un employeur (productivité, polyvalence, autonomie). Charte du bénévolat signée / profil de poste ciblé / tuteur désigné et sensibilisé dans 3 lieux + accompagnement extérieur

Parallèlement poursuite des contacts avec le secteur économique et signature d'un contrat de travail sur un temps partiel (8h/hebdo) après travail avec collectif de salariés et direction.

- Analyse des tâches accessibles
- Recherche de compensation en lien avec les collègues

Accompagnement sur poste de travail par professionnel du SESSAD.

Dans le cadre de ses actions bénévoles le jeune a pu mettre en avant ses compétences malgré ses limites et différences et amener un « bénévole valide » lui-même chef d'entreprise à parier sur ce jeune et à lui proposer un contrat de travail sans même savoir sur quel poste cela pourrait être possible.

Difficultés rencontrées : trouver des statuts adaptés permettant de poursuivre des inclusions professionnelles dans la durée
Risque : épuisement de l'environnement dans la durée = nécessité d'envisager une veille
Leviers qui ont rendu possible ou facilité la mise en œuvre de la solution :

- La multiplicité des expérimentations proposées
- L'accompagnement de proximité proposé aux tuteurs, employeurs,
- La collaboration avec les familles, la confiance établie

Un nouveau SESSAD Professionnel, le SESSAD de l'Evel, à Baud dans le Morbihan, vient compléter cette offre. Ce SESSAD s'adresse aux jeunes **de 15 à 25 ans présentant une déficience intellectuelle**, associée à des troubles compromettant leur insertion sociale et professionnelle. Il a un rôle de médication, de coordination et d'accompagnement thérapeutique (soutien psychologique, prise en charge en psychomotricité, une aide à l'accès aux soins).

Suite à l'appel d'offre du département du Finistère, la plateforme d'autonomisation des jeunes, « tremplin », portée par les Genêts d'or (fiche 5) a été autorisée pour répondre aux situations de jeunes de plus de 20 ans en IME et aux jeunes à domicile sans solution d'accompagnement. Cette plateforme composée d'une palette de services (SAVS, habitat groupé, accueil de jour, foyer de vie avec places d'hébergement temporaire) s'adresse aux **jeunes âgés de 20 à 30 ans présentant une déficience intellectuelle et/ou un trouble envahissant du développement**. Elle vise à leur permettre d'acquérir de l'autonomie dans la vie quotidienne, pour accéder à une réelle inclusion professionnelle et/ou scolaire (poursuite des apprentissages scolaires et préprofessionnels, possibilité de parcours au sein de la plateforme).

Pour accompagner les jeunes adultes, un GEM en Ile-et-Vilaine a pensé un projet spécifique pour les **18-30 ans**. Le GEM L'Antre-2 (fiche 6) a été créé par le GEM L'Autre Regard en 2005 pour permettre aux plus jeunes de créer leur propre fonctionnement associatif et leurs propres activités en fonction de leurs envies. L'Antre-2 a décliné son activité avec la création de l'Antre-2 Café en 2008 avec la volonté de créer un espace ouvert sur la cité, permettant de faire d'autres rencontres et proposant des rendez-vous culturels. Il était en premier lieu question de faire des rencontres avec des personnes extérieures au champ de la psychiatrie pour « déghettoiser » le GEM. Mais le Café offrait aussi l'opportunité de rencontrer sur certains temps, des personnes plus âgées, ayant aussi des troubles psychiques, pour bénéficier potentiellement de leur expérience et d'une plus grande disponibilité pour les soutenir dans la vie associative. Le Café représente également pour les adhérents un moyen d'être reconnu à travers l'association comme acteurs sociaux et culturels dans la Cité. Dans cet esprit de libre adhésion et de circulation entre les différents espaces et les différentes activités de l'association L'Antre-2, qui permet l'accroche avec le collectif, les adhérents ont mis en place des horaires d'ouverture différents pour les activités qui leur sont réservées et pour le Café. L'enjeu étant de permettre à chacun en fonction de ses envies et de ses capacités, de rencontrer d'autres personnes que les adhérents, ou pas. C'est aussi cette libre circulation entre les espaces qui permet à chacun d'expérimenter différents endroits d'implication, voire de responsabilité, sans pression. L'espace GEM réservé aux adhérents est fondamental pour leur permettre d'appréhender la vie associative, voire de s'y impliquer, grâce à un équilibre de moments d'activités structurées et de moments plus informels. La création de conditions de rencontres adéquates avec un public extérieur au réseau sanitaire et social, est sous tendue par les possibilités d'expérimentations artistiques et culturelles au sein du GEM.

- **Accompagnement du vieillissement**

Une autre période charnière, celle du vieillissement, a fait naître des expériences d'accompagnement de l'avancée en âge et l'accompagnement à la réorientation.

Ainsi, l'association ARESAT Bretagne a mis en place sur la région le projet « Un avenir après le travail » (fiche 7). Face au constat de l'arrivée massive à l'âge de **la retraite de travailleurs d'ESAT**, de la difficulté à trouver des informations accessibles et des réponses inclusives sur leur territoire et à l'absence de prise en compte suffisamment globale et diversifiée de la problématique de l'après travail et de la retraite, l'ARESAT a proposé un projet visant à la fois un accompagnement efficient de la transition vers la retraite ou la fin d'activité professionnelle avec les ESAT et services d'hébergement ou d'accompagnement social et une coopération avec les acteurs de droit commun du territoire pour faciliter l'inclusion. La démarche repose sur 4 supports principaux : l'information (divers supports accessibles), la formation des professionnels et des personnes concernées, l'animation de territoire et un collectif agissant en réseau et coopération (comité de pilotage régional pluri-partenarial, comités techniques thématiques, comités de pilotage locaux des animations de territoire, un réseau de référents retraite). En Bretagne, 60 animateurs retraite ont été formés, plus de 500 professionnels ont été sensibilisés à la démarche et plus de 80 partenaires sont opérationnels. Un essaimage de cette démarche est en cours sur les régions Ile-de-France, Champagne-Ardenne et Picardie.

Illustration d'une situation individuelle accompagnée par ce dispositif :

Situation initiale

M. X, âgé de 58 ans, travaille dans le même Esat depuis 38 ans. Il vit en appartement de façon indépendante. Il bénéficie d'une intervention ponctuelle du SAVS et de son mandataire de protection judiciaire. Il travaille à temps partiel (50 b%) depuis ses 54 ans et est inscrit sur la SAESAT. Ses parents ayant plus de 85 ans ont intégrés récemment une EPHAD. Ses frères et sœurs, du fait de leurs obligations professionnelles ont quitté la région.

La question de la retraite est abordée quelque fois avec lui, mais elle est source avant tout d'inquiétude. Son réseau relationnel et ses activités sont concentrés sur l'Esat et la SAESAT.

Accompagnement proposé :

L'ESAT de M. X s'est engagé dans la mise en œuvre de 4 outils proposés par l'Aresat Bretagne :

➤ Un animateur retraite a été désigné dans cet ESAT et a suivi une formation de 4 jours en Bretagne. Il a partagé avec ses collègues les supports d'information. Il a sensibilisé à l'anticipation nécessaire. Le projet retraite est maintenant inscrit dès 45 ans dans le PIA.

➤ Une formation de 3 jours a été proposée à M. X et à 8 autres de ses collègues. Ils ont été accompagnés par 3 professionnels (service soutien, SA ESAT, SAVS). M. X a réalisé un « panorama de vie ». Il a réalisé qu'il avait connu plusieurs changements d'importance dans sa vie, et que ceux où il avait pu exprimer ses préférences avaient été mieux vécus. Il a détaillé une activité qu'il aimait bien faire : la pêche. Avec l'aide de ses collègues et d'un accompagnant, il a entendu toutes les compétences et les qualités qui étaient développées dans ce loisir. Des savoir-faire parfois inattendus qui ouvrent la voie à d'autres champs des possibles. M. X, enfin, a réalisé et présenté la carte de ses aspirations et de ses rêves. Il a sollicité le SAVS pour rencontrer le centre social de son quartier qui propose des sorties tous les WE.

➤ L'Esat de M.X et 2 autres ESAT du secteur se sont rencontrés à l'invitation de l'Aresat. Une journée a été proposée à une trentaine de futurs retraités. Ils ont établis eux-mêmes un programme d'animation. Des temps de rencontre avec différents services qui s'adressent aux personnes retraitées. Une rencontre a été organisée avec le CLIC, et a été présenté tout ce qui existait pour rester le plus longtemps possible autonome. M X a rencontré France-bénévolat et a proposé ses services. France-Bénévolat a lancé un recrutement de bénévoles pour accompagner les futurs retraités qui voudraient devenir bénévoles, et les aider dans leur mission. M. X est allé visiter des structures d'hébergement pour personnes âgées et un habitat

regroupé. Les ESAT ont mis en place une journée d'information avec la CARSAT, la MSA et le CICAS. Les informations étaient compliquées mais l'après-midi, M. X a rencontré 2 conseillers. Il a mis à jour ses dossiers avec l'aide de l'assistante sociale. Il a su qu'il pouvait prendre sa retraite depuis ses 55 ans. Il a entendu qu'avec l'ASPA il aurait des ressources suffisantes pour garder son appartement et ses habitudes de vie. M. X a programmé son départ en retraite dans 2 ans. Il l'envisage plus sereinement. L'animatrice retraite de son ESAT a permis à M. X d'être invité par le centre d'examen de santé CPAM de son département. Il y est allé avec dix de ses collègues. On lui a remis un guide santé en « facile à lire et à comprendre » avec des conseils et les différents RDV auxquels il devra faire particulièrement attention. Jusqu'à présent, c'était son moniteur qui lui disait d'aller voir son médecin quand il semblait fatigué. A la retraite, son SAVS a vu avec l'aide à domicile, afin qu'elle soit vigilante à l'égard de M. X. L'ESAT de M.X est maintenant en contact régulier avec le CLIC pour rechercher des solutions face à des questions concrètes et particulières.

➤ L'ESAT de M.X est inscrit dans le projet « Un Avenir après le Travail ». Il partagera très bientôt les informations importantes avec les autres structures via une plate-forme numérique. L'Aresat organise des rencontres des animateurs retraite, et c'est l'occasion de connaître des projets qui sont proposés avec des partenaires.

Difficultés rencontrées :

- Le relais à géométrie variable de la part des CLIC selon le cadre défini par leurs missions (niveau 1 à 3).
- L'implication des dispositifs de droit commun basée essentiellement sur l'engagement volontaire des acteurs

Leviers qui ont rendu possible ou facilité la mise en œuvre de la solution :

- Un réseau ayant appris à coopérer dans le cadre de l'action « différent et compétent »
- L'évaluation de situations très insatisfaisantes dans le cadre de réponses ordinaires au cas par cas (situation très temporaire dans un retour en famille, accueil peu préparé en EHPAD, ...)

Pour répondre aux besoins spécifiques des **travailleurs de 50 ans et plus d'ESAT**, l'atelier alterné des ESAT Brestois des Papillons Blancs du Finistère a mis en place un accueil spécialisé des personnes de 50 ans et plus, appelé « Atelier alterné Séniors (AAS) » (fiche 8). Cet atelier développe des partenariats interne mais également externe avec notamment les organismes pour l'inclusion dans la cité : centres sociaux, maison pour tous, les Sémaphores (EPAL), l'APF, l'office des retraités brestois. 43 personnes ont bénéficié de cet accompagnement depuis 2009.

Illustration d'une situation individuelle accompagnée par ce dispositif :

Situation initiale

M., femme de 52 ans, travaille dans un atelier d'espace vert. Elle vit en appartement avec sa sœur et elle est relativement autonome dans les transports. Fatiguée, elle a de plus en plus de problèmes physiques mais ne veut pas changer d'atelier.

Accompagnement proposé : Le deuxième semestre 2011 elle fait un stage de 3 mois et intègre l'atelier alterné séniors en 2012. Elle a actuellement 57 ans, elle est désormais sur un mi-temps en atelier de production et un mi-temps en AAS.

Suivant ses demandes d'activités nous avons fait ensemble les démarches auprès de diverses associations.

Elle adhère à l'association des paralysés de France où elle fait des loisirs créatifs, ainsi qu'un atelier cuisine. Elle adhère également au centre social de son quartier pour faire de la randonnée avec des retraités, de la peinture sur porcelaine. Elle finance elle-même toutes les adhésions et les frais de ses activités avec son salaire d'ESAT. Un mandataire judiciaire assure sa curatelle. C'est un interlocuteur et partenaire indispensable.

M. veut rester chez elle. La mise en place d'un SAVS a été effectuée et des travaux pour adapter la salle de bain de son appartement ont été réalisés.

Une journée avec la CARSAT, mise en place par l'ARESAT, et les mandataires a permis à M. d'avoir des renseignements sur la date de son départ en retraite et la pension qui pourra lui être versée.

Leviers qui ont rendu possible ou facilité la mise en œuvre de la solution : La recherche des multiples partenariats avec les différentes structures de loisirs de la ville

III. Dispositifs favorisant la fluidité des parcours scolaires

Au-delà des accueils séquentiels en établissements médico-sociaux avec un temps partagé de scolarisation en milieu ordinaire et éventuellement un temps en structure d'accueil temporaire (hors périmètre de cette remontée d'expériences), peu d'expériences ont été identifiées pour soutenir la continuité des parcours scolaires et éviter leur rupture.

Les 2 expériences de SESSAD Professionnels sont décrites dans le chapitre II.

Pour répondre à des situations de **jeunes d'ITEP ne supportant plus la vie de groupe et/ou développant des troubles psychiques importants** ne leur rendant plus accessibles ni les apprentissages classiques proposés, ni un soutien thérapeutique offert en ITEP, l'ITEP IFPS La Bouselaie expérimente avec l'accord de l'ARS et via des Crédits non reconductibles (CNR) un accompagnement « hors les murs » pour 6 jeunes. Pour ces jeunes, « ces impossibles du groupe se traduisaient pas des passages à l'acte violents », amenant à des exclusions conservatoires, avec retour au domicile familial ou famille d'accueil sans accompagnement spécifique. Les CNR ont permis le détachement d'une éducatrice expérimentée au public ITEP sur l'accompagnement hors les murs de ces adolescents (développement partenariat, retour en scolarité, passage de relais vers autre ITEP, mise en place d'un parcours de soin, inscription sociale, professionnelle) et son remplacement par un recrutement en CDD.

Illustration d'une situation individuelle accompagnée par ce dispositif :

Situation initiale

H est entré en ITEP en septembre 2014. Après 3 mois d'accompagnement, 21 fiches d'incidents avaient été remplies par des éducateurs spécialisés, 2 informations préoccupantes avaient été réalisées signalant la dangerosité de H et la nécessité de l'administration d'un traitement médicamenteux refusé par le père. Des agressions physiques et verbales envers ses pairs et les professionnels se sont multipliées ainsi que les suspensions d'accompagnement par mesure conservatoire. A chaque retour, H devait être accompagné par le responsable de service, dès que ce dernier ne l'avait plus sous son regard, H passait à l'acte sur un de ses pairs. Une modulation a été tentée, avec une activité que H appréciait (tonte de pelouse) et qui lui permettait de se contenir deux heures maximum. Une suspension définitive a dû être posée afin de garantir la sécurité de tous.

Accompagnement proposé

Un suivi hors les murs a été proposé à la famille qui restait sans solution avec H qui n'avait alors que 14 ans, et qui ne pouvait intégrer aucun groupe de pairs. Avec l'obtention d'un crédit non renouvelable (CNR) nous avons pu remplacer une éducatrice spécialisée qui a été affectée sur le suivi des adolescents hors les murs de l'ITEP (6 situations étaient alors critiques).

Un suivi éducatif décidé par le juge, suite à des actes commis par H auprès de son domicile, a été mis en place. Le juge ayant posé comme une des conditions préalables au jugement, la mise en place d'un traitement médicamenteux et une évaluation sociale.

L'éducatrice de l'établissement, en lien avec le père et notre médecin psychiatre, ont convenu de rencontres qui ont pu aboutir à la mise en place d'un traitement par injection et son contrôle effectif.

Un lien s'est construit peu à peu entre l'éducatrice de l'établissement et l'éducatrice de l'AEMO, permettant d'affiner la situation sociale de H.

Un projet de placement en famille d'accueil a vu le jour, suite à l'enquête sociale. L'éducatrice de l'établissement, a pu orienter le service qui, après un premier placement de H en foyer éducatif, s'est confronté à l'impossibilité pour H de vivre en groupe. Les indications qui ont été transmises ont permis de trouver une famille d'accueil au plus près des besoins de H et ainsi limiter les fugues que ce dernier réalisait lors des placements d'urgence.

Le relais de l'ASE vers SAFHIR a été soutenu par l'éducatrice de l'établissement, qui était la seule personne permanente dans la situation de H. Un nouveau partenariat constructif est toujours en cours avec SAFHIR. Ces derniers ont contacté CAP ADO afin de compléter les contenus de journées de H. Les partenaires se regroupent régulièrement pour faire le point autour de ce jeune et déterminer les champs d'action relevant de chacun.

L'éducatrice de l'établissement, est un repère pour H. Ensemble, ils effectuent des recherches de lieux d'inscription sociale et préprofessionnelle pour H. De nombreuses démarches et recherches doivent toujours être effectuées, afin de trouver des lieux d'accueil pour H. L'éducatrice demeure avec H tout au long de ces temps d'inscription. Ainsi H a pu réaliser des demi-journées puis journées de travail au sein d'une entreprise de maraichage. Ces temps ne sont rendus possibles que par la présence rassurante et contenante de l'éducatrice.

SAFHIR assure le suivi de la famille d'accueil et sollicite actuellement St Yves pour un accueil de jour pour H, toujours dans le but de donner à H un contenu de journée et de travailler sa socialisation.

Difficultés rencontrées

- Le travail en partenariat avec le champ du sanitaire qui aurait été important au début de l'accompagnement n'a pu se mettre en place, du fait de l'absence de place évoquée par l'hôpital.
- Le risque majeur est l'arrêt de ce type d'accompagnement du fait d'un financement qui n'est pas pérennisé par les ARS. Une rupture de parcours est alors à craindre pour H comme pour les autres jeunes suivis par ce service, car l'éducatrice est, pour certains, la seule interlocutrice professionnelle et/ou la seule personne qui dans le temps accompagne les jeunes dans leur parcours souvent chaotique. Des jeunes fragiles sur le plan psychique, qui resteront sans solution, avec des risques majeurs de désinsertion sociale, familiale, des risques d'errance et d'auto et/ou hétéro agression.

Les leviers qui ont rendu possible ou facilité la mise en œuvre de la solution

- Le crédit non reconductible a permis la mise en place de ce service. L'équipe de l'ITEP, comme l'a souligné l'évaluation externe réalisée en 2015, est de petite taille et ne permet pas de dégager un professionnel sur des suivis externalisés sans avoir de moyens humains supplémentaires.

IV. Dispositifs favorisant des formes d'habitat intermédiaires et/ou évitant les ruptures dans le parcours résidentiel

IV.1. Expériences d'habitats inclusifs

La stratégie nationale en faveur de l'habitat inclusif pour les personnes en situation de handicap présente des propositions qui se traduisent en mesures concrètes autour de 3 grands axes :

- Impulser une démarche nationale en faveur de l'habitat inclusif pour les personnes en situation de handicap
- Sécuriser économiquement les modèles d'habitat inclusif
- Lever les obstacles juridiques au montage de projets d'habitat inclusif

Les schémas départementaux de Bretagne en faveur des personnes en situation de handicap ont tous inscrits dans leurs orientations le soutien de cette forme alternative d'habitat.

Qu'est-ce que l'habitat inclusif ?³

« Structuré entre le maintien à domicile, vécu par certaines personnes comme une source d'isolement et d'exclusion sociale, et l'hébergement en institution, synonyme pour d'autres de perte d'espace et de liberté, le dispositif historique d'accompagnement des personnes en situation de handicap n'apporte plus à bon nombre d'entre elles la réponse qu'elles attendent en réponse à leur besoin légitime d'inclusion et d'insertion pleine et entière dans la cité . Un nombre croissant de personnes handicapées souhaite choisir son habitat et les personnes avec qui le partager le cas échéant. Elles expriment une forte demande de projet social et de services associés au logement dans un environnement adapté et sécurisé qui garantisse conjointement inclusion sociale et vie autonome en milieu « ordinaire ». Ces formes d'habitat, plus souples, et aussi parfois plus économiques pour des personnes handicapées aux revenus souvent modestes, apportent une réponse complémentaire au logement ordinaire et à l'hébergement en institution. Pour satisfaire cette demande, une diversité de formes de logement avec services associés se développe, souvent dans le cadre d'initiatives portées par des acteurs associatifs, des collectivités locales et leurs CCAS, des mutuelles et des bailleurs sociaux. Les Conférences Nationales du Handicap de 2014 puis de 2016 ont insisté sur le développement d'une offre de logements adaptés qui visent à permettre aux personnes en situation de handicap une insertion pleine et entière dans la cité et le libre choix de leur mode de vie. (...) L'offre d'habitat inclusif peut désigner un bâtiment collectif entièrement dédié à des personnes handicapées ou bien des logements regroupés sur un même site soit de manière contiguë, soit dans un périmètre restreint. Elle peut également viser une maison ou un appartement permettant la cohabitation entre personnes handicapées. Il s'agit d'habitats se situant hors de la législation relative aux établissements et services sociaux et médico-sociaux, le plus souvent construits dans le cadre de partenariats impliquant des bailleurs sociaux, des collectivités, des associations, des représentants de la société civile et les personnes elles-mêmes. Ces réalisations développent par ailleurs des dispositifs d'accompagnement à la vie sociale spécifiques et non médicalisés. Solidarité collective et autonomie de décision caractérisent ainsi ces nouvelles formes d'habitat. Une multitude de termes émerge pour tenter d'appréhender la diversité de cette offre elle-même émergente: habitat regroupé autogéré, habitat participatif, habitat coopératif, habitat solidaire, etc. Bien que très diverses dans leurs dénominations et modalités, ces différentes formes d'habitat inclusif ont trois caractéristiques communes :

- 1 L'habitat inclusif repose sur une organisation qui fait du lieu d'habitation de la personne en situation de handicap son logement personnel, son «chez soi»,*
- 2 L'habitat inclusif conjugue, pour la personne en situation de handicap, la réponse à son besoin de logement et la réponse à ses besoins d'aide, d'accompagnement et, le cas échéant, de ce qu'il est convenu d'appeler la «surveillance»,*
- 3 L'habitat inclusif vise toujours, en prenant en général appui sur la vie organisée à plusieurs, une insertion active dans le voisinage, la vie de quartier, l'environnement de proximité.*

³ http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/12/demarche_nationale_en_faveur_de_lhabitat_inclusif_pour_les_personnes_en_situation_de_handicap.pdf

En Bretagne, dans le cadre de leurs schémas départementaux, les départements soutiennent le développement d'habitats (re)groupés, logements partagés ou domicile groupé accompagné. Cette offre peut être ciblée à destination de populations spécifiques : **personnes handicapées vieillissantes (Finistère), personnes avec handicap psychique ou TED (Morbihan), personnes avec handicap moteur, avec épilepsie (Ille-et-Vilaine) ou travailleurs d'ESAT (Morbihan)**. L'offre d'habitat inclusif est présente sur chaque département et tend à se développer. Sont notamment repérées les expériences suivantes :

- Dans les Côtes d'Armor : l'habitat regroupé Habitat Handi-Citoyen Résidence des 7 îles de l'Adapei les Nouelles (**fiche 10**), l'habitat vie autonomie HAVA de l'APAJH
- Dans le Finistère : les habitats groupés de l'APF sur Brest et Quimper (**fiche 11**), et l'habitat groupé de la Plateforme « Tremplin » (**fiche 5**)
- En Ille-et-Vilaine : les habitats accompagnés Résidence Guibert des PEP 35 (**fiche 12**), la Faiencerie de l'Adapei 35 (**fiche 13**) et les habitats groupés l'Ermitage et Scissy des PEP 35 (**fiche 12**), de CATARMOR (**fiche 14**), de APF / Epi Bretagne (**fiche 15**)
- Dans le Morbihan, les Domiciles Groupés Accompagnés (DGA) s'adressent notamment à des personnes déficientes intellectuelles plutôt jeunes qui n'ont pas trouvé de réponses dans le dispositif en ESMS actuel et qui font donc l'expérience d'une vie à domicile en co-location dans une maisonnée accompagnée (Association la Belle Porte ; Fondation Anne de Gaulle) ou appartements regroupés (AMISEP – **fiche 16**). Ces DGA s'adressent également à des personnes handicapées motrices qui étaient encore chez leurs parents ou qui ont pu transiter par un FAM et souhaitant vivre en appartements groupés dans un habitat locatif (APF : **fiche 17**; Mutualité Finistère Morbihan : **fiche 18**)

L'habitat regroupé Habitat Handi-Citoyen Résidence des 7 îles de l'Adapei les Nouelles (**fiche 10**) se compose de 16 logements indépendants avec des espaces communs qui permettent pour les personnes qui le souhaitent de partager des moments conviviaux. Une intervenante à domicile salariée de la plateforme départementale de coordination SAVS/SAMSAM Adapei les Nouelles intervient le lundi de 15 h à 20 h, du mardi au vendredi de 10 h à 12 h 30 et de 15 h à 20 h ainsi qu'un samedi sur deux de 11 h à 16 h. Son temps est complété par l'intervention d'un SAAD. L'intervenante à domicile accompagne dans la gestion des actes et habitudes de la vie quotidienne propre à chacun. Elle assure un rôle d'interface avec les acteurs du territoire et les services de la plateforme.

Egalement sur les Côtes d'Armor, le SAVS de l'ADAPEI22-Les Nouelles propose un appartement d'accueil situé au-dessus du bureau du SAVS. Les professionnels accompagnant assurent un soutien médico-social et éducatif permettant le développement des potentialités et des acquisitions nouvelles. Deux types d'accueil se dégagent : un accueil en stage pour vérifier et affiner son projet d'hébergement (tester les capacités de la personne) et hébergement temporaire pour les personnes ayant vocation à retourner à leur domicile ou à leur lieu d'accueil habituel.

En Ille-et-Vilaine, les PEP 35 proposent 3 résidences d'habitat inclusif (**fiche 12**): la résidence Guibert pour tout type de handicap et les résidences L'Ermitage et Scissy pour handicap psychique. Les personnes doivent être suffisamment autonomes pour prétendre à une insertion sociale accompagnée. Ces expériences mobilisent une forte implication des locataires et des familles. Autre expérience récente sur ce même département, la résidence communautaire La Faiencerie de l'ADAPEI 35 (**fiche 13**) propose 69 logements en habitat accompagné, dont 3 places d'accueil

temporaire pour des personnes en situation de handicap mental et en activité de jour (atelier protégé, milieu ordinaire, ESAT/SA ESAT) avec une orientation SAVS. Les 3 places d'accueil temporaire permettent l'évaluation et la mise en situation de personnes ayant une orientation foyer hébergement également. Cette résidence propose l'accès à des dispositifs de droit commun, d'un logement privatif individuel au cœur de la cité avec un encadrement sécurisé. L'équipe est composée de 18 encadrants (4 surveillants de nuits, 4 maitresses de maison et 10 encadrants éducatifs).

L'expérience d'habitat accompagnée pour **personnes jeunes retraités** de l'ESAT CATARMOR (**fiche 14**) est issue des réflexions engagées par cette association sur les réponses à apporter aux jeunes retraités d'ESAT. Ainsi, en 2013, l'association installe un SAVS, un service d'accueil de jour et un service d'accueil temporaire dans un pôle de locaux regroupés. Le dimensionnement de cet immeuble laisse place à la disposition de studios individuels pouvant être proposés à des adultes travailleurs d'ESAT. Au début de cette démarche, nombres de situation d'adultes accompagnés sont repérées, comme alarmantes sur différents plans. Le constat de la cessation d'activité professionnelle est vécu comme une rupture brutale de parcours. Beaucoup de situations d'isolements voire parfois associées à des problématiques de conduites addictives, sont constatées. Rapidement il est proposé comme mode de réponses possibles aux personnes repérées, une possibilité, afin de prévenir ces situations, d'intégrer un lieu d'habitat « regroupé ». Outre le besoin de s'installer dans un environnement sécuritaire, les personnes présentent aussi des besoins d'accompagnement éducatif dans les actes de la dynamique de vie quotidienne. De nombreuses sollicitations sont exprimées par des familles elles même vieillissantes chez qui continuent de vivre leurs enfants avançant en âge, et pour qui se posent des questionnements sur l'avenir de ces personnes. Là aussi les besoins repérés relèvent d'un accompagnement de grande proximité quotidienne.

Notons également l'expérience partenariale d'EPI Bretagne et de l'APF (**fiche 15**) autour d'un habitat regroupé dans des immeubles d'une même résidence, EPI Bretagne gérant un habitat pour personnes handicapées par une **épilepsie active** et l'APF offrant un habitat regroupé à des **personnes handicapées moteur** avec 5 appartements et assurant la gestion du dispositif d'accompagnement.

Illustration d'une situation individuelle accompagnée par la résidence La Faïencerie :

Situation initiale : Une personne, en fin de carrière professionnelle à l'ESAT Hors de Rennes, cherchait à revenir sur Rennes, à sa retraite. Elle avait toujours vécu en appartement mais son arrêt d'activité risquait de lui amener un isolement social. Un retour en établissement de type foyer de vie n'était pas non plus adaptée car elle souhaitait pouvoir accueillir son ami à son domicile les week-ends et le retour à une vie en collectivité, avec la promiscuité possible, aurait été très brutale et certainement mal vécue, du fait de ses troubles psychiques.

Accompagnement proposé : L'admission à la résidence, co construite avec la famille, la tutrice et la personne a permis un maintien en logement privatif avec la possibilité de profiter du groupe sans devoir subir les biais d'une vie en collectivité. Il a été nécessaire de préparer en amont la mise en place d'activités en journée afin d'éviter le risque d'isolement.

Le Morbihan a également lancé un appel à projet pour des domiciles groupés accompagnés (DGA). L'AMISEP (**fiche 16**) a été retenu pour un projet de 6 places pour travailleurs d'ESAT à proximité du lieu de travail. Ce projet répond à un manque de solution d'hébergement de proximité, à un manque d'autonomie de certains travailleurs d'ESAT et à la nécessité d'accompagner les personnes avec troubles psychiques. Ce projet contribue à l'apprentissage de l'autonomie pour des jeunes sortant d'IME et entrant en ESAT, au maintien à domicile dans un domicile partagé sécurisé et accessible pour un travailleur Esat en situation de perte d'autonomie avec évolution du handicap (téléalarme) et à

l'apprentissage du semi collectif après une vie autonome en appartement avant le passage en retraite dans un établissement collectif.

L'APF 56 (**fiche 17**) a également ouvert un Domicile groupé accompagné (DGA) qui poursuit les objectifs suivants :

- Développer la solidarité entre pairs, de permettre une intégration dans leur milieu de vie et d'offrir un cadre de vie rassurant
- De lutter contre la solitude en favorisant les échanges
- De mettre en place (en interne et/ou avec l'appui externe) un accompagnement facilitant la vie à domicile

Illustration d'une situation individuelle accompagnée par le Domicile groupé accompagné de l'APF 56:

Situation initiale : Personne en situation de handicap moteur vivant à domicile dans un logement partiellement adapté. Elle est accompagnée par un SAMSAH, un service de protection juridique, un service d'auxiliaires de vie, infirmiers et kinésithérapeute libéraux, un établissement de santé mentale. La vie est complexe du fait de choix de vie de la personne, de conduites d'addiction, de rupture de soins et d'hospitalisations, de dégradations des conditions de vie (hygiène, dégradation du logement), de précarité financière (dettes), de fatigue compassionnelle des intervenants.

Accompagnement proposé : Entrée dans les DGA avec possibilité d'hébergement temporaire (avec dérogation sur le nombre de jours d'accueil possible) en FAM et accompagnement SAMSAH. Remise en place des praticiens libéraux et service d'auxiliaires. Proposition de reprendre les soins dans le domaine psychique

Risques et difficultés rencontrés

- Maintien du lien avec l'établissement de santé mentale.
- Risque de répétitions des conduites (addictives, rupture de soins...)

Leviers qui ont rendu possible ou facilité la mise en œuvre de la solution : Investissement des différents acteurs.

Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?

- Peut être nommé collectivement un coordonnateur de projet commun à tous.
- Comptes rendus écrits répertoriant les missions et engagements de chacun.

IV.2. Expériences de construction de réponses ad hoc

Face à la difficulté pour des personnes avec handicap psychique d'entrer en foyer de vie (absence de foyer de vie spécifique, réticence des foyers de vie à l'égard de ces populations), le centre de posture psychiatrique de l'association le Moulin vert (**fiche 44**) et l'AMISEP (**fiche 44 bis**) ont construit, via convention, une réponse ad hoc pour 5 personnes avec un accueil de jour en foyer de vie en journée et un suivi en soirées et week-ends par une AMP de l'Unité de vie extérieure.

IV.3. Intervention de services à domicile (SAD) en établissement médico-social

Des expériences d'interventions de services à domicile (SAD) en établissement médico-social type foyer de vie du fait de la dépendance des personnes accueillies (et nécessitant une réorientation, notamment pour les personnes handicapées vieillissantes) doivent être à l'œuvre mais ne nous ont pas été remontées.

V. Dispositifs favorisant la fluidité du parcours professionnel (dont l'accès et le maintien à l'emploi au milieu ordinaire)

Afin d'accompagner la mobilité des parcours, la professionnalisation des travailleurs d'ESAT et la reconnaissance des acquis de l'expérience, des ESAT se constituent en réseau régional autour du projet « **Différent et compétent** » (fiche 19) dans le cadre d'un programme Equal, financé par le Fonds social européen. Ce réseau donne lieu à la création de l'association régionale des ESAT de Bretagne, l'ARESAT Bretagne, pour pérenniser les actions au-delà du projet européen grâce à un financement mutualisé des ESAT. Ce projet a pour objectifs la coopération, la mutualisation entre les différents acteurs de l'association dans la réflexion et l'opérationnalisation des activités liées à :

- La valorisation et l'épanouissement des personnes accueillies par la reconnaissance et le développement de leurs compétences,
- L'évolution des établissements et services notamment du médico-social vers une organisation apprenante,
- La coopération entre les réseaux, les dispositifs et les acteurs.

Le dispositif, à l'origine axé sur l'accompagnement **des travailleurs en ESAT, s'est élargi aux jeunes accueillis en IME (IMPro), aux salariés travaillant en entreprises adaptées (EA), puis aux salariés accompagnés en Structures d'Insertion par l'Activité Économique (SIAE).**

Depuis 2014, l'ARESAT accompagne la Reconnaissance des Acquis de l'Expérience (RAE) en entreprise dans le cadre de la sécurisation des parcours pour des travailleurs recrutés en entreprise. 3 594 personnes ont bénéficié de ce dispositif en Bretagne.

En 2015 et 2017, l'ARESAT a participé à 2 salons Handimarket (cofondés par ARESAT, Unea et la BOSS) pour rendre visible la compétitivité et la professionnalisation, en ESAT et EA.

Ce dispositif a fait l'objet d'une évaluation par un cabinet extérieur en 2013 afin d'identifier les impacts de ces actions.

Illustration d'une situation individuelle accompagnée par « Différent et compétent »

Situation initiale : F., est entré en ESAT en 2007, par la Sacat (pas de compétences professionnelles, forte inhibition et pas d'autonomie). Il est accompagné par les professionnels pour intégrer quelques heures par semaine l'atelier MHL (Maintenance et Hygiène des Locaux), développer son autonomie et ses centres d'intérêt.

Accompagnement proposé : en décembre 2016, il a présenté une RAE sur une modalité de reconnaissance en situation professionnelle, sur le métier d'agent d'entretien et d'hygiène des locaux.

- L'établissement, avec l'appui de la démarche Différent et Compétent, encourage F. à suivre dans un premier temps une formation-action de 3 jours réalisés par Aresat, afin de l'aider à prendre conscience et développer ses capacités d'apprentissages, tout en prenant confiance en lui.
- Il est ensuite inscrit dans la démarche de RAE. Deux sources de financement : fonds propres et OPCA.

L'association EGEE, représentant l'entreprise, a participé bénévolement à la reconnaissance des acquis de l'expérience (entretien de valorisation).

Risques et difficultés rencontrés

- Mettre en confiance F.
- L'accompagner dans la verbalisation de ses compétences.
- Lui offrir de réelles perspectives de progression

Leviers qui ont rendu possible ou facilité la mise en œuvre de la solution :

- Travailler en collaboration avec les différents partenaires.
- Croire que la personne est en capacité de progresser et d'évoluer

La **Plateforme Emploi Bretagne de l'APF** (fiche 20) propose pour les personnes en situation de handicap moteur et / ou pour l'entreprise, différentes prestations telles que l'évaluation des capacités fonctionnelles dans le cadre du projet professionnel, l'identification et la mise en œuvre de techniques de compensation, mais également des bilans de maintien dans l'emploi ou encore le projet individuel d'accompagnement pour l'emploi à destination des personnes déficientes motrices et grandes dépendances avec ou sans troubles associés, très éloignées de l'emploi, ainsi qu'une offre à l'entreprise (conseil, sensibilisation et formation).

Dans le champ du **handicap psychique**, en Ile-et-Vilaine, le GCSMS « Fil rouge 35 » (**fiche 21**) propose un accompagnement global de parcours d'inclusion sociale et professionnelle de personnes présentant des troubles psychiques. Cet accompagnement s'adresse à des personnes présentant des troubles psychiques dont les limitations (déni, apragmatisme, troubles relationnels...) les empêchent d'accéder aux réponses de droit commun ou spécifiques à des personnes dont le statut ne permet pas l'accès aux dispositifs appropriés (ex. : défaut de RQTH, défaut d'inscription en tant que demandeur d'emploi, orientation non adaptée...) ou encore à des personnes dans une attente de place adaptée à la réponse à leurs besoins. Financé par le FSE, cet accompagnement personnalisé, multidimensionnel du parcours est proposé dans ses différentes étapes et contenus : diagnostic initial, levé de freins, élaboration du projet, développement des compétences (formation), aide à la mobilisation, soutien à l'accès et l'intégration en entreprise, suivi et aide au maintien en emploi. La sensibilisation, la mobilisation et le soutien aux acteurs concourant à l'inclusion font partie intégrante de la démarche.

Sur indication d'un professionnel de l'insertion, du handicap ou de la santé, l'entrée dans le dispositif est proposée à toute personne demandeuse d'un appui à l'insertion et/ou au maintien en emploi présentant des troubles psychiques avérés (reconnus ou non par la MDPH). Tout accompagnement débute par une phase d'analyse de la demande et des besoins. Au vu des résultats du diagnostic, un projet personnalisé d'accompagnement est proposé à l'intéressé.

110 personnes ont bénéficié de ce dispositif en 2015.

Illustration d'une situation individuelle accompagnée par AGPI

Situation initiale : Personne ne relevant ni des dispositifs handicap (pas de dossier MDPH) ni des dispositifs de lutte contre l'exclusion (RSA), non inscrite dans les dispositifs de soins, ayant perdu son emploi suite à un problème d'addiction alcoolique. Isolement social. Pension d'invalidité de catégorie 1. Troubles psychiques entraînant des difficultés à la création de liens et à la mobilisation

Accompagnement proposé : entrée dans le dispositif AGPI avec un travail par étapes sur des préalables à la construction du projet :

1. Mise en place et suivi de soins
2. Travail sur la vie sociale :
3. Démarrage de la construction d'un projet

Reprise du lien avec le SCAPA, contact et mise en place d'un suivi CMP.

Aide aux démarches vers la MDPH, demande d'un accompagnement SAVS (actuellement sur liste d'attente mais lien établi)

Rendez-vous toutes les 3 semaines (entre la personne et l'accompagnateur Fil Rouge).

Démarches et objectifs fixés entre chaque rendez-vous.

Risques et difficultés rencontrés

- Difficulté de clore l'accompagnement et de passer le relais quand le lien de confiance est établi.
- Temps d'attente avant la mise en place de l'accompagnement par le SAVS.

Leviers qui ont rendu possible ou facilité la mise en œuvre de la solution :

- Une approche globale qui permet de travailler l'accès aux soins, d'accompagner l'inscription sociale et de poser les bases d'un parcours d'inclusion.
- L'organisation partenariale de Fil Rouge et une inscription dans les réseaux.
- Un dispositif qui a la capacité d'adapter ses temporalités (durée, fréquence, intensité) aux besoins des personnes

VI. Dispositifs intervenant spécifiquement sur les personnes en attente de solutions

VI.1. Structuration d'interventions auprès des effectifs inscrits en liste d'attente

Compte tenu des durées d'attente avant admission et des risques de dégradation de ces situations, des services expérimentent des interventions auprès de leurs effectifs en liste d'attente. C'est le cas de SESSAD dans le secteur enfant et de SAVS dans le secteur adulte.

Dans le champ de l'enfance, **des SESSAD spécialisés déficience auditive** (SSEFS Paul Cézanne, fiche 22), **déficience visuelle** (IPIDV, fiche 23) **ou encore TED** (SESSAD Alizés – antenne TSA, fiche 24) ont structuré des modalités d'intervention auprès des enfants inscrits en liste d'attente. Ces interventions comportent notamment une évaluation de la situation et des interventions ponctuelles. Le montage de ces interventions diffère selon les services : dérogation de l'agrément initial de 85 places pour dédier 5 places à l'étude de 40 jeunes en liste d'attente pour le SSEFS Paul Cézanne, organisation en « file active » au SESSAD Alizés, 0,5 ETP dédié à l'IPIDV.

Ce repérage de SESSAD pratiquant ce type d'intervention auprès de leurs situations en liste d'attente n'est pas exhaustif (cf. SESSAD de coordination porté par l'APF par exemple). Cette pratique fait l'objet d'une orientation de l'ARS pour soutenir la fluidité e, en amont des SESSAD (cf. PRIAC).

Illustration d'une situation individuelle accompagnée par l'antenne TSA du SESSAD Alizé

Situation initiale : Jeune homme de 14 ans inscrit sur Liste attente du SESSAD TSA. H24 au domicile (scolarisation par correspondance au domicile). Aide humaine à domicile.

2 jours d'accueil temporaire par semaine, dans la limite des 90 jours annuels.

Alerte par le représentant de l'accueil temporaire lors d'une table ronde Handicap 22 ; La situation du jeune homme se dégrade, désocialisé, usure de la maman, situation étant évaluée « à risque » par les partenaires présents lors de cette table ronde. La coordinatrice du Pôle territorial de Saint-Brieuc et animatrice de la table ronde, active l'intervention du SESSAD TSA.

Accompagnement proposé : 2 professionnelles du SESSAD TSA (Directrice adjointe et coordinatrice) se déplacent à domicile afin d'évaluer in situ la situation lors d'un entretien, débouchant sans délais sur des propositions d'actions. Dans ce cas, l'entretien a permis d'identifier que la criticité de la situation est de plusieurs natures : autour de la situation du jeune homme et autour d'une situation familiale « complexe ». De ce fait l'action d'appui du SESSAD va s'organiser autour de 2 axes :

Le jeune homme : Actions mises en œuvre par la coordinatrice du SESSAD TSA et un Educateur du Service : intervention au domicile auprès de l'enfant, sur un temps déterminé et un axe d'intervention éducative déterminé (max 3 mois) et mise en lien avec 1 partenaire d'un EPSMS

du territoire, dans lequel le jeune homme est inscrit en liste d'attente – l'objectif étant d'organiser à terme un relais à temps partagé entre Accueil temporaire et EPSMS.

Problématique familiale : Actions mises en œuvre par l'assistante sociale du SESSAD TSA ; Relais Assistante sociale du SESSAD TSA afin de faire un état de la situation administrative – engagement des démarches. Le père de famille nécessitant des soins psychiatriques (hospitalisation), mise en lien de l'AS du SESSAD avec l'établissement de soins de référence / Lien assistante sociale de l'établissement de soins afin de sécuriser le parcours du monsieur à la sortie d'hospitalisation → garantir un logement pour monsieur à sa sortie d'hospitalisation + soins (pas de retour au domicile familial envisageable). Lien avec association locale intervenant dans l'assistance aux femmes victimes de violence – transmission des éléments de la situation dans l'éventualité d'un besoin de protection de Madame et de son fils en cas d'urgence.

Lien avec les organismes de logements sociaux sur St Brieuc, afin de résoudre la problématique logement de Madame et de son fils et de permettre un relogement dans les meilleurs délais.

Leviers qui ont rendu possible ou facilité la mise en œuvre de la solution : La bonne connaissance des acteurs du réseau.

Dans le champ des adultes, **des SAVS** ont également proposés des interventions auprès de personnes en liste d'attente, plus particulièrement auprès des publics **avec handicap psychique**, tels que le SAVS Espoir 35 (**fiche 25**), le SAVS ALTAÏR de l'APASE (**fiche 26**) ou encore le SAVS SAVA Itinéraire Bis. Ces interventions permettent de réduire les effets négatifs du délai d'attente d'admission et de créer du lien avec la personne.

Ces services proposent également des interventions en aval de l'accompagnement du SAVS pour maintenir du lien et ainsi garantir une veille sociale, afin d'éviter des ruptures dans le parcours de vie en termes de soins, de logement, de lien social, d'activités collectives, de relations avec l'entourage... tout en donnant la possibilité de réactiver l'accompagnement SAVS si besoin.

VI.2. Mise en place de « pôle ressources »

Pour répondre à certaines situations sans solution, en attente de place notamment en SAVS/SAMSAH ou ne relevant pas d'une orientation MDPH mais en demande d'informations ou de conseils (aides techniques, droits ...), certaines structures ont mis en place des pôles ressources, pour des réponses ponctuelles et facilement mobilisables.

C'est le cas notamment **des services de l'APF** sur divers départements (fiches 27, 29 et 30), en partenariat parfois avec d'autres acteurs (fiche 27). Ces pôles ressource permettent d'apporter une prestation ponctuelle, experte, limitée dans le temps à des personnes se trouvant momentanément dans une difficulté d'accès ou de maintien de droits spécifiques (législatifs et juridiques), en demande d'informations, d'explications sur des dispositifs utiles pour l'organisation de leur vie à domicile ou dans le cadre de l'insertion professionnelle, en demande de conseils sur des aspects techniques (matériels, aides techniques, logement).

Ainsi, sur les Côtes d'Armor, l'APF 22 (via le SESVAD) et l'ADIMC 22 ont mutualisé leurs moyens pour proposer un pôle ressource (fiche 27), à moyens constants dans le cadre de l'expérimentation (sollicitation financement CD pour pérennisation du dispositif), dans le domaine du handicap moteur avec ou sans troubles associés vivant à domicile.

En Ille-et-Vilaine, le Pôle Ressource APF 35 s'adresse à la marge à des enfants (qui ne font pas l'objet d'un suivi SESSAD ou d'un placement en établissement) et leur famille, mais surtout à des adultes dès

lors qu'ils présentent une déficience motrice. Le Pôle Ressource peut constituer un déclic, une porte d'entrée pour un accompagnement ultérieur SAVS ou SAMSAH et une réponse sécurisante pour faciliter une fin d'accompagnement SAVS ou SAMSAH. Le nombre d'intervention est calibré à 6 par an avec l'ensemble des professionnels qui y interviennent, les ergothérapeutes et les assistants sociaux. L'intervention de la psychologue, de l'animateur social, du médecin, serait appréciée de manière ponctuelle. Cela n'est pas possible, actuellement, car ces interventions ne sont pas financées.

Dans le Morbihan, le service ISI de l'APF 56 (fiche 11) prévoit dans le cadre de la convention avec le CD 56, qu'en contrepartie d'une participation financière du Conseil Départemental, l'APF s'engage à apporter ses compétences dans le domaine du handicap moteur, du traumatisme-crânien et cérébro-lésé au service départemental d'action sociale afin d'aider les personnes handicapées et leur famille, et ce notamment dans l'accès aux droits et aux dispositifs sociaux et médico-sociaux dédiés aux personnes handicapées. Ce service intervient également à la demande de la Maison départementale de l'autonomie dans le domaine du handicap moteur lorsque cette dernière est confrontée à des situations complexes, pour la réalisation du plan d'aide. La complémentarité de ce service avec le SAVS de l'APF 56 facilite la fluidité des parcours de vie.

Des services pour déficients sensoriels proposent également des pôles ressources tels que le Centre Jacques Cartier (fiche 28).

VII. Les autres formes de collaborations favorisant la fluidité du parcours

VII.1. Collaboration au service de l'évaluation des situations

Face à la complexité de certaines situations de handicap psychique et aux interrogations des professionnels de la santé mentale quant aux dispositifs adaptés à proposer, le GCSMS Santé mentale du golfe du Morbihan (par transformation du GCS) a expérimenté sur le département de 2010 à 2014 une cellule d'orientation, de suivi, d'évaluation du **handicap psychique** (COSEHPSY 56). Ce dispositif propose des évaluations spécifiques et des mises en situations en vue d'un bilan pour un projet individuel avec un objectif de 40 situations par an. Fin 2013, ce dispositif obtient un double financement ARS-CD et est pérennisé en 2014 avec l'embauche d'un 0,40 ETP d'assistante sociale pour coordonner le dispositif.

Illustration d'une situation individuelle accompagnée par la COSEHPSY

Situation initiale : Jeune majeure, en fin de contrat jeune majeur et de placement en famille d'accueil ASE. Pas de relation avec sa famille d'origine. Sous mesure de protection. Le mandataire a prévu « par défaut » : un hébergement en FJT sur une ville, un stage ESAT dans une autre ville (40 km), avec nécessité de prendre les transports en communs quotidiennement et a sollicité la MDPH pour une orientation médico-sociale. Le mandataire, la famille d'accueil ne semblent pas confiant dans ce projet, s'interrogent sur la capacité de la jeune à gérer ses transports, ses repas, ses courses. La jeune semble résignée, ne voyant pas d'autre alternative, mais exprime tout de même des inquiétudes à la famille d'accueil. Le médecin responsable du Service de conseil et d'évaluation sociale et médico-sociale du CD sollicite la COSEHPSY pour une évaluation et des préconisations.

Accompagnement proposé : L'évaluation réalisée par la COSEHPSY 56 a permis de proposer une entrée dans un Centre de Postcure plus contenant et répondant mieux au besoin d'étayage et d'évaluation global de la jeune majeure.

La COSEHPSY/coordinatrice a refait le lien avec la famille d'accueil qui continuait d'héberger la jeune hors mandat, mais restait personne ressource, point confirmé par la jeune majeure. La COSEHPSY/coordinatrice a également fait le lien avec le mandataire pour s'assurer de l'instruction effective de la demande d'inscription, et donner sens à cette préconisation. La COSEHPSY/coordinatrice + 1 ASS a fait le lien avec le Centre de Postcure pour garantir la continuité des démarches et favoriser une réactivité. Avec l'accord de la jeune majeure, un écrit a été transmis pour éclairer le Centre de Postcure sur le parcours de l'intéressée et les raisons qui ont motivé la COSEHPSY à faire cette préconisation. Leviers qui ont rendu possible ou facilité la mise en œuvre de la solution : Implication de l'ensemble des acteurs dans la COSEHPSY facilite la sollicitation desdits acteurs pour un parcours singulier.

VII.2. Collaboration d'appui à d'autres services

Dans le **champ des handicaps rares**, l'Equipe relais handicaps rares de Bretagne (ERHR), a structuré des « équipes expertes » (fiches 31 et 32) par « familles » de handicap rare (Huntington, Prader Willi, Surdicécité, Epilepsie résistante et perspectives également d'étendre aux déficiences visuelles avec handicaps associés et aux déficiences auditives avec handicaps associés) afin de répondre au manque de visibilité des ressources existantes et au désarroi de certaines équipes ne connaissant pas la pathologie et ses conséquences. L'ERHR avec les équipes expertes visent les objectifs suivants :

- *« Etablir un réseau d'entraide en associant les connaissances des usagers et celles de professionnels.*
- *Diffuser de la connaissance auprès des acteurs concernés notamment en organisant des actions de sensibilisation*
- *Faire progresser en compétences les différents acteurs par échange d'expériences et recours sous forme de « tutorat » »*

Chaque équipe « experte » est constituée de fonctions : Prise de contact et accompagnement individuel des personnes ; participation au Groupe régional de référence 2 fois par an pour faire le point sur les grandes thématiques qui concernent l'accompagnement, participation à l'élaboration de pratiques pertinentes d'accompagnement (réalisation de fiches de travail diffusables et utilisables par des professionnels affectés auprès des personnes : exemple de la fiche « déglutition chez la personne atteinte de Huntington ».), mise en place de tutorat et conseils auprès d'équipes.

A titre d'exemple, le SAMSAH APF 22 (fiche 32) est pôle de compétence domicile pour la Bretagne Nord au sein de l'équipe experte Huntington et à ce titre soutient la mise en réseau de bonnes pratiques, d'échanges entre professionnels sur les lieux concernés par cette pathologie (en accueil temporaire ou permanent, à domicile ou en hébergement).

Le SAVS Jacques Cartier (fiche 33) a été amené à jouer un rôle de coordination et d'appui à un réseau d'acteurs (autre SAVS, SAAD, CRESAM notamment) autour d'une situation d'une personne vivant à domicile présentant un syndrome Usher type 1. Cette expérience de coordination d'un travail en réseau est transposable pour d'autres situations.

Dans le champ du **handicap psychique**, le SAMSAH Espoir 35 apporte, via son équipe mobile, des compétences et du soutien aux ESMS du département sur des situations complexes comportant une dimension de santé mentale (fiche 34) afin de préserver la place et l'ancrage des personnes en situation de handicap dans leur établissement d'origine. Pour cela, une convention est passée entre le SAMSAH Espoir 35 et l'ESMS qui l'interpelle pour préciser les modalités d'intervention de l'équipe mobile.

En Ille-et-Vilaine également, un réseau d'acteurs intervenant auprès de **personnes en situation de handicap vivant à domicile** s'est structuré via une convention cadre autour du dispositif « Interservices Domicile 35 » (fiche 35) réunissant des associations et fédérations d'aide et de soins à domicile et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (ADMR 35, handicap service 35, L'ADAPT, APF 35, UNA) pour les personnes en situation de handicap vivant à domicile en Ille-et-Vilaine. Interservices Domicile 35 a pour objectifs de faciliter la continuité des parcours de soins et de vie des personnes accompagnées, de chercher et construire des réponses aux besoins non couverts des personnes, de réfléchir aux besoins spécifiques des professionnels intervenants à domicile et partager nos compétences et d'interpeller et alerter les pouvoirs publics. Parmi les actions réalisées par Interservices Domicile 35, peuvent être cités le projet de mise en place d'une prestation de nuit mutualisée sur le Pays de Rennes et la concertation pour l'amélioration des prises en charges et parcours de vie des personnes accompagnées.

Enfin, plus récemment, dans le cadre du plan **régional autisme**, l'ARS a lancé deux appels à projets pour la création de fonctions d'appui :

- d'une part, l'appel à projet⁴ pour une offre spécialisée TED en SESSAD avec en parallèle des missions classiques de **SESSAD TED, une mission d'appui** en termes d'expertise aux structures et partenaires du territoire. Les SESSAD suivants ont été retenus : SESSAD Les Alizés – antenne TSA de l'ADAPEI 22, le Service d'Accompagnement Comportemental Spécialisé (SACS) Association ABA Finistère SESSAD Arc en ciel » à Morlaix de l'association Les Genêts d'or, SESSAD autisme du CHRU Brest, SESSAD « Mille sabords » du Centre hospitalier Guillaume Régnier de Rennes et Fougères, SESSAD Les Hautes Roches » de l'ADPEP 35, SESSAD de l'ADAPEI 56 – Lorient (fiche 37) et SESSAD Bleu cerise » de l'association Kervihan 56. Le CRA Bretagne a animé 4 réunions de travail avec ces SESSAD d'appui pour définir les contours de cette mission d'appui⁵ et identifier pour chaque niveau d'intervention (information, sensibilisation, conseil technique, expertise), le contenu, les modalités d'intervention et la durée de l'intervention estimée.
- Et d'autre part, l'appel à projet⁶ pour la création de **4 équipes mobiles d'intervention médicosociales** pour les personnes avec troubles envahissants du développement (TED) manifestant des « comportements-problèmes » ou des troubles du comportement sévères : 3 équipes départementales ont été retenues (avec un démarrage d'activité au 2^e trimestre 2017) : le GCSMS Bretagne Solidarité (Côtes d'Armor), l'équipe mobile d'intervention (EMI) des Genêts d'Or (Finistère, fiche 38) et l'EMISem, regroupement d'organismes (Morbihan). En fonction des situations, les objectifs de ces équipes mobiles sont d'éviter autant que possible les ruptures d'accompagnement en cas de comportements problèmes et de favoriser la réintégration dans le secteur médico-social de personnes ayant des comportements problèmes en situation d'exclusion (vivant soit à domicile soit en secteur sanitaire).

L'ARS Bretagne envisage des appels à projets de même nature pour les IME et les MAS.

Une autre expérience d'appui est à l'œuvre en Ille-et-Vilaine pour l'accueil d'un adulte en FAM avec des troubles du comportement important en proposant un accompagnement partagé entre le FAM, une structure d'accueil temporaire et la famille (fiche 43). Cet accompagnement partagé vise à

⁴ http://pdf.creai-bretagne.org/pdf/raa/personnes_handicapees/cahier_charges/AVIS_SESSAD_TED2015.pdf

⁵ <https://www.cra.bzh/sites/default/files/inline/Etablissements/ARS%20CRA%20Bretagne%20-%20Mission%20d%27appui%20des%20SESSAD.pdf>

⁶ http://www.creai-bretagne.org/images/pdf/RAA/personnes_handicapees/cahier_charges/AVIS_AAP_2016-ARS-02_EMIA.pdf

pérenniser l'accompagnement de cette personne dans son lieu de vie (FAM), en proposant un accueil régulier et séquentiel en structure d'accueil temporaire, permettant ainsi à l'équipe un temps de respiration et à l'aidant familial du répit. Cet accompagnement partagé se heurte au nombre de jours d'absence autorisé dans les établissements médico-sociaux (prix de journée non versé).

VII.3. Expérience de coordination de parcours

Diverses expériences de « coordination de parcours » sont à l'œuvre sur les départements bretons.

Sur les Côtes d'Armor, le **collectif Handi-Cap 22** qui rassemble 14 associations membres (fiche 39) porte les pôles de services territoriaux dont l'objet premier est « *de permettre une mise en synergie des acteurs des territoires pour produire des réponses « accompagnées » (au sens du rapport Piveteau) pour les personnes en situation de handicap sans solution ou pour qui la réponse est partiellement insatisfaisante* ». Pour cela, 7 coordinateurs de Pôle de Service Territoriaux répartis dans tout le département, ont été installés pour développer et entretenir la dynamique partenariale sur laquelle repose le dispositif. Experts de l'offre territoriale de leur pôle et facilement identifiables dans leur territoire, les coordinateurs de pôle centralisent les demandes et coordonnent le collectif de partenaire réuni en table ronde territoriale (instances pluridisciplinaires qui réunissent le coordinateur territorial et des professionnels de terrain des établissements et services du secteur social, médico-social et sanitaire du territoire susceptible d'apporter toute ou partie de la solution proposée à la personne concernée). Ces équipes pluridisciplinaires composées de professionnels des secteurs social, médico-social et sanitaire préfigurent les Groupe Opérationnels de Synthèse prévus dans la Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Un Coordinateur départemental à la Plateforme de coordination départementale Handi-Cap 22 accueille, informe et oriente les personnes concernées par une situation de handicap qui s'adressent directement à la Plateforme de Coordination Départementale située au siège d'Handi-Cap 22. Un référent de parcours est identifié comme interlocuteur unique pour chaque situation traitée, pour coordonner la mise en œuvre de la réponse accompagnée proposée reposant sur un ou plusieurs acteurs

En Ille-et-Vilaine, l'ARS Bretagne et le Département ont signé une convention début 2014 confiant au Département la mission de « préfiguration d'un dispositif intégré adapté aux PA/PH ». L'organisation proposée par le Département est celle de la **méthode MAIA** (fiche 40), en s'appuyant sur 4 piliers :

- Une table stratégique départementale (décideurs et financeurs) co-pilotée par l'ARS et le Conseil Départemental
- Une table tactique par pays (analyser et partager la connaissance du territoire et le service rendu, harmoniser les pratiques et améliorer la lisibilité du système de soins et d'aides)
- Un guichet intégré au niveau du pays
- Les CLIC aux missions rénovées, porteurs du dispositif MAIA

La Direction PA/PH du département du Finistère, en lien étroit avec la MDPH et l'ARS, a mis en place une **plateforme des parcours** (fiche 41) qui a pour objectif d'apporter une réponse en adéquation avec les besoins en définissant des priorités d'admission dans des établissements, de repérer et traiter les situations complexes et d'alerter les structures sur ces situations (institutionnelles et associatives). Pour ce faire, cette plateforme départementale repose sur 2 instances : une instance technique étudie les situations et formule des préconisations d'admission et/ou des pistes de travail à explorer pour qu'une solution soit trouvée et une instance décisionnelle, la commission départementale de régulation des admissions qui délibère sur les propositions et les priorisations de l'instance technique. Cette plateforme devient un outil du DPO dans une phase transitoire.

Dans le Finistère également, face aux **situations d'inadéquation de personnes maintenues en ESAT et/ou en Foyer hébergement ESAT faut de place en foyer de vie**, l'ESAT de l'Iroise et de l'Armorique de l'association Les Papillons Blancs du Finistère (fiche 42) expérimente une plateforme de coordination des parcours et de projets personnalisés qui consiste à rechercher d'autres alternatives qu'une place en foyer de vie (faute de place) via la mobilisation d'autres ressources, en se recentrant sur les besoins de la personne et sur les prestations à mettre en œuvre. Cette plateforme repose sur un 1 ETP de chargé de mission pour la mise en œuvre du dispositif et sur 1 ETP d'AMP pour les accompagnements personnalisés, sur financement ESAT/Foyer hébergement/fonds associatifs.

Illustration d'une situation individuelle accompagnée par la plateforme de coordination des parcours et de projets personnalisés

Situation initiale : Mme L., ne pouvant plus travailler en atelier de production, a intégré les Ateliers Alternés de l'ESAT à temps plein courant 2013. En janvier 2014, Mme L est victime d'une chute provoquant une fracture du col du fémur. Suite à une intervention et une période de rééducation, Mme L. après décision de la médecine du travail ne peut plus être accueillie à nouveau à l'ESAT. Elle obtient une orientation foyer de vie en 2015. Mme L bénéficie alors d'un accueil temporaire dans un foyer de vie de l'association. Au terme du délai légal d'accueil temporaire (2 fois 90 jours avec dérogation du CD29), le retour en FHESAT est envisagé.

Accompagnement proposé :

- Retour sur son FHESAT
- mise en place des aides humaines nécessaires : passage infirmier quotidien (toilette, aide à l'habillage, aérosol, kinésithérapeute trois fois par semaine)
- Accueil en « sureffectif » dans le cadre du partenariat défini en Accueil de jour sur des séquences co-définies avec Mme et en fonction de ses besoins (rythme de vie, choix des activités)
- Intervention de l'AMP du dispositif pour assurer une partie des transports vers l'accueil de jour, et sur des séquences définies sur l'hébergement
- Partenariat avec le Centre Social de la ville où est située le FHESAT pour l'intervention de bénévoles en journée sur des activités précises (le vendredi)

Travail à engager avec Mme L et sa famille pour envisager une visite de l'EHPAD à proximité du FHESAT, pour une activité commune et le cas échéant une admission progressive

Bonnes pratiques à partager

- Coordination des acteurs
- Suivi régulier de la réponse

Risques et difficultés rencontrés :

- Difficultés liées aux prises en charge transports
- Risque que la solution envisagée à terme (intégration sur une autre structure de type UPHV) ne corresponde pas aux souhaits de Mme L et de sa famille et que l'alternative ne perdure dans le temps

Leviers qui ont rendu possible ou facilité la mise en œuvre de la solution :

- Travail en partenariat avec l'Accueil de Jour
- Le poste d'AMP intervenant sur différents services en fonction des besoins repérés

VII.4. Expérience de structuration d'offre de services en plateforme

Afin de contribuer à la fluidité des parcours, des organismes gestionnaires structurent leurs offres de services en plateforme de services : c'est notamment le cas de l'APF (Plateforme de services de l'APF 35 (SAMS – SAVS/SAMSAH, pôle ressource) (fiche 29), du pôle domicile de l'APF 56 (service ISI, SESSAD, SAVS, SAMSAH, habitat groupé) ou du pôle « Domicile » de la Mutualité 29-56 (SAMSAH.SAVS.UVE. DGA, SESSAD, fiche 34) ou

VIII. Autres expériences

Diverses autres expériences sont à l'œuvre en Bretagne pouvant s'inscrire dans la démarche « Réponse accompagnée pour tous », bien que ne se rattachant pas aux catégories prélistées.

Peut ainsi être remonté la **Convention départementale de coopération 2015 -2018 pour l'amélioration du parcours des enfants déficients moteurs avec troubles associés ou polyhandicapés** (fiche 45). L'objectif de cette convention est d'organiser des temps d'accueil d'enfants déficients moteurs avec troubles associés ou polyhandicapés de SSR dans les établissements médico-sociaux (IME, IEM) lorsque des places sont déclarées vacantes provisoirement, pour une durée connue. Cet accueil provisoire présente plusieurs intérêts, tels que faire bénéficier aux enfants concernés de temps éducatifs différents en IME ou IEM, considérant que le projet travaillé avec le SSR est majoritairement axé sur le soin ; compléter l'évaluation de la situation individuelle de l'enfant dans un nouvel environnement, en apportant un autre regard par les professionnels de l'établissement médico-social ; préparer une admission définitive en établissement médico-social afin de faciliter cette transition dans le parcours, inscrit depuis de nombreuses années dans le secteur hospitalier et offrir des temps de répit, à l'enfant, à sa famille, et à l'équipe hospitalière, permettant de prendre de la distance avec un environnement très médicalisé.

Dans un autre registre, en décembre 2015 est créée l'**association départementale Finist'ED** (fiche 46) par des professionnels de l'éducation spécialisée intervenant à domicile **auprès d'enfants avec TSA**. Cette association permet aux intervenants éducatifs de se réunir, de partager leur pratique et de créer les outils nécessaires à une bonne pratique (supervision psychologique, formation continue...). Ces intervenants proposent des accompagnements à domicile et dans les différents lieux de vie, via des approches diversifiées recommandées par la HAS (méthodes comportementales, communication alternative, structuration de l'environnement, intégration sensorielle) et l'élaboration d'un projet personnalisé. Ils travaillent en réseau (structures spécialisées, paramédicaux intervenants auprès de l'enfant, Centre Ressources Autisme...) et en complémentarité avec les dispositifs existants (SESSAD, IME, école, CMP...).

Dans le Morbihan, à l'initiative du GEM de Locminé, est mis en place une expérience s'inspirant de la **pair-aidance**, à savoir le projet « Pros-pairs : l'alliance des professionnels et des pairs » (fiche 47). Ce projet rassemble plusieurs partenaires signataires de la charte : EPSM Morbihan, CD56, Sauvegarde 56, Bretagne Sud Habitat, un représentant des usagers de la conférence territoire 8 et le GEM en tant que porteur. Ce projet consiste à mettre en relation une personne en demande d'appui et un pair-aidant, rémunéré pour ce travail. Ce projet vise à éviter et/ou rompre l'isolement en créant du lien social, à favoriser l'autonomie des personnes et leur autodétermination, à favoriser la déstigmatisation de la maladie psychique et à contribuer à la coordination sanitaire, médico-sociale et sociale. L'action du pair-aidant ne se substitue pas à celles des professionnels. Le pair-aidant agit sur deux grandes

missions : accompagnement physique comme support de création de lien et apport expérientiel comme support – notamment auprès des autres professionnels.

Une expérience du service « Accueillir la différence » piloté par l'Espace associatif Quimper Cornouaille dans le Finistère contribue à renforcer l'utilité sociale des **personnes en situation de handicap et à les sortir de l'isolement social** (fiche 48). Ce service a pour vocation de favoriser la mise en relation des personnes en situation de handicap avec des associations de « valides » et vice versa et de lutter contre l'isolement des personnes en situation de handicap en leur proposant des missions de bénévolat leur permettant de fréquenter le milieu dit "ouvert" (postes à la billetterie de spectacle, à la buvette, au montage de barnums, à la vente de tickets repas, à la distribution de flyers, etc. et cela aussi bien en semaine que le week-end, en journée qu'en soirée ; les sollicitations répondant aux envies et besoins des uns et des autres).

Est également à signaler l'expérimentation du « Club » « Ty ar Menez » porté par le SAVS de l'Adapei 56 sur personnes **déficientes intellectuelles sans occupation professionnelle** sur le secteur de Lorient. Ce club fonctionne à titre expérimental pour tenter de lutter contre l'isolement, la dévalorisation, la perte de confiance en soi que peuvent ressentir les personnes sans travail. Les personnes qui viennent au Club ne doivent pas obligatoirement être accompagnées par le SAVS. Il n'est pas nécessaire de demander une orientation à la MDPH.

D'autres expériences comme celles de Loisirs Pluriels contribuent également à trouver des solutions en complément des accueils partiels en établissements médico-sociaux ou encore l'accueil temporaire de ressourcement » de l'association ALISA (fiche 49) permettant des séjours d'accueil temporaire pour des patients de psychiatrie.

2ème partie : Les enseignements issus de ces expérimentations

I. Les partenaires associés

L'identité des partenaires sollicités dépend naturellement de la nature des projets portés, mais aussi de la problématique des publics pour lesquels ils sont mobilisés et des ressources disponibles sur un territoire.

Les **partenaires institutionnels (ARS, CD, MDPH/MDA)** sont nommés de manière récurrente, quel que soit le type d'expérience. Ce sont des partenaires qui contribuent à ces démarches, par des dérogations (concernant l'agrément, l'accueil en sureffectif, par exemple), des autorisations d'expérimentation avec parfois un appui au montage de projet et au suivi.

« Les temps de travail avec la MDPH et le CD29 dont la plateforme départementale de parcours pour faire avancer les réflexions relatives au dispositif ». (fiche 41)

Les porteurs des expériences identifiées citent parmi leurs partenaires **d'autres ESMS qui leur orientent des personnes** : SESSAD Grafic (fiche 4), Accueil de jour le Temps du Regard (fiche 2), Tremplin (fiche 5), le Pôle ressource APF 22 /ADMIC22 (fiche 27). Parmi ces ESMS, certains partenariats sont construits avec les structures d'hébergement temporaire (fiche 42) ou avec des unités pour PHV des EHPAD du territoire (fiche 42).

Compte-tenu des problématiques des situations en risque de rupture, les partenariats avec les **acteurs du soin** sont indispensables. **Différentes « ressources » sont alors mobilisées :**

- Les centres d'examen de santé (cf. projet « un avenir après le travail, fiche 7)
- l'IREPS (cf. projet « un avenir après le travail, fiche 7)
- un centre d'addictologie (cf. expérience de l'ITEP, fiche 9)
- les services de psychiatrie, CMP (cf. fiches 12, 13, 22 et 24)
- des professionnels libéraux de santé ou maison médicale de proximité : Résidence communautaire (fiche 13), SESSAD mettant en œuvre des interventions auprès des enfants en liste d'attente (fiche 22 et 24)

L'ERHR et les équipes expertes (fiches 31 et 32) mobilisent la présence conjointe de représentants d'usagers et de professionnels, élément nécessaire du cahier des charges. Des contacts ont été pris avec plusieurs partenaires médicaux dont :

- Des **centres de référence** : Huntington et Prader Willi qui sont destinataires des comptes rendus.
- Certains **centres de ressources nationaux** sont systématiquement présents lors de rencontre d'équipe « expertes » : CRESAM ou informées des travaux FAHRES (fiche 31)
- **Certains praticiens hospitaliers** participent directement aux rencontres des équipes expertes ou sont destinataires des comptes rendus (Surdicécité, Epilepsie, Huntington, Prader willi)
- **Les filières de maladies rares**

Dans le champ de l'autisme et des TED, les équipes mobiles (fiche 38), bien qu'équipes médicosociales, le cahier des charges de l'ARS demandait une réponse commune avec le sanitaire.

Des établissements de santé sont parfois membres de GCSMS aux côtés d'organismes gestionnaires sociaux ou médico-sociaux : ainsi le CHGR est membre du GCSMS Fil rouge (Fiche 21) ou l'EPSM Morbihan est membre du GCSMS santé mentale qui gère la COSEHPSy (fiche 30).

Le CRA de Bretagne apparaît comme un partenaire incontournable des nouveaux services qui se mettent en place dans le cadre du plan régional autisme et du schéma cible :

- Tant pour les SESSAD TED d'appui, qui ont travaillé avec le CRA (fiche 37) pour la définition des contours de leurs missions d'appui. Ces SESSAD travaillent en partenariat pour répondre à une attente des partenaires d'homogénéisation des pratiques.
- que pour les équipes mobiles « comportement-problèmes » (fiche 38)
- et également pour les certaines équipes expertes « handicaps rares », telle que l'équipe Prader Willi (fiche 31) qui adresse ses comptes rendus au CRA.

Les structures d'appui sont amenées à travailler entre elles afin d'harmoniser les pratiques d'intervention, les outils et la méthodologie utilisés au sein des équipes : SESSAD TED d'appui (fiche 37), équipes mobiles « 'comportements-problème » (fiche 38).

L'Equipe relais handicaps rares (ERHR) apparaît comme un nouveau partenaire dans l'environnement des acteurs. Il est ainsi cité par le Pôle ressource APF 22 /ADMIC22 (fiche 27).

Le partenariat avec le CRA, avec les équipes d'appui, avec l'ERHR et ses équipes « expertes » sur certaines situations permet aux équipes concernés de monter en compétence, de bénéficier de l'éclairage de ces équipes d'appui ou « expertes » et ainsi d'éviter des ruptures de prise en charge voire d'accompagner des admissions.

Les associations d'usagers (UNAFAM, Nous aussi, ...) sont citées par au moins 2 expériences : Le projet « un avenir après le travail (fiche 7) et l'Habitat accompagné et habitat groupé (fiche 12). L'axe 3 de la Mission « réponse accompagnée pour tous » visant la « création d'une dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs » reste encore peu développée.

« La force des mouvements représentatifs des usagers de structurer des accompagnements de qualité sans porter de jugement sur les acteurs » (fiche 31)

Les lieux d'information et de conseils tels que les CLIC, CCAS, CDAS ou CMS, CARSAT, MSA, CICAS, gérontopôle « Kozh ensemble » ... sont identifiés comme partenaires de certaines expériences telles que le projet « un avenir après le travail (fiche 7), l'expérience de l'ITEP (fiche 9) ou la Résidence communautaire (Fiche 13), mais pas massivement.

L'Education Nationale, via les échanges avec les enseignants référents, la participation aux réunions d'ESS dans les établissements scolaires est également un partenaire incontournable cité par 3 expériences : SESSAD Grafic (fiche 4) et SESSAD mettant en œuvre des interventions auprès des enfants en liste d'attente (fiche 22 et 24). Cette faible représentation de l'Education Nationale dans cette remontée d'expériences régionale s'explique pour partie par le peu de remontée d'expériences favorisant la fluidité des parcours scolaire.

L'Aide Sociale à l'Enfance et la protection de l'enfance sont des partenaires qui apparaissent notamment pour les accompagnements de jeunes confiés à l'ASE manifestant des problématiques multiples. Ainsi, l'expérience de l'ITEP (fiche 9) mentionne ces partenaires. Mais ce sont également les situations traitées en commissions départementales des situations critiques qui révèlent ces partenariats.

Différentes expériences mobilisent des réponses du droit commun ayant pour objet **l'insertion sociale et des loisirs**, de **type maisons pour tous, centres sociaux**, Offices des retraités, France bénévolat, ... : il s'agit notamment de Tremplin (fiche 5), du projet « un avenir après le travail (fiche 7, de l'Atelier

Alterné Séniors (fiche 8), de la Résidence communautaire (Fiche 13) ou encore de la plateforme de coordination de parcours et de projets personnalisés (fiche 42).

Dans le cadre des expériences portant sur **l'insertion professionnelle**, les porteurs de projets mentionnent leur partenariat avec **des entreprises privées ou publiques, des entreprises adaptées et des ESAT**. C'est le cas notamment du SESSAD Grafic (fiche 4), de Tremplin (fiche 5) ou encore de la Résidence communautaire (Fiche 13). Sont cités également les partenariats avec les **artisans** (expérience de l'ITEP, fiche 9).

Les organismes de formation sont peu cités dans le cadre de ces remontées d'expérience.

Le projet « Différent et compétent » (Fiche 19) mentionne le travail avec les **Ministères de l'Education nationale et de l'agriculture** autour des référentiels de compétences notamment.

Les missions locales apparaissent également comme des partenaires mobilisées, comme l'illustre l'expérience de l'ITEP (fiche 9) ou le GCSMS Fil rouge (Fiche 21).

Les expériences **d'habitat inclusif** (fiches 12 à 17) mobilisent des partenariats avec **les bailleurs sociaux**.

Enfin, les **mandataires judiciaires** sont également mentionnés comme partenaires, mais de manière marginale : Résidence communautaire (Fiche 13) et Fil rouge (Fiche 21).

Les ressources relevant de l'hébergement et du logement d'insertion (CHRS, FJT, ...) n'apparaissent pas ou peu parmi les partenaires mobilisés.

II. Les bonnes pratiques à partager

De ces différentes expériences ressortent quelques bonnes pratiques mises en avant par les porteurs de ces actions.

Associer la personne concernée (et sa famille)

La participation des personnes accompagnées, comme cela est développé dans les modalités d'évaluation, apparaît dans un certain nombre d'expériences sans toutefois être mise en avant comme une « bonne pratique ». Une expérience (fiche 12) a ainsi développé divers outils de participation : (CVS, « groupe des voisins », « journal de la résidence »).

Les familles sont à associer aux démarches d'évaluation (fiches 4, 5, 12, 37) : participation des familles à l'évaluation, sous réserve de l'accord de la personne accompagnée (fiche 5) ; familles partenaires incontournables dans l'accompagnement proposé par le service notamment autour de l'accompagnement du soir et du week-end, en l'absence de l'équipe (fiche 12).

L'association des personnes concernées passe également par l'accessibilité des informations et des outils construits. Ainsi, une expérience (fiche 13) met en avant la construction d'outils en support de l'action éducative en Facile à lire et à comprendre.

Partir d'une évaluation des situations individuelles

Plusieurs expériences insistent sur l'importance de l'évaluation de situations, de leurs besoins, pour construire les projets d'accompagnement. Sont ainsi mentionnés :

- L'évaluation systématique des compétences des personnes (fiches 5, 37)
- « Le diagnostic partagé des besoins » (fiche 42)
- « Se centrer sur les besoins plutôt que sur une orientation administrative » (fiche 42)
- « Le PAP au cœur de l'accompagnement pour situer le besoin de protection, de sécurisation et les attentes et souhaits des personnes accompagnées ».

Deux expériences (fiches 5, 37) soulignent comme bonnes pratiques le recours aux approches développementales et comportementales recommandées par l'HAS et l'ANESM pour l'autisme et par l'INSERM pour la déficience intellectuelle.

Concernant les comportements-problèmes, une expérience (fiche 38) met en avant le recours à une méthodologie spécifique d'analyse des comportements problèmes (outils issus des approches comportementales) et au fait d'amener les professionnels à ne pas se focaliser uniquement sur le comportement-problème et à tenter de le comprendre au regard de nombreux facteurs tels que les aspects somatiques (à examiner en priorité), les particularités sensorielles, les difficultés d'expression, de compréhension, la qualité de vie (type et nombre d'activité, lieu de vie, cercle relationnel et social...).

Cette évaluation des situations individuelles et donc des besoins permet de « Sortir d'une conception administrative des accompagnements pour se recentrer sur les besoins des personnes, sur les prestations qui y correspondent et sur la notion de parcours. Considérer qu'à une orientation administrative peut correspondre différents degrés de prestations. Décloisonnement des services pour proposer des solutions modulaires ». (fiche 42)

Cette évaluation des situations est d'autant mieux réalisée qu'elle mobilise des compétences pluridisciplinaires : « *Composition professionnelle du binôme pertinente pour évaluer le handicap psychique et préconiser au regard des réponses existantes sur le territoire* » (fiche 30)

Soutenir les apprentissages tout au long de la vie

Deux expériences mettent en avant la nécessité de soutenir les apprentissages tout au long de la vie :

- « *Poursuite des apprentissages scolaires et professionnels dans le dispositif adulte* » (fiche 5)
- « *Promouvoir le développement des compétences et de la formation tout au long de la vie et essaimer la reconnaissance de compétences dans le milieu ordinaire de travail* » (fiche 19)

Prioriser la recherche de prestations dans le milieu ordinaire ...

La démarche « réponse accompagnée pour tous » incite également à rechercher dans le droit commun, dans le milieu ordinaire, des réponses aux besoins identifiés. Certaines expériences font de ce principe une bonne pratique à encourager :

- « *L'inclusion dans les divers domaines de fonctionnement (vie professionnelle, sociale, culturelle, loisirs, ...) avant d'envisager le milieu adapté* » (fiche 5)
- « *Projet de « transition » pour un portage à moyen terme par le droit commun* » (fiche 7)
- « *L'inclusion en entreprises ordinaires : analyse de postes, recherche de compensations adaptées aux contextes* » (fiche 4)
- « *La valorisation de toute activité comme inscription en tant qu'acteur social* » (fiche 9)

Ce qui nécessite le développement d'appui à l'environnement

Cette inscription dans le droit commun suppose d'accompagner l'environnement, notamment les équipes pédagogiques (fiche 4)

Une bonne pratique consiste également à rendre accessible le droit commun par la déclinaison de référentiel-métier de niveau 5 (CAP et Capa) (fiche 19)

Sont identifiées également comme bonne pratique les actions d'appui aux autres intervenants via par exemple la réalisation de fiches de travail sur les pratiques pertinentes diffusables et utilisables par des professionnels (fiches 31 et 32), telle que la fiche « déglutition chez la personne atteinte de Huntington » ou encore le travail de tutorat (fiches 31 et 32). Ce travail de tutorat permet à une équipe qui accueille pour la première fois une personne atteinte de la maladie d'entrer en contact, via l'équipe relais, avec un professionnel d'un service plus expérimenté qui assure une forme de tutorat à distance et propose des visites et confrontations d'équipe en échange d'expérience.

L'implication de l'ensemble des acteurs, la dynamique de partage, l'interconnaissance et la coordination

La mobilisation et la « co-responsabilité » de l'ensemble des acteurs est mise en avant comme une bonne pratique :

- « *Co-construction, collaboration et coopération avec l'ensemble des acteurs* » (fiche 4)
- « *Signature de convention entre les parties prenantes* » (Fiche 2)
- « *Le travail spécifique qui sera mené avec le sanitaire pour l'accès aux soins somatiques* » (fiche 38)
- « *La collaboration des acteurs PA – PH* » (fiche 7)
- « *le fort engagement des adhérents (au niveau économique, ingénierie du projet, ingénierie de formation), des partenaires institutionnels (Education Nationale, Préférence FORMATIONS), des usagers ou de leurs représentants, des institutions présentes et un engagement fort individuel de chaque membre* ». (fiche 19)

Cette implication des acteurs prend appui sur « *la volonté de certains services d'entrer dans une dynamique de partage* » (fiche 31), « *de pouvoir partager des questionnements et savoir-faire par le biais d'une mise en commun des ressources existantes et d'une réflexion sur des outils et des bonnes pratiques ; L'intérêt, la volonté de participer à la dynamique interactive impulsée par la méthodologie proposée* ». (fiche 32)

Cette dynamique de partage est d'autant plus à l'œuvre lorsque les situations sont complexes et interrogent les limites des uns et des autres, comme cela se présente fréquemment avec les situations de handicaps rares. « *L'humilité des acteurs qui quasiment tous se trouvaient face à des difficultés qui les dépassaient et favorisaient le recours à d'autres* » (fiche 31)

Cette mobilisation de l'ensemble des acteurs s'accompagne également d'une interconnaissance entre les équipes (fiche 34). L'interconnaissance déjà à l'œuvre contribue alors au bon déroulement de ces expériences :

- « *Des professionnels qui se connaissaient déjà entre les institutions, le GCS qui a évolué en GCSMS, ont facilité le portage et la formalisation du projet, puis sa mise en œuvre effective* » (fiche 30)

- « Une expérience positive de coopération et volontaire pour développer une nouvelle démarche innovante » (fiche 7)
- « Connaissance des ressources de l'environnement qui favorise l'interpellation de structures de stage adaptées aux situations à évaluer » (fiche 2)
- « L'expérience d'accueils croisés de personnes handicapées entre établissements » (fiche 1)

Pour assurer la cohérence des interventions des divers acteurs mobilisés, **une coordination** permettant la « définition des rôles et responsabilités pour chaque situation » s'impose (fiche 34).

« Lien en amont et en aval des RDV, rôle de la coordination auprès des personnes reçues et des personnes ressources, pour garantir cohérence et continuité du parcours ». (fiche 30)

Cette coordination, qui demande du temps de la part des acteurs, peut constituer un frein : « La mise en place de partenariat avec des temps de concertation et de rencontre (fiche 9) pour définir ce que chacun doit faire au cas par cas ».

La recherche de solutions modulaires et la coordination des différents acteurs sont facilitées par la méthode de « table de coordination » inspirée de la méthode MAIA (fiche 1).

La souplesse des dispositifs

Différents acteurs mettent en avant comme bonne pratique la souplesse du dispositif via la possibilité de passer d'une modalité à une autre sans demander une réorientation auprès de la MDPH, à l'image des Dispositifs ITEP, avec une possibilité de graduation de la réponse d'accompagnement en fonction de l'évolution des compétences (fiche 5).

De même ; cette souplesse peut aussi être à l'œuvre dans les modalités d'intervention, comme par exemple, le fait de pouvoir proposer des rendez-vous au bureau de la structure ou dans des bureaux mis à disposition par les partenaires en proximité du public, ou encore via des visites à domicile (fiche 30).

III. Les leviers / facilitateurs

Divers leviers et facteurs facilitateurs sont mis en avant :

Des modalités de financement

- La dotation globale (fiche 9)
- Les CNR (fiche 9)
- Le financement pluriel de la démarche (structures concernées, partenaires privées, partenaires publics) (fiche 7)

Des dérogations de l'agrément initial :

- Dérogation de l'agrément initial de 85 à 80 places et 5 places dédiées à l'étude des 40 situations en liste d'attente (fiche 22)
- des dérogations d'âge (accueil en structure adulte d'un jeune de 16 ans, dans le cadre de la commission des situations critiques)
- des dérogations de dépassement des 90 jours d'accueil temporaire annuels dans le cadre de la commission des situations critiques

L'appartenance à un réseau : « Appartenance à un réseau national, assises interrégionales qui rassemblent » (fiche 19)

L'annualisation des temps de travail des professionnels qui permet une souplesse de l'organisation est également repérée comme facilitateur de l'expérience (fiche 9).

La mutualisation de temps de travail

Concernant les accueils d'immersion/d'évaluation, sont particulièrement identifiés les facteurs facilitateurs suivants :

- Le double agrément de la structure porteuse de l'expérience (fiche 1 ; Foyer de vie /FAM)
- L'existence de 2 logements dédiés à l'accueil de stagiaires plutôt que le recours à des chambres vacantes dont le titulaire aurait donné son accord (fiche 1)
- L'équipe pluridisciplinaire pour diversifier les propositions d'ateliers (fiche 2)
- Des accueils en petits groupes (3 à 4 personnes) pour favoriser l'intégration (fiche 2)
- Les mises en situations professionnelles variées (fiche 4)

IV. Les obstacles / freins

Divers obstacles ou freins sont mis en avant via les expériences remontées :

Le manque de souplesse au niveau de la tarification et la structuration en « tuyau d'orgue » (fiches 7 et 42)

- l'impossibilité des doubles prises en charge : « *prise en charge en FH ESAT ne peut pas être cumulée avec une prise en charge financière en Accueil de Jour* » (fiche 42)
- Le manque de souplesse de la part des financeurs lorsque le stagiaire ne possède pas l'orientation Foyer de vie/FAM pour faire un stage d'immersion/évaluation dans un Foyer de vie/FAM (fiche 1)
- « *Le décloisonnement est prôné mais le secteur reste parfois figé sur un fonctionnement lié à des orientations administratives* » (fiche 42)
- « *Les âges d'entrée dans certains dispositifs (ex : ESAT pour personne présentant des troubles psychiques)* » (fiche 9)

Un dispositif peut aussi pâtir de **l'image négative que génère l'orientation administrative nécessaire à l'entrée dans ce dispositif** : ainsi l'orientation « foyer de vie » nécessaire pour l'orientation vers la Plateforme « Tremplin » peut constituer un frein à la demande d'admission (fiche 5).

Des dispositifs mal repérés ? Des expériences répondent à un besoin mais nécessitent un temps d'acculturation de la part des acteurs pour créer la demande : la création de réponses innovantes peut se confronter à des difficultés à « faire émerger la demande ». Un SESSAD TED d'appui (fiche 37) identifie plusieurs hypothèses à ce manque de sollicitations de la mission d'appui par les structures :

- Les structures ou services, par méconnaissance de l'autisme, proposent un accompagnement non spécifique et ne ressentent donc pas la nécessité d'un appui.
- L'information sur l'existence des SESSAD mission d'appui n'est pas suffisante.
- L'information sur les compétences et les services proposés par les SESSAD mission d'appui n'est pas fonctionnelle.
- Les structures ou services ne s'autorisent pas à demander de l'aide à un SESSAD pas encore identifié comme « compétent ».

Un risque d'engorgement et de répercussions sur les autres services du porteur de l'action : Des expériences répondent à un vrai besoin mais pourraient avoir des conséquences sur les autres activités de la structure porteuse de l'expérience :

- Un dispositif qui s'embolise très rapidement (fiches 21, 26)
- Bien définir le périmètre d'intervention auprès des familles et des partenaires (fiche 22) l'accompagnement proposé auprès des effectifs en liste d'attente est différent de celui réalisé auprès des jeunes admis dans le service. Les SAVS pratiquant des interventions en amont des admissions ont pour certains créé un service ou une prestation à part entière (fiches 25 et 26) ce qui peut contribuer à bien différencier ces actions.
- Que le service soit sollicité au-delà de sa capacité et sans moyens financiers supplémentaires pour y faire face. En effet à ce jour il s'agit d'une expérimentation à moyens constants de 18 mois à 2 ans. Au-delà, le Conseil départemental 22 sera sollicité pour financer ce dispositif en crédits supplémentaires pérennes. (Fiche 27)
- Que le service soit sollicité au-delà de sa capacité et sans moyen financier supplémentaire pour y faire face (fiche 32)
- Demande forte des ESMS non spécialisés du fait de la montée des troubles psychiques parmi leurs personnes accueillies (fiche 34)
- Evaluation permanente de l'équipe de direction du temps mobilisé afin qu'il ne rogne pas de trop sur les interventions de l'équipe en SAMSAH (même équipe) (fiche 34)

Le fort engagement des acteurs peut constituer un risque car persodépendant (démobilisation, changement d'acteurs) : Un engagement fort des usagers ou de leurs représentants, un engagement fort des institutions présentes et un engagement fort individuel de chaque membre. Cet engagement, notamment des individus est la force mais aussi le point de faiblesse car persodépendant. Il y a un risque de perte de force du fait de la démobilisation ou du changement des acteurs (fiches 31 et 32).

Le partage d'information entre structures d'accueil, notamment le partage d'informations médicales : « La difficulté d'accès aux informations, notamment médicales, dans le cadre de stage d'immersion/évaluation » (fiche 1)

Les questions relatives aux transports (fiche 2)

Le manque de connaissance sur les spécificités des handicaps : le manque de visibilité du handicap mental/ de connaissance de la déficience intellectuelle et plus largement du handicap mental (fiche 4)

Le manque d'anticipation des parcours des personnes, « *des acteurs se sentant concernés qu'une fois la problématique présente* » (fiche 7). Or, les passages de relais se préparent : la personne concernée doit pouvoir être informée des champs des possibles quant à son avenir, les professionnels doivent pouvoir préparer les relais en assurant un tuilage progressif.

La fragilité financière de certaines expériences

- Les différentes formes d'habitat inclusif reposant sur de la cohabitation tendent à prendre en compte la « compatibilité » entre les locataires. Or, un départ non anticipé (décès ou départ imprévu du locataire) peut générer de la vacance d'appartement et de fait des baisses des recettes des loyers en lien avec le prévisionnel (fiche 16).
- Certaines expériences ne reposent pas sur un financement pérenne (fiches 19 et 21).

Le manque de disponibilités des psychiatres (fiche 30)

La particularité de certains publics difficiles à capter, notamment personnes avec handicap psychique (« reports de rdv, personnes difficiles à joindre, avec des craintes », fiche 30).

V. Les modalités d'évaluation envisagées

Différentes modalités d'évaluation sont mises en œuvre ou envisagées :

- **via des consultations des personnes accueillies, de manière individuelle** : bilans de séjour, retours d'expérience, entretien à mi-parcours du stage avec l'utilisateur (fiche 1), enquête de satisfaction auprès des bénéficiaires (fiches 4, 16, 28, 30), évaluations des actions par les bénéficiaires (fiches 2 et 7), évaluation des participants des journées de sensibilisation (fiche 31), le recueil de témoignages de parents et d'adolescents (fiche 9), **ou collective** : mise en place de réunions d'expression des usagers de la structure (fiche 2), de Groupe de voisins (fiche 12), ou de CVS (fiches 12 et 13). Pour certains, l'évaluation n'est pas encore en place et des réflexions sur la perspective d'un travail évaluatif auprès des personnes sont en cours (*l'action a-t-elle permis d'apporter un mieux-être dans leur situation ?*) et auprès des institutions (*Le dispositif permet-il de monter en compétence dans l'accompagnement ?*) (fiche 31).
- **via la consultation des partenaires** : retour d'expériences des ESMS concernés intégré au rapport d'activité (fiche 34)
- **via des indicateurs**. Sont alors cités l'analyse de la situation à la sortie de l'expérience (fiches 4, 5, 21), les arrêts de travail en ESAT (fiche 16), l'accompagnement de proximité pour la régulation des conflits et tensions entre usagers (fiche 16), la diminution des troubles du fait de la présence du professionnel au quotidien (fiche 16), la mise en place en cours d'une base de données permettant une analyse fine des profils et des parcours qui transitent par le dispositif (fiche 30), l'évolution des projets pour les jeunes en termes d'autonomie (fiche 5). Ces indicateurs **alimentent notamment des tableaux de bord et/ou des rapports d'activité** (fiches 12, 22). Les modalités d'évaluation sont parfois définies par le financeur : ainsi, les SESSAD TED d'appui ont défini avec le CRA un fichier de suivi de leur activité.

D'autres modalités d'évaluation peuvent être mises en œuvre telle qu'un programme sur un **contrat à impact social** pour mesurer les effets concrets sur la santé et la participation sociale des personnes concernées (fiche 7) ou le **recours à un Cabinet extérieur pour conduire ces évaluations** (Évaluation du dispositif Différent et Compétent dans trois régions, dont la Bretagne, réalisée par un cabinet en juin 2013, avec comme contenu, le récapitulatif et l'analyse des actions, l'identification des impacts et perspectives (fiche 19).

Un grand nombre de ces expériences mettent en place un **Comité de pilotage ou comité de suivi pluri-partenarial** (fiches 7, 13, 27, 30, 31, 32) ou encore communiquent ces bilans aux partenaires institutionnels (MDPH, fiche 22)

VI. Des propositions d'amélioration issues de ces expériences

- **Généraliser l'usage aux nomenclatures SERAFIN PH** (« S'appuyer d'avantage sur la nomenclature SERAFIN PH », fiche 42)
- **Renforcer l'anticipation des professionnels** (« vigilance plus accrue des professionnels afin de prévenir les situations de décrochage », fiche 9)
- **Pérenniser les dispositifs et sécuriser leur financement**
- **Formaliser les partenariats pour éviter les fragilités de coopération persodépendante**
- **Identifier et valoriser les temps de coordination**
- **Identifier un « public prioritaire » dans les réponses de droit commun** : « Une forme de Décret d'orientation sur les futures maisons de l'autonomie » (fiche 7)
- **Renforcer l'engagement des collectivités territoriales sur un programme de sensibilisation, de formation et d'incitation auprès de leurs services et des acteurs de la société civile.**
Exemples : La mise en œuvre d'une charte du « territoire inclusif » incluant les actions spécifiques telles que la formation des personnels des CDAS et des CLIC à l'accueil des retraités et futurs retraités des ESAT ou le développement de campagnes de communication par les revues du département afin de contribuer à une meilleure prise en compte des besoins émergents sur les territoires. (fiche 7)
- **Contractualiser avec les acteurs de la société civile** (associations, clubs de retraités, ...) de l'attribution de leur subvention à la condition d'inclure dans les projets développés des réponses adaptées aux personnes porteuses de handicap. (fiche 7)
- **Favoriser l'implication des acteurs du sanitaire** : « Le lien avec le milieu médical aurait permis une hospitalisation de H qui était un temps nécessaire. De ce fait, tout projet autour de H a mis plus de temps à se mettre en œuvre. De plus H aurait pu bénéficier et tirer profit d'un accueil en hôpital de jour afin de s'apaiser et de prendre acte que le milieu ordinaire lui sera difficilement accessible dans le temps. Une inscription dans le champ du soin reste à travailler ainsi qu'une orientation en milieu de travail protégé »
- **Prendre en compte la problématique des transports** (fiche 2, PAG de la MDA56)

Annexe : les fiches « dispositifs »

Fiche 1 : Accueil sur place vacante à la Résidence du Coadou pour des stages d'évaluation/préparation d'orientation	51
Fiche 2 : Immersion pour un groupe de jeunes en situation d'amendement CRETON en Accueil de Jour de l'association Le Temps du Regard	53
Fiche 3 : Accueil de jour Droit de Cité, Au-delà du Handicap	55
Fiche 4 GRAFIC SESSAD régional à vocation professionnelle	57
Fiche 5 : Plateforme « Tremplin » d'autonomisation des jeunes de 20-30 ans (Foyer de vie, SAVS dont habitat groupé, Accueil de jour), géré par les Genêts d'or, sur AAP du CD29	59
Fiche 6 : Gem 18-30 ans	62
Fiche 7 « Un Avenir après le Travail » projet porté par l'ARESAT Bretagne	64
Fiche 8 : Atelier Alterné Séniors (AAS) Au sein des ESAT Brestois des Papillons Blancs du Finistère	67
Fiche 9 : Accompagnement hors les murs. ITEP Ado Externalisé.I.F.P.S. La Bouselaie (RIEUX)	69
Fiche 10 : Développement des habitats alternatifs : Habitat Handi Citoyen (Adapei les Nouelles)	73
Fiche 12 : Association PEP 35 Habitat accompagné et Habitat groupé	75
Fiche 13 : Résidence communautaire LA FAIENCERIE	80
Fiche 14 : Habitat accompagné pour personnes « jeunes retraités d'ESAT » CATARMOR	82
Fiche 15 Habitat regroupé APF / EPI Bretagne	85
Fiche 16 : Domicile groupé accompagné (DGA) - AMISEP	87
Fiche 17 : Domicile groupé accompagné (DGA) APF 56	89
Fiche 18 : Appartement d'essai ou appartement relais ou appartement d'apprentissage de la résidence de La Combe	91
Fiche 19 : « Différent et compétent » de l'ARESAT. De la reconnaissance et du développement des compétences à l'organisation apprenante	93
Fiche 20 : Plateforme Emploi Bretagne de l'APF	96
Fiche 21 : AGPI – Accompagnement Global de Parcours d'Inclusion Dispositif porté par le GCSMS FIL ROUGE 35	99
Fiche 22 : Dispositif d'Intervention sur les Situations de Handicap (DISH)	101
Fiche 23 : Gestion de la liste d'attente - IPIDV	103
Fiche 24 : Intervention d'Appui dans le cadre de la Liste d'attente. Antenne TSA – SESSAD Alizés	104
Fiche 25 : Dispositif de Création et Maintien du Lien du SAVS Espoir 35	106
Fiche 26 : SAS – Service d'Accueil et de Sortie Dispositif porté par le SAVS Altaïr de l'APASE	107
Fiche 27 : Création d'un pôle ressource expert mutualisé APF22/ADIMC22	109
Fiche 28 : Création d'un Centre de Ressources « sensoriel » Centre J. Cartier	111

Fiche 29 pôle ressource APF 35	113
Fiche 11 : Service d'Intervention Sociale Individualisé (ISI) de l'APF 56	114
Fiche 30 : COSEHPSY 56 Cellule d'orientation, de suivi, d'évaluation du handicap psychique du Morbihan	116
Fiche 31 : Equipe « Experte » Huntington	119
Fiche 32 : Accompagnement par le SAMSAH APF 22 des malades de Huntington en lien avec l'équipe experte Huntington de l'ERHR Bretagne	122
Fiche 33 : Partenariat entre SAVS Jacques Cartier + Service à la Personne + SAAD + CHU Rennes Pôle Sourds	124
Fiche 34 : Pratique de double orientation SAVS-SAMSAH handicap psychique	126
Fiche 35 : Interservices Domicile 35	128
Fiche 36 : Intervention du SESSAD TED/DI Arc en Ciel auprès d'un enfant de 10 ans en risque de rupture de parcours pour accompagner une réorientation vers un IME	130
Fiches 37 : mission d'appui de SESSAD TED auprès des autres SESSAD	132
Fiche 38 : Equipe mobile d'intervention (EMI) médicosociale	135
Fiche 39 : Pôles territoriaux de Handi -Cap 22	137
Fiche 40 : MAIA PA / PH du Pays de Brocéliande	141
Fiche 41 : Plateforme des parcours	143
Fiche 42 : Plateforme Expérimentale de Coordination de parcours et de projets personnalisés d'usagers d'ESAT/FH ESAT relevant d'une réorientation type foyer de vie - Papillons blancs du Finistère	146
Fiche 43 : accompagnement partagé entre FAM, établissement d'accueil temporaire et famille	149
Fiche 44 : Alternative à l'hébergement à temps complet en foyer de vie pour des personnes en situation de handicap psychique, en conjuguant l'accueil de jour en foyer de vie et l'hébergement accompagné extérieur de type UVE	151
Fiche 44 bis : Démarche expérimentale « Accompagner des personnes en situation de handicap psychique (en fin de parcours dans la filière sanitaire en centre postcure) vers un dispositif médico-social mixte :	155
Fiche 36 Pôle « domicile » de la Mutualité Française 29-56,	157
Fiche 45 : Convention départementale de coopération 2015 -2018 pour l'amélioration du parcours des enfants déficients moteurs avec troubles associés ou polyhandicapés (entre IME, IEM et SSR pour des accueils sur places vacantes)	159
Fiche 46 : Création de l'association Finist'ED (depuis décembre 2015) par des professionnels de l'éducation spécialisée (ES, ME) intervenant à domicile auprès d'enfants avec TSA	162
Fiche 47 : Pros-Pairs : l'alliance des professionnels et des pairs	165
Fiche 49 : « Accueil Temporaire de Ressourcement » (association ALISA)	175

Fiche 1 : Accueil sur place vacante à la Résidence du Coadou pour des stages d'évaluation/préparation d'orientation

Intitulé de l'expérience	Fluidifier et optimiser le parcours des usagers, par l'accueil sur place vacante à la Résidence du Coadou pour des stages d'évaluation/préparation d'orientation			
Territoire concerné	Département des Côtes d'Armor			
Contexte de création/mise en place (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	Demandes des EMS pour des périodes d'observation et de découverte pour leurs usagers			
Objectifs de la démarche	Demande de stages : - Evaluation en vue d'une orientation - Découverte d'un FOA ou d'un FAM - Vérification du projet de vie			
« Périmètre du dispositif (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)		TYPE DE STAGE	PUBLIC CONCERNE	FINANCEMENT
	Avant orientation par la CDAPH	Stages d'observation et d'évaluation pour avis	- de 20 ans d'IME	Facturation par l'établissement auprès de l'IME (convention)
	Après orientation par la CDAPH	Stages de découverte et d'observation	Usagers Amendement CRETON	CD Paiement de l'établissement d'accueil (FOA-FAM de Ploec sur Lié)
		Stages d'observation et d'évaluation	Usagers d'ESAT, de SATRA, SAVS, foyer d'accueil et d'hébergement	CD Paiement de l'établissement d'accueil (FOA-FAM de Ploec sur Lié), déduction faite de la participation des usagers.
		Stages de rupture	Résidents FOA ou FAM	CD Paiement de l'établissement d'accueil (déduction faite de la participation des usagers)
Séjour d'observation dans une démarche de recherche d'établissement		Orientation FOA ou FAM	CD Paiement de l'établissement d'accueil (déduction faite de la participation de l'utilisateur)	
Calendrier de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)	Premier stage en 2009 pour une personne. Entre 2010 et 2012, accueil de 13 stagiaires. Ecriture et présentation au Conseil départemental, à l'ARS et à la MDPH afin de valider la démarche. Accord verbal validant 30 jours d'accueil avec financement du Conseil départemental et de la personne accueillie. Création de deux logements dédiés à cet accueil			
Partenaires associés	<ul style="list-style-type: none"> - Conseil départemental - ARS - MDPH 			

	- EMS des Côtes d'Armor
Bonnes pratiques à partager	- Tableau de bord - Bilans de séjour - Retours d'expérience
Risques et difficultés rencontrés	Au départ, les logements étaient prêtés par les résidents qui étaient en vacances car nous n'avions aucun logement dédié. (difficultés parfois pour avoir l'accord du prêt par les familles et les tuteurs) Les informations notamment médicales sont aussi parfois difficiles à obtenir des hôpitaux psychiatriques. Nous avons aussi relevé un manque de souplesse de la part des financeurs lorsque le stagiaire ne possède pas d'orientation FOA ou FAM. En outre, la limitation à 30 jours peut apparaître parfois comme un frein car les stagiaires mettent du temps à s'inscrire dans le fonctionnement de l'établissement.
Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	Plateau technique varié et étendu du fait du double agrément FOA et FAM. Notre expérience concernant les accueils croisés pour mettre en place ce type d'accueil court.
Modalités d'évaluation envisagées	
Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?	
Remarques	Les équipes sont porteuses de ce projet.
Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?	54 personnes de 2009 au 31 décembre 2016
Contact	Nom de la personne ayant rempli la fiche : KEROMNES Guy-Marie Date de remplissage : 12 décembre 2016 Organisme d'appartenance : EPMS Résidence du Coadou à PLOEUC-L'HERMITAGE Mail : directioncoadou@orange.fr

Fiche 2 : Immersion pour un groupe de jeunes en situation d'amendement CRETON en Accueil de Jour de l'association Le Temps du Regard

Intitulé de l'expérience	Projet Immersion pour un groupe de jeunes en situation d'amendement CRETON en Accueil de Jour de l'association Le Temps du Regard
Territoire concerné	Département Ille et Vilaine, Territoire de Rennes/Rennes SUD
Contexte de création/mise en place (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	Sollicitation de la part de l'IME de Bain de Bretagne (d'une ancienne salarié du <i>Temps d'Agir, Accueil de Jour</i>) pour engager la possibilité de stages collectifs en accueil de jour (à l'image de ce qui est proposé pour les projets en ESAT et qui n'existe pas pour les accueil de jour sur une longue durée annuelle). L'accueil de jeunes d'IME est une démarche engagée depuis de nombreuses années par l'accueil de jour, la volonté de les accueillir au long court est un moyen de les amener graduellement à y trouver leur place d'adulte en devenir. Convention signée en Octobre 2015.
Objectifs de la démarche	Proposer à un groupe de 3 à 4 jeunes identifiés par l'IME comme relevant d'un projet « <i>Accueil de Jour</i> » de partager le même lieu de vie que des adultes en situation de Handicap. Il s'agit de leur permettre de pouvoir transposer leurs acquis et plus largement de découvrir un autre lieu de lien social.
Objectifs de la démarche	Il est convenu que l'accueil des jeunes s'organise de 9h30 à 13h30 un jeudi matin par mois. (Les contraintes horaires de transport à l'IME ne permettant pas un accueil en journée complète). Les jeunes intègrent les différents ateliers du Jeudi Matin en fonction de ce qui sera proposé par l'équipe professionnelle du TDA : Atelier Cuisine, Marché, Atelier Jeux. Il est convenu que le groupe puisse être réparti sur l'ensemble des ateliers.
« Périmètre du dispositif (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y-a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)	La population « cible » est visée par l'IME directement au vue du projet du jeune. Une participation à la demi-journée + le repas est facturée par l'accueil de jour à l'IME sous couvert d'une convention.
Calendrier de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)	<ul style="list-style-type: none"> - OCTOBRE 2015 : Rencontre entre Chef de Service et Educateur pour échanger et encadrer le projet puis statuer d'une convention - JANVIER 2016 : Signature de la convention avec la proposition faite aux 4 jeunes pressentis pour le projet - MARS-MAI 2016 : Premiers accueils des jeunes
Partenaires associés	IME LE BOIS GREFFIER / BAIN DE BRETAGNE <i>Le Temps d'Agir</i> Accueil de Jour, Association « LE TEMPS DU REGARD » / RENNES
Bonnes pratiques à partager	<ul style="list-style-type: none"> - Etablir une convention

	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluer l'accompagnement, pour viser les objectifs de chacune des deux parties par la consultation des jeunes et des adultes accueillis au Temps d'Agir
Risques et difficultés rencontrées	<ul style="list-style-type: none"> - Les Transports et l'organisation des horaires - La possibilité, en finalité de cette immersion, d'une admission du jeune au sein de l'accueil de jour qui reste dépendant de critères divers (indépendant de l'intégration favorable du jeune au sein du groupe) : places d'accueil disponibles, engagement du jeune et de sa famille, transport à mettre en place/dossier PCH Transport.
Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	Volonté de l'IME de proposer aux jeunes une alternative au « <i>tout projet travail</i> », une connaissance du terrain de la professionnelle de l'IME pour faciliter le lien, une équipe pluridisciplinaire à l'accueil de jour (ergothérapeute, psychomotricien, CESF..) pour diversifier les propositions et permettre au jeune de trouver plus facilement sa place, une intégration sur des petits ateliers de 3 à 4 personnes, une valorisation du jeune en <i>favorisant la mise en activité</i> .
Modalités d'évaluation envisagées	Réunion des usagers au sein de l'accueil de jour, rencontre réunion avec les jeunes à mi-parcours du stage prévue en Mars 2017 sous forme de table ronde d'expression /satisfaction
Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?	Pour avoir une journée complète d'accueil, revoir les transports IME Taxi, manque de souplesse...
Remarques	A noter que pour les familles, cette première immersion permet de prendre contact avec l'accueil de jour, de le découvrir au travers du jeune, et d'appréhender un projet de vie plus éloigné de la question du travail dans un premier temps au sortir de l'IME, l'accueil de jour pouvant parfois être transition à la maturité du jeune et un temps de réflexion avant de reprendre un projet travail.
Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?	1 groupe de 4 jeunes en situation d'amendement CRETON Soit 5 jeunes accueillis en tout du fait d'un remplacement d'un jeune en Septembre 2016. <i>PROJECTION en Janvier 2017 d'un projet similaire sur l'accueil de jour les Acanthes à Pacé.</i>
Contact	Nom de la personne ayant rempli la fiche : Mme MAUDIEU, Chef de Service Accueils de Jour Association « Temps du Regard » Date de remplissage : 01/02/17 Organisme d'appartenance : Association « Le Temps du Regard » à Rennes Mail : chefdeserviceaccueilsdejour@letempsduregard.org

Fiche 3 : Accueil de jour Droit de Cité, Au-delà du Handicap

Intitulé de l'expérience	Accueil de jour Droit de Cité, Au-delà du Handicap
Territoire concerné	Le Pays de Fougères, territoire rural au nord de Rennes.
Contexte de création/mise en place (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	Droit de Cité est un projet qui a émergé en 1994 à l'initiative de sympathisants et de familles de personnes en situation de handicap dans le but de créer des solutions d'accompagnements alternatifs et complémentaires à l'accueil en structures spécialisées avec hébergement.
Objectifs de la démarche	L'objectif de la démarche depuis ses débuts est double : <ul style="list-style-type: none"> - Ne laisser personne sans solution d'accompagnement sur notre territoire d'action en apportant une offre de service diversifiée et complémentaire avec les autres services du Pays de Fougères, - Affirmer le droit et favoriser l'accès à une participation sociale à la hauteur des attentes et envies de chaque personne en situation de handicap
« Périmètre du dispositif (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)	<p>Notre offre de service est constituée de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un Accueil de Jour tous Handicaps, ouvert du lundi au vendredi pour toutes personnes majeures quel que soit le handicap, - Un accueil de Jour Alois pour personnes âgées en perte d'autonomie, ouvert également 5 jours par semaine, - Un Service Alternatif d'Accompagnement Pour Tous qui propose des sorties, des aides aux déplacements et des accompagnements individuels pour toutes personnes en situation de handicap, y compris des mineurs. <p>Nos services se sont développés pour pouvoir répondre à la plus grande diversité de profils de personnes en situation de handicap, quel que soit le lieu de vie (établissement ou domicile personnel), l'âge (des mineurs aux personnes âgées dépendantes), le type de handicap, etc.</p> <p>Par ailleurs, en accord avec la MDPH et le Département (notre principal financeur) nous accueillons les personnes quel que soit leur orientation dans la mesure où nos accompagnements font sens avec leurs projets personnels. Cette modalité nous positionne souvent en « établissement passerelle » favorisant la fluidité des parcours et évitant les ruptures. Grâce à nos financements et par notre organisation nous nous assurons de ne pas avoir de liste d'attente pour permettre de garantir une proposition d'accompagnement à chaque nouvelle demande.</p> <p>Participation financière Adhésion annuelle : 18 €. Demi-journée d'accueil de jour : 9,50 €. Journée complète (avec repas) : 18 €. Accompagnement individuel (pour les personnes n'ayant pas la PCH), seuls les frais annexes à l'accompagnement sont facturés : - Forfaits kilométriques moins de 20 Km à 15 €, moins de 50 Km à 24 €. et moins de 100 Km à 30 €. - repas accompagnateurs...</p>

	Accompagnement individuel dans le cadre du Service à la Personne (pour les personnes ayant la PCH) : 21,77 €/heure d'accompagnement avec une participation de 17,77 €/heure de la part du département (soit un reste à charge de 4 €/heure).
Calendrier de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)	La démarche de « 0 sans solution » est donc issue du projet initial (association créée en 1994, premier Accueil de Jour ouvert en 1996). Elle guide les réflexions et évolutions de notre offre de service qui évolue et s'adapte au gré des nouvelles demandes d'accompagnement, des nouvelles situations complexes.
Partenaires associés	Nous travaillons en réseau avec l'ensemble des acteurs du territoire tant dans le secteur médico-social, sanitaire, les services de droit commun, les professionnels libéraux... Nous travaillons particulièrement avec la MDPH, les CLICs, le Département, les SAVS, les IME, les ESAT, les Foyers de Vie, les EHPAD, les FAM, les MAS, les divers services d'aide à domicile... pour faciliter l'orientation et l'accès de nos services aux personnes concernées. D'autres partenariats avec des acteurs tels que le Centre Social, la médiathèque, la piscine, le centre culturel, les associations du territoire... etc. nous permettent d'assurer aux personnes accompagnées une juste place dans la Cité.
Bonnes pratiques à partager	Nous cherchons continuellement à nous adapter et nous poussons le cadre de nos actions pour proposer des réponses en adéquation aux besoins spécifiques de chaque demande. Nous favorisons une approche humanisante, créative et en perpétuel renouvellement.
Risques et difficultés rencontrés	Risques : éviter les situations de concurrences au profit de la complémentarité avec les acteurs existants Les difficultés que nous pourrions rencontrer seraient liées à la grande hétérogénéité du public accueilli qui nécessite de la part des équipes une adaptabilité permanente. Toutefois, ce fonctionnement étant ancré dans notre culture associative, il ne pose aujourd'hui pas de réelles difficultés.
Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	Le soutien des financeurs. Le projet associatif qui garantit une grande diversité des actions à mener.
Modalités d'évaluation envisagées	Nous sommes en lien avec le cadre de la loi 2002-2 nous réalisons dans les délais nos évaluations internes et externes qui complètent une démarche permanente d'amélioration de la qualité de nos services passant en particulier par l'écriture et la réécriture de nos projets Associatifs, d'Etablissements et de Services.
Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?	
Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?	Entre 400 et 500 personnes depuis la création de l'association en 1994.
Contact	Nom de la personne ayant rempli la fiche : Jean-Loup Belliard et Dominique Boulay Beck Date de remplissage : le 22/02/2017 Organisme d'appartenance : Droit de Cité Fougères Mail : droitdecite.dir@gmail.com 02 90 80 50 15

Fiche 4 GRAFIC SESSAD régional à vocation professionnelle

Intitulé de l'expérience	GRAFIC SESSAD régional à vocation professionnelle (Bretagne)
Territoire concerné	Côtes d'Armor, Finistère, Ille et Vilaine, Morbihan
Contexte de création/mise en place (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	Autorisation de création décembre 2010 Agrément porté par l'association GRAFIC Bretagne (qui a fusionné en novembre 2014 avec LADAPT): 42 places sur la région Bretagne/déficience Intellectuelle Ouverture fin 2011 Constats : jeunes en situation de handicap arrivant sur le marché de l'emploi sans formation, sans projets professionnels validés ou en rupture sur des parcours qualifiant en alternance par inadaptation du projet Expérimentation d'un appui à l'Education Nationale dans le cadre de l'ouverture des premières UPI Lycée en Bretagne dans le cadre d'un projet européen EQUAL (2005 – 2008)
Objectifs de la démarche	Permettre à des jeunes en situation de handicap en fin de scolarité d'élaborer un projet d'insertion socio professionnelle réaliste et définir les compensations envisageables et mobilisables Développer l'accessibilité des environnements (entreprises, associations,...) par un accompagnement personnalisé et individualisé.
« Périmètre du dispositif (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)	Jeunes de 16 à 25 ans Sur notification des MDPH Scolarisés en lycées professionnels (CAP ou ULIS), Maisons Familiales Rurales, Etablissements Régionaux d'Enseignement Adapté, Mission de Lutte contre le Décrochage Scolaire, Apprentis.
Calendrier de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)	Service opérationnel depuis fin 2011 42 Places
Partenaires associés	Education Nationale, SESSAD de Bretagne, Entreprises privées et publiques, Entreprises Adaptées, ESAT
Bonnes pratiques à partager	Inclusions en entreprises ordinaires : analyse de postes, recherche de compensation adaptée aux contextes Accompagnement des familles et des équipes pédagogiques Co-construction, collaboration et coopération entre l'ensemble des acteurs
Risques et difficultés rencontrés	Temporalités différentes : famille, Education Nationale, jeunes, entreprises Manque de visibilité du handicap mental / de connaissance de la DI et plus largement du Handicap Mental
Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	Le pragmatisme des interventions : le terrain, les mises en situations professionnelles variées qui permettent de mettre en valeur les compétences et les capacités à développer et d'envisager des compensations
Modalités d'évaluation envisagées	Situation à la sortie du SESSAD Enquêtes de satisfaction auprès des bénéficiaires

Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?	Plus de temps alloué à l'accompagnement (aujourd'hui moyenne de 40h / an)
Remarques	
Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?	162
Contact	Nom de la personne ayant rempli la fiche : Anne-Laure DUAULT Date de remplissage : 10 02 2017 Organisme d'appartenance : LADAPT Ouest – service GRAFIC Mail : duault.anne-laure@ladapt.net

Fiche 5 : Plateforme « Tremplin » d'autonomisation des jeunes de 20-30 ans (Foyer de vie, SAVS dont habitat groupé, Accueil de jour), géré par les Genêts d'or, sur AAP du CD29

Intitulé de l'expérience	Plateforme « Tremplin » d'autonomisation des jeunes de 20-30 ans (Foyer de vie, SAVS dont habitat groupé, Accueil de jour), géré par les Genêts d'or, sur AAP du CD29
Territoire concerné	Département du Finistère
Contexte de création/mise en place (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	Ce projet est issu du 4 ^{ème} schéma départemental et notamment de la fiche action 2.4 « Impulser un dispositif spécialisé d'accompagnement vers l'autonomie pour les jeunes ». Le constat de départ fait état de nombreuses situations de jeunes de plus de 20 ans en IME, de même que de nombreux jeunes à domicile sans aucune solution d'accompagnement.
Objectifs de la démarche	Objectifs du 4 ^{ème} plan : <ul style="list-style-type: none"> - Permettre aux jeunes d'acquérir de l'autonomie dans la vie quotidienne, pour accéder à une réelle inclusion professionnelle et/ou sociale - Apporter des réponses souples et adaptées à leurs souhaits et à leur projet de vie. - Envisager de nouvelles formes d'accompagnement (solutions « à la carte »)
« Périmètre du dispositif (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)	Le dispositif s'adresse à des jeunes âgés entre 20 et 30 ans présentant une déficience intellectuelle et/ou un trouble envahissant du développement. Les critères précis sont en cours de définition ; ils se baseront sur les évaluations du niveau adaptatif au moyen notamment de l'échelle d'évaluation de la Vineland-II.
Calendrier de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)	Le SAVS (9 places dont 4 en habitat groupé) et l'accueil de jour (5 places) ont démarré leur activité en avril 2016. La partie hébergement (30 places) ouvrira ses portes à l'issue des travaux de réhabilitation des locaux prévus à cet effet, soit début 2018.
Partenaires associés	<ul style="list-style-type: none"> - Organismes gestionnaires (MDPH, CD 29 en particulier la Plateforme départementale des parcours) - ESMS secteur enfance et adulte - Familles et/ou représentants légaux - Acteurs (en milieu ordinaire et adapté) de l'insertion professionnelle, du loisir, de l'insertion sociale (professionnels comme bénévoles dans ces secteurs)

<p>Bonnes pratiques à partager</p>	<p>Les points essentiels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La souplesse du dispositif présentera à terme (lors de l'ouverture de l'hébergement) un grand intérêt notamment en permettant de passer dans l'un ou l'autre des services du dispositif (hébergement, accueil de jour, SAVS) sans avoir à demander une réorientation auprès de la MDPH. - La poursuite des apprentissages scolaires, préprofessionnels est possible sur ce dispositif adulte - Un dispositif pensé de façon graduelle en termes de compétences avec une possibilité d'évoluer au fur et à mesure des progrès de la personne (exemple : passage des studios situés dans l'enceinte de la structure aux studios en habitat groupé, avant d'envisager de vivre complètement seul en milieu ordinaire sans intervention du dispositif Tremplin) - La volonté de tenter l'inclusion milieu ordinaire dans les divers domaines de fonctionnement (vie professionnelle, sociale, culturelle, loisirs...) avant d'envisager le milieu adapté (en fonction des souhaits de la personne accompagnée et/ou de son entourage) ; le milieu adapté n'est envisagé qu'après expérimentations, apprentissages et adaptations en milieu ordinaire (ou si souhait de la personne accompagnée de ne pas aller vers le milieu ordinaire) - Le recours aux approches développementales et comportementales recommandées par la HAS et l'ANESM pour l'autisme (approches également évoquées et recommandées dans le rapport INSERM de 2016 relatif à la déficience intellectuelle) - L'évaluation systématique des compétences des personnes par des outils validés scientifiquement - La participation des familles (sous réserve de l'accord de la personne accompagnée) dans le processus d'évaluation notamment
<p>Risques et difficultés rencontrés</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Difficulté à faire coïncider les orientations actuelles avec les profils des personnes. Exemple : l'orientation « foyer de vie » pour la partie hébergement constitue un frein potentiel (de par l'image véhiculée) pour un public qui pourrait bénéficier des studios pour apprendre la vie en appartement autonome dans un cadre sécurisé mais qui n'aurait pas le profil « habituel » pour l'orientation « foyer de vie ». - Le caractère provisoire (les personnes accueillies peuvent rester maximum 6 ans sur le dispositif Tremplin) peut engendrer certaines craintes pour les familles qui hésitent alors à déposer une demande (crainte de ne pas avoir de place sur le long terme pour leur enfant)
<p>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche</p>	<p>Les cadres du dispositif entretiennent des liens et temps de travail réguliers avec la MDPH et le CD29 dont la plateforme départementale des parcours pour faire avancer les réflexions autour du dispositif et les modalités de fonctionnement et d'accès au Tremplin</p>

Modalités d'évaluation envisagées	Deux points essentiels permettront d'évaluer le dispositif : <ul style="list-style-type: none">- La fluidité du parcours des personnes- L'évolution des projets (atteinte des objectifs fixés) pour les jeunes en termes d'autonomie. Nous sommes actuellement en cours de travail afin de pouvoir affiner ces critères d'évaluation.
Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?	Le dispositif étant très récent, nous estimons ne pas avoir le recul nécessaire pour remplir cette partie.
Remarques	
Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?	A ce jour, 12 personnes sont accompagnées par le SAVS ou l'accueil de jour du Tremplin.
Contact	Nom de la personne ayant rempli la fiche : Morgane PHELEP, Chargée de mission autisme et autres troubles neurodéveloppementaux Date de remplissage : 09/12/2016 Organisme d'appartenance : Association Les Genêts d'Or Mail : morgane.phelep@lesgenetsdor.org

Fiche 6 : Gem 18-30 ans

Le GEM l'Antre-2 a été créé par le GEM L'Autre Regard en 2005 pour permettre aux plus jeunes de créer leur propre fonctionnement associatif et leurs propres activités en fonction de leurs envies. Ce GEM s'adresse en premier lieu à de jeunes adultes âgés de 18 à 30 ans en situation d'isolement social suite à des troubles psychiques. Il se décline dans un équilibre entre des temps informels (sans animation) et des activités réservées aux adhérents du GEM, et des temps informels et des activités ouverts sur la Cité dans le cadre de son Café culturel, l'Antre-2 Café.

Le turn-over assure pour le moment le maintien de l'âge moyen des adhérents depuis ses débuts à savoir 26 ans, soit un âge moyen nettement plus jeune de ce qui s'observe habituellement dans les GEM.

Ce GEM a créé un statut de « sympathisant » en 2008 pour permettre à des personnes plus âgées de soutenir les adhérents.

L'Antre-2 Café, une ouverture pour une inscription sociale et culturelle dans la Cité. Quasiment dès le début du GEM, les jeunes adhérents ont souhaité conserver des activités qui leur soient réservées, mais ont aussi voulu ouvrir un espace sur la cité pour faire d'autres rencontres en proposant des rendez-vous culturels. Il était en premier lieu question de faire des rencontres avec des personnes extérieures au champ de la psychiatrie pour « déghettoiser » le GEM. Mais le Café offrait aussi l'opportunité de rencontrer sur certains temps, des personnes plus âgées, ayant aussi des troubles psychiques, pour bénéficier potentiellement de leur expérience et d'une plus grande disponibilité pour les soutenir dans la vie associative.

Le Café représente également pour les adhérents un moyen d'être reconnus à travers l'association comme acteurs sociaux et culturels dans la Cité.

Dans un esprit de libre adhésion et de circulation entre les différents espaces et les différentes activités de l'association L'Antre-2, qui permet l'accroche avec le collectif, les adhérents ont mis en place des horaires d'ouverture différents pour les activités qui leur sont réservées et pour le Café. L'enjeu étant de permettre à chacun en fonction de ses envies et de ses capacités, de rencontrer d'autres personnes que les adhérents, ou pas. C'est aussi cette libre circulation entre les espaces qui permet à chacun d'expérimenter différents endroits d'implication, voire de responsabilité, sans pression.

L'espace GEM réservé aux adhérents est fondamental pour leur permettre d'appréhender la vie associative, voire de s'y impliquer, grâce à un équilibre de moments d'activités structurées et de moments plus informels. L'expérience montre qu'un nombre d'heures d'ouverture minimum est nécessaire pour que le Café puisse être repéré, mais qu'il faut également suffisamment de plages horaires réservées aux adhérents pour que ceux-ci puissent prendre place et avoir la possibilité de s'emparer du projet associatif. Le GEM comporte une part de fonctionnement incompressible dont dépend l'existence même du Café, et son portage par les adhérents.

De plus, dans le cadre du GEM, les adhérents ont mis en place des espaces de pratiques artistiques et culturelles favorisant leur rencontre. Ce sont également des propositions artistiques et culturelles qui leur permettent de rencontrer un public plus large dans L'Antre-2 Café. La création de conditions de rencontres adéquates avec un public extérieur au réseau sanitaire et social, est sous tendue par les possibilités d'expérimentations artistiques et culturelles au sein du GEM.

Au fil des années, L'Antre-2 Café a donc pris une place fondamentale dans le projet global de l'association. Pour certains adhérents, il permet une approche du GEM moins stigmatisante ; pour d'autres, il permet de choisir entre les moments plus sécurisants sur les activités entre adhérents, et des moments où une intégration sociale satisfaisante est réalisable avec des échanges qui ne sont pas conditionnés, déterminés, par un état de santé, un statut de malade. Ces deux possibilités évoluent pour chacun au gré des rencontres et au fil de la construction d'une identité mieux affirmée. A travers

la reconnaissance des partenaires culturels et des artistes qui animent les temps forts du Café le jeudi soir, et la reconnaissance des habitants du quartier qui y ont pris leurs habitudes, c'est l'ensemble des adhérents qui acquiert une reconnaissance d'acteur social et culturel de la vie locale, une valorisation de ce qu'ils inventent au fil des saisons, des liens qu'ils contribuent à tisser.

Le service des boissons (produits sans alcool issus du commerce équitable) est assuré par les adhérents, avec l'appui d'un animateur salarié pour assurer la continuité du fonctionnement. Un planning hebdomadaire a été mis en place pour permettre à chacun d'identifier les créneaux possibles et de s'y proposer comme serveur. Son utilisation a été détaillée à partir des différents besoins rencontrés tout au long de l'année, pour garantir que des gens différents puissent servir, et pour que chacun puisse être formé et mis en confiance en fonction de ses envies et de ses besoins.

Une programmation mensuelle des ateliers, animations et événements culturels, est assurée par les adhérents à partir de leurs idées et des propositions extérieures, avec l'appui d'un animateur salarié sur la prospection, l'élaboration, la décision, l'information et la réalisation des manifestations.

Fiche 7 « Un Avenir après le Travail » projet porté par l'ARESAT Bretagne

Intitulé de l'expérience	« Un Avenir après le Travail » Projet porté par l'ARESAT Bretagne
Territoire concerné	Région Bretagne Essaimage actuel sur les régions Ile de France – Champagne-Ardenne - Picardie
Contexte de création/mise en place (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	Ce projet a été mis en place autour de trois constats principaux : <ul style="list-style-type: none"> - L'arrivée à l'âge de la retraite d'un nombre important d'ouvriers en Esat – 1520 ouvriers ont plus de 50 ans dans les Esat bretons et sont potentiellement concernés par une arrivée en retraite dans les 5 années à venir. - La difficulté pour les personnes concernées à trouver des informations accessibles et des réponses inclusives sur leur territoire. - L'absence, dans les réponses médico-sociales existantes, d'une prise en compte suffisamment globale et diversifiée de la problématique.
Objectifs de la démarche	2 objectifs opérationnels simultanés : <ul style="list-style-type: none"> ➔ Un accompagnement efficient de la transition vers la retraite ou la fin d'activité professionnelle construit et préparé par les Esat et services d'hébergement ou d'accompagnement social. ➔ Une coopération avec les acteurs de droit commun du territoire pour faciliter l'inclusion, les réponses de proximité et la fluidité des parcours. Pour 1 objectif à moyen terme : La mise en œuvre des réponses spécifiques au sein des dispositifs de droit commun.
« Périmètre du dispositif (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)	<p><u>4 thématiques principales fondent la démarche :</u></p> <p>Droits et ressources : <i>connaître ses droits à la retraite, anticiper ses ressources financières...</i></p> <p>Logement et accompagnement social : <i>évaluer ses besoins et découvrir des réponses multiformes ...</i></p> <p>Vie Sociale : <i>développer ses compétences, ses centres d'intérêts, ses relations.</i></p> <p>Santé : <i>Être et rester acteur de sa santé</i></p> <p><u>4 supports principaux sont développés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>L'information :</u> Livrets d'information en « facile à lire et à comprendre », plate-forme numérique, réunions d'information adaptées. - <u>La formation :</u> des professionnels (formation « animateurs retraite »), des personnes concernées (formation « re-traiter sa vie ..., un avenir en soi !), la sensibilisation des acteurs de droit commun et de la société civile. - <u>L'animation de Territoire :</u> Il s'agit d'un parcours de préparation à la retraite initié avec les futurs-retraités d'un même bassin de vie - Elle produit des animations et des rencontres permettant aux futurs retraités de mieux connaître les propositions, sur leur territoire, destinées aux seniors (Clic, centres sociaux, clubs de retraités, espaces

	<p>prévention santé, hébergements collectifs, aides pour le maintien à domicile droits, accompagnement administratif, ...)</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Un collectif agissant en réseau et coopération</u> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Comité de pilotage régional pluri-partenarial, Comités techniques thématiques avec plus d'une quarantaine d'acteurs et dispositifs de droit commun, Comités de pilotage locaux des animations de territoire impliquant un co-pilotage des actions avec le ou les CLIC du territoire, Un réseau constitué d'une soixantaine de référents retraite ⇒ Poursuivre un développement inter-régional qui renforce le partage de bonnes pratiques et l'essaimage de modalités d'accompagnement innovantes.
<p>Calendrier de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)</p>	<p>2011-2013 : Laboratoire d'idées : Organisation de 4 comités thématiques régionaux – Expérimentation de premiers outils d'accessibilité. 2014-2015 : Création d'un Réseau d'action : Développement du projet en Bretagne 2015-2016 : Partage et développement du dispositif avec d'autres régions intéressées - Lancement de la plate-forme numérique collaborative 2016 : Transfert progressif des outils vers les dispositifs de droit commun : CLIC, CCAS, ... 2017 – 2018 : Poursuivre et renforcer les 16 animations en cours en coopération avec les CLIC et les Espaces Autonomie Seniors. Développer 4 à 5 animations supplémentaires. - Travailler avec les acteurs de la gérontologie et des collectivités territoriales afin de créer des « process » facilitant l'information et l'orientation des futurs retraités ainsi que la coordination des acteurs. (relais sur les outils d'information et Mise en œuvre d'une charte du territoire inclusif) - Parvenir durant l'année 2018 au transfert définitif du projet et de ses outils vers un acteur de la société civile (Gérontopôle Kozh Ensemble) ou un dispositif de droit commun. - Poursuivre un développement inter-régional qui renforce le partage de bonnes pratiques et l'essaimage de modalités d'accompagnement innovantes. - Créer un support de formation commun et partagé entre les différents acteurs (handicap – Retraite – Personnes Âgées) dans le cadre d'un programme européen ERASMUS +</p>
<p>Partenaires associés</p>	<p>Partenaires du pilotage : CNSA – CCAH – ARS – Conseils départementaux – M.A.I.S. – Association « Nous Aussi » - Mutualité Bretagne, Harmonie Mutuelle. Partenaires opérationnels : quelques exemples : CLIC, Centres Sociaux, CARSAT, MSA, CICAS, Centres examens Santé, IREPS, Offices des retraités, France Bénévolat, Gérontopôle « Kozh ensemble », CCAS, ...</p>
<p>Bonnes pratiques à partager</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Collaboration des acteurs PA-PH - L'implication des personnes concernées dans le pilotage des animations. - Financement pluriel : Structures concernées – partenaires privés – partenaires publics. - La production de réponses accessibles par la coopération personnes concernées – Structures et services PH – Acteurs de droit commun. - La dimension d'un projet de « transition » pour un portage à moyen terme par le droit commun. - L'accompagnement de personnes « en parcours » qui implique pour les structures concernées : anticipation, management participatif, coopération entre structures médico-sociales.

Risques et difficultés rencontrées	<ul style="list-style-type: none"> - Un modèle économique du projet basé essentiellement sur le financement par des tiers. - Un projet qui touche à des structurations « en tuyau d'orgue ». - La « croyance » que l'accessibilité se construit naturellement. - Un réseau qui n'agirait pas « en réciprocité ». - Le manque d'anticipation : Des acteurs se sentant concernés qu'une fois la problématique présente.
Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	<ul style="list-style-type: none"> - Un réseau d'acteurs (ARESAT) ayant une expérience positive de coopération et volontaire pour développer une nouvelle démarche innovante proposée par un de ses membres. - L'implication forte de membres « pilotes » - L'expérimentation de l'intérêt de la coopération à partir de réalisations mesurées et mesurables.
Modalités d'évaluation envisagées	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation permanente par un comité de pilotage pluri-partenarial. - Evaluation intermédiaire à chaque phase du projet. - Evaluation des actions par les bénéficiaires. - Lancement d'un programme sur un contrat à impact social. Mesure des effets concrets sur la santé et la participation sociale des personnes concernées.
Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?	<ul style="list-style-type: none"> - La systématisation dès le lancement du projet de l'implication des personnes concernées dans la définition des programmes d'animation locaux. - La sensibilisation plus en amont des élus locaux. - Un dimensionnement plus grand, dès le lancement du programme, des moyens recherchés et alloués, à l'animation du projet.
Remarques	
Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?	<p>En Bretagne :</p> <p>De 120 à 550 personnes impliquées, selon les thématiques, dans les animations de territoire.</p> <p>60 animateurs retraite formés en Bretagne (60 programmés sur 2 régions en 2017)</p> <p>Plus de 500 professionnels sensibilisés à la démarche</p> <p>Plus de 1000 livrets d'information diffusés</p> <p>Plus de 80 partenaires opérationnels</p>
Contact	<p>Nom de la personne ayant rempli la fiche : Gwenaël Planchin</p> <p>Date de remplissage : 3 février 2017</p> <p>Organisme d'appartenance : ARESAT Bretagne</p> <p>Mail : g.planchin@differentetcompetent.org</p>

Fiche 8 : Atelier Alterné Séniors (AAS)
Au sein des ESAT Brestois des Papillons Blancs du Finistère

Intitulé de l'expérience	Atelier Alterné Séniors (AAS) Au sein des ESAT Brestois des Papillons Blancs du Finistère
Territoire concerné	Finistère - Brest ESAT de L'IROISE et de l'ARMORIQUE des Papillons Blancs du Finistère.
Contexte de création/mise en place (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	<p>Dès 2002, le Directeur du CAT de L'Iroise des PBF et plusieurs professionnels ont voulu répondre aux difficultés rencontrées en atelier par 11 travailleurs parmi les plus âgés. Le CAT est face à un dilemme : Ces 11 travailleurs sont fatigués et parfois démotivés. Le rythme de travail demandé n'est plus tenable pour eux et ils décrochent petit à petit.</p> <p>Un absentéisme apparaît chez certains et le respect des horaires devient difficile.</p> <p>Ils montrent néanmoins un attachement à leur atelier, ils aiment leur travail et le disent. La valeur travail est toujours importante pour eux.</p> <p>Un autre rythme leur est alors proposé : un temps partiel en atelier et un temps partiel en « soutien »</p> <p>Cet atelier a évolué au fil des années afin de répondre au mieux aux attentes de certains travailleurs handicapés dans le respect de leur projet personnel.</p>
Objectifs de la démarche	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le maintien dans l'emploi avec un nouveau rythme suivant le projet de la personne. Ce rythme peut varier de 20 % jusque 50 % de temps de présence à l'atelier alterné séniors suivant les besoins de la personne. 2. La préparation à la retraite qui abordera : les ressources et aides quotidiennes, l'hébergement, les déplacements ou la mobilité, la santé, les activités, les liens sociaux, le temps libre, la famille...
« Périmètre du dispositif (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)	<p>A partir de 50 ans, le Projet Personnalisé devient, par avenant au contrat de travail, un Projet Personnalisé Retraite.</p> <p>Le PPR propose d'aborder la question de « l'après ESAT » à tous les travailleurs.</p> <p>Dans le cadre de ce PPR le travailleur peut faire le choix de venir découvrir l'AAS. Ce choix sera la base et le départ de son projet retraite. Aucune participation financière n'est demandée, cet atelier est intégré au pôle soutien créé à la même époque.</p> <p><u>Le Fonctionnement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Chaque personne suivant son planning partage la vie du groupe. • Elle participe à diverses réunions et actions de territoire (réunion séniors, CARSAT, un avenir après l'ESAT avec l'ARESAT...) • Elle découvre les divers hébergements qui s'offriront à elle. • Elle pratique une ou plusieurs activités mise en place avec des partenaires extérieurs qu'elle pourra poursuivre lors de sa retraite.
Calendrier de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)	<p>L'alternative appelée actuellement Atelier Alterné Senior a émergé dans les années 2002-2003</p> <p><u>Actuellement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Une période de stage est nécessaire. Elle est variable selon les personnes et en accord avec son référent.

	<ul style="list-style-type: none"> • Elle permet au travailleur de comprendre le fonctionnement et d'être acteur de son projet pour « l'après l'ESAT ». Ceci afin d'éviter une rupture parfois mal vécue par la cessation d'activité professionnelle • Si la personne adhère au fonctionnement de l'AAS son inscription est effective.
Partenaires associés	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Hébergements</u> : Unité Personnes Handicapées Vieillissantes, EPHAD, Service d'Accueil Familial, maisons de retraites, SAVS PHV. • <u>Organismes pour l'inclusion dans la cité</u> : les Centres sociaux, les maisons pour tous, les Sémaphores (EPAL), l'APF, l'Office des retraités Brestois. • <u>Institutionnels</u> : Les mandataires, la CARSAT, l'ARESAT.
Bonnes pratiques à partager	<p>Il existe actuellement deux ateliers alternés au sein des ESAT Brestois avec un agrément de 18 places équivalent temps plein. Cela nous permet d'avoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 17 places en atelier alterné classique pour les personnes plus jeunes en perte d'efficacité. • 19 places en atelier alterné seniors pour les personnes de 50 ans et plus. <p>Ces moyens permettent quantitativement et qualitativement une meilleure réponse auprès des travailleurs en difficultés.</p>
Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	<p>Développement des partenariats autant interne qu'externe à l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Désignation d'un référent, professionnel de l'établissement pour le pilotage de ce projet • Création d'un réseau regroupant les structures pouvant être associées aux projets de chacun des bénéficiaires
Modalités d'évaluation envisagées	<p>Demande donnant lieu à un stage qui définira le projet puis tous les ans une démarche de projet personnalisé retraite est engagée, avec une évaluation de l'avancée du projet et un avenant au contrat d'aide et de soutien au travail</p>
Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?	<p>Une communication plus précise du projet de cet atelier aurait pu éviter certaine représentation qui parfois a pu générer une incompréhension de la démarche.</p>
Remarques	<p>Le groupe alterné senior travaille actuellement sur la simplification du guide bien vieillir à Brest en guide « facile à lire et à comprendre. »</p>
Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?	<p>18 ETP sur les ateliers alternés de l'ESAT dont 19 seniors. 43 personnes ont bénéficié de cet accompagnement depuis 2003</p>
Contact	<p>Nom de la personne ayant rempli la fiche : JEZEQUEL Josy Date de remplissage : Février 2017 Organisme d'appartenance : ESAT Iroise et Armorique. Atelier Alterné Seniors Brest Mail : lesseniors.esat@gmail.com</p>

Fiche 9 : Accompagnement hors les murs.
ITEP Ado Externalisé.I.F.P.S. La Bousseleiaie (RIEUX)

Intitulé de l'expérience	Accompagnement hors les murs. ITEP Ado Externalisé.I.F.P.S. La Bousseleiaie (RIEUX)
Territoire concerné	Département du Morbihan + Pays de Redon et de Vilaine. L'ensemble du 56 car l'IFPS est pour le moment le seul ITEP pour adolescents de ce département et une intervention sur 3 départements (56/44/35) du fait de sa situation géographique : Redon.
Contexte de création/mise en place (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	<p>La mise en place expérimentale de ce service fait suite à une situation difficile au sein de l'ITEP qui accompagnait alors plusieurs jeunes ne supportant plus la vie de groupe, même restreint, et/ou développant des troubles psychiques importants ne leur rendant plus accessibles ni aux apprentissages classiques proposés ni au soutien thérapeutique offert en ITEP. Pour l'ensemble de ces 6 jeunes, ces impossibles du groupe se traduisaient par des passages à l'acte violents sur leurs pairs et/ou des tensions agressives envers les adultes encadrants. Des exclusions conservatoires ne venant pas résoudre dans le temps leur capacité à venir tenir dans le groupe. Ces jeunes restaient donc chez eux (famille et famille d'accueil) sans accompagnement spécifique (refus de soin de type pédopsychiatrique, impossibilité d'orientation vers des partenaires : école, autre ITEP, maître de stage).</p> <p>Nous avons donc sollicité, par le biais de l'ARS 56, un CNR (crédit non reconductible) auprès de l'ARS Bretagne. Ce CNR nous a été accordé pour 1 an et nous a permis de détacher une éducatrice ayant une bonne connaissance du public ITEP sur l'accompagnement hors les murs de ces adolescents. Le CNR ayant permis le recrutement en CDD d'une éducatrice pour remplacer la titulaire détachée.</p>
Objectifs de la démarche	<p>La visée principale était de permettre aux jeunes « exclus » de l'accompagnement au sein des murs, de poursuivre leur parcours. De garder un lien avec autrui qu'ils mettent à mal. Eviter les ruptures pour ce public fragile est une priorité afin d'éviter les errances, les passages à l'acte auto et hétéro agressifs.</p> <p>Etre plus présent dans le quotidien du jeune qu'un accompagnement de type SESSAD. Il s'agit ici d'être et de faire avec le jeune pour que cela soit supportable pour lui. Trouver avec lui des solutions, des lieux d'inscription sociale, de soin... qui répondent à ses besoins.</p>
« Périmètre du dispositif (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)	<p>Ces adolescents relevant d'ITEP mais pour qui tout groupe n'est pas supportable, doivent être accompagnés à leur rythme en ayant un étayage particulier ce qui nécessite des adaptations de cadre, de la souplesse, de la réactivité et de l'inventivité qui n'est pas possible de mettre en œuvre dans un accompagnement en groupe. Sans ce suivi, les adolescents sont « sans solution ».</p> <p>Par ailleurs des jeunes qui, malgré une notification, refusaient toute entrée en ITEP ont été soutenus, ainsi que des adolescents en limite de rupture au collège ou sans scolarisation, et qui ne peuvent entrer en ITEP faute de place.</p> <p>Les jeunes et leurs familles sont accompagnés par ce service expérimental.</p>

	<p>La notification ITEP (établissement et/ou SESSAD) permet l'accès à cette modalité d'accompagnement particulière, afin d'éviter les ruptures de parcours, l'absence d'interlocuteur, l'absence de construction de projet et d'inscription sociale.</p>
<p>Calendrier de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)</p>	<p>Les suivis ont débuté en mars 2016 après l'obtention du CNR en janvier 2016. Délai qui a été nécessaire à l'embauche en CDD d'une éducatrice remplaçante pour permettre l'affectation de l'éducatrice titulaire sur cette mission.</p> <p>Au préalable, le dossier pour obtenir un CNR a été constitué en interne et adressé aux ARS en juin 2015. Ce dossier reprenait l'ensemble des 6 situations des adolescents en rupture, ne pouvant plus être accueillis en ITEP et sans structure relais. Une estimation du temps des interventions a été réalisée (nombreux déplacements sur le département 56 ; temps de création de lien avec des partenaires, recherches de solution...). Des outils de suivis de l'activité ont été créés afin d'objectiver et de quantifier l'ensemble des démarches nécessaires par jeune, et ainsi faire remonter aux tutelles des données fiables pour pérenniser ce service s'il s'avérait efficient, dans le cadre du CPOM.</p> <p>Les perspectives de poursuite de ce service sont liées à la question financière. La négociation du CPOM ayant été reportée du fait d'une restructuration au sein de l'ARS 56, la reconduction du CNR a été refusée, or il arrive à échéance en décembre 2016. Nous pourrions fonctionner jusqu'à la fin d'année scolaire (juillet 2017).</p> <p>Or les résultats de cette modalité d'accueil sont pertinentes et ont eu de multiples effets, tant pour les jeunes et les familles accompagnées que pour le fonctionnement au sein de l'ITEP et aussi pour le développement du partenariat. (Retour en scolarité, passage de relais à un ITEP 44, parcours de soin mis en place, inscription sociale, inscription professionnelle...)</p> <p>Le nombre d'adolescents pouvant bénéficier de cet accompagnement ne faiblit pas, les parents optant aussi sur cette modalité afin de ne pas rester seuls aux prises avec leur enfant déscolarisé et /ou en attente de place. Il en va de même pour des adolescents arrivant au bout, pour eux, d'un parcours au sein de l'ITEP.</p>
<p>Partenaires associés</p>	<p>La protection de l'enfance : ASE, Sauvegarde, SAFHIR, STEMO CAP ado, GRETA, Centre d'addictologie, Mission locale, 3D, CMS, artisans.</p>
<p>Bonnes pratiques à partager</p>	<p>Accueil et écoute des attentes du jeune et de sa famille. Porter un regard bienveillant en se détachant de la nécessité d'une réussite au rythme du plus grand nombre. Valorisation de toute activité comme inscription en tant qu'acteur social. Soutenir un soin pédopsychiatrique hors jugement social. Ouverture vers l'extérieur. Mise en place d'accompagnement séquentiel. Inscription et suivi au plus près des lieux de vie des usagers. Faire avec le jeune.</p>
<p>Risques et difficultés rencontrés</p>	<p>La mise en place d'un partenariat n'est pas aisée. La coordination de ce que chacun doit faire est à mesurer au cas par cas. La bonne connaissance de la situation et des difficultés est nécessaire par tous les partenaires afin de ne pas proposer des actions contraires au bien-être des adolescents. Pour cela des temps de concertation et de rencontre sont nécessaires. Une confiance est à établir.</p>

	<p>Une difficulté également concernant les âges d'entrée dans certain dispositif (ex : ESAT pour personne présentant des troubles psychiques). Le manque de dispositif de soin au long court de type hôpital de jour.</p> <p>La plus grande difficulté reste le financement de ce type d'accompagnement. Il n'existe pas de modalité de calcul officiel permettant de prendre en compte le travail fourni. Le taux d'activité ne peut rendre compte, à lui seul, de l'efficacité de cette modalité.</p>
Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	<p>L'attention portée aux personnes en rupture de parcours, suite au rapport Piveteau et aux axes fixés par Mme Desaulle, qui responsabilise les acteurs et a permis l'obtention du CNR.</p> <p>La dotation globale de l'ESMS qui permettra de poursuivre jusqu'à la fin d'année scolaire le fonctionnement de ce service.</p> <p>L'annualisation des professionnels qui permet une souplesse de l'organisation. Au-delà de l'éducatrice, d'autres professionnels de l'établissement ont été sollicités (psychiatre, psychologue, enseignant, responsable de service).</p>
Modalités d'évaluation envisagées	<p>Au-delà de l'aspect quantitatif qui sera fourni aux ARS, un rapport reprenant l'ensemble des situations suivies et leurs évolutions y sera joint. Des témoignages de parents et d'adolescents sont également envisagés.</p>
Pour aller plus loin, qu'est-ce qui aurait pu être fait autrement ?	<p>A partir de l'expérience retirée par l'urgence de la situation des 6 jeunes concernés au commencement du service externalisé, une vigilance plus accrue existe à présent au sein de l'ITEP, afin de prévenir les situations de décrochage et d'insupportable dans le groupe. Une prévention qui permet d'extraire un jeune avant des passages à l'acte et qui autorise un retour quand et si cela redevient possible.</p>
Remarques	<p>De nombreuses demandes et rencontres d'admission en ITEP et en SESSAD sont en cours. Les deux services sont pour le moment complets. Des jeunes déscolarisés et leurs familles tout en sachant que le suivi externalisé peut ne pas perdurer sont demandeurs de ce service et des projets et perspectives émergent. Toutes les situations ne seront pas résolues en quelques mois laissant les familles à nouveau sans interlocuteur et les jeunes en rupture.</p>
Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?	<p>13 adolescents.</p>
Contact	<p>Nom de la personne ayant rempli la fiche : ELORE- LE PALLEC Lise Date de remplissage : 3/01/2017 Organisme d'appartenance : IFPS La Bousseaie, 56350 Rieux Mail : lise.lepallec-elore@labousseaie.com</p>

Fiche 10 : Développement des habitats alternatifs : Habitat Handi Citoyen (Adapei les Nouelles)

Le concept

Une architecture pensée autour des besoins de la personne et dans une démarche de co-construction avec les futurs habitants : l'axe de réflexion amène à proposer un espace de vie sous forme de maisons individuelles pouvant héberger chacune 4 personnes dans des logements indépendants de type T1 bis de 30 à 35 m² chacun. Chaque site accueillera quatre maisons, soit 16 personnes.

Au centre des maisons, un espace central est organisé dans une dimension collective. Un aménagement simple, permettra l'accueil de couples. Des jardins entre les logements, offriront des lieux d'activités et de loisirs.

L'ensemble du concept architectural s'inspire d'options qui favorisent la mise en œuvre d'une démarche de développement durable, visant le label HQE.

La gestion

Les habitants sont des personnes en situation de handicap plus particulièrement, des personnes déficientes intellectuelles vieillissantes ou à l'âge de la retraite après une période professionnelle qui, aujourd'hui, ne se voient pas proposer de solutions satisfaisantes, et par ailleurs, des travailleurs d'ESAT, ou de jeunes adultes en IME pour qui le non accès à un habitat peut être un frein à l'accès à l'emploi. Ils pourront choisir le statut de locataire ou de propriétaire.

Ce modèle d'habitat est géré par une Société Coopérative d'Intérêt Collectif (SCIC) au sein de laquelle l'Association a voulu un partenariat élargi et solidaire.

Exposé des motifs à l'origine de cette réflexion :

- Proposer une alternative à l'hébergement institutionnel, privilégier des réponses individualisées, propre à favoriser l'épanouissement de projet de vie personnel et singulier des personnes handicapées.
- Proposer un habitat, qui favorise l'inclusion dans la cité en préservant les liens avec les réseaux sociaux.
- Offrir un hébergement adapté à la dépendance, pour les personnes Handicapées vieillissantes.
- Préparer progressivement le passage à l'institution (FOA), en ajustant l'intervention des services d'accompagnement à la dépendance de la personne.
- Suppléer au désengagement des financements publics en s'appuyant sur des plateformes de financement souples et autonomes, construites sur la recherche d'un équilibre financier, qui limite l'intervention budgétaire et financière des fonds publics.
- Offrir plusieurs statuts d'occupation et notamment le statut de sociétaire qui permettrait aux retraités, de réduire leurs charges en les adaptant à leurs ressources, tout en sécurisant leurs familles, après leur disparition.

Cette approche s'inscrit dans la réorientation de nos modes d'accompagnement, en adaptant nos réponses aux besoins de la personne. C'est une alternative à l'institution, trop longtemps érigée, comme une réponse indiscutable, un "tout collectif", sourd à l'expression des demandes individuelles. Ce sont des espaces de vie, privilégiant une approche individualisée de la personne en s'appuyant sur son potentiel d'autonomie, afin de différer sa mise en institution.

Sur la base d'un cahier des charges élaboré par un groupe de travail collectif, associé à des experts, ce projet a fait l'objet d'un appel d'offre.

C'est l'Agence d'Architecture Dunet et Associés – AD&A qui, en nous proposant un modèle de construction, a su, d'un point de vue architectural, faire la synthèse des problématiques d'habitat, en les intégrant dans un projet global de vie.

Chaque maison est conçue pour accueillir quatre appartements groupés. Dans l'idéal, chaque site accueillera quatre maisons, reliées entre elles par des espaces collectifs, espaces de restauration, salon de détente, permettant d'alterner le collectif et l'intime.

Les sites sont positionnés stratégiquement sur des territoires, afin de consolider les aides en s'appuyant sur un réseau de services, en charge de compenser graduellement les conséquences de la dépendance, par l'intégration d'une approche domotique adaptée dans chaque appartement, l'ensemble, permettant de favoriser l'expression d'une vie individuelle et autonome, intégrée dans un environnement social.

L'axe de réflexion que nous avons privilégié, nous amène à proposer un espace de vie sous forme de maisons individuelles pouvant héberger chacune 4 personnes dans des logements individuels de type T1 bis d'environ 30m² chacun.

Un espace salon, salle à manger, un espace sommeil, ainsi que des locaux utilitaires (local vélos, buanderie, etc.....), seront communs, à un pôle de trois à quatre maisons, afin de favoriser des échanges collectifs. L'ensemble du concept architectural, s'inspire d'options qui favorisent la mise en œuvre d'une démarche de développement durable.

Le premier permis de construire prévoit l'ouverture du premier pôle d'habitat sur la commune de Paimpol, à destination des ouvriers exerçant à l'ESAT des Deux rivières à Plourivo en octobre 2014.

<http://www.adapei-nouvelles.fr/wp-content/uploads/2015/09/Habitat-Handi-Citoyen-02.2015.pdf>

Fiche 12 : Association PEP 35

Habitat accompagné : résidence GUIBERT à ST MALO 2006/2014 Habitat groupé : résidence l'Ermitage depuis 2014

Intitulé de l'expérience	Association PEP 35 Habitat accompagné : résidence GUIBERT à ST MALO 2006/2014 Habitat groupé : résidence l'Ermitage depuis 2014
Territoire concerné	ST MALO
Contexte de création/mise en place (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	<p>En 2004 l'Association AUTISME COTE D'EMERAUDE réunit un groupe de personnes composé d'adultes en situation de handicaps différents, de parents de personnes handicapées.</p> <p>Tous déplorent le manque d'accueil pour les personnes handicapées adultes, les prises en charges insuffisantes, voire inexistantes, l'isolement des personnes lié à l'extrême diversité des problématiques, l'insuffisance de matériel pour les uns, d'aide humaine pour tous.</p> <p>Les personnes adultes handicapées concernées demandent qu'on les aide à vivre dans leur propre appartement, alors qu'actuellement chacun vit chez ses parents.</p> <p>Ces familles se débrouillent, s'organisent en association pour pallier les insuffisances institutionnelles, démarchent auprès des autorités politiques et administratives pour obtenir des aides ponctuelles, ont recours au travail à temps partiel voire à l'arrêt de l'activité salariée pour se consacrer au soutien de leur enfant, et à la recherche de loisirs, de travail rémunéré ou non, de lieux de rééducation, ainsi qu'au transport sur les lieux d'activités...</p> <p>Une préoccupation partagée</p> <p>A partir de ces constats, l'association a souhaité la création d'un dispositif d'hébergement sous forme d'habitat groupé, accompagné par des professionnels et propose ce projet au Conseil Général.</p> <p>La détermination, l'engagement des familles et des adultes en situation de handicap est venue croiser la préoccupation politique de l'association PEP 35 de mise en application des orientations politiques publiques de l'époque.</p> <p>Sollicitée par les familles et par la DASS pour accompagner ce projet, elle se déclare favorable tant la philosophie générale du projet correspond aux valeurs qu'elle promeut et met en œuvre dans le cadre de ses activités.</p> <p>L'écriture du projet finalisée est présentée et agréée par le CROSM en séance du 9 février 2006.</p> <p>Le financement est assuré par le Conseil Général 35</p> <p>Cette démarche concertée a permis la création du projet « La résidence Guibert ».</p>
Objectifs de la démarche	<p>La mission du service est négociée et définie avec le Conseil Général 35</p> <p>Accompagner la personne afin qu'elle ait sa place, comme tout un chacun, dans la société, qu'elle puisse bénéficier des mêmes conditions de vie, des mêmes droits et responsabilités et qu'elle assume les mêmes obligations. Dans ce cadre, l'équipe veille à ce que chaque personne puisse, dans la mesure du possible, avoir accès aux services et dispositifs du droit commun.</p>

	<p>Les objectifs du projet sont également définis et sont en cohérence avec la mission du service :</p> <ul style="list-style-type: none"> • permettre l'accès à un appartement autonome à des personnes présentant tout type de handicap à GUIBERT, un handicap psychique à L'ERMITAGE et SCISSY, dans un environnement sécurisé. • Proposer un accompagnement social de proximité qui a pour objectif de contribuer à maintenir et à développer les acquis dans les gestes de la vie quotidienne, de soutenir l'organisation de la vie sociale (travail, loisirs, relations), d'informer, d'orienter et de coordonner l'action des partenaires, d'assurer une vigilance administrative et de soins.
<p>« Périmètre du dispositif (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)</p>	<p>Ce projet s'adresse à des personnes présentant des handicaps différents reconnus par la maison départementale des personnes handicapées, celle-ci n'a pas prononcé d'orientation en 2006 depuis la transformation en « habitat accompagné » une orientation est demandée.</p> <p>Les personnes doivent être suffisamment autonomes pour prétendre à une insertion sociale accompagnée. Elles sont en capacité avec étayage de prendre en charge leur vie personnelle et quotidienne.</p> <p>Elles sont soutenues et accompagnées par leurs familles, ou autres personnes relais.</p>
<p>Calendrier de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)</p>	<p>Ouverture de la résidence GUIBERT en septembre 2007.</p> <p>Dans un contexte d'évaluation positive de ce type d'offre médico-sociale par le CG, et suite à un appel à projet du CG en 2013, L'association est autorisée à ouvrir deux autres résidences pour des personnes présentant un handicap psychique.</p> <p>La résidence L'Ermitage à ST MALO, ouverte en mars 2014 pour 6 places. A Dol de Bretagne, la résidence Scissy ouverte depuis novembre 2015 pour 6 places.</p>
<p>Partenaires associés</p>	<p>L'UNAFAM, les services de psychiatrie.</p>
<p>Bonnes pratiques à partager</p>	<p>La participation des usagers (extrait du rapport d'évaluation externe décembre 2014)</p> <p>Les locataires et les familles sont les parties prenantes dans l'accompagnement proposé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les besoins et les attentes sont recueillis et abordés avec le locataire et la famille : utilisation de la grille d'observation, partage de la synthèse... • Le contrat de séjour est élaboré avec le locataire et sa famille • L'avenant est rédigé une fois par an dans le but de préciser l'accompagnement proposé et son évolution. Ce temps d'échange est très apprécié par les familles et les locataires. • L'implication du locataire et de sa famille est systématiquement recherchée. En cas de désaccord, un échange permet d'éclaircir la position du locataire et de réajuster l'accompagnement proposé.

	<ul style="list-style-type: none">• Cependant, le service ne distingue pas toujours les souhaits du locataire et ceux de la famille, malgré leur différence. <p>Les familles sont les partenaires incontournables dans l'accompagnement proposé par le service</p> <ul style="list-style-type: none">• Elles sont impliquées dans les instances du service et sont forces de proposition.• Une relation de coopération est développée avec le service notamment autour de l'accompagnement du soir et du WE. Le service transmet les informations nécessaires afin que les parents puissent prendre le relais et agir en absence de l'équipe. La collaboration avec les parents pour l'accompagnement des projets de chacun est inscrite comme un des principes de fonctionnement du service. <p>La participation des locataires et des familles à la vie du service est un des engagements du service et une volonté partagée :</p> <ul style="list-style-type: none">• Les parents et les locataires participent au bilan de l'année. Leur point de vue ainsi que les remarques, les pistes de travail et les propositions sont formalisés dans le rapport d'activités.• Le CVS est mis en place et une instance active (préparation, réunion, participation aux rencontres avec le CG, participation à l'élaboration du projet de service ...). Les comptes rendus sont réalisés après chaque CVS. Actuellement, le CVS se réunit autour de la réécriture du projet de service.• Le groupe des voisins est mis en place pour favoriser les échanges entre les locataires (droits, projets, souhaits ...) et partager un moment convivial autour d'un repas. Le fonctionnement du service (dysfonctionnements, activités et sorties) peut également être abordé.• Le journal de la Résidence est créé par les locataires. C'est un des moyens d'expression autour des manifestations auxquelles les locataires ont participé. <p>L'ensemble des éléments recueillis auprès des locataires et des familles est pris en compte</p> <ul style="list-style-type: none">• Dans le fonctionnement de l'équipe (choix d'activité, réajustement d'organisation...)• Dans l'évaluation du service (formalisation de l'expression dans le rapport d'activité, échanges) <p>Dans l'analyse autour de l'activité du service (dans le cadre du CVS et tout au long de l'accompagnement.</p> <p>Lors des différents temps d'échange les locataires ont exprimé leur satisfaction quant à :</p> <ul style="list-style-type: none">• L'accompagnement proposé : « accompagnement adapté et personnalisé dans les activités de la vie quotidienne », « on apprend
--	--

	<p>des choses », « le service nous aide et nous accompagne tous les jours pour qu'on puisse réaliser notre projet », « on est accompagné vers l'autonomie et l'indépendance : on ne fait rien à notre place, on nous accompagne », « on peut venir dans l'appartement ressources pour faire des activités ou juste pour être écouté par les AMP », « les besoins / demandes particuliers sont pris en compte »</p> <ul style="list-style-type: none">• La communication et les moyens d'échange avec les autres locataires, avec les AMP, participation à la vie du service : « partage important entre l'équipe et les locataires », « on participe au choix d'activités : selon les envies de chacun », « on a toujours la réponse à nos questions », « on participe aux réunions avec le CG, dans le cadre du CVS : on a aussi notre mot à dire », « on peut s'exprimer dans le groupe des voisins et dans le journal de la résidence »,• Le respect des droits des locataires (intimité, dignité, information...) : « on est libre de faire ce que l'on a envie », « on est chez nous », « personne ne peut venir chez moi sans mon accord », « on n'est pas obligé à participer à tout ni avec tout le monde », « nos envies et préférences sont écoutées et prises en compte dans les activités » (activité à deux, trois, tout seul...), « ce sont nos enfants qui décident de ce qu'ils veulent faire de leur vie »• Les locataires ont pu également exprimer leurs souhaits pour l'avenir :<ul style="list-style-type: none">• « souhait d'avoir plus de présence le samedi et le dimanche » <p>Quant aux familles rencontrées, elles ont exprimé non seulement leur intérêt pour ce projet mais ont aussi constaté les effets de l'accompagnement réalisé par le service :</p> <ul style="list-style-type: none">• Au niveau des locataires : « réponse aux besoins des locataires tout en gardant et développant le lien avec les services du droit commun », « inscription dans la vie locale », « proximité de l'équipe », « lien avec les services et les partenaires du droit commun », « nos enfants sont plus autonomes, ils vivent leurs vies tout en étant dans un cadre rassurant et sécurisant », « pérennité / continuité de l'accompagnement » <p>Au niveau des familles : « les parents sont rassurés : équipe, bâtiment neuf, les voisins</p> <p>Projet de mutualisation du temps de travail entre professionnelles des trois résidences.</p> <ul style="list-style-type: none">• Optimiser le temps de travail des professionnelles des trois résidences en adaptant l'organisation du travail et la répartition d'une partie de leur temps en fonction du besoin des personnes défini dans le projet personnalisé quel que soit leur lieu de
--	---

	résidence et pas seulement en fonction de l'agrément administratif.
Risques et difficultés rencontrées	Risques liés aux petites structures
Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	
Modalités d'évaluation envisagées	Evaluation annuelle avec les locataires.
Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?	L'orientation par la MDPH aurait pu être prévu dès l'ouverture
Remarques	
Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?	8 à Guibert et 2x6 dans les autres résidences.
Contact	Nom de la personne ayant rempli la fiche : M. SIMON Date de remplissage : 19/01/2017 Organisme d'appartenance : PEP35 Mail : cmpp.stmalo.dir@pep35.org

Fiche 13 : Résidence communautaire LA FAIENCERIE

Intitulé de l'expérience	Résidence communautaire LA FAIENCERIE
Territoire concerné	Rennes
Contexte de création/mise en place (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	Au vu de la nécessité de proposer une nouvelle solution d'accompagnement qui soit en milieu ordinaire pour les personnes en situation de Handicap mental, l'ADAPEI 35 a pris l'initiative, soutenue par le CD35, de mettre en œuvre la création de 69 logements en habitat accompagné, dont 3 places d'accueil temporaire.
Objectifs de la démarche	Permettre à des PSH de profiter des dispositifs de droit commun, d'un logement privatif individuel, au cœur de la cité, avec un encadrement 24h/24. Les objectifs sont de permettre une autonomisation sécurisée dans le tissu social et culturel de la ville, mais également de proposer une solution alternative à l'accueil en établissement pour des personnes ayant eu un parcours en milieu ordinaire.
« Périmètre du dispositif (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)	<p>Ce service est un SAVS en habitat accompagné et vise à accompagner des personnes en situation d'activité de jour (Atelier protégé, milieu ordinaire, ESAT/SAESAT) avec une orientation SAVS. Les 3 places d'accueil temporaire permettent l'évaluation et la mise en situation de personnes ayant une orientation foyer hébergement également. L'occupation de jour est un des critères d'admission afin d'éviter les risques d'isolement. La facturation obligatoire se décline en 3 parties :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le loyer 2. Les charges locatives 3. La prestation d'accompagnement, fixée en fonction de l'APL perçue <p>Peuvent se rajouter à cela les prestations facultatives : commande de repas ; participation à des ateliers cuisines ; prestation blanchisserie (lavomatique ou prestation externalisée)</p>
Calendrier de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)	<p>Ouverture le 17 juin 2016 avec 47 personnes accompagnées (+2 places d'accueil temporaire) et 18 encadrants, dont 4 surveillants de nuits, 4 Maitresses de maison et 10 encadrants éducatifs (ES ; ME ; AMP)</p> <p>Accueil de 19 autres personnes en octobre 2016 avec le renfort d'1 AMP et d'une Maitresse de maison.</p> <p>Une phase transitoire de deux ans est organisée car 12 personnes sont dans l'attente d'une place au foyer de vie de Cesson à son ouverture.</p> <p>Une fois cette phase transitoire passée, le personnel AMP sera remplacé sur la faïencerie par 3 CESF afin de soutenir le travail d'autonomisation dans le logement</p>
Partenaires associés	IDE libérales ; Maison médicale de proximité ; CMP ; Associations tutélaires, Secteur du travail adapté ; associations culturelles et sportives, établissements, CDAS, CCAS...
Bonnes pratiques à partager	Le besoin de protection, de sécurisation tout comme les attentes et souhaits des personnes accompagnées ont nécessité de mettre le PAP réellement au cœur de l'accompagnement.

	Un travail conséquent sur la construction d'outils en support de l'action éducative a été réalisée (en FALC) : fiches prudence ; règlement de fonctionnement, chartre des droits, livret d'accueil, etc...
Risques et difficultés rencontrées	Le juste équilibre à trouver entre la réponse apportée à une « orientation » ou notification administrative et le besoin particulier qui nécessite une adaptation de chaque instant
Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	
Modalités d'évaluation envisagées	Mise en place d'un comité de suivi à compter du 19/01/2017 Mise en place d'un CVS à compter du 27 Avril 2017
Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?	
Remarques	
Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?	
Contact	Nom de la personne ayant rempli la fiche : Didier GACEL Date de remplissage : 19/01/2017 Organisme d'appartenance : ADAPEI35 Mail : d.gacel@adapei35.asso.fr

Fiche 14 : Habitat accompagné pour personnes « jeunes retraités d'ESAT » CATARMOR

Intitulé de l'expérience	Habitat accompagné pour personnes « jeunes retraités d'ESAT » CATARMOR
Territoire concerné	St Malo
Contexte de création/mise en place (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	<p>Depuis 2009 l'ESAT Catarmor a créé un groupe de travail autour de la problématique de l'accompagnement du vieillissement des personnes accueillies</p> <p>En 2013, nos préoccupations en la matière, rejoignant une dynamique initiée par l'ARESAT Bretagne sous le thème un avenir après le travail, nous avons rejoint ce collectif pour prendre part aux travaux régionaux. Sur le territoire du bassin malouin, nous avons initiés de nombreuses actions en direction de l'accompagnement du public concerné par ces situations, de perte d'autonomie, de régression des capacités tant dans les actes de la vie quotidienne que sur le plan du vieillissement ne permettant plus de tenir une activité à temps plein.</p>
Objectifs de la démarche	Créer des modalités de réponses spécifiques à la problématique de la perspective de la cessation d'activité en ESAT, en prévenant les risques de rupture de parcours que génère la cessation d'activité
« Périmètre du dispositif (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)	Travailleurs d'ESAT âgés de plus de 50 ans
Calendrier de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)	<p>2013 : création d'un comité de pilotage associant les acteurs locaux autour du projet un avenir après le travail.</p> <p>2013 : installation des services d'accueil et d'accompagnement SAVS, SAI et SAT gérés par l'association Catarmor dans un pôle de locaux regroupés. le dimensionnement de cet immeuble laisse place à la disposition de studios individuels pouvant être proposés à des adultes travailleurs d'ESAT.</p> <p>Au début de cette démarche, nombre de situations d'adultes accompagnés sont repérées comme alarmantes sur différents plans. Le constat de la cessation d'activité professionnelle est vécu comme une rupture brutale de parcours. Beaucoup de situations d'isolements voire parfois associées à des problématiques de conduites addictives, sont constatées.</p> <p>Rapidement il est proposé comme mode de réponses possibles aux personnes repérées, une possibilité, afin de prévenir ces situations, d'intégrer un lieu d'habitat « regroupé ». la dynamique prend vite essor. au-delà de cet état de fait, nous constatons aussi qu'outre le besoin de s'installer dans un environnement sécurisé, les personnes présentent aussi des besoins d'accompagnement éducatif dans les actes de la dynamique de vie quotidienne. De nombreuses sollicitations nous sont exprimées par des familles elles même vieillissantes chez qui continuent de vivre leurs enfants avançant en âge, et pour qui se posent des questionnements sur l'avenir de ces personnes. Là aussi les besoins repérés relèvent d'un accompagnement de grande proximité quotidienne.</p>

Partenaires associés	Acteurs locaux représentant des municipalités, des CDAS, des deux CLIC du territoire, d'un SAVS, d'un SAMSAH, de service de protection des majeurs, de membre du conseil d'administration de l'association gestionnaire, du médecin référent du conseil départemental. Rapidement nous associons notre partenaire financeur
Bonnes pratiques à partager	Diverses dynamiques ont été initiées dans une volonté de rapprochement des deux secteurs Personne Agée/ Personne en situation de handicap. <ul style="list-style-type: none"> - Participation de travailleurs de l'ESAT à des animations autour de la semaine bleue - Création d'une journée porte ouverte à destination des publics membres de club de retraités - création de journée animée par la CARSAT et le CICAS dans l'établissement afin de proposer une information de groupe et individuelle sur les droits à la retraite - création d'ateliers visite des maisons de quartier en proximité des domiciles des personnes accueillies, pour une découverte de possibles activités à pratiquer. - .../... - 01/01/2016 ouverture officielle d'un habitat accompagné
Risques et difficultés rencontrés	Il n'est jamais simple de créer une nouvelle entité en termes de structure et/ou service. La réalité même d'existence de ce que l'association avait initié, au regard d'une infrastructure qui offrait cette possibilité, a permis, en accord avec les services du conseil départemental, par la transformation de place d'accompagnement en SAVS de créer une unité de vie sous format Habitat Accompagné, dont les contours de fonctionnement et d'organisation ont été déployés de manière empirique, avec les personnes accueillies elles-mêmes. Un habitat « handi-citoyen » participatif est né.
Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	Bénéficiaire d'un professionnel financé par l'ARESAT Bretagne qui a permis de coordonner le groupe de pilotage et le suivi des diverses animations de territoire. Avoir une opportunité d'un SAVS qui a été la structure porteuse du projet.
Modalités d'évaluation envisagées	Divers critères objectivables sont inscrits en termes d'évaluation : <ul style="list-style-type: none"> - Recueil de satisfaction des personnes accueillies - évaluation de l'adéquation des modes organisationnels proposés, face aux besoins des personnes et de leurs aidants et accompagnants familiaux - prévenir et mesurer le retard d'entrée en institutions de type EHPAD - prévenir des hospitalisations
Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?	Anticiper un travail avec le bailleur social, propriétaire de l'immeuble d'accueil de la structure, pour une anticipation d'aménagement de locaux.
Remarques	Au regard de l'évolution de la demande, nous envisageons sur 2018 la création d'une troisième unité d'accueil pour 6 personnes
Combien de personnes ont pu bénéficier de	- 12 personnes sont accueillies sur ce pôle Habitat Accompagné

cette démarche à ce jour ?	<ul style="list-style-type: none">- 27 personnes ont bénéficiées d'un accompagnement socio-éducatif par le personnel de l'ESAT dans une démarche de préparation à la cessation d'activité sur les différents registres que représentent :- le logement l'administratif, le soin,- les droits retraite – ressources- la vie sociale- la santé
Contact	Nom de la personne ayant rempli la fiche : Date de remplissage : 24/02/2017 Organisme d'appartenance : ESAT Catarmor Mail : gilles.lebras@cat-armor.fr

Fiche 15 Habitat regroupé APF / EPI Bretagne

Un partenariat entre l'APF et EPI Bretagne

L'habitat regroupé Saint-Cyr est issu du partenariat entre :

- l'APF qui assure la gestion du dispositif d'accompagnement et offre un habitat regroupé à des personnes handicapées moteur avec 5 appartements dans un des immeubles de la résidence.
- EPI Bretagne, qui propose un habitat pour personnes handicapées par une épilepsie active et ayant un choix de vie qui allie autonomie et accompagnement.

Les deux associations se retrouvent sur des valeurs communes, un projet politique **pour une société inclusive** et une offre de services au plus près des personnes handicapées et de leurs besoins. Ce projet est une première en France pour des personnes épileptiques.

Soutiens

Outre le soutien du Conseil départemental d'Ille et Vilaine, de l'APF et de Néotoa, le projet est élaboré en partenariat avec la MDPH 35, Rennes Métropole et la Ville de Rennes.

Description de l'habitat pour personnes avec une épilepsie active

Depuis l'ouverture du dispositif en juin 2016, 5 personnes handicapées par une épilepsie pharmaco-résistante vivent **en appartement individuel**, soutenues par un dispositif d'accompagnement au sein d'une résidence de 112 logements sociaux qui fait l'objet d'une reconstruction dans le quartier Saint-Cyr, en plein cœur de Rennes.

Le dispositif met l'accent sur la **prise d'autonomie des personnes**. Ainsi un partenariat avec Néotoa, l'Office Public de l'Habitat d'Ille et Vilaine qui redéveloppe le site, a été établi. L'habitat regroupé est constitué de 5 appartements individuels et d'un espace commun, nommé appartement-ressource, tous adaptés au handicap épileptique. **Les personnes concernées sont locataires de leur appartement auprès de Néotoa.**

Néotoa propose 5 logements, quatre Type 2 d'environ 50 m² et un Type 3 de 60 m². **Les logements pour le public EPI Bretagne et l'appartement-ressource se situent dans le même immeuble.**

Chacun des appartements est équipé d'un séjour avec cuisine ouverte, d'une chambre, d'une salle d'eau, de WC et est adapté à l'épilepsie (par exemple douche avec mitigeur plutôt que bain, angles arrondis, cloisons internes et murs avec matériaux appropriés, verre feuilleté, etc.). Les adaptations au handicap épileptique sont financées par Rennes Métropole. **Les appartements sont meublés et décorés par les locataires.**

Le **choix d'un site en plein centre de Rennes** correspond aux besoins des personnes épileptiques en recherche d'autonomie, et qui ne peuvent pas conduire, leur permettant de pouvoir profiter du bassin d'emplois et de formations en utilisant le réseau dense des transports en commun rennais. **C'est aussi un choix associatif de permettre à ces personnes de prendre leur place au cœur de la cité.**

L'appartement-ressource

L'appartement-ressource est indispensable au bon fonctionnement du dispositif et assure les différentes fonctions suivantes :

1. **espace de convivialité** pour tous les usagers ;
2. **espace pour la sécurité du public épileptique** aux périodes de vulnérabilité (préparation et prise des repas, si souhaité) ;
3. **espace de travail pour le coordinateur et pour les intervenants.**

Le dispositif d'accompagnement

Le dispositif d'accompagnement, appelé Service de Coordination de Proximité est composé d'un coordinateur employé par l'APF et d'auxiliaires de vie salariés de l'ADMR 35, un Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD). Des intervenants sont présents 24 h sur 24 h, 365 jours par an.

Le dispositif est principalement financé par la dotation annuelle du Conseil départemental et une mutualisation des Prestations de Compensation du Handicap (PCH) des usagers.

Conditions d'accès

Le projet s'adresse à des adultes, âgés d'au moins 18 ans sans limite d'âge. **La priorité est que les locataires puissent rester dans leur appartement et bénéficier d'un accompagnement adéquat le plus longtemps possible.** La capacité à travailler en milieu ordinaire ou en milieu adapté est un critère de participation au projet. D'autre part, **il convient d'être éligible au logement social.** Cette éligibilité est fonction, entre autres, de conditions de ressources.

Fiche 16 : Domicile groupé accompagné (DGA) de 6 places pour travailleurs ESAT à proximité du lieu de travail- AMISEP

Intitulé de l'expérience	Domicile groupé accompagné (DGA) de 6 places pour travailleurs ESAT à proximité du lieu de travail- AMISEP
Territoire concerné	Territoire de santé n° 4 Territoire Ploërmelais
Contexte de création/mise en place (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	-Manque de solution d'hébergement à proximité de l'ESAT - Manque d'autonomie de certains travailleurs ESAT -Mieux accompagner les personnes présentant des troubles psychiques - Concentrer les moyens d'encadrement en soirée et dans les périodes de fermeture de l'ESAT, accompagnement le vendredi et le samedi après-midi pour offrir plus de prestations aux usagers - Réponse à appel à projet Conseil Départemental 56
Objectifs de la démarche	- Favoriser l'apprentissage de l'autonomie pour des jeunes sortant d'IME et entrant en ESAT - Maintien à domicile dans un domicile partagé sécurisé et accessible pour un travailleur Esat en situation de perte d'autonomie avec évolution du handicap (téléalarme) - Apprentissage du semi collectif après une vie autonome en appartement avant le passage en retraite dans un établissement collectif
« Périmètre du dispositif (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)	- DGA ciblé uniquement pour un public travailleur ESAT (hors passage à la retraite, hors fin de période d'essai non validée, hors rupture du contrat d'aide et de soutien à l'initiative de l'ESAT ou de l'utilisateur) - Critères d'accès définis dans le règlement intérieur du DGA (respect du collectif et du privé) - Conditions de ressources définies par le Conseil Départemental (l'utilisateur doit conserver 30 % de ses ressources déduction faite du loyer (déduction APL) et des charges). Participation financière de 36 €/mois pour l'accompagnement, tarif défini par le Conseil Départemental
Calendrier de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)	- Réponse à appel à projet en Décembre 2014 - Notification du candidat retenu en mai 2015 - Travaux d'un an sur le bâtiment : maison individuelle transformée en 6 appartements de 20 à 24 m ² avec kitchenette et salle de bain privative, terrasse, sous-sol, buanderie, salon et cuisine collectifs, terrain aménagé - Ouverture du dispositif le 1 ^{er} septembre 2016
Partenaires associés	- Mairie pour l'acquisition du bâtiment
Bonnes pratiques à partager	
Risques et difficultés rencontrés	Gestion de la vacance des appartements en lien avec la préparation d'un recrutement d'un travailleur ESAT (6 mois) ce qui peut générer des baisses des recettes des loyers en lien avec le prévisionnel (cas d'un décès d'un locataire, ou d'un départ imprévu du locataire)
Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	Collaboration avec un architecte pour la conception et l'accessibilité du DGA Réalisation partielle des travaux en interne
Modalités d'évaluation envisagées	Enquête de satisfaction des usagers Impact sur les arrêts de travail en ESAT

	Impact de l'accompagnement de proximité pour la régulation des conflits et tensions entre usagers Diminution des troubles pour les personnes présentant un handicap psychique du fait de la présence de l'éducateur au quotidien
Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?	<ul style="list-style-type: none"> - Partenariat avec un promoteur immobilier pour diminuer le risque locatif au niveau de l'association gestionnaire - Davantage de participation financière de la part du Conseil Départemental
Remarques	Dispositif qui correspond bien à l'évolution sociétale avec le désir d'avoir un « chez soi » tout en pouvant vivre en semi collectif pour créer du lien social et pour mutualiser les temps d'encadrement de personnel
Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?	DGA dont la capacité d'accueil est imposée par le conseil départemental : 6 places.
Contact	Nom de la personne ayant rempli la fiche : Nelly SEBTI Date de remplissage : 19/01/2017 Organisme d'appartenance : AMISEP Mail : nelly.sebti@neuf.fr

Fiche 17 : Domicile groupé accompagné (DGA)
APF 56

Intitulé de l'expérience	Domicile groupé accompagné (DGA) APF 56
Territoire concerné	Territoires d'autonomie de Vannes et d'Auray
Contexte de création/mise en place (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	Appel à candidature du CD. Nous avons monté de notre côté un projet d'habitat groupé avec un groupe de personnes en situation de handicap à la recherche de réponses alternatives entre le tout établissement et le tout domicile.
Objectifs de la démarche	Répondre à la demande des personnes en situation de handicap ; Limiter les demande d'orientation en établissement. Au sein des DGA les objectifs poursuivis sont de : <ul style="list-style-type: none"> - Développer la solidarité entre pairs, permettre une intégration dans leur milieu de vie et offrir un cadre de vie rassurant - Lutter contre la solitude en favorisant les échanges - Mettre en place (en interne et/ou avec l'appui externe) un accompagnement facilitant la vie à domicile
« Périmètre du dispositif (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)	Personnes en situation de handicap moteur vivant des situations de vie complexes à domicile. Personnes vivant aujourd'hui en établissement et souhaitant expérimenter la vie à domicile. Jeunes adultes vivant chez leurs parents et qui souhaitent s'essayer à une vie autonome à domicile. Les critères d'accès : Avoir plus de 20 ans ; Reconnaissance handicap ; Disposer des ressources financières nécessaires permettant la vie à domicile.
Calendrier de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)	Ce projet a mis environs 3 ans à se monter : <ul style="list-style-type: none"> - Groupe de travail constitué de personnes en recherche de réponse alternative - Appel à candidature du CD - Inscription du projet dans un programme immobilier <p>Les DGA (6 logements) sont ouverts depuis le 1^{er} Novembre 2016. Une deuxième tranche de 6 logements est prévue en 2018.</p>
Partenaires associés	Services du CD ; mairies ; bailleurs sociaux et association d'intermédiation locative ; services d'auxiliaires de vie ; services médico-sociaux ; praticiens de soins libéraux.
Bonnes pratiques à partager	- le groupe projet avec les personnes concernées - le travail le plus tôt possible avec les bailleurs sociaux et les mairies (sur l'accessibilité) - contacter en amont de l'ouverture les autres partenaires et leurs présenter le projet.
Risques et difficultés rencontrés	Financement des surcoûts liés à l'adaptation des logements au-delà des normes

Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien du CD et des mairies. - Dialogue régulier avec tous les partenaires et notamment les bailleurs sociaux.
Modalités d'évaluation envisagées	Rapport d'activité Enquête de satisfaction
Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?	Associer les bailleurs sociaux dans la rédaction (partie immobilière) de l'appel à projet.
Remarques	Dispositif difficile à mettre en place au regard du nombre de partenaires impliqués.
Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?	6
Contact	Nom de la personne ayant rempli la fiche : L Le Goff Date de remplissage : 15/12/2016 Organisme d'appartenance : APF Mail : luciano.legoff@apf.asso.fr

Fiche 18 : Appartement d'essai ou appartement relais ou appartement d'apprentissage de la résidence de La Combe

Intitulé de l'expérience	Appartement d'essai ou appartement relais ou appartement d'apprentissage de la résidence de La Combe
Territoire concerné	Tinténiac / Hédé / Saint Symphorien
Contexte de création/mise en place (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	<p>Depuis sa création, la résidence innove et expérimente l'aménagement de différents modes d'habitation pour favoriser une autonomie résidentielle. Progressivement avec l'évolution des besoins et des modes de prises en charges, le service a développé et créé de nouveaux dispositifs d'accueils. L'appartement relais est un lieu d'apprentissage, d'essai et/ou de ressourcement indispensable pour répondre aux souhaits, au projet de chacun au sein d'un accompagnement personnalisé.</p> <p>Initié par la direction de la résidence de la combe, ce dispositif d'accueil permet de contribuer à la fluidité des parcours pour les personnes handicapées (les stages conditionnent, en partie, les embauches dans les ESAT), de favoriser les échanges entre établissements et ainsi renforcer les partenariats.</p>
Objectifs de la démarche	<p>L'appartement d'essai permet de mettre les adultes demandeurs en situation d'autonomie avant d'intégrer un éventuel logement extérieur. C'est un outil permettant de constater les capacités, le transfert des acquis ou les difficultés rencontrées par l'usager pendant cette expérimentation, notamment en termes de gestion de la solitude et de protection de l'appartement.</p> <p>Par ailleurs cet outil permet d'accueillir des personnes en stage sur L'ESAT pour confirmer un choix professionnel ou en vue d'une future embauche. L'appartement, dans le cadre de l'accueil temporaire, répond aussi à des demandes d'accueil de personnes souhaitant faire une rupture avec leur quotidien (exemple : des adultes vivant en famille d'accueil, cela permet également un ressourcement des familles).</p>
« Périmètre du dispositif (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)	<p>L'accueil à l'appartement relais est soumis à un seul critère : la personne demandeuse doit bénéficier d'une orientation de la MDPH.</p> <p>Les modalités d'accompagnement prennent en compte la diversité des niveaux compétences et de vulnérabilité des usagers. Les actions envisagées s'appuient sur le ou les projets de la personne demandeuse, d'un bilan de ses capacités et incapacités et sur le rôle du service qui accompagne.</p> <p>Une participation financière est demandée. Cf. règlement départemental d'aide social</p>
Calendrier de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)	Début de fonctionnement 2006

Partenaires associés	L'ensemble du centre d'Habitat bénéficie de ce dispositif, en partenariat avec l'ESAT qui fait régulièrement des demandes pour l'accueil des stagiaires.
Bonnes pratiques à partager	Cet outil permet une souplesse et une fluidité dans le parcours de l'utilisateur, il peut circuler d'un service à un autre sans être dans l'idée d'une promotion ou d'une régression. L'appartement permet, aussi, l'accueil de personnes présentant des difficultés, temporaires ou non, à vivre dans leur logement. Ces retours « à l'abri » ont permis, pour la majorité, un ressourcement nécessaire à un maintien à leur domicile.
Risques et difficultés rencontrées	La difficulté reste d'ordre logistique. L'appartement répond à un grand nombre de demandes, en fonction de différents projets. L'outil est « victime » de son succès et ne nous permet pas de répondre à toutes les demandes.
Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	Conseil départemental
Modalités d'évaluation envisagées	Les modalités d'évaluation dépendent du projet de chacun. Des outils d'évaluation formalisés sous forme d'écrits professionnels sont utilisés tels que des bilans, des grilles d'observations... D'autre part des évaluations sont appréciables grâce à une diversité des situations sociales observées par l'intervention régulière de l'équipe auprès de la personne.
Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?	
Remarques	
Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?	
Contact	Nom de la personne ayant rempli la fiche : Nelly VIEL Date de remplissage : 22/02/2017 Organisme d'appartenance : Chef de service Résidence de la Combe Mail :nviel@breteche-asso.fr

Fiche 19 : « Différent et compétent » de l'ARESAT. De la reconnaissance et du développement des compétences à l'organisation apprenante

Intitulé de l'expérience	« Différent et compétent » de l'ARESAT. De la reconnaissance et du développement des compétences à l'organisation apprenante
Territoire concerné	Bretagne
Contexte de création/mise en place (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	En 2001, 4 directeurs d'Esat bretons constatent que de nombreux travailleurs, heureux d'avoir trouvé une place en Esat, n'exerçaient pas pour autant le métier qu'ils souhaitaient au départ. Ils décident alors de créer un réseau, dont l'objet est l'accompagnement à la mobilité des parcours et à la professionnalisation des travailleurs en situation de handicap et la valorisation des acquis de l'expérience.
Objectifs de la démarche	La coopération, la mutualisation entre les différents acteurs de l'association dans la réflexion et l'opérationnalisation des activités liées à : <ul style="list-style-type: none"> • La valorisation et l'épanouissement des personnes accueillies par la reconnaissance et le développement de leurs compétences, • L'évolution des établissements et services notamment du médico-social vers une organisation apprenante, • La coopération entre les réseaux, les dispositifs et les acteurs.
« Périmètre du dispositif (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)	Le dispositif s'adresse aux établissements ayant adhéré à un collectif régional, en l'occurrence, Aresat Bretagne. Le dispositif, à l'origine, était axé sur l'accompagnement des travailleurs en Esat. Il s'est élargi aux jeunes accueillis en IME (IMPro), aux salariés travaillant en entreprises adaptées (EA), puis aux salariés accompagnés en Structures d'Insertion par l'Activité Économique (SIAE).
Calendrier de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)	<ul style="list-style-type: none"> • En 2002, les 4 établissements s'engagent dans une dynamique régionale dans le cadre du programme Equal, financé par le Fonds social européen. 24 Esat de Bretagne se rassemblent alors autour du projet Différent et Compétent. Dans la logique des coopératives italiennes, seuls s'associent des établissements soucieux de développer des valeurs et des intérêts communs. La personne en situation de handicap est au cœur du dispositif. • En 2005, d'autres établissements de Bretagne rejoignent le dispositif Différent et Compétent conduisant à la création de l'Aresat Bretagne (Association régionale des Esat de Bretagne) l'année suivante, pour pérenniser les actions au-delà du projet européen, grâce à un financement mutualisé des Esat. • En 2007, les premières communications et diffusions rencontrent un réel succès. Elles conduisent, chemin faisant, à la structuration d'une démarche d'essaimage volontairement et exclusivement coopérative. • En 2010, le dispositif séduit bon nombre de professionnels du secteur et continue à s'essaimer (aujourd'hui, 18 régions sur le territoire national).

	<ul style="list-style-type: none"> • De 2011 à 2017 <ul style="list-style-type: none"> ⇒ IAE – rendre accessible la valorisation des acquis de l'expérience et présenter en lien avec le droit commun la liste descriptive des compétences mises en œuvre sur un métier ⇒ IME – développer l'aide à l'orientation et à la professionnalisation des jeunes de Sifpro • Depuis 2014, Reconnaissance des Acquis de l'Expérience en entreprise dans le cadre de la sécurisation des parcours pour des travailleurs recrutés en entreprise. • En 2015 et en 2017 – 2 salons Handimarket (cofondés par Aresat, Unea et la BOSS) pour rendre visibles la compétitivité et la professionnalisation, en Esat et EA.
Partenaires associés	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de l'Education Nationale • Ministère de l'Agriculture (Préférence FORMATIONS) • EDF (accès des travailleurs aux formations) – 2006 à 2014 • DGCS
Bonnes pratiques à partager	<ul style="list-style-type: none"> • Appartenir à un réseau breton inter associatif • Promouvoir le développement des compétences et de la formation tout au long de la vie • Rendre accessible le droit commun, par la déclinaison de référentiel-métier de niveau 5 (CAP et Capa) • Essaimer la reconnaissance de compétences dans le milieu ordinaire de travail • Valeur ajoutée de la mise en perspective, à l'issue de la démarche pour la personne accompagnée : émancipation, droit à se penser et à se projeter dans l'avenir. • Développer des compétences de personnes en difficultés d'insertion... • Levier de mise en œuvre des lois d'accessibilité pour tous (loi de 2005, 2010, 2015) • Volonté de s'inscrire dans une organisation apprenante... • Dynamique en recherche-action... • Appartenance à un réseau national • Assises interrégionales qui rassemblent...
Risques et difficultés rencontrés	<p>Risques : néant</p> <p>Difficultés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retour à l'emploi en milieu ordinaire de travail • Financement pérenne de la démarche • Maintien de la dynamique de la démarche dans le réseau
Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	<ul style="list-style-type: none"> • Fort engagement des adhérents (au niveau économique, ingénierie du projet, ingénierie de formation) • Fort engagement des partenaires institutionnels (Education Nationale, Préférence FORMATIONS) • DGCS (participation à l'écriture du décret du 20/05/2009)
Modalités d'évaluation envisagées	<p>Évaluation du dispositif Différent et Compétent dans trois régions, dont la Bretagne, réalisée par le cabinet Respir'Oh, en juin 2013 (en annexe).</p> <p>Contenu :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Récapitulatif et analyse des actions • Impacts et prospectives

Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?	<ul style="list-style-type: none">- Passerelle vers les diplômes du droit commun avec la VAE- Développer la pédagogie par la reconnaissance
Remarques	Néant
Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?	Plus de 10 800 personnes, depuis l'origine et à ce jour, dont 3 594 personnes en Bretagne.
Contact	Nom de la personne ayant rempli la fiche : Véronique BRUNET-BERTINEAUD, coordinatrice Date de remplissage : 07/02/2017 Organisme d'appartenance : Aresat Bretagne Mail : v.bertineaud@differentetcompetent.org

Fiche 20 : Plateforme Emploi Bretagne de l'APF

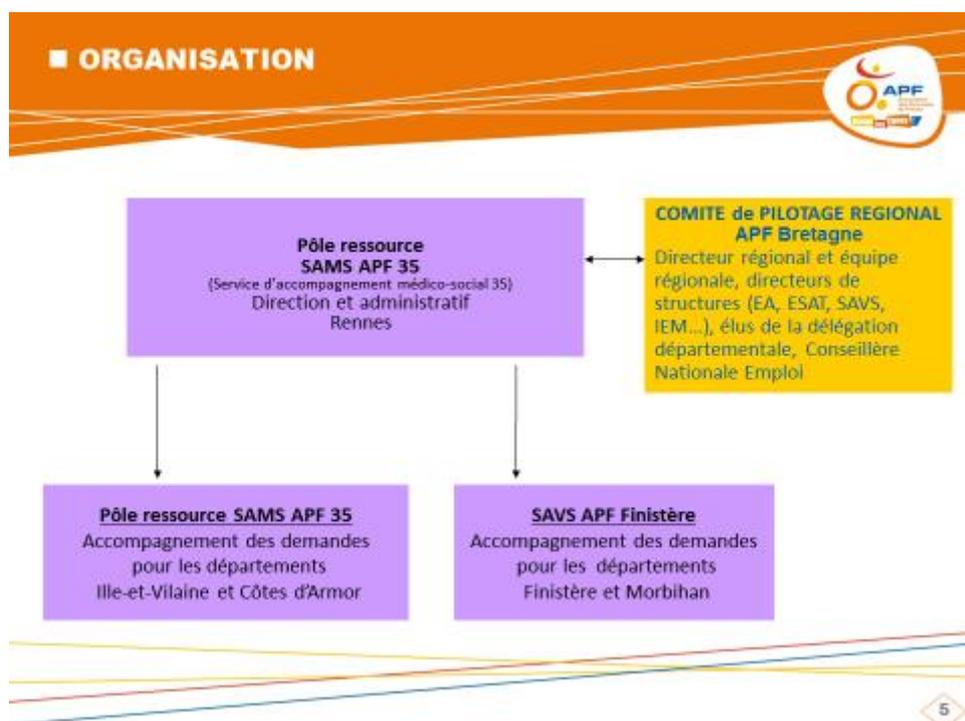
Diagnostic partagé

► État des lieux des acteurs :

- réalisation en 2012 d'un annuaire et d'une base de données des acteurs régionaux, réseaux et dispositifs participant à l'insertion et au maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap en Bretagne

► Etat des lieux des besoins :

- réalisation en 2012 d'un diagnostic auprès des professionnels et des personnes en situation de handicap présents dans le réseau APF
- identification des besoins et préconisation de réponses à apporter



La plateforme APF Emploi Bretagne propose une offre de service organisée autour de 3 axes :

1- Les prestations ponctuelles :

Prestations Ponctuelles Spécifiques

- Réalisation de prestations de 4 types :
 - Évaluation des capacités fonctionnelles dans le cadre du projet professionnel
 - Identification des techniques de compensation
 - Mise en œuvre des techniques de compensation
 - Appui conseil à l'entreprise
- Mobilisation : sur prescription d'un opérateur CAP Emploi, SAMETH, médecin du travail, Pôle emploi...
- Bénéficiaires : la personne en situation de handicap moteur et/ou l'entreprise
- Financement : AGEFIPH, FIPHFP

Bilans de Maintien dans l'Emploi

- ▶ Réalisation de bilans de maintien dans l'emploi
- ▶ Bénéficiaires : les salariés des entreprises et établissements relevant de l'accord de branche du médico-social
- ▶ Financement : OETH

2- la mise en place d'un support d'insertion nouveau : **Projet Individuel d'Accompagnement pour l'Emploi**

- ▶ Public concerné : déficients moteurs et grandes dépendances avec ou sans troubles associés. Personne très éloignée de l'emploi. Dès l'âge de 16 ans.
 - ▶ Actions menées vers l'accompagnement dans l'emploi :
 - Définition / validation du projet professionnel
 - Identification et levée des freins à l'emploi
 - Evaluation des capacités, incapacités et techniques de compensation du handicap
 - Aide à l'orientation professionnelle
 - Conseils sur les techniques de recherche d'emploi (TRE)
 - Recherche en projet de formation et de stage
 - Période de Mise en Situation en Milieu Professionnel (PMSMP)
- Action conduite en partenariat avec les acteurs de l'insertion et intermédiaires de l'emploi. Elle s'inscrit en complément de l'offre de service existante (l'APF a conclu 3 partenariats nationaux : avec CAP Emploi, L'Adapt et la Fondation agir contre les exclusions FACE)*
- ▶ Demande individuelle de la personne en situation de handicap moteur avec ou sans troubles associés (après proposition éventuelle des services ou délégations de l'APF, des structures partenaires, ou par démarche autonome).

3- la formalisation d'une offre à l'entreprise : **Conseil, sensibilisation et formation**

Contenu

- Conseil à l'accueil de nouveaux salariés ou de stagiaires
- Sensibilisation des managers et des collaborateurs au handicap
- Formation des salariés et des équipes à l'accueil de personnes en situation de handicap

Sur demande de l'employeur public ou privé

Formation sur mesure avec proposition systématique d'un binôme formateur professionnel / personne en situation de handicap.

Déplacement sur site pour élaboration de devis

Financement :

- dans le cadre des PPS pour les situations individuelles
- par l'entreprise ou la collectivité elle-même, dans le cadre des plans de formation ou de leur obligation d'emploi des travailleurs handicapés

Une équipe investie sur le projet : mutualisation et déploiement de compétences

- ▶ Chargés d'insertion professionnelle
- ▶ Chargés de relation entreprises
- ▶ Techniciens :
 - Ergothérapeutes (mise à disposition des structures médico-sociales)
 - Neuropsychologues (mise à disposition des structures médico-sociales)
 - Médecins de rééducation fonctionnelle (mise à disposition des structures médico-sociales)
 - Travailleurs sociaux (mise à disposition des structures médico-sociales)
 - Directrices et personnel administratif (coordination et fonctions supports)

Les entreprises peuvent soutenir la plateforme emploi sur 3 plans :

- ▶ **Aide technique aux Projets Individuels d'Accompagnement pour l'Emploi :**
 - Visite d'entreprise, découverte métier
 - Accueil de stagiaires, d'alternants, propositions d'emploi
 - Soutien aux techniques de recherche de stage et d'emploi : Simulation d'entretiens de recrutement, études de CV et appui à la rédaction
 - Tutorat
 - Parrainage
 - ...
- ▶ **Soutien financier au projet (Mécénat)**
- ▶ **En complément, soutien à l'extension du partenariat : information sur la Plateforme APF Emploi Bretagne auprès des réseaux entreprises**



Fiche 21 : AGPI –
Accompagnement Global de Parcours d'Inclusion
Dispositif porté par le GCSMS FIL ROUGE 35

Intitulé de l'expérience	AGPI – Accompagnement Global de Parcours d'Inclusion Dispositif porté par le GCSMS FIL ROUGE 35
Territoire concerné	Département d'Ille-et-Vilaine
Contexte de création/mise en place (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	Suite à des bilans réalisés par FIL ROUGE, dans le cadre de ses autres missions, il s'avère qu'une partie des personnes relève d'un besoin d'être accompagnée dans la mise en œuvre des préconisations résultant du diagnostic effectué, quand il n'y a pas de réponses mobilisables dans les dispositifs existants au regard de leur statut.
Objectifs de la démarche	<ul style="list-style-type: none"> - Se situer dans une dynamique d'accompagnement et permettre à la personne d'accéder aux dispositifs qui peuvent l'aider dans son inclusion (soin, accompagnement à la vie sociale) - Agir sur des périphériques quand le statut ou les empêchements des personnes nécessitent une réponse alternative à l'accompagnement à l'inclusion socio-professionnelle.
« Périmètre du dispositif (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)	<ul style="list-style-type: none"> - Des personnes présentant des troubles psychiques dont les limitations (déli, pragmatisme, troubles relationnels...) les empêchent d'accéder aux réponses de droit commun ou spécifiques. - Des personnes dont le statut ne permet pas l'accès aux dispositifs appropriés (ex. : défaut de RQTH, défaut d'inscription en tant que demandeur d'emploi, orientation non adaptée...) - Des personnes dans une attente de place adaptée à la réponse à leurs besoins.
Calendrier de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)	Action mise en place depuis 2010. Dispositif précaire du fait de son adossement à un financement FSE.
Partenaires associés	APASE, A.T.I., CHGR, L'A.D.A.P.T., Maffrais Services, A.D.I.P.H., A.I.M.T., Mission Locale, Union des Entreprises.
Bonnes pratiques à partager	Nécessité de convaincre les financeurs de la limite de la logique de prestations parfois paradoxale avec l'accompagnement des parcours dont la variabilité est constitutive du handicap.
Risques et difficultés rencontrés	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer la démobilisation des autres intervenants concernés par la situation. - En comblant une lacune du système, éviter que la problématique ne soit réellement prise en compte. - Un dispositif qui s'embolise très rapidement.

Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	<ul style="list-style-type: none">- Constitution d'un GCSMS réunissant des compétences sociales, sanitaires et du champ de l'insertion.- Opportunité offerte par les financements FSE
Modalités d'évaluation envisagées	Mesures des effets sur les parcours.
Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?	
Remarques	
Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?	110 personnes en 2015.
Contact	Nom de la personne ayant rempli la fiche : André BICHE Date de remplissage : 09/12/2016 Organisme d'appartenance : APASE Mail : andre.biche@APASE.org

Fiche 22 : Dispositif d'Intervention sur les Situations de Handicap (DISH)

Intitulé de l'expérience	Dispositif d'Intervention sur les Situations de Handicap (DISH) = gestion active de notre liste d'attente
Territoire concerné	Nord de l'Ille et Vilaine (Montfort, Vitré, Fougères, St Malo)
Contexte de création/mise en place (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	<p>Ce dispositif a été élaboré pour apporter une réponse plus rapide face aux difficultés vécues par les usagers et leur famille :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une trop longue liste d'attente, - Un manque d'information pour les jeunes et leur famille, - Une multitude d'interlocuteurs. Une situation vécue comme un « parcours du combattant » par l'utilisateur et sa famille - Une difficulté de coordination de ces différents intervenants <p>Sur les 85 places agréées, 5 places sont dédiées à l'étude de 40 jeunes en liste d'attente (interventions ponctuelles et limitées dans le temps)</p>
Objectifs de la démarche	<p>Avec une approche interdisciplinaire et la mise en oeuvre d'outils adaptés, ce dispositif vise un triple objectif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une évaluation rapide - Des interventions ponctuelles et resserrées auprès du jeune - Prioriser les nouveaux entrants
« Périmètre du dispositif (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)	<p>Jeunes entre 3 et 20 ans, déficients auditifs ou présentant des troubles spécifiques du langage qui disposent d'une notification MDPH. Jeunes scolarisés en milieu ordinaire Financement ARS.</p>
Calendrier de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)	<p>Ce dispositif expérimental mis en place en 2012 n'a pas à ce jour été validé comme modalité à part entière d'intervention. Une équipe dédiée est constituée (ES/orthophoniste/enseignant spécialisé/neuropsychologue/CDS).</p>
Partenaires associés	Enseignants référents, MDPH, Etablissements scolaires, Libéraux de santé, CMPP, CMP, CAMSP...
Bonnes pratiques à partager	<p>Evaluation de la situation au plus près de la notification. Se dégager d'une logique systématique de service pour apporter des réponses ponctuelles qui peuvent parfois suffire à faire remédiation.</p>

Risques et difficultés rencontrées	Nécessité de bien définir le périmètre d'intervention auprès des familles et des partenaires. L'accompagnement proposé aux jeunes dans le cadre du DISH est différent de celui réalisé auprès des jeunes entrés au SSEFS. La distinction est parfois compliquée à faire. Des besoins non couverts au regard du plateau technique DISH (ex : besoin en ergothérapie).
Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	Dérogation à l'agrément initial de 85 places pour 80 places SSEFS et l'étude de 40 dossiers de jeunes en liste d'attente.
Modalités d'évaluation envisagées	Bilan annuel avec l'équipe et la Direction. Communication auprès de la MDPH des interventions proposées
Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?	
Remarques	Malgré des sollicitations auprès de l'ARS ce dispositif expérimental, n'est à ce jour pas reconnu.
Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?	40 personnes par an soit 200 jeunes pour lesquelles une perspective d'admission était éloignée. Sachant que le service admet chaque année en moyenne 15 personnes, c'est dire que nombreux jeunes n'auraient pu avoir de réponse avant l'âge adulte.
Contact	Nom des personnes ayant rempli la fiche : Marion Guillaume /Cécile Ménard Date de remplissage : 19 janvier 2017 Organisme d'appartenance : SSEFS Paul Cézanne - Association le PARC Mail menard.cecile@leparc.asso.fr / guillaume.marion@leparc.asso.fr

Fiche 23 : Gestion de la liste d'attente - IPIDV

Intitulé de l'expérience	Gestion de la liste d'attente – SESSAD IPIDV
Territoire concerné	Finistère
Contexte de création/mise en place (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	Discuté et mis en place depuis la signature de notre premier CPOM en 2009. Sur le constat d'une très importante liste d'attente et de notre volonté associative de ne pas laisser ces familles sans rien du tout.
Objectifs de la démarche	Connaître les personnes de la liste d'attente Les renseigner au mieux Evaluer l'urgence de la situation et admettre les urgents Mettre en place des interventions à minima pour apaiser familles et écoles en attendant l'admission
« Périmètre du dispositif (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)	Population cible : Toutes les familles faisant appel à nos services (avec ou sans notification CDAPH) Pas de participation financière
Calendrier de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)	En place depuis 2009 Depuis nous avons eu une extension de nos services Dispositif toujours actif
Partenaires associés	Vu discuté et validé avec ARS
Bonnes pratiques à partager	Importance d'être réactif
Risques et difficultés rencontrés	Les interventions faites dans ce cadre ne font bien évidemment pas un accompagnement complet. Importance d'être clair avec les salariés / les familles sur les limites du dispositif
Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	Une volonté associative forte / une association d'utilisateur motivée à ne laisser personne sur le bord du chemin
Modalités d'évaluation envisagées	
Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?	Nous avons un moment travaillé avec une seule personne (éducatrice référente) en charge de ce dispositif, pour finalement opter pour une répartition de cette charge de travail sur l'ensemble des référentes.
Remarques	Pour chaque enfant sur liste d'attente, une éducatrice référente est nommée. Cela démarre par une visite à domicile. Puis une orthoptiste basse vision intervient une fois pour évaluer « l'urgence » de la situation. Le travail sur cette liste d'attente inclus aussi : <ul style="list-style-type: none"> • Participation à l'ESS s'il y a lieu • Appui pour finaliser le dossier MDPH • Observation en classe • Documents scolaires adaptés si notre service transcription a déjà fait les documents utiles à l'enfant • Liens avec d'autres professionnels si besoin
Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?	Plus de 50
Contact	Nom de la personne ayant rempli la fiche : Guillaume Le Gallais Date de remplissage : 27/02/2017 Organisme d'appartenance : IPIDV / Mail : dir@ipidv.org

Fiche 24 : Intervention d'Appui dans le cadre de la Liste d'attente.
Antenne TSA – SESSAD Alizés

<p>Intitulé de l'expérience</p>	<p>Intervention d'Appui dans le cadre de la Liste d'attente. Antenne TSA – SESSAD Alizés</p> <p>(A différencier des missions d'appui dont la définition et les modalités de mise en œuvre ont été déterminées dans le cadre d'un travail par consensus, coordonné par  & , avec les SESSAD concernés par la mission d'appui.)</p>
<p>Territoire concerné</p>	<p>Territoire de santé N°7</p> <p>Zone d'implantation et d'intervention - Saint-Brieuc Agglomération. Outre l'agglomération Briochine, le rayon d'action du SESSAD est d'environ 30 kilomètres alentours, soit jusqu'à Guingamp, Cohiniac, Lamballe, Plestan, Ploec/Lié, Moncontour, Planguenoual, Pléneuf Val-André...</p> 
<p>Contexte de création/mise en place (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)</p>	<p>A l'ouverture de l'Antenne TSA du SESSAD Alizés, cette dernière a organisé une réponse en termes d'appui autour de 2 axes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les missions d'appui dans le cadre de la liste d'attente (appui à l'environnement, sensibilisation, interventions ponctuelles, appui administratif, aides techniques, participation aux ESS, invitation aux formations intra selon les thématiques ...) 2. Les missions d'appui dont la définition et les modalités de mise en œuvre ont été déterminées dans le cadre d'un travail par consensus, coordonné par le CRA Bretagne et l'ARS avec les SESSAD concernés par la mission d'appui.
<p>Objectifs de la démarche</p>	<p>En amont d'un accompagnement effectif par le SESSAD TSA ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Fluidifier les parcours ⇒ Anticiper et prévenir les risques de rupture <p>Ces modalités d'intervention permettent par ailleurs de se « décaler » d'une logique de places et de penser l'organisation plutôt en termes de « File active ».</p>
<p>« Périmètre du dispositif (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)</p>	<p>La population cible : Enfants, adolescents, jeunes adultes de 0 à 20 ans présentant un trouble du spectre autistique diagnostiqué ou en cours de diagnostic et bénéficiant d'une notification d'orientation de la CDAPH vers un SESSAD TED, inscrits sur notre liste d'attente.</p>
<p>Calendrier de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)</p>	<p>Démarche engagée dès l'ouverture de l'Antenne TSA du SESSAD Alizés.</p>

Partenaires associés	L'ensemble des acteurs intervenant dans l'environnement de l'enfant. Les partenaires du territoire, dans le cadre des tables rondes – Handicap 22.
Bonnes pratiques à partager	
Risques et difficultés rencontrées	
Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	Récence de l'équipe constituée Attentes des acteurs
Modalités d'évaluation envisagées	<ul style="list-style-type: none"> - Outil d'appui à l'évolution de l'offre en réf à l'INSTRUCTION N° DGCS/SD3B/CNSA/2015/369 du 18 décembre 2015 relative à l'évolution de l'offre médico-sociale accueillant et accompagnant des personnes avec troubles du spectre de l'autisme - Fiche de suivi des missions d'appuis dans le cadre de la liste d'attente
Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?	
Remarques	
Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?	11
Contact	Nom de la personne ayant rempli la fiche : Réjane SILARD-LESUFFLEUR Date de remplissage : 16/02/2017 Organisme d'appartenance : SESSAD Alizés – Antenne / Adapei-Nouvelles Côtes d'Armor Mail : r.lesuffleur@adapei-nouvelles.fr

Fiche 25 : Dispositif de Création et Maintien du Lien du SAVS Espoir 35

Intitulé de l'expérience	Dispositif de Création et Maintien du Lien du SAVS Espoir 35
Territoire concerné	
Contexte de création/mise en place (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	
Objectifs de la démarche	<p>Ce dispositif expérimental se situe en amont et en aval de l'accompagnement du SAVS.</p> <p>Il se compose en deux phases distinctes :</p> <ul style="list-style-type: none">• Phase « Création du lien » : établir un lien avec les personnes les plus isolées et favoriser une relation sur laquelle pourra éventuellement s'appuyer un futur accompagnement, même si la personne n'a pas encore de notifications SAVS• Phase « Maintien du lien » : garantir une veille sociale, afin d'éviter des ruptures dans le parcours de vie en termes de soins, de logement, de lien social, d'activités collectives, de relations avec l'entourage... tout en donnant la possibilité de réactiver l'accompagnement SAVS si besoin. <p>Un éducateur spécialisé accompagne les personnes en ce sens dans le cadre de la fluidité des parcours.</p>

Fiche 26 : SAS – Service d'Accueil et de Sortie
Dispositif porté par le SAVS Altaïr de l'APASE

Intitulé de l'expérience	SAS – Service d'Accueil et de Sortie Dispositif porté par le SAVS Altaïr de l'APASE
Territoire concerné	Rennes Métropole
Contexte de création/mise en place (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	Devant la problématique de l'impact croissant des délais d'attente à l'entrée en SAVS, le service ALTAÏR de l'APASE a choisi d'expérimenter un système organisateur des accueils et des sorties. <u>Constats</u> : effets délétères de la période d'attente entre une orientation de la MDPH vers un SAVS et la mise en place de l'accompagnement SAVS (plus de 2 ans entre la décision MDPH et l'activation d'un accompagnement) : <ul style="list-style-type: none"> - Perte de change sur les éléments de l'autonomie (logement, emploi ...) - Décalage temporel entre la demande et la réponse au besoin.
Objectifs de la démarche	<ul style="list-style-type: none"> - Eviter les effets négatifs du délai d'attente au SAVS - Avoir un contact avec les personnes en amont de l'accompagnement SAVS - Permettre la prise en compte des demandes réduites à des besoins de réponses techniques - Assurer une veille et un maintien du lien après la fin de l'accompagnement SAVS - Mieux gérer les sorties pour permettre les entrées
« Périmètre du dispositif (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)	<p>Les personnes en attente de l'activation d'un accompagnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les personnes entrantes avec des demandes ponctuelles - Les personnes pour qui la temporalité est lente et qui ont des difficultés à se mobiliser <p><u>Critères d'accès</u> : orientation SAVS de la MDPH. Les personnes en veille afin de faciliter les sorties et le détachement. <u>Critères</u> : personnes ayant bénéficié d'un accompagnement SAVS, ayant développé une autonomie permettant d'envisager la sortie du SAVS. Pas de participation financière demandée.</p>
Calendrier de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)	<p>Phase préparatoire : fin 2015. Expérimentation : année 2016. Confirmation du dispositif : 2017 (validation institutionnelle, projet de conventionnement)</p>
Partenaires associés	L'ensemble des partenaires participant au parcours peuvent être sollicités pour maintenir leur action auprès des personnes dans l'attente de la mise en place de l'accompagnement.
Bonnes pratiques à partager	Les autres SAVS du département s'intéressent au dispositif mis en place. Le Conseil Départemental souhaite conventionner cette réponse.
Risques et difficultés rencontrés	<u>Risques</u> : <ul style="list-style-type: none"> - Augmenter les flux entrants - Renforcer – paradoxalement – l'embolisation du service

	- Augmenter le temps d'attente réelle avec cette phase intermédiaire
Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	Un travail sur l'évolution des pratiques professionnelles. L'attribution de moyens humains supplémentaires.
Modalités d'évaluation envisagées	Observation des effets sur la file active : Evaluation des impacts sur les délais d'entrée et la durée d'accompagnement, sur plusieurs années.
Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?	
Remarques	
Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?	84 situations nouvelles traitées : <ul style="list-style-type: none"> - 44 suivis engagés - 3 sorties - 22 en attente d'analyse de la demande - 10 en attente de mise en relation - 5 non positionnés (déménagement, hésitations, hospitalisation...) 17 personnes avec une réponse de type « permanence » dont 8 veilles (maintien d'un lien à l'issue d'un accompagnement).
Contact	Nom de la personne ayant rempli la fiche : André BICHE Date de remplissage : 09/12/2016 Organisme d'appartenance : APASE Mail : andre.biche@APASE.org

Fiche 27 : Création d'un pôle ressource expert mutualisé APF22/ADIMC22

Intitulé de l'expérience	Création d'un pôle ressource expert mutualisé APF22/ADIMC22
Territoire concerné	Département des Côtes D'Armor
Contexte de création/mise en place (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	<p>Pour les personnes orientées vers un SAVS-SAMSAH ou autres structures, le délai d'attente avant une admission peut être de plusieurs mois, avec pour conséquence un risque d'aggravation de la situation. En outre, les fins d'accompagnement peuvent générer de l'inquiétude et insécuriser les personnes qui hésitent à accepter et/ou demander une sortie.</p> <p>Des personnes n'ayant pas d'orientation s'adressent au SESVAD ou à la Délégation APF pour des demandes d'informations, de conseils ou de prestations auxquels le service ne peut répondre du fait de sa mission spécifique.</p> <p>Dans le cadre de la mission d'intérêt général du SAAD, l'ergothérapeute est régulièrement sollicitée pour des interventions individuelles et ponctuelles.</p> <p>Enfin, les questions soulevées ou interventions sollicitées relèvent d'une expertise dans le champ du handicap moteur.</p> <p>A partir de ces constats, le SESVAD APF 22 et l'ADIMC 22 ont proposé une nouvelle offre de service mutualisée : pôle ressource expert opérationnel depuis le 3 octobre 2016.</p>
Objectifs de la démarche	Le pôle ressource permet d'apporter une prestation ponctuelle, experte, limitée dans le temps à des personnes se trouvant momentanément dans une difficulté d'accès ou de maintien de droits spécifiques (législatifs et juridiques), en demande d'informations, d'explications sur des dispositifs utiles pour l'organisation de leur vie à domicile ou dans le cadre de l'insertion professionnelle, en demande de conseils sur des aspects techniques (matériels, aides techniques, logement).
« Périmètre du dispositif (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t'il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)	<p>Le pôle ressource s'adresse aux personnes adultes ou aux parents d'enfants en situation de handicap moteur avec ou sans troubles associés, voire à des représentants d'utilisateurs (tuteurs, autres services...)</p> <p>dès lors que l'utilisateur est en accord avec la démarche. Avec pour limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pas d'intervention lorsque les personnes sont déjà accompagnées par un établissement ou un service médico-social. ➤ Pas d'intervention pour des personnes âgées de plus de 60 ans ayant eu un diagnostic de pathologie entraînant une déficience motrice après l'âge de 60 ans. Pour ces personnes nous préconisons une orientation vers les dispositifs « géronto ».
Calendrier de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)	<p>Projet écrit et présenté au Conseil Départemental en 2014 dans le cadre de la préparation du CPOM du SESVAD, en partenariat avec l'AHB, l'ADIMC 22, la Délégation Départementale APF 22 et le SESVAD APF.</p> <p>Au final, la mutualisation effective s'est réalisée avec l'ADIMC 22. Démarrage au 1^{er} septembre 2016 avec une opérationnalité au 3 octobre 2016.</p>

	<p><u>Une équipe dédiée</u> : des professionnel(le)s spécialisé(e)s, ayant une expertise reconnue dans le domaine du handicap moteur et de la vie à domicile :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une ergothérapeute (0,30 ETP) - une assistante sociale (0,25 ETP) - une secrétaire (0,20 ETP). <p>La coordination de cette nouvelle offre est sous la responsabilité de la responsable de service du SAVS mutualisé APF/ADIMC.</p> <p><u>Les perspectives</u> : ajustement des postes en fonction des besoins dès février 2017, dans la limite du projet initial. Soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 0,50 ETP d'ergothérapeute - 0,50 ETP d'assistante sociale - 0,30 ETP de secrétariat - un temps de coordination de 0,10 ETP <p>Une plaquette a été créée et diffusée. D'autres actions seront engagées pour faire connaître et reconnaître l'organisation de cette nouvelle offre</p>
Partenaires associés	MDPH, équipe relais handicaps rares (ERHR), MDD, plateforme de coordination départementale, autres structures du médico-social, CRF...
Bonnes pratiques à partager	Offre de service permettant de fluidifier les parcours et qui participe à la réponse accompagnée pour tous.
Risques et difficultés rencontrés	Que le service soit sollicité au-delà de sa capacité et sans moyens financiers supplémentaires pour y faire face. En effet, à ce jour, il s'agit d'une expérimentation à moyens constants de 18 mois à 2 ans. Au-delà, le Conseil départemental 22 sera sollicité pour financer ce dispositif en crédits supplémentaires pérennes.
Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	L'intérêt du Conseil départemental 22 pour l'expérimentation. Un besoin constant repéré par la Délégation départementale 22 depuis plusieurs années.
Modalités d'évaluation envisagées	Evaluation par le COPIL APF/ADIMC 22 auquel participent le CD et l'ARS.
Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?	
Remarques	
Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?	45 personnes d'octobre 2016 au 23 janvier 2017. 26 situations sont toujours en cours. Et 18 sont en attente au 23/01/2017
Contact	Nom de la personne ayant rempli la fiche : SESVAD APF – Marianne ZOTTNER et Maryse Ollivier responsable du SAVS-Pôle ressource. Date de remplissage : 31/01/2017 Organisme d'appartenance : SESVAD APF 22 – Marianne Zottner, directrice du SESVAd APF 22 Mail : marianne.zottner@apf.asso.fr Secrétariat : chriscaroff.apf22@free.fr

Fiche 28 : Création d'un Centre de Ressources « sensoriel » Centre J. Cartier

Intitulé de l'expérience	Création d'un Centre de Ressources « sensoriel » complémentaire à un SAVS (surdité) Centre J. Cartier par le SAVS Surditude 22 (CD22)
Territoire concerné	Côtes d'Armor
Contexte de création/mise en place (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	Loi 2005-2 + dispositif PCH Demandes des particuliers sourds ou malentendants ou sourds aveugles (formation, réadaptation) Demandes des collectivités et entreprises (sensibilisation, interprétariat, formation) Le SAVS se trouve limité ou dans l'impossibilité de répondre à des demandes chronophages de formation, d'apprentissage, de sensibilisation. Nécessité d'apporter une réponse complémentaire.
Objectifs de la démarche	Processus de réadaptation de la personne dans son environnement Dynamique d'autonomisation Apprentissage tout au long de la vie Participation
« Périmètre du dispositif (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)	Adultes sourds de naissance, adultes malentendants, adultes sourds aveugles. Prestations payantes, auto financées par la prestation individuelle de compensation (PCH) Ou par des fonds des collectivités ou entreprises
Calendrier de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)	Selon la demande. Au préalable (2008) le Centre de Ressources (+ service à la Personne) positionné uniquement sur l'interprétariat en Langue des Signes ; 2 ETP interprètes. Puis sollicitations des entreprises (sensibilisations, formation) + situations complexes (Handicap Rare) ont fait évoluer ce CR Perspectives : Centre de Ressources à étoffer ? Plateau technique élargi ? (déficience visuelle, déficience intellectuelle, troubles du langage)
Partenaires associés	Les professionnels à temps partiel du SAVS dont coordinateur (chef de service) Professionnels du Pôle Enfance de l'Établissement (statut de formateur occasionnel >> délibération CA) Ergothérapeute (autre structure SMS) Conseiller en accessibilité (coopérative)
Bonnes pratiques à partager	Détermination du besoin avec la personne ou l'entreprise >> co construction Sur mesure Mobilisation d'une équipe et autres ressources extérieures. Sens de l'innovation

<p>Risques et difficultés rencontrées</p>	<p>Nécessité d'un travail préparatoire et de recherche à la formation pour des situations complexes. Se pose la question du financement de cette formation- action.</p> <p>Comment effectuer le passage d'une logique de droits à une logique de prestations ?</p> <p>L'importance d'établir un « bon » diagnostic. Rôle éthique du conseiller (SAVS). Pour la personne accompagnée, amalgame possible entre le SAVS et le service prestataire (Centre de Ressources).</p>
<p>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche</p>	<p>Volonté institutionnelle. L'inscription du service (Pôle Adulte) dans un réseau de partenaires.</p> <p>Rôle d'évaluateur externe du SAVS pour la MDPH donne les clés de compréhension de la compensation / accessibilité. Lisibilité du principe de réadaptation va favoriser une réponse complémentaire au SAVS</p>
<p>Modalités d'évaluation envisagées</p>	<p>L'expression des personnes. Mesure de satisfaction.</p>
<p>Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?</p>	<p>Trouver des collaborations et compétences inter institutionnelles (situations complexes).</p> <p>Etendre ce Centre de Ressources à notre voisin La Villeneuve, SAVS pour Déficients Visuels ?</p> <p>Rapprochement avec la Recherche</p>
<p>Remarques</p>	<p>La complémentarité entre le SAVS et le Centre de Ressources donne une dynamique. Réponse plus ajustée // aux besoins des personnes.</p>
<p>Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?</p>	<p>20 personnes, le plus souvent situations complexes</p> <p>Personnes entendants (employés des entreprises, administrations)</p> <p>>> sensibilisation, plusieurs centaines</p>
<p>Contact</p>	<p>Nom de la personne ayant rempli la fiche : Le Roux Dominique</p> <p>Date de remplissage : 30 janvier 2017</p> <p>Organisme d'appartenance : Centre Jacques Cartier</p> <p>Mail : dlroux@jacquescartier22.com</p>

Fiche 29 pôle ressource APF 35

Dans le cadre de son activité **Pôle Ressource**, le service s'adresse à la marge à des enfants (qui ne font pas l'objet d'un suivi SESSAD ou d'un placement en établissement) et leur famille, mais surtout à des adultes dès lors qu'ils présentent une déficience motrice. Le Pôle Ressource propose une aide, facilement mobilisable et ponctuelle, aux personnes se trouvant momentanément dans une difficulté d'accès ou de maintien des droits spécifiques (sur des aspects législatifs et/ou juridiques), en demande d'informations, d'explications, sur des dispositifs utiles pour l'organisation de leur vie à domicile, de conseils sur des aspects techniques (adaptation logement, aides techniques).

Le **Pôle Ressource** peut constituer un déclic, une porte d'entrée pour un accompagnement ultérieur SAVS ou SAMSAH et une réponse sécurisante pour faciliter une fin d'accompagnement SAVS ou SAMSAH. Le nombre d'interventions est calibré à 6 par an avec l'ensemble des professionnels qui y interviennent, les ergothérapeutes et les assistants sociaux. L'intervention de la psychologue, de l'animateur social, du médecin, serait appréciée de manière ponctuelle. Cela n'est pas possible, actuellement, car ces interventions ne sont pas financées.

Le SAMS est conçu comme un lieu ressource pour la réalisation du projet de vie de l'utilisateur. C'est un service «à géométrie variable» en capacité d'adapter sa réponse et ses prestations en fonction des besoins de l'utilisateur, de l'évolution de son handicap et de sa situation. Il contribue, en favorisant la continuité du parcours de personnes en situation de handicap du fait d'une déficience motrice, à optimiser leur qualité de vie, selon leur libre choix. Le double agrément SAVS/SAMSAH et la coexistence du pôle ressource permettent une fluidité (passage du pôle ressource au SAVS, du SAVS au SAMSAH, du SAMSAH au Pôle Ressource, du SAVS au Pôle Ressource). Les demandes de l'ordre de l'insertion professionnelle sont orientées vers la plateforme APF Emploi Bretagne.

Fiche 11 : Service d'Intervention Sociale Individualisé (ISI) de l'APF 56 (extrait du projet de service)

Le service ISI est issu d'un partenariat entre le Conseil départemental du Morbihan et l'APF. Ce partenariat formalisé dans une convention, prévoit qu'en contrepartie d'une participation financière apportée par le Conseil Départemental, l'APF s'engage à apporter ses compétences dans le domaine du handicap moteur, du traumatisme-crânien et cérébro-lésé au service départemental d'action sociale afin d'aider les personnes handicapées et leur famille, et ce notamment dans l'accès aux droits et aux dispositifs sociaux et médico-sociaux dédiés aux personnes handicapées.

Elle intervient également à la demande de la Maison départementale de l'autonomie dans le domaine du handicap moteur lorsque cette dernière est confrontée à des situations complexes, pour la réalisation du plan d'aide

Un cahier des charges annexé à la convention vient préciser les objectifs assignés au service :

- Au regard du service départemental d'action sociale
 - Le service départemental d'action sociale entend apporter aux personnes handicapées moteurs, traumatisées crâniennes ou cérébraux-lésées, en s'appuyant sur le service ISI géré par l'association APF, la compétence de ses professionnels dans le domaine du handicap, notamment sur l'accès aux droits et aux dispositifs sociaux et médico-sociaux. Le service d'intervention sociale individualisée permet aux personnes handicapées vivant à domicile :
 - D'avoir un interlocuteur facilitant l'accès aux droits,
 - De disposer d'un coordinateur dans les démarches entreprises pour faire valoir leurs droits.
 - De développer une vie sociale et de créer des liens dans son environnement de vie afin de favoriser l'insertion dans la cité.
- Au regard de la Maison départementale de l'autonomie : Le service d'intervention sociale individualisée (ISI) intervient à la demande de la Maison départementale pour la réalisation de plans d'aides complexes de personnes handicapées moteur.

L'intervention du Service d'Intervention Sociale Individualisé ne nécessite pas d'admission au sens médico-social du terme, il intervient soit sur demande du service départemental d'action sociale ou par saisine par les assistantes sociales de la Maison Départementale de l'Autonomie ou encore directement par la personne en situation de handicap.

Le service ISI informe du début de son intervention, le chef du service départemental d'action sociale.

Selon les demandes et les situations, trois degrés d'interventions sont identifiées :

- **Les interventions ponctuelles** : le service est interpellé 1 fois, pour obtenir un renseignement. Cette réponse est souvent effectuée par téléphone.
- **Les interventions intermédiaires** : le service intervient entre 2 et 9 fois dont au moins une visite à domicile (visites à domicile ou entretiens téléphoniques) et nécessitant des démarches de constitution de dossiers divers etc.
- **Et les interventions complexes** : le service intervient plus de 10 fois (visites à domicile ou entretiens ou entretiens téléphoniques) durant l'année. Pour ces demandes d'intervention, le service propose le plus souvent à la personne en situation de handicap de solliciter une orientation vers un Service médico-social plus à même de répondre à ses besoins.

Le SAVS et l'ISI se présentent comme deux dispositifs complémentaires dans l'offre de service pouvant être proposée aux usagers. Il existe une gradation dans les réponses à apporter à l'utilisateur qui définit l'articulation entre ces deux services. L'ISI peut être amené à accompagner un usager vers une demande d'orientation en SAVS quand la demande est plurielle et que le besoin de soutien s'avère important. De même, au cours de son parcours de vie, un usager peut quitter le SAVS lorsque son

besoin d'accompagnement est moins prégnant et solliciter le service ISI pour une aide dans ses démarches et des conseils.

Afin de garantir la continuité du suivi, l'ISI poursuit ses interventions jusqu'à l'admission de la personne en SAVS en respectant le cadre de son action. Le passage d'un service à l'autre est préparé avec l'utilisateur et les équipes des deux services.

La complémentarité de ces deux dispositifs facilite la fluidité des parcours de vie.

Fiche 30 : COSEHPY 56
Cellule d'orientation, de suivi, d'évaluation du handicap psychique du Morbihan

Intitulé de l'expérience	COSEHPY 56 - Cellule d'orientation, de suivi, d'évaluation du handicap psychique du Morbihan
Territoire concerné	Département du Morbihan
Contexte de création/mise en place (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	<p>Mars 2010 : Les établissements constitutifs du GCS de santé mentale du golfe du Morbihan (à savoir : EPSM Morbihan, CPR Billiers et CPC Kervillard Le moulin vert) et la MDA56 (MDPH) sont à l'initiative de ce projet d'évaluation.</p> <p>Les partenaires de santé mentale du territoire sont associés à la démarche : EPSM Charcot de Caudan, le pôle professionnel de la Sauvegarde 56, le GEM Vannes Horizon, le foyer de vie AMISEP.</p> <p>Deux constats partagés: L'évaluation du handicap psychique est particulièrement complexe et doit s'inscrire dans la durée De nombreuses ressources existent sur le territoire Une volonté commune : Créer un dispositif permettant de proposer des évaluations spécifiques et des mises en situation en s'appuyant sur la dynamique de réseau existant et en coordonnant les différents acteurs et leurs compétences</p>
Objectifs de la démarche	<p>Il s'agit de créer un dispositif ouvert à tous, permettant de proposer des évaluations spécifiques et des mises en situations en vue d'un bilan pour un projet individuel.</p> <p>Il s'agit, aussi, de pouvoir répondre aux sollicitations des professionnels de la santé mentale dans leurs recherches de dispositifs d'accueil adaptés aux besoins des personnes dont ils assurent le suivi.</p> <p>Tout en veillant à préserver la dynamique mobilisant les équipes hospitalières et afin de répondre à toutes les demandes, cette « cellule d'évaluation et d'orientation » doit s'afficher en dehors du système hospitalier.</p>
« Périmètre du dispositif (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)	<p>Critères:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etre majeur - Accepter le principe d'être reçu en entretien par un binôme médecin psychiatre - assistante sociale - Résider dans le Morbihan <p>Public Cible :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personne ayant des interrogations en lien avec le handicap psychique, sur des besoins à couvrir, sur un projet social et/ou professionnel - Et/ou ayant déposé une demande de compensation à la MDA56 <p>Pas de participation financière demandée.</p>
Calendrier de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)	<p>Mars 2010 : début de l'expérimentation, mise en place d'un comité de pilotage ?</p> <p>Printemps 2013 : suspension de l'expérimentation et demande de financement à l'ARS et au CG</p> <p>Fin 2013 : obtention d'un double financement ARS-CG</p>

	<p>2014 : pérennisation du dispositif : location de bureau, embauche d'un 0,40 ETP assistante sociale pour coordonner le dispositif, remboursement aux établissements employeurs de professionnels intervenant pour le dispositif. Objectif de 40 situations par an</p> <p>2015 : validation par le comité de pilotage du principe d'ouvrir la communication sur le dispositif à d'autres demandeurs que la MDA</p> <p>Perspectives : poursuivre le développement de l'activité pour diversifier les adresseurs.</p>
Partenaires associés	<p>A ce jour :</p> <p>L'ensemble des membres du GCSMS Santé Mentale du golfe du Morbihan : EPSM Morbihan, Le Moulin vert, le CPR Billiers, Les Hardys Béhelec, Association Marie Balavenne, le Foyer de Vie de Tréfléan, La sauvegarde 56, EPSM Caudan, MDA 56, et le SCEMMS (CD) Foyer de vie AMISEP, GEM Vannes Horizon</p>
Bonnes pratiques à partager	<p>Composition professionnelle du binôme pertinente pour évaluer le handicap psychique et préconiser au regard des réponses existantes sur le territoire.</p> <p>Souplesse dans les modalités : RDV au bureau de Vannes, ou dans des bureaux mis à disposition par les partenaires en proximité du public, visites à domicile</p> <p>Lien en amont et en aval des RDV, rôle de la coordination auprès des personnes reçues et des personnes ressources, pour garantir cohérence et continuité du parcours.</p> <p>Comité de pilotage bisannuel permettant des points d'étapes.</p>
Risques et difficultés rencontrés	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité des psychiatres - Public difficile à capter (reports de rdv, personnes difficiles à joindre, avec des craintes //santé mentale) - Production des CR
Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	<p>Des professionnels qui se connaissaient déjà entre les institutions, le GCS et GCSMS, ont facilité le portage et la formalisation du projet, puis sa mise en oeuvre effective.</p>
Modalités d'évaluation envisagées	<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire de satisfaction auprès du public, déjà réalisé une fois, avec des perspectives d'amélioration de cet outil - Mise en place en cours d'une base de données permettant une analyse fine des profils et des parcours qui transitent par le dispositif. - Réflexion en cours pour l'évaluation de la pertinence du dispositif dans le lien en amont et en aval avec les professionnels ressources des situations rencontrées dans le dispositif.
Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?	<p>Un temps de secrétariat dédié, un temps de psychiatre dédié</p>
Remarques	
Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?	<p>138 personnes depuis le début (2010)</p>

Contact	Nom de la personne ayant rempli la fiche : Céline BARROUYER – Patrick FLEURY Date de remplissage : 07/12/2016 Organisme d'appartenance : COSEHPSY 56 – GCSMS Santé Mentale Golfe du Morbihan Mail : cellule.gcsms56@lemoulinvert.org ; p.fleury@lemoulinvert.org
----------------	---

Fiche 31 : Equipe « Experte » Huntington

Intitulé de l'expérience	Equipe « Experte » Huntington
Territoire concerné	Région Bretagne
Contexte de création/mise en place (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	<p>L'équipe relais handicaps rares de Bretagne a été confrontée à des situations individuelles de personnes atteintes de la maladie, ignorant tout des possibilités d'accompagnement et des réseaux existants. Ces personnes parfois au domicile, parfois en institution posaient problème à leur environnement.</p> <p>L'équipe a également repéré le désarroi de nombreux services d'accompagnement ignorant la pathologie et ses conséquences pour les personnes et leur entourage.</p> <p>L'équipe a également repéré quelques services et établissements disposant d'une expérience même mineure dans l'accompagnement de personnes (1 SAMSAH, 2 MAS, 1 FAM).</p> <p>L'équipe a repéré une association d'utilisateurs disposant d'une connaissance importante des personnes atteintes sur le territoire.</p>
Objectifs de la démarche	<p>Etablir un réseau d'entraide en associant les connaissances des usagers et celles de professionnels.</p> <p>Diffuser de la connaissance auprès des acteurs concernés notamment en organisant des actions de sensibilisation</p> <p>Faire progresser en compétence les différents acteurs par échange d'expérience et recours sous forme de « tutorat ».</p>
« Périmètre du dispositif (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)	<p>Le dispositif « Expert » suppose pour chacun d'admettre que l'accompagnement des personnes en situation de Handicaps Rares ne peut se faire qu'à plusieurs. « L'expertise », si nous y parvenons ne sera que collective.</p> <p>L'équipe « experte » est constituée de fonctions :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>Prise de contact et accompagnement individuel</i> des personnes : Le pilote de l'équipe relais se rend toujours au domicile des personnes avec un représentant de l'association des usagers. Un objectif d'intervention est arrêté avec les personnes concernées et leur entourage avec un accord écrit d'échange d'informations. 2) <i>Groupe régional de référence</i>. Il se réunit deux fois par an pour faire le point sur les grandes thématiques qui concernent l'accompagnement. Le groupe est constitué à ce jour de 1 SAMSAH(1 responsable, 1 médecin et 1 ergothérapeute), 4 MAS (4 responsables), 1 FAM (1 psychologue et 1 cadre) et l'association Huntington France (2 membres) : exemples de thématiques, les notifications envisageables, les groupes de paroles d'aidants, la formation des professionnels. Le groupe de référence est chargé de structurer des opérations de sensibilisation à l'intention de toutes les personnes et institutions concernées. 3) <i>Elaboration de pratiques pertinentes d'accompagnement</i> : Constitué de professionnels de l'accompagnement

	<p>principalement issus des services et établissements de référence, le groupe se penche sur la réalisation de fiches de travail diffusables et utilisables par des professionnels affectés auprès des personnes : exemple de la fiche « déglutition chez la personne atteinte de Huntington ».</p> <p>4) <u>Mise en place de tutorat et conseils auprès d'équipes</u></p> <p>Lorsque des services ou établissements accueillent pour la première fois une personne atteinte de la maladie, le dispositif leur permet via l'équipe relais d'entrer en contact avec un professionnel d'un service plus expérimenté qui assure une forme de tutorat à distance et propose des visites et confrontations d'équipe en échange d'expérience.</p> <p>Finances : Le dispositif ne demande pas de financement spécifique. L'équipe Relais Handicaps Rares passe des conventions financières avec certains partenaires (institutionnels, libéraux ou associatifs) lorsqu'un besoin très spécifique est nécessaire pour appuyer l'accueil ou l'accompagnement d'une personne ou pour permettre à des représentants associatifs de se déplacer au nom de l'équipe relais.</p>
<p>Calendrier de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)</p>	<p>Le projet a débuté au début de 2015 et se poursuit. Il a été étendu à d'autres dispositifs qui fonctionnent : Prader Willi, Surdicécité, Epilepsie résistante.</p> <p>L'ensemble du projet (toutes équipes « expertes ») mobilise environ 80 personnes différentes dont une quinzaine sont des représentants d'usagers. Les professionnels représentent environ 25 organismes différents.</p> <p>La perspective est de poursuivre l'installation de ce réseau en l'étendant d'une part aux déficiences visuelles avec handicaps associés et aux déficiences auditives avec handicaps associés.</p> <p>Il est prévu dans chaque équipe experte de mobiliser l'élaboration de pratiques d'accompagnement pertinentes comme c'est le cas dans Huntington.</p>
<p>Partenaires associés</p>	<p>La présence conjointe de représentants d'usagers et de professionnels est un élément nécessaire de notre cahier des charges.</p> <p>Des contacts ont été pris avec plusieurs partenaires médicaux dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des centres de référence : Huntington et Prader Willi qui sont destinataires des comptes rendus. • Certains praticiens hospitaliers participent directement aux rencontres des équipes expertes ou sont destinataires des comptes rendus (Surdicécité, Epilepsie, Huntington, Prader Willi) • Les filières de maladies rares <p>Certains centres de ressources nationaux sont systématiquement présents lors de rencontres d'équipes « expertes » : CRESAM ou informées des travaux FAHRES</p> <p>Un contact a été établi avec le CRA de Bretagne, destinataire des CR de l'équipe Prader Willi.</p>

Bonnes pratiques à partager	Le travail sur les pratiques pertinentes a débuté avec Huntington. Il sera finalisé via une ou des fiches pratiques diffusables. Le travail de tutorat est également engagé (voir plus haut)
Risques et difficultés rencontrés	Le dispositif repose sur 3 piliers : <ul style="list-style-type: none"> • Un engagement fort des usagers ou de leurs représentants • Un engagement fort des institutions présentes • Un engagement fort individuel de chaque membre Cet engagement, notamment des individus, est la force mais aussi le point de faiblesse car persodépendant. Il y a un risque de perte de force du fait de la démobilitation ou du changement des acteurs
Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	<ol style="list-style-type: none"> 1) L'humilité des acteurs qui quasiment tous se trouvaient face à des difficultés qui les dépassaient et favorisaient le recours à d'autres 2) La volonté de certains services d'entrer dans une dynamique de partage 3) La force des mouvements représentatifs des usagers de structurer des accompagnements de qualité sans porter de jugement sur les acteurs 4) La qualité de l'animation mise en place par l'équipe relais et sa disponibilité pour aller convaincre les acteurs de la pertinence de la démarche.
Modalités d'évaluation envisagées	Elles n'avaient pas été envisagées dès le départ. L'approche a été assez pragmatique. Seules les opérations de sensibilisation a formalisé une évaluation des participants (2 opérations réunissant 150 personnes). Aujourd'hui nous recherchons des acteurs susceptibles de mener un travail évaluatif. Après des personnes : l'action a-t-elle permis d'apporter un mieux-être dans leur situation ? Après des institutions : Le dispositif permet-il de monter en compétence dans l'accompagnement ?
Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?	Difficile à dire : le dispositif a été envisagé dans le cadre du projet Equipe Relais Handicaps Rares avec des partenaires encore présents à ce jour.
Remarques	Les intérêts de ce dispositif sont : <ul style="list-style-type: none"> • Une co-construction entre professionnels et usagers/représentants d'usagers • Une valorisation des expériences de terrain qui peuvent se confronter
Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?	Individuellement l'équipe relais a été saisie de la situation de 15 personnes. Collectivement le dispositif des différentes équipes « expertes » mobilise environ 80 personnes des champs représentants d'usagers, praticiens hospitaliers et professionnels médico-sociaux. Collectivement les opérations de sensibilisation réalisées à ce jour ont touché 150 personnes.
Contact	Nom de la personne ayant rempli la fiche : Jean Briens Date de remplissage : 22/11/2016 Organisme d'appartenance : Equipe Relais Handicaps Rares Bretagne Mail : jeanbriens@erhr.fr

Fiche 32 : Accompagnement par le SAMSAH APF 22 des malades de Huntington en lien avec l'équipe experte Huntington de l'ERHR Bretagne

Intitulé de l'expérience	Accompagnement par le SAMSAH APF 22 des malades de Huntington en lien avec l'équipe experte Huntington de l'ERHR Bretagne
Territoire concerné	Région Bretagne
Contexte de création/mise en place (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	Depuis plusieurs années, le service accompagne des personnes atteintes de la maladie de Huntington. Le service a été interpellé par l'équipe relais Bretagne pour rejoindre l'équipe experte Huntington composée de représentants d'établissements et de services médico-sociaux mais aussi de représentants associatifs. Il a manifesté sa volonté de s'investir dans la dynamique des équipes "expertes" et sert depuis de pôle de compétence domicile pour la Bretagne Nord.
Objectifs de la démarche	Travail de réseau pour faciliter la recherche de solutions pour les situations que le service accompagne (anticipation, connaissance des partenaires ressources, SAAD, Accueil temporaire, SSR, lieux de répit, établissement...) et participer à l'organisation de formations
« Périmètre du dispositif (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t'il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)	Le service via l'équipe experte Huntington soutient la mise en réseau de bonnes pratiques, d'échanges entre professionnels sur les lieux concernés par cette pathologie (en accueil temporaire ou permanent, à domicile ou en hébergement). C'est un réseau pour les personnes atteintes de la maladie, leurs familles et les aidants naturels ou professionnels
Calendrier de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)	<p>1- Constitution de l'équipe relais en 2015 avec deux formations proposées en 2015-2016 :</p> <p>Le 27 novembre 2015 à la MAS des Chants d'Eole à l'attention des aidants professionnels et familiaux (une trentaine d'aidants étaient présents). Les intervenants étaient des professionnels ayant une expérience d'accompagnement Huntington dont 4 professionnels du SAMSAH APF 22</p> <p>Le 13 mai 2016 à la MAS de Rosporden toujours à l'attention des aidants professionnels et familiaux avec une professionnelle du SAMSAH APF 22. Intérêt : préparation commune de ces journées permet aux professionnels de se connaître et facilite les retours d'expérience par la suite et contribue à faciliter le parcours des personnes.</p> <p>2- Constitution d'une équipe de formalisation des pratiques composée de professionnels de la MAS des chants d'Eole, de la MAS de Rosporden, du SAMSAH de l'APF, de l'ERHR ; de l'association France Huntington.</p> <p>L'idée est de faire profiter de l'expérience, des savoir-faire acquis pour formaliser des pratiques repères et en faire profiter les personnes qui accompagnent les malades.</p> <p>Première rencontre en octobre 2016 à Pontivy avec la réalisation d'une fiche pratique sur l'alimentation et la déglutition. En projet, une fiche sur la préparation de l'entrée en établissement.</p>

	3- En 2017, organisation d'une journée de présentation du fonctionnement de la filière et des centres de références, de compétences, à destination des professionnels (apports médicaux...).
Partenaires associés	Equipe relais Bretagne dispositif Handicap rare/Maladie Rare, la MAS des Chants d'Eole (Léhon-Dinan), le SESVAD de l'APF (notamment le SAMSAH), le foyer Ker Odet (Plomelin), la MAS Ty Aven (Rosporden), la MAS Kerdihun (Saint-Brieuc) et l'Association Huntington France.
Bonnes pratiques à partager	Pouvoir partager des questionnements et savoir-faire par le biais d'une mise en commun des ressources existantes et d'une réflexion sur des outils et des bonnes pratiques
Risques et difficultés rencontrés	Que le service soit sollicité au-delà de sa capacité et sans moyen financier supplémentaire pour y faire face.
Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	L'intérêt, la volonté de participer à la dynamique interactive impulsé par la méthodologie proposée.
Modalités d'évaluation envisagées	Evaluation par le COPIL de l'équipe relais Handicap Rare/Maladie Rare
Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?	
Remarques	-
Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?	6 personnes accompagnées par le service ont pu bénéficier de l'expertise développée par le SAMSAH APF 22 dans le cadre de l'inscription dans ce dispositif.
Contact	Nom de la personne ayant rempli la fiche : SAMSAH APF – Marianne ZOTTNER et Charlotte EVAIN avec l'équipe pluri disciplinaire Date de remplissage : 14/12/2016 Organisme d'appartenance : SESVAD APF 22 – Marianne Zottner, directrice Mail : marianne.zottner@apf.asso.fr

Fiche 33 : Partenariat entre SAVS Jacques Cartier + Service à la Personne (SAP) + SAAD (aide à domicile) + CHU Rennes Pôle Sourds

Intitulé de l'expérience	Partenariat entre SAVS Jacques Cartier + Service à la Personne (SAP) + SAAD (aide à domicile) + CHU Rennes Pôle Sourds
Territoire concerné	Canton Guingamp + « veille » à distance (CHU + CRESAM, centre de ressources national en surdicécité)
Contexte de création/mise en place (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	En 2001, à la demande de la personne, de sa famille, intervention conjointe de l'ex Service de Suite (devenu SAVS pour DA) et Cresam. Perte sensorielle (surdité totale, dégradation des capacités visuelles > quasi cécité). Syndrome Usher type 1. Famille + CRESAM + Service de Suite
Objectifs de la démarche	Maintien à domicile en logement autonome
« Périmètre du dispositif (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)	Personnes sourdaveugles Notification d'orientation SAVS par MDPH + Plan de Compensation très personnalisé Participation financière de la personne via PCH et AAH : SAAD, interprétariat (temps de régulation) séjour vacances annuel et national (ANPSA)
Calendrier de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)	2001 – 2016 Parents en proximité mais vieillissants. Contexte de vie devenu moins stimulant Orientation discutée vers Foyer de Vie pour personnes sourdes malvoyantes
Partenaires associés	La personne, sa famille, MDPH, SAAD, SAVS DV (voisin du nôtre), SAP (interprétariat LSF tactile), CRESAM, CHU Pôle Sourds Equipe Relais HR, ANPSA, Phare d' Ouest
Bonnes pratiques à partager	La MDPH 22 confie le rôle d'évaluateur externe aux 2 SAVS (DA, DV). Plus-value dans la compréhension et l'élaboration du Plan (très) Personnalisé de Compensation. Place particulière d'un SAVS « Ressources » (coordination, communication). Appui d'un réseau d'importance. Analyse de pratique Bilan et ou régulation entre SAAD (aide à dom.) et le SAVS. Le maintien à domicile a pu s'effectuer sur + de 15 ans
Risques et difficultés rencontrés	Communication uniquement en Langue des Signes « tactile ». Très peu de professionnels locuteurs. Donc phénomène d'incommunication s'installe avec les autres intervenants. Parfois anxiogène. Accélération du processus de vieillissement ? (atteintes cognitives liées aux capacités sensorielles en diminution ?)

Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	L'adhésion de la personne. L'intervention très régulière du SAAD (3 fois semaine) Travail conséquent de coordination et de réseau (acteurs locaux, départementaux, régionaux, nationaux)
Modalités d'évaluation envisagées	Les bilans SAVS, les consultations Pôle Sourds du CHU, le bilan de compensation personnalisée avec la MDPH. Les bilans communs : la personne, SAAD, SAVS, SAP (interprétariat)
Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?	Plan de formation en LSF des intervenants du SAAD (effectué les 1 ^{ères} années mais non renouvelé)
Remarques	Situation très complexe qui peut valoir d'exemple. Modèle transposable parce que développement d'un certain savoir-faire en réseau. Pédagogie du doute, toutefois.
Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?	1 personne, situation très singulière Sur le 22, 20 personnes sourdes malvoyantes en contact avec les 2 SAVS sensoriels
Contact	Nom de la personne ayant rempli la fiche : LE ROUX Dominique Date de remplissage : 6 décembre 2016 Organisme d'appartenance : Centre J.Cartier 22, SAVS Mail : dleroux@jacquescartier22.com

Fiche 34 : Pratique de double orientation SAVS-SAMSAH handicap psychique, avec le SAMSAH Espoir 35 départemental en appui aux SAVS du département

Intitulé de l'expérience	Pratique de double orientation SAVS-SAMSAH handicap psychique, avec le SAMSAH Espoir 35 départemental en appui aux SAVS du département
Territoire concerné	Département 35
Contexte de création/mise en place (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	Appel à projet SAMSAH 2015 Volonté de répondre aux besoins des ESMS non spécialisés dans le handicap psychique. Facilité de passage d'un service à un autre issu de la même association ou non.
Objectifs de la démarche	Apporter des compétences et du soutien aux équipes professionnelles extérieures à Espoir 35 afin de préserver la place et l'ancrage des personnes en situation de handicap dans leur établissement d'origine.
« Périmètre du dispositif (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)	Cette démarche s'adresse aux institutions percevant un bénéfice au renfort ponctuel de l'équipe mobile autour d'une situation individuelle (composée d'une partie de l'équipe du SAMSAH Handicap psychique). Conventionnement.
Calendrier de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)	Sollicitation de l'équipe de direction d'Espoir 35 Prise de contact et évaluation de la situation Estimation des moyens à engager Echéance fixée entre l'ESMS et l'équipe mobile Poursuite ou non du travail amorcé par un accompagnement SAMSAH durable. Il peut s'agir d'un accompagnement très ponctuel le temps d'une crise ou d'une fermeture d'établissement en relai.
Partenaires associés	ESMS MDPH Equipe mobile Espoir 35
Bonnes pratiques à partager	Interconnaissance entre les équipes Définitions des rôles et responsabilités pour chaque situation
Risques et difficultés rencontrés	Demande forte des ESMS non spécialisés du fait de la montée des troubles psychiques parmi leurs personnes accueillies. Evaluation permanente de l'équipe de direction du temps mobilisé afin qu'il ne rogne pas de trop sur les interventions de l'équipe en SAMSAH (même équipe)
Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	Premières expériences concluantes Communication sur le dispositif

Modalités d'évaluation envisagées	Retour d'expériences des ESMS concernés qui seront intégrés au rapport d'activités
Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?	
Remarques	
Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?	5 ESMS ou établissements sanitaires
Contact	Nom de la personne ayant rempli la fiche : ML LE CORRE Date de remplissage : 15/12/2016 Organisme d'appartenance : ASSOCIATION ESPOIR 35 Mail : contact@espoir35.fr

Fiche 35 : Interservices Domicile 35

Interservices Domicile 35 est un réseau d'associations et fédérations d'aide et de soins à domicile et de services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (ADMR 35, handicap service 35, L'ADAPT, APF 35, UNA) pour les personnes en situation de handicap vivant à domicile en Ille-et-Vilaine.

Une convention cadre a été signée entre les membres le 18.06.2014, suite à un travail d'accompagnement dans le cadre d'un Dispositif Local d'Accompagnement en 2013/2014. Le SAMS APF 35 assure jusqu'en juin 2016 la coordination de l'Interservices Domicile 35.

Interservices Domicile 35 a pour objectifs :

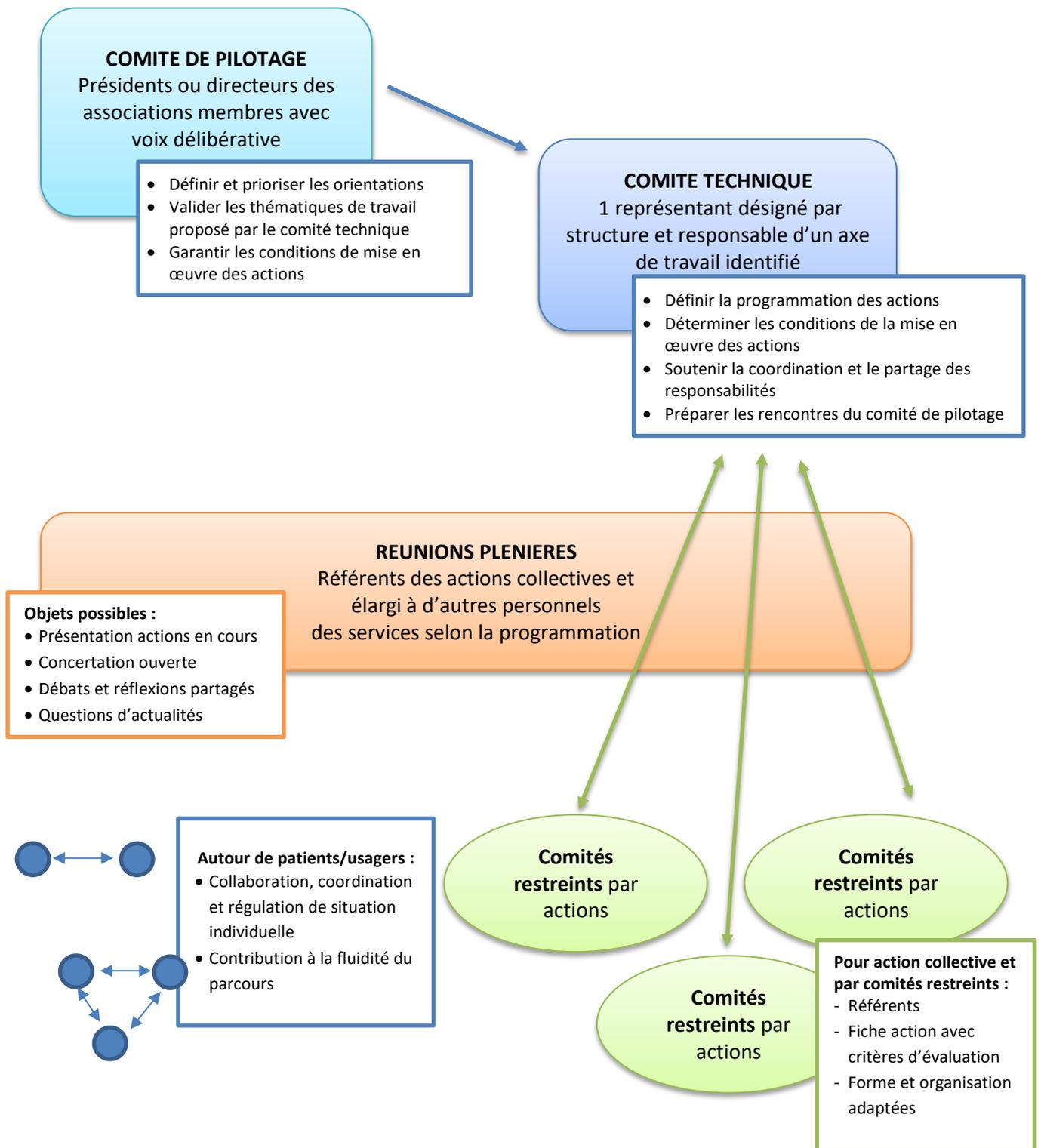
- Faciliter la continuité des parcours de soins et de vie des personnes accompagnées.
- Chercher et construire des réponses aux besoins non couverts des personnes.
- Réfléchir aux besoins spécifiques des professionnels intervenants à domicile et partager nos compétences.
- Interpeller et alerter les pouvoirs publics.

L'Interservices Domicile 35 a particulièrement travaillé sur :

- Les situations complexes,
- Le projet de mise en place d'une prestation de nuit mutualisée sur le Pays de Rennes. Un dossier vient d'être déposé courant avril auprès du Conseil Départemental et de l'ARS.
- Le comité de pilotage et les comités restreints se sont réunis régulièrement.
- Un théâtre miroir sur le thème *Etre aidé, Aider, Une relation à « Hauts risques »* avec une compagnie professionnelle de théâtre de rue.
- La participation à des forums, colloques et journées thématiques.
- La concertation pour l'amélioration des prises en charges et parcours de vie des personnes accompagnées.

Sur les réalisations à venir : formation avec ASKORIA pour 60 salariés des différents services sur les thématiques suivantes : confidentialité et intimité (2 jours)

SCHEMATISATION DES COLLABORATIONS ET DES COOPERATIONS DU RESEAU INTERSERVICES



Fiche 36 : Intervention du SESSAD TED/DI Arc en Ciel auprès d'un enfant de 10 ans en risque de rupture de parcours pour accompagner une réorientation vers un IME

Intitulé de l'expérience	Intervention du SESSAD TED/DI Arc en ciel auprès d'un enfant de 10 ans en risque de rupture de parcours pour accompagner une réorientation vers un IME
Territoire concerné	Territoire 1
Contexte de création/mise en place (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	<p>Le territoire connaît quelques situations d'enfants, présentant des troubles envahissants du développement ou des troubles psychiques, accueillis à temps plein en pédopsychiatrie sans solution scolaire ou éducative. Ces enfants présentent des risques de rupture de parcours importants, faute de solutions adaptées, aux termes de l'âge limite d'accueil sur ces services de soins. Certains de ces jeunes sont en attente de place en IME ou ont déjà eu l'expérience infructueuse d'accueil en IME.</p> <p>Cette intervention est à l'initiative du service de pédopsychiatrie du territoire et d'un IME autour d'une situation particulière d'enfant. Ce jeune a déjà bénéficié d'un accueil en IME à temps partiel mais celui-ci s'est révélé très complexe et a abouti à un arrêt au profit d'une prise en charge axée uniquement sur la pédopsychiatrie. Ces services se sont mobilisés avec le SESSAD pour tenter de proposer une alternative pour tenter une orientation préparée vers un nouvel IME d'accueil.</p>
Objectifs de la démarche	<ul style="list-style-type: none"> • Apporter au jeune et à sa famille une solution adaptée et pérenne de prise en charge, • Permettre un retour de l'enfant vers un autre IME, au moins à temps partiel, après une première expérience infructueuse. • Sortir d'une prise en charge à temps plein de l'enfant en pédopsychiatrie avec quelques relais en famille d'accueil ASE.
« Périmètre du dispositif (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)	<p>Enfants de moins de 12 ans accueillis à temps plein ou partiel sur les différents services de pédopsychiatrie et bénéficiant de relais fragiles dans des familles d'accueil ASE.</p> <p>Accès au SESSAD via la commission des situations critiques et par la mise en place de notification d'orientation spécifique (double notification d'orientation IME/ SESSAD) par la MDPH du département.</p> <p>Il s'agit d'un projet pour tenter de trouver des solutions adaptées à la situation d'un jeune, le SESSAD ne pouvant garantir la réussite de l'objectif visé, à savoir, un retour en IME.</p> <p>Une demande de CNR sera à faire pour la mise en place des étapes suivantes de ce projet.</p>
Calendrier de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)	<ul style="list-style-type: none"> • La démarche conjointe IME sortant /Hôpital de jour/SESSAD a démarré en mai 2016 par l'écriture d'un projet commun. • Notification d'orientation accordée en août 2016 • Mise en route auprès de la famille et du jeune en septembre 2016 <p>Ce projet doit se construire sur deux ans avant les 12 ans du jeune, âge limite avant la fin de l'accueil en HDJ sans relais dans des dispositifs ado.</p>

Partenaires associés	SESSAD IME sortant Pédopsychiatrie ASE Potentiels IME d'accueil
Bonnes pratiques à partager	Mise en place de bilans spécifiques comme le PEP3, les particularités sensorielles mais aussi l'introduction de la méthode ABA et de supports alternatifs à la communication (Makaton)
Risques et difficultés rencontrés	<ul style="list-style-type: none"> • Les troubles propres à l'enfant et ses difficultés à tolérer les autres, et donc le collectif, caractéristique importante des PEC en IME, • Pas d'IME d'accueil de désigné : difficile pour le moment d'inscrire des étapes supplémentaires à ce projet. • L'accueil jusqu'aux 12 ans en hôpital de jour : si pas d'IME d'accueil de désigné il y a une risque certain de rupture de parcours. Le SESSAD seul ne pourra suffire.
Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	<ul style="list-style-type: none"> • Collaboration inter-service, • Adhésion de la famille, • Bonne connaissance des réalités de chacun des services concernés par les autres, • Coordination efficace du projet par un médecin, • Accord de la MDPH pour une double notification SESSAD/IME, • Soutien de l'ASE
Modalités d'évaluation envisagées	Projet en cours, non évaluable pour le moment.
Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?	Que tous les acteurs du projet soient désignés d'emblée pour inscrire cette action dans le temps et venir en garantir sa mise en place durable.
Remarques	Projet intéressant mais chronophage. Attention à doser le nombre de situations par service et à solliciter d'autres SESSAD (troubles du comportement, DI ...). Notre mission d'appui pourrait servir à ce type de soutien.
Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?	1
Contact	Nom de la personne ayant rempli la fiche : Régine LE SANN Date de remplissage : 15 /02/2017 Organisme d'appartenance : SESSAD arc en ciel Association Les Genêts d'Or, 3 rue Olympe de Gouges, 29600 Morlaix Mail : regine.lesann@lesgenetsdor.org

Fiches 37 : mission d'appui de SESSAD TED auprès des autres SESSAD

Intitulé de l'expérience	Mission d'appui du SESSAD ADAPEI 56, antenne de LORIENT
Territoire concerné	Territoire de santé N°3.
Contexte de création/mise en place (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	Dans le cadre du plan d'actions régionales autisme 2014 – 2017, l'une des actions majeures du plan est l'organisation d'une gradation et d'une territorialisation de l'offre d'accompagnement qui s'est traduite par la publication en février 2016 par l'Agence Régionale de Santé, du schéma cible de l'offre d'appui à l'accompagnement des personnes avec TED en Bretagne.
Objectifs de la démarche	<ul style="list-style-type: none"> • Proposer une réponse graduée au service des personnes • Rendre possible un accompagnement de proximité, dans des établissements ou services non spécialisés • Améliorer et harmoniser les modes d'accompagnement et les pratiques en tenant compte des spécificités des personnes avec TED, dans le cadre des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'HAS/ANESM, • Favoriser la mise en place de coopérations sur les territoires • Créer des interactions entre les services d'appui et les autres services
« Périmètre du dispositif (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)	La démarche concerne les personnes avec autisme et autres TED, et elle s'adresse aux structures et services non spécialisés dans l'accompagnement de ce type de population. Aucune participation financière n'est demandée.
Calendrier de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)	<p>Après réponse favorable à l'appel à projet de l'ARS, les Sessad désignés ont participé à 4 réunions de travail animées par le CRA dans le but de définir les contours de cette mission. Le résultat de ce travail, qui s'apparente à une offre de service a été définie et mise en ligne sur leur site. Des rencontres pour faire évoluer cette offre seront planifiées.</p> <p>La mission d'appui s'est mise en place dès septembre 2016 au sein de l'antenne de Lorient du SESSAD ADAPEI 56. Elle nécessite un travail de préparation des outils à l'interne et à l'externe. Par ailleurs des rencontres avec les partenaires spécialisés dans la PEC des personnes TSA ont été mises en places, sur le territoire mais également au niveau régional afin de bénéficier du savoir-faire de structures comme le SESSAD « Mille sabords » de Rennes.</p> <p>Un mailing à destination des structures concernées a été envoyé. Une plaquette est en cours de finalisation.</p> <p>La poursuite du travail de partenariat avec les autres SESSAD d'appui du département nous semble important ; il peut nous permettre de répondre, entre autre, à une des attentes exprimées lors des rencontres avec les partenaires : une homogénéisation des pratiques.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mise en place d'evernote (support permettant une mutualisation de différents outils) ➤ Recensement de l'existant sur le territoire en matière de PEC des personnes TSA .
<p>Partenaires associés</p>	<p>Nos principaux partenaires sont l'Unité d'Appui et de Coordination (UAC) du CRA Bretagne, le SESSAD Bleu Cerise (association Kervihan) et le SESSAD Les Vénètes (Vallée du Loch).</p>
<p>Bonnes pratiques à partager</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Outils d'évaluations ➤ Accès à certaines formations clefs ➤ Recommandations de l'ANESM et la HAS concernant l'autisme, et la dernière recommandation de l'ANESM publiée en décembre, concernant les « comportements – problèmes » ➤ Structuration du temps et de l'environnement. ➤ L'évaluation des déficits sensoriels et la prise en compte de ces déficits dans l'accompagnement de la personne T.S.A. ➤ Privilégier une approche contextuelle et fonctionnelle des troubles du comportement. ➤ Accorder une place centrale à la famille, et à tout le travail de coordination entre professionnels accompagnant le jeunes.
<p>Risques et difficultés rencontrées</p>	<p>Pour l'heure, la difficulté est de « faire émerger la demande ». Plusieurs hypothèses à ce manque de sollicitations de la mission d'appui par les structures :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les structures ou services, par méconnaissance de l'autisme, proposent un accompagnement non spécifique et ne ressentent donc pas la nécessité d'un appui. • L'information sur l'existence des SESSAD mission d'appui n'est pas suffisante. • L'information sur les compétences et les services proposés par les SESSAD mission d'appui n'est pas fonctionnelle. • Les structures ou services ne s'autorisent pas à demander de l'aide à un SESSAD pas encore identifié comme « compétent ». <p>En complément du mailing, nous avons décidé de remédier à cette difficulté en rencontrant les structures et en diffusant un document support d'information concernant l'existence de la mission d'appui et ses possibilités d'interventions (construction de dépliant à trois volets, rendez-vous de présentation avec les structures potentiellement concernées).</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ + participation à des rencontres du « réseau handicap » sur le territoire. Ces rencontres sont organisées par la mairie de Lorient à un rythme de 2 par an. ➤ Une information diffusée par le magazine « Lorientmag »

Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Complémentarité des connaissances et compétences des professionnels dédiés à la mission d'appui ➤ Temps alloué à la mise en place d'outils au début
Modalités d'évaluation envisagées	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A l'interne : bénéfiques pour le service et pour les personnes TSA accompagnées par le service. ➤ Recontacter les structures utilisatrices
Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?	Mutualiser les moyens de communication sur cette mission
Remarques	Vient faciliter la mise en place d'une dynamique sur le territoire par le biais des rencontres.
Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?	A ce jour nous n'avons eu que 2 sollicitations. Nous avons des sollicitations des structures de droit commun (écoles et crèches) auxquelles nous allons répondre pour donner, analyser la demande et donner un premier niveau
Contact	<p>Nom de la personne ayant rempli la fiche : MC Pannetier Chef de service</p> <p>Date de remplissage : 9 février 2017</p> <p>Organisme d'appartenance : ADAPEI 56 Les papillons blancs</p> <p>Mail :mpannetier@papillonsblancs56.asso.fr</p> <p>sessad.adapei-lorient@orange.fr</p>

Fiche 38 : Equipe mobile d'intervention (EMI) médicosociale

Intitulé de l'expérience	Equipe mobile d'intervention (EMI) médico-sociale
Territoire concerné	Département du Finistère pour l'EMI gérée par les Genêts d'Or (à terme il existera une EMI par département ; à l'heure actuelle seules les équipes du 29, 22 et 56 ont reçu une autorisation d'ouverture)
Contexte de création/mise en place (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	La constitution de cette équipe (ainsi que des 3 autres équipes de la région) fait suite à un appel à projet lancé par l'ARS Bretagne au premier semestre 2016. Ces équipes sont mises en place selon un mode expérimental.
Objectifs de la démarche	En fonction des situations, les objectifs sont les suivants : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Eviter autant que possible les ruptures d'accompagnement en cas de comportements problèmes ➤ Favoriser la réintégration dans le secteur médico-social de personnes ayant des comportements problèmes en situation d'exclusion (vivant soit à domicile soit en secteur sanitaire)
« Périmètre du dispositif (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)	Les personnes pouvant bénéficier de ce dispositif doivent : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Disposer d'un diagnostic d'autisme posé ou fortement suspecté ✓ Présenter des troubles sévères du comportement - Les personnes peuvent vivre à domicile ou en établissement (médico-social ou sanitaire) - Un outil de demande d'intervention actuellement en cours de construction - Aucune participation financière ne sera demandée
Calendrier de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)	- Ouverture initialement prévue début janvier 2017 pour l'équipe du 29 (décembre 2016 pour les équipes du 22 et 56) - Après concertation avec les autres équipes mobiles et compte tenu de divers impératifs (recrutement des professionnels, formation de 10 jours à mettre en place), les équipes démarreront au deuxième trimestre 2017.
Partenaires associés	- Si les EMI sont des équipes médico-sociales, il a été demandé par l'ARS une réponse commune avec le sanitaire ; pour le 29 nous avons donc répondu avec le CHRU de Brest qui mettra à disposition de l'équipe mobile un 0,40 ETP de psychiatre et un ETP d'infirmier - Les autres équipes mobiles de la région : travail commun afin d'harmoniser les pratiques d'intervention, les outils et la méthodologie utilisés au sein des équipes. -A terme, il semble important que chaque EMI puisse travailler en lien avec les établissements ayant une mission d'appui (structures ayant des places dédiées autisme et ayant un rôle d'appui aux structures non dédiées autisme pour l'appropriation des RBPP). -Le CRA Bretagne
Bonnes pratiques à partager	-Le recours à une méthodologie spécifique d'analyse des comportements problèmes (outils issus des approches comportementales) ;

	<p>-Le travail spécifique qui sera mené avec le sanitaire pour l'accès aux soins somatiques ;</p> <p>-Le fait d'amener les professionnels à ne pas se focaliser uniquement sur le comportement problème et à tenter de le comprendre au regard de nombreux facteurs tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Les aspects somatiques (à examiner en priorité) ✓ Les particularités sensorielles ✓ Les difficultés d'expression, de compréhension ✓ La qualité de vie (type et nombre d'activité, lieu de vie, cercle relationnel et social...)
Risques et difficultés rencontrées	L'équipe n'est pas encore en place, il n'y a donc pas de possibilité de recul.
Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	Les liens qui se développent peu à peu avec les autres équipes de la région permettront un partage de pratiques limitant ainsi le sentiment d'isolement des professionnels et confortant les actions mises en œuvre
Modalités d'évaluation envisagées	Outils d'évaluation en cours de construction avec les autres équipes.
Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?	L'équipe n'est pas encore en place, il n'y a donc pas de possibilité de recul.
Remarques	/
Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?	L'équipe n'est pas encore en place.
Contact	<p>Nom de la personne ayant rempli la fiche : Morgane PHELEP (Chargée de missions autisme et autres troubles neurodéveloppementaux)</p> <p>Date de remplissage : Janvier 2017</p> <p>Organisme d'appartenance : Association Les Genêts d'Or</p> <p>Mail : morgane.phelep@lesgenetsdor.org</p>

Fiche 39 : Pôles territoriaux de Handi -Cap 22

Introduction

Enfants et adultes en attente d'accompagnement par un établissement ou un service, personnes handicapées vieillissantes sans solution pertinente en sortie du milieu protégé, aidants familiaux épuisés, personnes souhaitant vivre au cœur de la Cité qui ne se reconnaissent pas dans l'offre institutionnelle actuelle, personnes isolées éloignées de leurs droits... dans les Côtes d'Armor comme ailleurs en France, de nombreuses personnes en situation de handicap et leur entourage n'ont pas de solution adaptée à leurs besoins et leurs attentes.

Afin d'éviter ces ruptures et favoriser la fluidité des parcours de vie des personnes en situation de handicap, nous devons être capable d'élaborer avec elles des réponses individuelles, modulaires et décloisonnées.

Nous devons également rendre notre offre visible et accessible pour favoriser l'émergence d'un choix éclairé.

Dans un contexte budgétaire contraint mais avec des politiques publiques maintenant favorables à la mise en place de ces réponses modulaires pluridisciplinaires, la mutualisation des moyens existants nous semble la voie la plus pragmatique pour répondre aux nombreux besoins insatisfaits dans le département.

Aussi, nous, les principaux acteurs départementaux du secteur social, médico-social et sanitaire réunis dans le groupement associatif Handi-Cap 22, avons décidé de mettre en commun nos moyens et nos compétences au service des Pôles de Services Territoriaux pour que chaque personne en situation de handicap ait une solution tout au long de son parcours de vie.

Jean-Yves HERVIOU et Paule QUEMERE
Présidents d'HANDI-CAP 22

Pour qui ?

Afin de ne pas tenir des personnes éloignées de leurs droits, le dispositif est le plus ouvert possible. Il est donc accessible à :

- Toutes personnes concernées par une situation de handicap : enfants et adultes en situation de handicap, proches, professionnels
- Avec ou sans notification de la Commission des Droits Aux Personnes Handicapées
- Suivies ou non par un Etablissement ou un Service Médico-Social

Dans quelles situations ?

Reprenant les termes de l'article 89 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, le dispositif peut être mobilisé dans les situations suivantes :

- *Complexité de la réponse à apporter, constat ou risque de rupture du parcours de vie de la personne en situation de handicap*
- *Absence ou inadéquation des réponses connues*
- *Demande de la personne concernée ou de son représentant*

Où ?

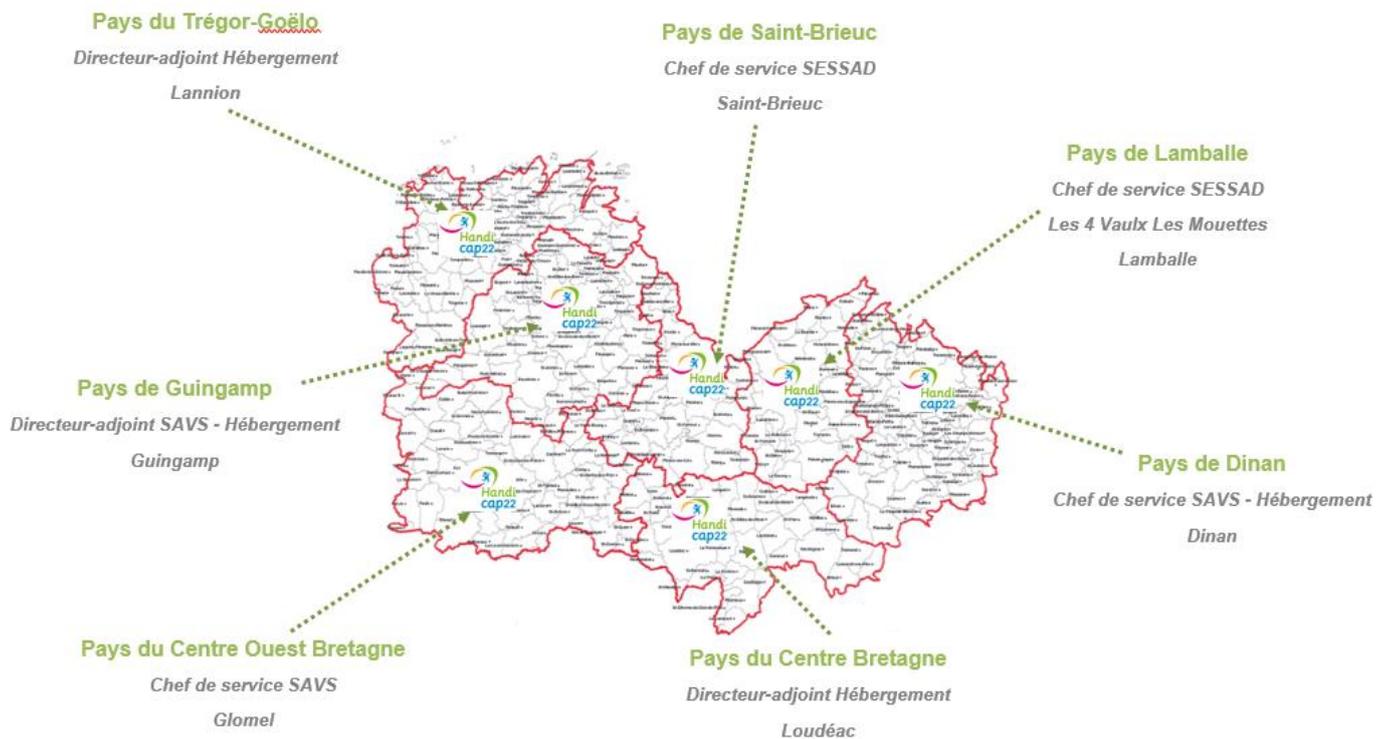
- ***Dans tout le département des Côtes d'Armor***

Le dispositif s'étend sur l'ensemble du département des Côtes d'Armor en cohérence avec les dispositifs des départements limitrophes.

- ***Au plus près du territoire de vie de la personne concernée***

La liberté de choisir son lieu de vie est un élément essentiel du projet de vie des personnes concernées et de leur entourage.

Afin que les solutions proposées reposent sur les acteurs de proximité pertinents, nous avons choisi de créer 7 Pôles de Services



Comment ?

- **Accueil et évaluation de la demande**

Le dispositif se veut le plus accessible possible.

C'est la raison pour laquelle nous avons choisi de cumuler les avantages du guichet intégré et du guichet unique en proposant trois portes d'entrées.

- **Un guichet intégré dans les établissements et services des associations membres d'Handi-Cap 22**

Dans chaque établissement ou service membre ou partenaire d'Handi-Cap 22, les équipes de professionnels se sont engagées à accueillir, informer et orienter les personnes concernées par une situation de handicap.

En cas de nécessité et avec l'accord express de la personne concernée formalisé dans une fiche de liaison datée et signée, ces équipes de professionnels se mettent en lien avec le coordinateur du pôle de service territorial pour présenter la situation au collectif de partenaire réuni en table ronde.

- **7 Coordinateurs de Pôle de Service Territoriaux répartis dans tout le département**

Des coordinateurs de Pôle de Service Territorial Handi-Cap 22 ont été installés pour développer et entretenir la dynamique partenariale sur laquelle repose le dispositif.

Experts de l'offre territoriale de leur pôle et facilement identifiables dans leur territoire, les coordinateurs de pôle centralisent les demandes et coordonnent le collectif de partenaire réuni en table ronde.

En lien avec les autres coordinateurs territoriaux et la coordination départementale de Plérin, ils sont en mesure d'explorer des solutions qui dépassent le périmètre géographique de leur pôle territorial.

- **Un Coordinateur départemental à la Plateforme de coordination départementale Handi-Cap 22 à Plérin**

Le coordinateur départemental de Plérin accueille, informe et oriente les personnes concernées par une situation de handicap qui s'adressent directement à la Plateforme de Coordination Départementale située au siège d'Handi-Cap 22 à Plérin.

- **Prise en compte de la demande et proposition d'une réponse accompagnée**

Les professionnels des établissements et services du guichet intégré comme les coordinateurs territoriaux qui ont reçu la demande s'engagent à proposer une réponse accompagnée.

Ce faisant, ils s'engagent à prendre en compte chaque demande et à mettre en lien la personne concernée avec les acteurs pertinents lorsque la demande ne relève pas de la compétence de leur établissement ou service.

Pour cela, ils peuvent mobiliser le collectif de partenaires réuni en table ronde.

- **Les tables rondes territoriales : des équipes pluridisciplinaires composées de professionnels du secteur social, médico-social et sanitaire.**

Les tables rondes sont des instances qui réunissent le coordinateur territorial et des professionnels de terrain des établissements et services du territoire susceptible d'apporter toute ou partie de la solution proposée à la personne concernée.

Ces équipes pluridisciplinaires composées de professionnels des secteurs social, médico-social et sanitaire préfigurent les Groupe Opérationnels de Synthèse prévus dans la Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

- **Elaboration d'un Plan d'Accompagnement Global**

Sur la foi de la fiche de liaison renseignée par la personne concernée et le professionnel portant la demande, cette équipe pluridisciplinaire établit une ou plusieurs propositions de plan d'accompagnement qui mobilisent des solutions pragmatiques et réalistes.

- **Mise en œuvre de la réponse accompagnée**

Une fois acceptée par la personne concernée ou son représentant, la mise en œuvre de la réponse accompagnée proposée repose sur un ou plusieurs acteurs coordonnés par un interlocuteur unique clairement identifié : le référent de parcours.

- **Le Référent de parcours : un repère pour la personne accompagnée et les différents acteurs intervenant dans la réponse accompagnée**

La multiplicité des acteurs sollicités nécessite qu'un acteur identifié par tous assure la coordination des différents intervenants et le lien entre la personne concernée et le dispositif Handi-Cap 22.

C'est la raison pour laquelle un référent de parcours est systématiquement désigné par l'équipe pluridisciplinaire et fait partie intégrante du plan d'accompagnement proposé à la personne concernée par une situation de handicap.

- **Le principe de coresponsabilité des acteurs dans la mise en œuvre de la réponse accompagnée**

Les réponses accompagnées proposées nécessitent l'engagement des acteurs y participant.

Cet engagement qui implique parfois l'aménagement de l'organisation des établissements et services membres ou partenaires d'Handi-Cap 22 est formalisé par une convention de partenariat qui sécurise la faisabilité des plans d'accompagnement proposés.

Par qui ?

L'efficacité du dispositif repose sur la mutualisation la plus large possible des moyens et des compétences des acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires œuvrant dans le milieu protégé comme dans le milieu ordinaire.

▪ **Handi-Cap 22 : plus de 80% de l'offre sociale et médico-sociale du 22 réunie en association**

Le groupement d'associations Handi-Cap 22 fédère plus de 1 400 adhérents bénévoles. Ses membres gèrent 105 établissements ou services. Ils assurent l'accompagnement et la prise en charge en établissement et à domicile de 9 000 personnes handicapées ou dépendantes sur le département, ce qui représente plus de 80 % de l'offre sociale et médico-sociale en Côtes d'Armor.

Les 13 membres d'Handi-Cap 22 sont : Adapei-Nouvelles Côtes d'Armor, ADIMC 22, Ker Spi, ADMR 22, 4 Vaulx les Mouettes, Centre Hélio Marin/Œuvre d'hygiène sociale des Côtes d'Armor, A fond la Caisse, APM 22, Mutualité Française des Côtes d'Armor, Coallia, Association Hospitalière de Bretagne, Emeraude ID, Fondation Saint Jean de Dieu.

▪ **Partenaires conventionnés avec Handi-Cap 22**

Plus d'une centaine d'établissements et services partenaires participent dans tout le département de façon ponctuelle ou plus régulière au dispositif Handi-Cap 22, ce qui garantit la diversité et la quantité des réponses possibles.

▪ **En lien avec la MDPH 22**

Le dispositif Handi-Cap 22 s'inscrit, dans l'esprit de l'organisation prévue dans la Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, dans une logique de complémentarité avec les missions et services portés par la MDPH des Côtes d'Armor.

Ainsi, des liens fonctionnels existent entre la MDPH et les Pôles de service territoriaux de façon à prévenir autant que possible les situations d'urgence absolue relevant de la commission des situations critiques.

▪ **Un dispositif mis en œuvre par l'Adapei-Nouvelles Côtes d'Armor**

Le groupement associatif Handi-Cap 22 a confié la maîtrise d'œuvre du dispositif à l'un de ses membres : l'Adapei-Nouvelles Côtes d'Armor.

Pour aller plus loin

Par le nombre et la diversité de ses acteurs présents dans tout le département, Handi-Cap 22 est en mesure de porter des actions transversales permettant une meilleure connaissance des besoins et de l'offre dans les territoires mais aussi d'élaborer les solutions de demain.

▪ **Vers un observatoire médico-social**

Une partie des membres d'Handi-Cap 22 a initié une démarche de mutualisation de leurs listes d'attente qui permet une analyse quantitative et qualitative des besoins, consolidée au niveau départemental.

▪ **Vers une offre de service plus accessible et lisible**

La lisibilité de l'offre de service dans un territoire est un enjeu majeur de l'accessibilité de nos services permettant une meilleure fluidité des parcours de vie des personnes en situation de handicap.

Aussi, les membres d'Handi-Cap 22 ont décidé la mise en ligne d'un portail internet grand public recensant l'offre de service sociale, médico-sociale et sanitaire en fonction du lieu de vie et des besoins des personnes concernées par une situation de handicap.

▪ **Vers de nouveaux modes d'accompagnement : accueil temporaire, Habitat Handi-Citoyen,...**

Les membres d'Handi-Cap 22 partagent la conviction que des solutions innovantes et la mobilisation de nouveaux modes d'accompagnement s'inscrivent dans mais aussi au-delà du cadre des agréments contribuent à prévenir et limiter les ruptures dans les parcours de vie des personnes en situation de handicap.

Aussi, des démarches de partage d'expérience et des formations transversales sont implantées au niveau d'Handi-Cap 22 pour favoriser l'émergence de ces nouveaux modes d'accompagnement.

Fiche 40 : MAIA PA / PH du Pays de Brocéliande

http://www.creai-bretagne.org/images/pdf/journee_services_2015_veronique_colin.pdf

Issue du plan national Alzheimer, la MAIA est une Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins intervenant dans le champ de l'Autonomie. En Ille et Vilaine, les bénéficiaires finaux de cette démarche sont les personnes âgées et/ou en situation de handicap (enfant et adulte) confrontées à une très forte complexité de perte d'autonomie. Cette méthode s'appuie sur une organisation territoriale renforcée des professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social, avec un enjeu fort : l'intégration. Celle-ci repose sur l'engagement des acteurs à un travail collectif pour faire évoluer les organisations et les pratiques professionnelles dans un objectif de simplification des parcours.

L'ARS Bretagne et le Département ont signé une convention début 2014 confiant au Département la mission de « préfiguration d'un dispositif intégré adapté aux PA/PH »

Pour le Département, il s'agissait d'agir pour une meilleure coordination des acteurs : dans le cadre du nouveau schéma départemental en faveur de l'autonomie des PA/PH (schéma unique pour la première fois), un diagnostic a été réalisé en 2013. Il a permis de faire émerger des thématiques prioritaires dont celle de la coordination des acteurs. Le manque de lisibilité, la superposition des dispositifs étaient cités très régulièrement comme étant un obstacle au parcours de vie des personnes, qu'elles soient âgées ou en situation de handicap.

C'est pourquoi le Département a proposé à l'ARS de travailler sur la préfiguration d'un dispositif qui concernerait les deux populations : PA/PH. L'ARS a répondu positivement à cette proposition : en effet, dès l'élaboration du schéma de l'organisation de l'offre médico-sociale du PRS et des programmes territoriaux de santé en 2012, il est apparu une forte attente et un besoin d'action sur la coordination/intégration des acteurs et le développement d'initiatives de nature à favoriser la fluidité des parcours des personnes en situation de handicap.

En termes de méthode, les étapes du projet ont été organisées en 3 phases :

- La réalisation d'un diagnostic des coordinations en précisant pour chaque instance, son rôle, son articulation avec les autres dispositifs, sa composition, son territoire d'intervention, sa fréquence de rencontre ;
- La recherche de simplification : cela s'est fait avec les acteurs de terrain par l'organisation d'ateliers participatifs ;
- Puis enfin, par la proposition d'organisation d'un dispositif unique PA/PH à l'échelle du département

Rôle du Pays du Brocéliande, porteur de la MAIA : Piloter le déploiement de la méthode :

- Garantir la concertation, animer la table tactique
- Analyser et partager la connaissance du territoire et du service rendu
- Harmoniser les pratiques et améliorer la lisibilité du système d'aides et de soins
- Mettre en place le guichet intégré, en développer les outils
- Développer une relation et une organisation spécifique avec le médecin conseil territorial PA/PH et les gestionnaires de cas, agents du Conseil départemental
- Participer et rendre compte des travaux à la table stratégique départementale qui assure le suivi de la montée en charge du dispositif

Les objectifs de la MAIA :

- Simplifier et harmoniser le parcours de la personne âgée et/ou en situation d'handicap et leurs aidants
- Rendre accessible le système d'aides et de soins quelle que soit la structure à laquelle la personne s'adresse

- Construire une réponse adaptée aux besoins des usagers

La méthode :

-Une dynamique d'intégration qui associe les acteurs des champs :

- Sanitaires
- Médico-sociaux
- Sociaux

- Un travail collectif pour faciliter les parcours, décloisonner et améliorer les prises en charge

- Le soutien à domicile des situations les plus complexes pour un accompagnement renforcé et individualisé

http://www.creai-bretagne.org/images/pdf/journee_services_2015_veronique_colin.pdf

http://www.pays-broceliande.com/upload/gedit/1/MAIA/20161115_com_plaquette-maia.pdf

Fiche 41 : Plateforme des parcours

Intitulé de l'expérience	Plateforme des parcours
Territoire concerné	Département du Finistère Pilotage du dispositif par la DPAPH en lien étroit avec la MDPH et l'ARS
Contexte de création/mise en place (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	<ul style="list-style-type: none"> - Groupe de travail dans le cadre du 4^{ème} schéma en faveur des personnes handicapées, à l'initiative du CD 29 - Constats : manque de lisibilité dans les procédures d'admissions en établissement et absence de démarche concertée entre les gestionnaires. Ces éléments complexifient le parcours des personnes handicapées et de leurs familles.
Objectifs de la démarche	<p>Apporter une réponse en adéquation avec les besoins en définissant des priorités d'admission dans des établissements.</p> <p>Repérer et traiter les situations complexes</p> <p>Alerter les structures sur ces situations (institutionnelles et associatives)</p>
« Périmètre du dispositif (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)	<p>Public : Personne adulte bénéficiant d'une orientation FV/FAM/MAS valide et ayant déposé des demandes d'inscriptions dans les établissements correspondant à l'orientation.</p> <p>Organisation : 2 instances, l'une de travail, l'autre décisionnelle, à 15 jours d'intervalle maximum.</p> <p><u>L'instance technique</u> est une instance de travail, elle étudie les situations et formule des préconisations d'admission et/ou des pistes de travail à explorer pour qu'une solution soit trouvée. Elle recherche l'adéquation entre l'offre et la demande. Elle se compose de 2 représentants (titulaires et suppléants) de chaque association/structure gestionnaire d'établissement qui dispose de places FV/FAM/MAS sur le département, de représentant des usagers (CAPH 29), de la MDPH, de l'ARS.</p> <p><u>La Commission départementale de régulation des admissions</u> est une instance décisionnelle qui délibère sur les propositions et les priorisations de l'instance technique. Les situations sont présentées de manière anonyme. Elle se compose de (titulaires et suppléants pour chaque) : représentants des établissements au titre des fédérations, représentants des usagers (CAPH 29), MDPH, ARS, Elus du CD29.</p> <p>Pour les situations complexes : Critères de complexité : urgence/mise en danger ; cohérence du projet de vie en établissement ; degré d'inadéquation ; éloignement ou proximité géographique et ancienneté d'inscription (coefficient différent selon le critère) . Chaque situation fait l'objet d'une cotation en instance technique en fonction de ces critères, un minimum de 50 points sur 72 est nécessaire pour que la situation soit qualifiée de complexe. Transmission des situations à la DPAPH par les gestionnaires d'établissement si la personne est connue (quotas de situations complexes présentables selon nombre de places FV/FAM/MAS du gestionnaire). Pour les autres situations, transmissions possibles par les services sociaux hospitaliers, services des majeurs protégés et pouvoirs publics (MDPH, ARS, CD29).</p>

	<p>Après étude, si la situation est reconnue complexe, la personne est priorisée sur des établissements dans lesquels elle est inscrite. La priorisation ne vaut pas admission, elle signifie que lorsqu'une place se libèrera dans l'établissement le Directeur étudiera en priorité cette situation mais il reste bien seul décisionnaire des admissions.</p> <p>Pour les ouvertures/extensions d'établissements : Critères d'étude des situations : cohérence du projet de vie en établissement ; degré d'inadéquation ; éloignement ou proximité géographique et ancienneté d'inscription. Chaque situation fait l'objet d'une cotation en instance technique en fonction de ces critères, les cotations les plus élevées sont proposées pour l'admission.</p> <p>Transmission des situations à la DPAPH par le gestionnaire d'établissement concerné par l'ouverture/l'extension. Seuil de situations présentables selon le nombre de place (2 fois la capacité si + de 15 places, 3 fois si moins de 15 places).</p> <p>Après étude, la liste des personnes priorisées est transmise au gestionnaire.</p> <p>Dans les 2 cas de figures, le gestionnaire informe la DPAPH des suites des priorisations et motive les refus de prise en charge. Les priorisations plateforme des parcours ne sont pas une réponse à l'urgence.</p>
<p>Calendrier de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)</p>	<p>Mise en œuvre de la plateforme des parcours depuis mai 2014, sur un rythme moyen de 3 instances techniques et 3 commissions par an. Perspective : mise en place du dispositif RAPT, la plateforme devient un outil du DPO dans une phase transitoire.</p>
<p>Partenaires associés</p>	<ul style="list-style-type: none"> – MDPH – ARS – Gestionnaires d'établissements disposant de places FV/FAM/FAM – CAPH29
<p>Bonnes pratiques à partager</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Légitimité des autorités de tarification à inciter fortement à la prise en charge, notamment via les CPOM – Démarche de fonctionnement de réseau – Prise de décisions collégiales donc reconnues – Limitation de l'effet filière
<p>Risques et difficultés rencontrées</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Nécessite des échanges avec les gestionnaires pour les admissions ainsi que la participation du CD29 aux commissions d'admissions des structures – Nécessite du conseil technique pour déterminer si la situation doit être présentée en complexe et/ou donner des pistes de réponses (notamment pour les situations urgentes) – Communication importante autour du dispositif – Difficulté : le CAPH n'est pas soumis au secret professionnel contrairement aux autres membres de l'instance technique.

Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	<ul style="list-style-type: none"> – Programmation de places dans le cadre du 4^{ème} schéma – Démarche participative
Modalités d'évaluation envisagées	<ul style="list-style-type: none"> – Bilan de la plateforme réalisé à 2 ans (volet qualitatif et quantitatif). – Point sur les situations complexes à chaque instance, ce qui permet la mise en commun des informations.
Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?	
Remarques	
Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?	<ul style="list-style-type: none"> – 67 personnes reconnues en situation complexe et prioritaires sur des établissements sur les 92 situations arrivées pour une présentation en complexe à la DPAPH. – 33 situations complexes solutionnées – 330 situations examinées au total (complexes + ouvertures/extension)
Contact	<p>Nom de la personne ayant rempli la fiche : GUY Virginia Date de remplissage : 02-11-2016 Organisme d'appartenance : Conseil départemental du Finistère Mail : virginia.guy@finistere.fr</p>

Fiche 42 : Plateforme Expérimentale de Coordination de parcours et de projets personnalisés d'usagers d'ESAT/FH ESAT relevant d'une réorientation type foyer de vie - Papillons blancs du Finistère

Intitulé de l'expérience	Plateforme Expérimentale de Coordination de parcours et de projets personnalisés d'usagers d'ESAT/FH ESAT relevant d'une réorientation type foyer de vie Papillons blancs du Finistère
Territoire concerné	Territoire Brestois : La population ciblée par l'expérimentation étant accompagnée par l'ESAT de l'Iroise et de l'Armorique (Association les Papillons Blancs du Finistère) avec ou sans accompagnement de type FHESAT. Les solutions travaillées concernent, quant à elles, l'ensemble du département, voire au-delà en fonction des projets de vie des usagers.
Contexte de création/mise en place (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	<p>→ En 2015 : 14 usagers orientés Foyer de Vie, qui, faute de places en FDV sont maintenus en :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ESAT+FHESAT • ESAT+Famille • FHESAT <p>→ Situations d'usagers d'ESAT+FHESAT qui ne peuvent pas profiter d'un temps partiel du fait du manque de moyens des FHESAT pour les accompagner sur leur temps « hors travail »</p> <p>→ Absences de projets de créations de places FDV</p> <p>→ Situations qui peuvent, dans la grande majorité, relever d'une inadéquation administrative, sans être une situation complexe.</p> <p>→ Dispositif inspiré du Rapport Piveteau « Zéro sans solutions »</p>
Objectifs de la démarche	<p>→ Sortir de l'équation une orientation FDV=une place en Foyer de Vie</p> <p>→ Proposer aux usagers ciblés, un accompagnement adapté en dehors d'une logique d'orientation administrative : <i>malgré son orientation FDV, un résident peut être accompagné de manière adaptée en FHESAT en mobilisant d'autres acteurs</i></p> <p>→ Permettre à des usagers d'un ESAT et d'un FHESAT de disposer de moyens humains mobilisables permettant une réelle adaptation de leur accompagnement, d'être sur une logique de prévention de situations complexes : <i>Je souhaite continuer à travailler à l'ESAT, mais à temps partiel, et je peux rester le matin sur mon hébergement même si mon niveau d'autonomie requiert un accompagnement. Travail sur la prévention des conséquences du vieillissement</i></p>
« Périmètre du dispositif (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une	<p>→ Usagers en situation d'inadéquation administrative sur le périmètre ESAT et FHESAT</p> <p>→ Usagers qui montrent des signes de vieillissement, de perte d'autonomie, mais qui conservent un projet lié au travail et qui nécessitent une adaptation de l'accompagnement.</p>

participation financière demandée ?)	→ Le dispositif expérimental est sollicité en fonction des besoins repérés dans le cadre du projet personnalisé de la personne
Calendrier de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)	<p>→ Juin 2015 : diagnostic partagé des situations individuelles, mise en œuvre d'un groupe de travail</p> <p>→ Octobre 2015 : proposition d'un projet « plateforme expérimentale » avec financement ESAT/FHESAT/Fonds associatifs d'un poste de chargé de mission (1 ETP) pour la mise en œuvre du dispositif et d'un poste d'Aide Médico-psychologique (1 ETP) pour les accompagnements personnalisés</p> <p>→ Décembre 2015 : Accord du bureau de l'association pour une expérimentation d'un an</p> <p>→ Début 2016 :</p> <p>→ communication aux différents services concernés par le projet : ESAT (secteur production et Ateliers Alternés), FHESAT, UVE, SAVS, Accueil de Jour, Foyer de Vie</p> <p>→ Recueil des besoins des usagers auprès d'eux (ce que je souhaite continuer, là où j'aimerais aller, les moments où je souhaite me reposer...), auprès des familles et des référents</p> <p>→ Mise en œuvre progressive des adaptations</p> <p>→ Courant 2016 : recherches de partenariats et poursuite des adaptations et ajustement aux besoins personnels</p> <p>→ Perspectives : Prolongation du poste lié aux accompagnements personnalisés, et délégation de la coordination du dispositif à un poste de responsable.</p>
Partenaires associés	<p>→ Secteur Adulte des Papillons Blancs du Finistère (ESAT/ Ateliers Alternés/FHESAT/UVE/SAVS, Accueil de Jour, Foyer de Vie) en fonction des moyens mobilisables</p> <p>→ Maison pour tous, Centres Sociaux</p> <p>→ Hébergement temporaire, Association Don Bosco</p> <p>→ Unité pour Personnes Handicapées Vieillissantes des EHPAD du territoire</p>
Bonnes pratiques à partager	<p>→ Sortir d'une conception administrative des accompagnements pour se recentrer sur les besoins des personnes, sur les prestations qui y correspondent et sur la notion de parcours</p> <p>→ Décloisonnement des services pour proposer des solutions modulaires</p> <p>→ Considérer qu'à une orientation administrative peut correspondre différents degrés de prestations</p>
Risques et difficultés rencontrées	→ Le découplage est prôné mais le secteur reste parfois figé sur un fonctionnement lié à des orientations administratives.

	<ul style="list-style-type: none"> → Le manque de souplesse au niveau de la tarification : une prise en charge en FHESAT ne peut pas être cumulée avec une prise en charge financière en Accueil de Jour. → Les adaptations ont leurs limites pour des situations objectivement complexes. → Notre fonctionnement amène l'AMP à intervenir sur différents services.
Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	<ul style="list-style-type: none"> → Communication claire sur les services du périmètre concerné → Diagnostic partagé des besoins → Se centrer sur les besoins plutôt que sur une orientation administrative
Modalités d'évaluation envisagées	<ul style="list-style-type: none"> → Evaluation quantitative : nombre d'utilisateurs concernés, solutions d'accompagnement pérennes trouvées → Evaluation qualitative : Satisfaction des utilisateurs, type d'adaptation mise en œuvre, partenaires sollicités
Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?	<ul style="list-style-type: none"> → L'intitulé de l'expérimentation se confond trop avec la plateforme départementale du Conseil Départemental du Finistère → S'appuyer davantage sur la nomenclature SERAFIN PH
Remarques	
Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?	<p>14 utilisateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> → 3 personnes ont pu trouver une place en structure (1 en FDV, 1 en EHPAD sans UPHV, 1 en EHPAD avec UPHV) → 1 personne bénéficie du dispositif dans le cadre de son orientation ESAT, → 1 personne est en réelle situation complexe malgré les adaptations → 9 personnes bénéficient d'adaptations leur permettant d'être accompagnées en fonction de leurs besoins
Contact	<p>Nom de la personne ayant rempli la fiche : Renon Mathieu Date de remplissage : 6/12/2016 Organisme d'appartenance : ESAT de l'Iroise et de l'Armorique, Papillons Blancs du Finistère Mail : m.renon@papillonsblancs29.fr</p>

Fiche 43 : accompagnement partagé entre FAM,
établissement d'accueil temporaire et famille

porteurs de la démarche	Accompagnement partagé entre FAM, établissement d'accueil temporaire et famille
objet de la démarche	Stabiliser l'accueil d'un adulte en situation de handicap avec troubles du comportement importants dans son Foyer d'accueil Médicalisé, en proposant « un accompagnement partagé » entre FAM, Accueil Temporaire, Famille.
Objectifs de la démarche	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Permettre de pérenniser l'accompagnement de M. C. dans son lieu de vie (FAM) ⇒ Eviter une exclusion et une rupture de parcours de M. C, et donc son retour à domicile ⇒ Trouver des solutions pour que M. C. ne retourne pas chaque semaine chez sa mère à domicile ou de manière imprévue à chaque absence du seul professionnel l'accompagnant ⇒ Chercher des solutions pour que l'aidant familial souffle et ne soit pas dans une angoisse permanente d'exclusion de son fils ⇒ Echanger entre professionnels pour une connaissance plus fine de M. C. ⇒ Permettre, par un accueil régulier et séquentiel de M. C. sur de l'accueil temporaire, à l'équipe du FAM d'avoir une respiration.
Inscription temporelle du projet	2 ans environ ?
Partenaires associés à la démarche	FAM X, établissement d'AT TUBA, MDPH, CD, Famille
Bonnes pratiques à partager	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ De nombreuses réunions d'échange entre professionnels pour une meilleure connaissance (et cohérence d'accompagnement) de Mr C. : dépasser les représentations, partage d'expérience et analyse conjointe des « comportements-problèmes »... ⇒ Proposer un accompagnement partagé et à la carte, au regard des besoins de Mr C., de sa mère, et de son lieu de vie : engagement de TUBA à accueillir Mr C. de façon régulière (5 jours/mois comprenant un WE et plus, si besoins spécifiques) pour que Madame puisse bénéficier de répit, et éviter l'usure des professionnels de son lieu de vie. ⇒ Accompagner l'aidant familial dans ses démarches et l'expression de ses besoins. ⇒ Echanger tant du point de vue de l'accompagnement de Mr C (entre professionnels) que de sa situation « administrative » (CD, MDPH, Directions du FAM et de la structure d'Accueil Temporaire) : grand soutien du CD et de la MDPH dans cette situation, sa coordination avec un positionnement fort pour éviter une rupture de parcours.
Risques et difficultés rencontrées	<p><u>Freins</u> : le dépassement du nb de jours d'absence du FAM de M. C. engendre un déficit financier pour le FAM, du fait du prix de journée non versé.</p> <p><u>Difficultés pour Mr C. et sa famille</u> : le renouvellement des périodes d'essai pendant de longs mois, remettant en question régulièrement la place de M. C. dans son lieu de vie. + retours à domicile impromptus et chaque WE (hors Accueil temporaire)...</p>

	<p><u>Difficultés pour TUBA</u> : accueillir en même temps que Mr C. d'autres personnes dont l'accompagnement est particulièrement complexe (équilibre du groupe). Echec dans la recherche de prestataire pour que Mme puisse avoir une aide humaine lors de la présence de Mr C. à son domicile, malgré des réunions, l'accueil de professionnels sur notre service en présence de Mr C. pour observer son accompagnement...</p> <p><u>Difficultés pour le FAM</u> : un professionnel exclusif « détaché » pour Mr C. (en son absence, Mr C. doit retourner chez lui). Taux d'encadrement insuffisant mis en avant par la structure.</p> <p><u>Risques</u> : que l'équilibre, semble-t-il trouvé aujourd'hui, ne perdure pas ; que Mme ne trouve pas d'aide humaine lors de la présence de Mr C. à son domicile et qu'elle s'épuise.</p>
<p>« Et si c'était à refaire ? » : qu'est-ce qui aurait pu être fait différemment ? comment améliorer la démarche ?</p>	<p>L'exclusion de Mr C. de son lieu d'accueil a été évitée d'extrême justesse.</p> <p>Si c'était à refaire : il aurait certainement été préférable de pouvoir préserver Mme (éviter sa présence sur certaines réunions, éviter un renouvellement « excessif » des périodes d'essai (18 mois il me semble), ne pas lui faire prendre part aux difficultés internes de l'établissement...).</p> <p>La mise en place de l'équipe mobile d'appui à venir, viendra probablement combler un des chaînons manquants pour soutenir les équipes dans les accompagnements complexes des personnes avec troubles autistiques sévères.</p>
<p>Souplesse administratives et réglementaires</p>	
<p>Problématique rencontrée</p>	<p>Nb de jours d'absence autorisés dans les établissements médico-sociaux, peuvent être un frein à l'élaboration d'une réponse partagée dans les accompagnements complexes.</p> <p>Personne sans solution, entre 2 orientations, avec profil atypique (ex : foyer de vie) : notre agrément ne nous permet pas de l'accueillir alors que la situation est préoccupante et que le profil de la personne peut correspondre à « notre public ». (Solution : les PAG ?)</p> <p>(non) Prise en considération des besoins (financiers) liés à l'accompagnement de personnes en situation de handicap complexe (ou délais de réponse pour l'octroi de CNR par ex) pouvant engendrer des ruptures de parcours ?</p>
<p>Contact</p>	<p>Nom : CERON HERVE Solenn Organisme : Association TUBA Mail : solenn.ceron@admr35.org</p>

Fiche 44 : Alternative à l'hébergement à temps complet en foyer de vie pour des personnes en situation de handicap psychique, en conjuguant l'accueil de jour en foyer de vie et l'hébergement accompagné extérieur de type UVE

Intitulé de l'expérience	Alternative à l'hébergement à temps complet en foyer de vie pour des personnes en situation de handicap psychique, en conjuguant l'accueil de jour en foyer de vie et l'hébergement accompagné extérieur de type UVE
Territoire concerné	Morbihan-Territoire de santé 4
Contexte de création/mise en place (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	<p>Le constat :</p> <p>Il n'existe pas de foyer de vie spécifique au handicap psychique et intégrer un foyer de vie à temps complet reste très difficile du fait du nombre de places limitées disponibles.</p> <p>L'hétérogénéité des populations accueillies, la réticence des foyers à accueillir ce public, par manque de connaissance et de formation des équipes, majorent la difficulté de réponses adaptées à l'hébergement dédié au handicap psychique. S'il existe aujourd'hui différents types d'hébergements gradués en fonction de l'autonomie des personnes (hébergements autonome avec suivi SAVS/SAMSAH, Résidence d'Accueil, Familles gouvernantes, appartement accompagné...), il n'en demeure pas moins qu'un certain nombre de personnes en situation de handicap psychique a besoin d'une prise en charge institutionnelle du fait de leur peu d'autonomie liée à la difficulté dans la mise en œuvre des actions et par conséquent au besoin d'être stimulé par des activités au quotidien au sein d'un collectif.</p> <p>Le centre de postcure psychiatrique (CPC) de Kerozer (association le Moulin vert à St Avé) accompagne les personnes dans la reconstruction d'un projet de vie, en fonction des désirs et des possibilités de chacun en lien avec les ressources mobilisables des personnes en souffrance psychique. Notre mission est d'accompagner les personnes vers un projet d'insertion sociale et/ou professionnelle tout en poursuivant les soins pour une meilleure stabilité psychique. Au fil des années, le nombre de personnes en capacité de travailler (en milieu ordinaire ou protégé) diminue régulièrement (20 % accèdent au travail) et nous sommes essentiellement aujourd'hui sur des accompagnements de projet d'insertion sociale. Si les projets de sorties débouchent pour un grand nombre vers un hébergement autonome avec un accompagnement à la vie sociale (SAVS, SAMSAH) et un suivi médical avec le CMP, un nombre croissant de personnes devrait bénéficier d'un accueil en structure adaptée de type « foyer de vie ». Alors que les séjours de soins de réadaptation psychiatriques sont prévus pour une durée de 2 ans (hospitalisation de moyen séjour), en 2014, nous avons plusieurs « patients » qui étaient dans notre établissement en attente d'une place en foyer de vie : 1 personne avec 5 ans de séjour, 1 autre depuis 4 ans et un troisième depuis 3 ans. Notre mission d'assurer des soins de réadaptation était terminée depuis longtemps, et notre établissement faute de solution en aval, servait de « foyer de vie » à ces personnes. Leur place n'était plus en postcure, encore moins à l'hôpital (tous le acquis de ces dernières années avec nous auraient été vains).</p> <p>A la faveur d'une première expérience positive d'intégration d'un patient de postcure dans le foyer de vie de l'association AMISEP, celle-ci nous avait signifié sa difficulté à utiliser ses 5 places d'accueil de jour autorisées dans</p>

	<p>leur foyer de vie (handicap intellectuel++). En effet, ces 5 places restaient vacantes depuis plusieurs années, alors que nous étions, nous en recherche de places pour nos patients de postcure. Le problème restait que nos besoins étaient des places à temps complet alors que les places disponibles du foyer étaient des places de jour.</p> <p>Il fallait donc trouver une solution pour accompagner ces personnes le soir, et le weekend.</p> <p>Ces 3 personnes du CPC avaient des capacités d'autonomie partielles autour des actes de la vie quotidiennes pour vivre en appartement si un suivi quotidien était mis en place.</p> <p>5 Appartements attenants au foyer de vie de Ploërmel et appartenant à un bailleur social, pouvaient être proposés comme hébergement avec une proximité rassurante du foyer pour nos patients 24h/24. Un certain nombre de choses était donc favorable pour aboutir à un projet pour nos patients.</p> <p>Après 1 an et demi de discussions, de rencontres, d'écriture du projet, de présentation au CD, au CMP... 3 patients du CPC ont intégré le foyer de vie de Ploërmel en accueil de jour cet été, avec un dispositif d'accompagnement quotidien sur leur logement autonome, réalisé par une AMP (0.60 ETP), dans le cadre d'un dispositif d'Unité de Vie Extérieure (UVE) financé par le CD56. L'AMP est présente tous les jours en fin d'après-midi et soirée du lundi au vendredi. Les personnes ont la possibilité de bénéficier de portage de repas le soir si elles le souhaitent. L'idée est d'utiliser au maximum les dispositifs de droit commun existants, en dehors de la vie au foyer en journée.</p> <p>En septembre 2016, 2 ouvriers de l'ESAT du Moulin Vert (Arzon), n'étant plus en capacité de travailler et ayant une orientation en foyer de vie, ont rejoint le dispositif. Une convention entre les 2 associations a été formalisée, afin de pérenniser cette coopération gagnant/gagnant. L'intégration se passe très bien, avec des liens réguliers entre les professionnels. Cette nouvelle population accueillie, a de nouvelles demandes auxquelles les équipes du foyer doivent répondre ; de plus il semble que ces nouvelles personnes créent une nouvelle dynamique au sein de l'établissement et du collectif.</p> <p>La modalité d'accueil à temps complet reste la plus pertinente pour ces personnes, mais faute de place, nous avons dû utiliser les places d'accueil de jour avec un dispositif d'accompagnement adapté pour l'hébergement.</p>
<p>Objectifs de la démarche</p>	<p>Trouver des solutions alternatives au foyer de vie (temps complet) pour des personnes en situation de handicap psychique. Cet objectif est lié à un contexte particulier entre l'offre et la demande entre 2 structures (sanitaires/EMS). Ce dispositif a été mis en place par défaut, faute de place à temps complet, mais l'orientation la plus adaptée pour la plupart des personnes concernées reste l'accueil à temps complet.</p>
<p>« Périmètre du dispositif (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)</p>	<p>Le dispositif est proposé à 5 personnes (5 places en accueil de jour + 5 appartements), en situation de handicap psychique. Financièrement chaque personne peut financer l'ensemble des frais avec leur AAH</p> <p>Une convention entre les 2 associations engage les 2 partenaires à utiliser ce dispositif au profit des personnes accompagnées par le Moulin Vert (CPC et ESAT d'Arzon)</p>
<p>Calendrier de la démarche (préparation</p>	<p>2013 : 1 patient du CPC intègre à plein temps le foyer de Ploërmel</p>

<p>du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)</p>	<p>L'équipe du foyer apprend à accompagner cette personne avec son handicap et modifie leur a priori autour du handicap psychique. 2014 : Premiers contacts à partir des demandes et des besoins des 2 établissements 2015 : élaboration du projet et présentation au CD, réponse à l'appel à candidature pour une UVE (AMISEP). Validation et financement du projet par le CD 2016 : Préparation et mise en œuvre du projet ; accompagnement des personnes accueillies vers le projet (rencontres, visites...) Juin 2016 : entrées de 2 patients du CPC ; septembre 2016 entrées d'1 patient du CPC et de 2 anciens ouvriers de l'ESAT d'Arzon. Perspectives : peu de turnover à prévoir... possibilité d'intégrer certaines personnes à temps complet en fonction des places qui se libèreront ???</p>
<p>Partenaires associés</p>	<p>-Les 2 associations : Le Moulin Vert et l'AMISEP 56 -Le CD56 qui a été facilement convaincu de la pertinence du projet et de sa faisabilité. Plusieurs réunions ont été nécessaires pour discuter des bons dispositifs d'accompagnement à mettre en place et de leur financement. -Le médecin du SCEMMS du CD56, qui valide les orientations en ESMS. (ancien médecin de la cellule d'orientation et d'évaluation du handicap psychique que nous connaissions bien ...facilitateur pour nous) -Le CMP de Ploërmel, dans la préparation du suivi médical des personnes sur Ploërmel. Un infirmier du CMP est référent pour faire le lien régulier avec l'équipe du foyer.</p>
<p>Bonnes pratiques à partager</p>	<p>Le travail en réseau et le décroisement intersectoriel sont bien sûr les clés essentielles pour trouver des solutions adaptées à chacun.</p>
<p>Risques et difficultés rencontrées</p>	<p>Ce dispositif a été possible de par la configuration géographique favorable (proximité foyer /appartements), et reste difficilement reproductible dans un autre contexte.</p>
<p>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche</p>	<p>Le Moulin Vert, travaille avec le secteur sanitaire et médico-social depuis de nombreuses années. Son appartenance au GCSMS de Santé Mentale du golfe du Morbihan (avec l'EPSM de St Avé) favorise le décroisement entre les 2 secteurs par des liens étroits avec l'hôpital (les soins), et l'accompagnement des personnes dans leur parcours de vie (soins de postcure, unité d'évaluation du handicap psychique, insertion sociale et professionnelle, SAVS, 2 SAMSAH, UATP, Foyer hébergement ESAT, cellule d'orientation et d'évaluation du handicap psychique de Vannes...). Cette expertise territoriale dans le champ du handicap psychique a pu être mise à profit dans notre coopération avec l'AMISEP. Cette expérience reconnue a été un élément très important pour notre partenaire pour construire notre projet de coopération en toute confiance. Les liens de l'AMISEP, quasi inexistantes avec le CMP avant notre coopération, se sont fait facilement de par nos relations avec l'EPSM (le médecin responsable du CMP de Ploërmel étant également le médecin psychiatre du CPC le Moulin Vert). Les bonnes relations entre les 2 associations et le CD56, ont facilité l'élaboration du projet, sa validation et son financement. (création de 0,7 ETP pour l'UVE).</p>
<p>Modalités d'évaluation envisagées</p>	<p>Prévues dans la convention. Rencontre des 2 associations chaque année pour faire le bilan.</p>

Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?	Idéalement ? la création de foyers de vie spécifiques aux personnes en situation de handicap psychique, qui n'ont pas les mêmes besoins, les mêmes demandes et attentes que les personnes en situation de handicap mental.
Remarques	Mixer les populations H.psy et H.mental reste un choix violent pour la première population, tant les besoins sont différents. Si aujourd'hui les priorités du CD restent sur des extensions de places dans les foyers existants au profit des personnes handicapées psychiques, cette réponse est assurément motivée par des raisons de contraintes financières mais ne répond pas aux réels besoins d'accompagnement de cette population spécifique.
Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?	5 personnes : 3 patients du CPC et 2 anciens ouvriers d'ESAT
Contact	Nom de la personne ayant rempli la fiche : Patrick Fleury, directeur du CPC et de l'ESAT d'Arzon ; coordonnateur du pôle Bretagne de l'association Le Moulin Vert Date de remplissage : le 29/11/2016 Organisme d'appartenance : association Le Moulin Vert Mail :p.fleury@lemoulinvert.org

Fiche 44 bis : Démarche expérimentale « Accompagner des personnes en situation de handicap psychique (en fin de parcours dans la filière sanitaire en centre postcure) vers un dispositif médico-social mixte :

- Journée : accueil de jour en foyer de vie
- Soirées et week-ends : UVE (unité de vie extérieure)

Intitulé de l'expérience	Fiche 44 bis : Démarche expérimentale « Accompagner des personnes en situation de handicap psychique (en fin de parcours dans la filière sanitaire en centre postcure) vers un dispositif médico-social mixte : <ul style="list-style-type: none"> - Journée : accueil de jour en foyer de vie - Soirées et week-ends : UVE (unité de vie extérieure)
Territoire concerné	Territoire de santé n° 4 PLOERMEL
Contexte de création/mise en place (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	<ul style="list-style-type: none"> - Echange entre partenaires du sanitaire et du médico-social sur l'identification du besoin d'accompagnement - Présentation du projet au Conseil Départemental - Validation du projet par extension du foyer de vie avec 5 places UVE Handicap psychique - Ouverture du dispositif en mai 2015 avec une convention de partenariat entre l'AMISEP et l'Association LE MOULIN VERT
Objectifs de la démarche	<ul style="list-style-type: none"> - Permettre à des personnes en situation de handicap psychique stabilisé qui n'ont pas la possibilité de se réinsérer par le travail actuellement, de pouvoir bénéficier d'un accompagnement médico-social adapté en remobilisant les compétences par les activités menées en accueil de jour sur le foyer de vie - Eviter le tout collectif qui reste difficile pour ce public en permettant à ces personnes de vivre dans 5 petits studios en proximité directe du foyer de vie plutôt qu'en internat
« Périmètre du dispositif (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)	<ul style="list-style-type: none"> - Personnes présentant un handicap psychique stabilisé - Orientation MDA nécessaire après évaluation des capacités de l'utilisateur - Les personnes sont sous-locataires du logement dont la gestion est confiée à l'AMISEP
Calendrier de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)	<ul style="list-style-type: none"> - Présentation du projet au Conseil Départemental en présence des 2 associations concernées et le médecin coordinateur du SCEMMS en 2015 - Validation des orientations auprès de la MDA en 2015 - Ouverture du dispositif en mai 2016
Partenaires associés	Conseil Départemental Amisep Le Moulin Vert Médecin coordonateur SCEMMS Médecin Psychiatre du CMPS de Ploërmel
Bonnes pratiques à partager	Mutualisation des compétences sanitaires et médico-sociales au profit d'un public présentant un handicap psychique
Risques et difficultés rencontrés	La vacance d'un logement en raison du départ précipité d'un usager : trouver un profil similaire ce qui n'est pas toujours facile au niveau de la filière sanitaire
Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	Bonnes relations entre les 2 associations pour mener le partenariat et mutualiser les compétences

Modalités d'évaluation envisagées	Mobilisation des usagers sur l'accompagnement Nombre de ré-hospitalisations Maintien et développement de l'autonomie
Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?	
Remarques	
Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?	5 personnes en lien avec la configuration immobilière sur le site d'implantation du foyer de vie sur Ploërmel
Contact	Nom de la personne ayant rempli la fiche : SEBTI Nelly Date de remplissage : 20/01/2017 Organisme d'appartenance : AMISEP Mail : nelly.sebti@amisep.fr

Fiche 36 Pôle « domicile » de la Mutualité Française 29-56,

Intitulé de l'expérience	Pôle « domicile » de la Mutualité Française 29-56
Territoire concerné	Territoire n°3
Contexte de création/mise en place (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	Regroupement des services d'accompagnement à domicile du secteur handicap SESSAD – SAMSAH – SAVS/UE – DGA – ALCAT 56 1) Mutualisation des moyens, des compétences 2) Optimiser la continuité des parcours de l'utilisateur 3) Rendre lisible notre offre d'accompagnement et consolider les partenariats existants.
Objectifs de la démarche	- Rendre cohérent une offre d'accompagnement avec des services au départ cloisonnés, avec comme objectif de développer les synergies et répondre à des nouveaux concepts et paradigmes (notion de parcours, de coordination) - Rendre pertinents les services avec des agréments multiples et répondre à ces nouvelles exigences (comment garantir une spécialisation avec des services généralistes)
« Périmètre du dispositif (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)	IL n'y a pas encore, au-delà d'une volonté de l'association gestionnaire, de stratégies avec les tutelles et les MDPH. On pourrait imaginer des notifications d'orientation sur un dispositif et non sur un service ciblé. Cela permettrait aux différents services, comme le SAMSAH et le SAVS, des réponses plus souples dans l'accompagnement au plus près des besoins de l'utilisateur. Il faut encore attendre de longs mois pour valiser des orientations SAMSAH vers le SAVS et inversement.
Calendrier de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)	1) Début de la démarche de la Mutualité en 2011 avec la création du pôle, pour cette initiative "Pôle domicile". 2) Juillet 2014 : travail avec une consultante du CREAI Bretagne et l'équipe de direction du Pôle Domicile pour conceptualiser cette démarche en interne. 3) Evolution et renforcement de la démarche. Depuis janvier 2016, regroupement des services (SAMSAH, SAVS/UE, DGA... SESSAD) sous une même direction.
Partenaires associés	
Bonnes pratiques à partager	
Risques et difficultés rencontrés	Difficultés stratégiques. Réorganisation matérielle et organisationnelle pour l'équipe de direction.
Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	- Volonté de la Mutualité Française 29-56 de regrouper des services ayant les mêmes missions d'intervention (service enfant, services adultes) - Appui du CREAI de Bretagne
Modalités d'évaluation envisagées	Fiches action déclinées dans le CPOM

Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?	1) Cette démarche va être renforcée au niveau du secteur adultes avec des coopérations accrues entre les services (SAMSAH, SAVS/UE, DGA) 2) Avec les autorités de tutelle et les MDPH. Clarifier et rendre plus pertinents les secteurs d'intervention sur un territoire (SAMSAH et SAVS n'ont pas les mêmes territoires d'intervention), les notifications souples...
Remarques	
Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?	Cette démarche concerne un SESSAD de 39 places, un SAMSAH de 56 places, un SAVS/UE de 75 places et un DGA de 6 places.
Contact	Nom de la personne ayant rempli la fiche : Bruno LE GAL Date de remplissage : 20/02/2017 Organisme d'appartenance : Mutualité Française 29-56 Mail : blegal@mutualite56.fr

Fiche 45 : Convention départementale de coopération 2015 -2018 pour l'amélioration du parcours des enfants déficients moteurs avec troubles associés ou polyhandicapés (entre IME, IEM et SSR pour des accueils sur places vacantes)

Intitulé de l'expérience	Convention départementale de coopération 2015 - 2018 pour l'amélioration du parcours des enfants déficients moteurs avec troubles associés ou polyhandicapés (entre IME, IEM et SSR pour des accueils sur places vacantes)
Territoire concerné	FINISTERE
Contexte de création/mise en place (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	<p>La convention de coopération s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre des Programmes territoriaux de santé (PTS) des territoires de santé 1 et 2 qui ont identifié une thématique spécifique au Handicap.</p> <p>La fiche action 8-11 du PTS porte sur la définition et la mise en œuvre d'actions relatives à l'amélioration du parcours des enfants accueillis au long cours dans les services de SSR.</p> <p>L'initiative de cette convention est issue d'un constat partagé entre les structures médico-sociales et sanitaires portant sur l'existence de périodes de vacance régulières de places dans les établissements médico-sociaux du fait de longues hospitalisations d'enfants et pouvant être proposées à d'autres enfants en attente d'admission définitive.</p>
Objectifs de la démarche	<p>L'objectif est d'organiser des temps d'accueil d'enfants déficients moteurs avec troubles associés ou polyhandicapés dans les établissements médico-sociaux lorsque des places sont déclarées vacantes provisoirement, pour une durée connue.</p> <p>Cet accueil provisoire présente plusieurs intérêts :</p> <ul style="list-style-type: none"> - faire bénéficier aux enfants concernés de temps éducatifs différents en IME ou IEM, considérant que le projet travaillé avec le SSR est majoritairement axé sur le soin, - compléter l'évaluation de la situation individuelle de l'enfant dans un nouvel environnement, en apportant un autre regard par les professionnels de l'établissement médico-social, - préparer une admission définitive en établissement médico-social afin de faciliter cette transition dans le parcours, inscrit depuis de nombreuses années dans le secteur hospitalier, - offrir des temps de répit, à l'enfant, à sa famille, et à l'équipe hospitalière, permettant de prendre de la distance avec un environnement très médicalisé.
« Périmètre du dispositif (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères	Cette convention de coopération concerne les enfants déficients moteurs avec troubles associés ou polyhandicapés (de 6 à 20 ans ou de 3 à 20 ans selon l'agrément) accueillis au long cours dans les services de SSR.

d'accès définis ? une participation financière demandée ?)	Les enfants pris en charge doivent bénéficier d'une orientation de la MDPH vers un établissement médico-social de type IME (annexe XXIV ter) ou IEM et pour lesquels une admission définitive dans ces établissements n'est pas prononcée.
Calendrier de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)	Démarrage des groupes de travail en 2013. Signature de la convention en séance des conférences de territoires en mars 2015 1 ^{er} comité de suivi : juin 2016 2 ^{ème} comité de suivi : décembre 2016 Prochain : avril 2016
Partenaires associés	Signataires de la convention : Genêts d'or, ILdys, Don Bosco, Mutualité Partenaires : CPAM
Bonnes pratiques à partager	<ul style="list-style-type: none"> - outils de liaison entre ESMS et SSR construits pour un meilleur partage d'information - formations croisées et communes à plusieurs professionnels d'établissements différents
Risques et difficultés rencontrés	Difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du plan de formation associée à la convention et relative à la certification des aspirations endoctrachéales (cahier des charges exigeant pour la formation pratique) nécessitant d'échelonner le programme.
Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	Diagnostic partagé entre acteurs Faible nombre de gestionnaires impliqués rendant la démarche rapidement opérationnelle
Modalités d'évaluation envisagées	Prévues par la convention : <ul style="list-style-type: none"> - le respect des engagements réciproques et notamment le respect des critères d'inclusion et d'exclusion, - le nombre de séjours proposés, - le nombre de séjour réalisés, déclinés par modalité d'accueil (internat, semi-internat), - le nombre d'enfants concernés, - la durée des séjours réalisés, - les coûts induits pour l'établissement d'accueil, - le nombre de professionnels formés par an, - la mesure de la satisfaction de l'enfant et de sa famille (questionnaire commun à tous les ESMS participant à la coopération), - le nombre d'évènements indésirables ou de difficultés repérées par l'une ou l'autre des parties.
Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?	Système d'information partagé entre ESMS et SSR
Remarques	Réflexion récente de l'APF intéressée par cette convention pour faire bénéficier de cette pratique aux enfants accompagnés par un SESSAD moteur et aussi en attente de place en établissement (projet alternatif) afin de profiter de période de répit et de préparation (y compris des parents).

Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?	Pour la formation des professionnels : 13 personnes (IDE) ont pu bénéficier de la formation sur la nutrition entérale et aspirations endotrachéales. Pour le moment, pas de séjour mis en œuvre pour les enfants (notamment du fait des difficultés de formation sur les aspirations pour le reste du personnel non IDE)
Contact	Nom de la personne ayant rempli la fiche : Marie-Haude SALAUN Date de remplissage :12/12/2016 Organisme d'appartenance : ARS (DD29) Mail : marie-haude.salaun@ars.sante.fr

Fiche 46 : Création de l'association Finist'ED (depuis décembre 2015) par des professionnels de l'éducation spécialisée (ES, ME) intervenant à domicile auprès d'enfants avec TSA⁷

Intitulé de l'expérience	Fiche 46 : Création de l'association Finist'ED (depuis décembre 2015) par des professionnels de l'éducation spécialisée (ES, ME) intervenant à domicile auprès d'enfants avec TSA
Territoire concerné	Département du Finistère
Contexte de création/mise en place (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	<p>Manque de professionnels qualifiés proposant des accompagnements à domicile et dans les différents lieux de vie.</p> <p>Profils d'enfants nécessitant des prises en charge en individuel (troubles du comportement, hypersensibilités...).</p> <p>Manque de places dans des structures et manque de structures dans le département (90 enfants recensés sans accompagnements sur le territoire).</p> <p>Volonté des intervenants à domicile déjà présents de se regrouper, d'échanger et de partager leurs expériences afin de garantir une prise en charge de qualité.</p>
Objectifs de la démarche	<p>Accompagnement à domicile et dans les différents lieux de vie.</p> <p>Proposition d'approches diversifiées recommandées par la HAS (méthodes comportementales, communication alternative, structuration de l'environnement, intégration sensorielle) pour des besoins particuliers.</p> <p>Elaboration d'un projet personnalisé en fonction des besoins repérés lors de l'évaluation en accord avec l'utilisateur et la famille</p> <p>Travail en réseau (structures spécialisées, paramédicaux intervenants auprès de l'enfant, Centre Ressources Autisme...).</p> <p>Complémentarité avec les dispositifs existants (SESSAD, IME, école, CMP...).</p>
« Périmètre du dispositif (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)	<p>Population concernée : Enfants et adolescents diagnostiqués avec TSA.</p> <p>Critères d'accès :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adhésion et participation de la famille aux programmes proposés. - Le coût financier entraîne une sélection faute de prise en charge par l'Etat. <p>Participation financières : Rémunération des intervenants non pris en charge ou partiellement par l'Etat (PCH accordée dans certaines situations) allant de 13 à 15 €. en fonction du nombre d'heures.</p>
Calendrier de la démarche (préparation du projet, début de son	Avril 2012 : 1 ^{er} intervenante éducative recrutée par les familles pour accompagner trois enfants ne répondant pas aux critères d'accès des structures existantes (niveau développemental insuffisant, troubles du

⁷ <http://www.infoparent29.fr/spip.php?article985>

<p>fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)</p>	<p>comportement trop importants, spécificités du profil méconnu des services existants...).</p> <p>2013 : Recrutement par les familles de deux nouvelles intervenantes à domicile pour compléter les prises en charges proposées et pour d'autres enfants n'ayant pas de prise en charge (9 enfants concernés).</p> <p>2015 : Fermeture du service à la personne Tamm Ha Tamm. Les familles recrutent à leurs frais de nouveaux intervenants pour éviter la rupture dans la prise en charge. La psychologue du service est maintenue en poste par l'association ABA Finistère et elle supervise les prises en charge. Le nombre d'intervenants passe à 9 pour une quinzaine de familles.</p> <p>Décembre 2015 : Création de l'association FinisT'ED pour permettre aux intervenants de se réunir, de partager leur pratique et de créer les outils nécessaire à une bonne pratique (supervision psychologique, formation continue...).</p> <p>Septembre 2016 : 11 intervenants pour une vingtaine de familles sur tout le Finistère.</p> <p>Perspective : Les demandes affluent continuellement à l'association qui ne sait actuellement répondre à ces besoins, faute de reconnaissance par la MDPH. En effet, certaines situations ne correspondant pas aux critères de l'attribution de la PCH ne permettant pas aux familles de financer le suivi de leurs enfants.</p>
<p>Partenaires associés</p>	<p>Education nationale, Structures médico-sociales, Psychologues, Orthophonistes, Kinésithérapeute, Ergothérapeute, Professionnels des Centres de loisirs.</p> <p>Supervision par des psychologues formés aux méthodes comportementales si possible (le manque de professionnels et le non remboursement des suivis ne permettent pas toujours ce suivi)</p>
<p>Bonnes pratiques à partager</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement social et éducatif spécialisé (instaurer une relation, favoriser la construction de l'identité...) - Formation continue adaptée aux besoins de la population cible. - Conception et conduite de projet éducatif spécialisé en lien avec les spécialistes (psychologue, ergothérapeute, orthophoniste...) entourant l'enfant. - Communication professionnelle (travail en équipe pluri-professionnelle et coordination) - Prise en charge en un pour un - Supervision des intervenants proposée par une psychologue extérieure à l'association (aux frais des intervenants) - Mise en pratique des méthodes préconisées par la HAS
<p>Risques et difficultés rencontrés</p>	<p>Absence du cadre légal et relatif au travail des éducateurs à domicile (actuellement les intervenants travaillent sous la convention collective nationale des salariés du particulier employeur qui ne correspond pas à la pratique).</p> <p>Rôle d'employeur supporté par les familles en plus de leur situation familiale souvent complexe.</p> <p>Absence de tiers dans la relation parents/intervenants.</p>

	<p>Le reste à charge ou l'absence d'aide financière ne permettent pas l'accès au dispositif pour toutes les familles dans le besoin.</p> <p>Isolement des intervenants par rapport au travail d'équipe (prise en charge souvent en individuel) et de l'absence de local pour se regrouper et s'identifier en tant que professionnel.</p>
Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	<p>Association de parents.</p> <p>La détermination et la volonté des éducatrices fondatrices à l'origine du projet de l'association et la création d'un réseau afin de progresser dans ce type de prise en charge.</p>
Modalités d'évaluation envisagées	<p>Une reconnaissance de ce type de pratique et la création de support légal pourraient permettre de mener une évaluation interne puis externe du dispositif.</p> <p>A l'heure actuelle, l'association s'appuie sur la transparence, l'utilisation des pratiques recommandées par l'HAS et la supervision interne et externe pour garantir au mieux la qualité des services proposés.</p>
Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?	<p>La création d'un dispositif de type service à la personne aurait permis de structurer le rapport entre les intervenants et les familles, de proposer un cadre légal sécurisant pour les deux parties et de décharger les familles du rôle d'employeur. Mais le statut de service à la personne ne permet pas le financement d'intervenants formés et qualifiés (Educateur, psychologue) et n'est pas prévu pour des prises en charge médico-éducatives. Les projets menés sur cette base n'ont pas pu se pérenniser financièrement et assurer un cadre suffisant aux familles et aux intervenants. (Situation de Tamm Ha Tamm)</p>
Remarques	
Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?	<p>Actuellement 20 familles emploient des intervenants de l'association. Seulement la moitié a accès à une supervision ABA par une psychologue certifiée.</p> <p>La liste d'attente est actuellement en train d'être mise en place suite aux nombreuses sollicitations de l'association.</p>
Contact	<p>Nom de la personne ayant rempli la fiche :</p> <p>GAILLARD Typhaine, Educatrice spécialisée et vice-présidente de l'association FinisT'ED</p> <p>WALTER Christin, ES et vice-trésorière de l'association FinisT'ED</p> <p>Date de remplissage : 06 janvier 2017</p> <p>Organisme d'appartenance : Association FinisT'ED regroupant des intervenants à domicile</p> <p>Mail : finisted@yahoo.fr</p>

Fiche 47 : Pros-Pairs : l'alliance des professionnels et des pairs

Intitulé de l'expérience	Pros-Pairs : l'alliance des professionnels et des pairs, à l'initiative du GEM de Locminé
Territoire concerné	Locminé et ses environs
Contexte de création/mise en place (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	<p>Le projet est réalisé dans le centre Morbihan pour une première expérience. C'est un territoire rural qui est à cheval sur plusieurs découpages administratifs, de pays, de santé... Un Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) est mis en place sur ce territoire, ce qui est significatif d'une volonté de partenariat et d'une réelle dynamique pour la promotion de la santé mentale. Quatre structures ont sollicité le GEM l'Harmonie au début de ce projet et ont permis sa mise en œuvre : un office HLM (Bretagne Sud Habitat), un service du Conseil Départemental, la Sauvegarde 56 et l'EPSM Morbihan. Reconnaissant les spécificités et compétences des adhérents et professionnels du GEM l'Harmonie, ils ont souhaité créer ce projet pour répondre aux besoins mis en lumière par un diagnostic effectué en 2012 auprès des professionnels de tout secteur, des adhérents du GEM et des usagers de la psychiatrie.</p> <p>Missionné pour favoriser la réinsertion sociale des personnes en souffrance psychique et/ou isolées, le GEM l'Harmonie se heurte à un ensemble de difficultés. En effet, l'image du « fou » et du « dangereux », héritée de l'histoire et véhiculée par les médias, persiste. Ces visions négatives subsistent également par manque de connaissance de la maladie psychique. Cette méconnaissance se retrouve chez certains professionnels et entraîne des difficultés à l'insertion sociale des personnes en souffrance psychique (intégration au logement, emploi...). Ainsi l'isolement qui caractérise la maladie psychique, s'en trouve amplifié.</p> <p>La problématique globale qui en découle est l'intégration sociale des personnes en souffrance psychique sur le canton de Locminé.</p> <p>Diverses actions menées par le GEM sont reconnues bénéfiques par ses adhérents et diverses institutions. Ceux-ci sollicitent le GEM pour développer l'entraide tant à l'intérieur de cette association, lors de ses animations, que vers l'extérieur et les non adhérents.</p> <p>Ainsi la volonté de tous est de :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Favoriser la dé-stigmatisation de la maladie psychique 2. Eviter et/ou rompre l'isolement en favorisant la participation sociale 3. Favoriser l'intégration et le maintien dans le logement. <p>Pour répondre à cette problématique et proposer une solution innovante, les partenaires et le GEM l'Harmonie ont décidé de créer un projet s'inspirant de la pair-aidance effectuée déjà dans divers pays tels que les Etats-Unis, le Québec, le Canada, la France...et qui a prouvé son efficacité. Le collectif a intitulé ce projet « Pros-pairs : l'alliance des professionnels et des pairs ». En effet, nous avons voulu souligner que les futurs pairs-aidants ne travailleront pas seuls mais en lien avec des professionnels.</p>

	<p>Ce projet permettra également, par l'emploi de personnes en souffrance psychique, de répondre à un besoin de cette population. En effet, le taux de chômage de cette population est l'un des plus élevés. Le taux de chômage des personnes atteintes de handicap reconnu par la MDPH (Maison Départementale pour Personnes Handicapées) est plus du double de celui de l'ensemble des personnes de 15 à 64 ans. La situation est encore plus critique pour les personnes ayant un handicap psychique puisqu'elles ne sont que 40 % à exercer une activité professionnelle. De plus, par la stigmatisation qu'entraîne la maladie, les employeurs sont plus frileux d'embaucher une personne en souffrance psychique qui a dû arrêter de travailler durant plusieurs années qu'une personne ayant un autre handicap.</p>
<p>Objectifs de la démarche</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eviter et/ou rompre l'isolement en créant du lien social 2. Favoriser l'autonomie des personnes et leur autodétermination 3. Favoriser la déstigmatisation de la maladie psychique 4. Contribuer à la coordination sanitaire, médico-sociale et sociale
<p>« Périmètre du dispositif (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)</p>	<p>Les bénéficiaires sont toute personne en souffrance psychique et/ou isolée.</p> <p>Pour cette expérimentation, les personnes intéressées par cette accompagnement devront solliciter les professionnels, les accompagnants (psychiatre, psychologue, infirmière, assistante sociales...). Ces derniers conviendront, après validation de l'accompagnement par la coordinatrice du projet, d'un premier rendez-vous avec la pair-aidante. Par la suite, le pair-aidant et la personne accompagnée décident ensemble de la fréquence des rendez-vous et de la durée en fonction des objectifs du pair-aidé.</p> <p>Un autre bénéficiaire indirect est le pair-aidant lui-même qui est une personne ayant connu la souffrance psychique et qui aujourd'hui est rétabli. Ce projet lui apportera un travail puisque ces accompagnements sont rémunérés (population extrêmement touchée par le chômage) .</p>
<p>Calendrier de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)</p>	<p>Les grandes étapes du projet :</p> <ul style="list-style-type: none"> - diagnostic de mars à juin 2012. - Réunion mensuelle du comité technique pour le bon déroulement du projet. Le comité de pilotage se réunit environ deux fois par an. - Formation des pairs-aidants : septembre 2013 à avril 2014 - Formation conjointe entre les professionnels de l'EPSM et les pairs-aidants : Mai 2015. - signature de la Charte entre les différents partenaires le 8 octobre 2015. Elle spécifie l'origine du réseau, sa philosophie et son fonctionnement. - Début de l'expérimentation : janvier 2016 - Colloque sur les premiers retours d'évaluation de Pros-Pairs et de l'évolution de la pair-aidance en France : le 14 novembre 2016. <p>Nous sommes régulièrement sollicités pour présenter notre projet, ce qui nous assure de l'intérêt croissant pour notre initiative, par exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nous avons participé à une conférence sur la pair-aidance organisée par le GEM de Quimper pour l'ouverture du forum "Talents croisés" le 29 septembre 2015. - Nous avons tenu un stand lors de la journée de la conférence de territoire N°8 le 13 octobre 2015 lors de la signature de la charte Romain Jacob

	<p>- Nous sommes intervenus pour présenter notre projet en octobre lors d'un colloque proposé par le CREA I Bretagne intitulé « Pour une culture participative : accompagner les personnes handicapées et/ou âgées vers la citoyenneté ».</p> <p>Enfin, nous avons également mis en place deux conférences pour communiquer sur notre projet auprès des professionnels du territoire lors des SISM en 2014 et 2015. Lors de cette dernière nous avons fait intervenir Bérénice Staedel, chargée de mission du CCOMS et Jean-Pierre Julien, médiateur de santé pair.</p> <p>Perspectives développer ce projet et l'étendre à d'autres territoire.</p>
Partenaires associés	<p>GEM l'Harmonie EPSM Morbihan Conseil Départemental Sauvegarde 56 Bretagne Sud Habitat Un représentant des usagers de la conférence de territoire n°8</p>
Bonnes pratiques à partager	
Risques et difficultés rencontrés	<p>C'est un nouveau concept qui peut bousculer les représentations. Il est donc important de prendre le temps de le construire avec les divers professionnels impliqués.</p> <p>De plus, il est important d'effectuer une formation conjointe entre pairs-aidants et les professionnels des différents secteurs médical, social et médico-social.</p>
Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	<p>Le temps, nécessaire pour appréhender le cadre de référence des uns des autres (connaître et se reconnaître) La volonté d'oeuvrer en partenaires La volonté d'intégrer l'utilisateur et de changer ses représentations et ses pratiques</p>
Modalités d'évaluation envisagées	
Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?	<p>En cours de réflexion : élargir le vivier de pairs-aidants et de partenaires</p>
Remarques	
Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?	8

Fiche 48 : « Accueillir la différence » Service piloté par l'Espace Associatif Quimper Cornouaille.

Intitulé de l'expérience	« Accueillir la différence » Service piloté par l'Espace Associatif Quimper Cornouaille.
Territoire concerné	Cornouaille.
Contexte de création/mise en place (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	Ce service est né suite à un besoin exprimé par l'Adapei 29 et ses membres. L'Adapei 29 a proposé à l'Espace Associatif de porter le projet afin de disposer du réseau associatif constitué au sein de l'Espace Associatif depuis maintenant trente ans. « Accueillir la différence » porte sur l'engagement bénévole des personnes en situation de handicap dans la vie associative. Il fait suite à une série d'expérimentations tant au niveau local (Forum des Solidarités en 2010 à Quimper) qu'au niveau européen (« Look Beyond Disability » en 2011/2013 et « We Can » en 2012 et 2014). Les apports de ces expériences ont été multiples pour nous, Espace Associatif, pour les structures partenaires ayant participé à ces initiatives et pour les individus handicapés et bénévoles impliqués ... à tel point qu'il nous est apparu indispensable de « cristalliser » ces expériences, cette dynamique, ce réseau d'acteurs autour d'un dispositif qui viendrait pérenniser ses 3 ans de travail.
Objectifs de la démarche	<p>" Accueillir La Différence " est un des services de l'Espace Associatif de Quimper Cornouaille. Ce service est opérationnel depuis janvier 2014, il a pour vocation de favoriser la mise en relation des personnes en situation de handicap avec des associations de « valides » et vice versa : que les associations de valides puissent facilement impliquer des bénévoles ayant des besoins spécifiques dans leurs activités, dans des projets ponctuels, et pourquoi pas, dans leur gouvernance.</p> <p>Il s'agit de veiller à ne laisser personne sur le bord du chemin et de valoriser les talents de chacun en tenant compte des spécificités de chaque bénévoles pour leur permettre de passer un bon moment en se sentant utile. Il s'agit également de lutter contre l'isolement des personnes en situation de handicap en leur proposant des missions de bénévolat leur permettant de fréquenter le milieu dit "ouvert". Chaque individu à sa place dans la cité et chacun a le droit d'y être acteur en s'insérant, par exemple, dans la vie associative locale. Par ailleurs, les associations accueillantes sont aussi bénéficiaires. En effet, ouvrir l'association aux bénévoles ayant des besoins spécifiques n'est pas seulement une contrainte que l'on se pose mais cela présente une réelle plus-value (motivation, qualité du travail, valorisation, ...).</p> <p>Dans le cadre du dispositif « Accueillir la différence » piloté par l'espace associatif, des bénévoles en situation de handicap ont la possibilité d'occuper des postes à la billetterie de spectacle, à la buvette, au montage de barnums, à la vente de tickets repas, à la distribution de flyers, etc... et cela aussi bien en semaine que le week-end, en journée qu'en soirée ; les sollicitations répondant aux envies et besoins des uns et des autres.</p> <p>Le service « Accueillir la différence » a bien évidemment la vocation d'être présent sur le territoire de la Cornouaille en ce qui concerne le bénévolat dans la vie associative des personnes en situation de handicap mais cela va</p>

	<p>même au-delà. En effet les différentes actions de sensibilisation menées font intégralement partie des missions : valoriser les individus et favoriser le vivre ensemble.</p>
<p>« Périmètre du dispositif (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)</p>	<p>Le service « Accueillir la différence » s'adresse à toute personne majeure en situation de handicap. Aucun critère financier, le service est totalement gratuit. Aujourd'hui beaucoup d'efforts ont été réalisés pour permettre à des personnes handicapées de suivre une scolarité. La création des ESAT a permis à ceux qui en avaient la capacité d'exercer un métier. Pour les loisirs, des associations spécialisées ont été créées : elles leur proposent des services variés avec un encadrement adapté. Ces réponses sont nécessaires mais elles isolent ces personnes. Or, même handicapées, ces personnes font partie de la société. Les personnes handicapées sont souvent placées dans la position de « celui qui reçoit ». Or, nous savons, depuis Marcel Mauss, que « donner » est aussi important que « recevoir » : C'est en donnant que nous existons et l'association est un lieu où le citoyen peut donner : du temps, de l'énergie, des convictions. Permettre à une personne handicapée de s'engager, c'est lui donner la possibilité de « donner », et donc d'exister en tant que citoyen. C'est pourquoi nous avons imaginé le dispositif « Accueillir La Différence », qui consiste à mettre en place les moyens nécessaires pour que des associations accueillent, une ou plusieurs personnes handicapées pour participer à leurs actions. Il existe, aujourd'hui encore, beaucoup de préjugés concernant les personnes en situation de handicap. « Accueillir la différence » est également là pour lutter contre cela. Il s'agit pour nous de démontrer que les personnes en situation de handicap ont toute leur place dans la société, qu'ils peuvent aider, se rendre utile en mettant leurs compétences et leurs talents au service des autres. L'association est un lieu d'ouverture et de partage, il nous semblait pertinent de proposer à la vie associative d'être les témoins et les garants d'un vivre ensemble. Il est arrivé plusieurs fois que des associations m'appelle pour un besoin en bénévoles. C'est alors que je me dis que les choses bougent, que les représentations négatives du handicap tombent car ce n'est plus moi qui fait la démarche de proposer des bénévoles mais les associations elles-mêmes. Il y a même des bénévoles et des associations qui se sont rencontrées par le biais « d'Accueillir la différence » et qui aujourd'hui se passe du service pour échanger directement. Je pense à un bénévole en particulier qui vit à 5mn à pied du centre culturel partenaire et qui certains soirs de spectacle accueille le public et effectue le contrôle des billets d'entrée. Le directeur du centre culturel l'appelle sur son mobile pour établir avec lui un calendrier d'interventions. D'autres expériences similaires ont vu le jour, nous nous positionnons alors comme facilitateur de rencontres et nous essayons de privilégier l'autonomie quand cela est possible.</p>
<p>Calendrier de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)</p>	<p>« Accueillir La Différence » est un service opérationnel depuis janvier 2014 sur le territoire de la Cornouaille mais a été pensé dès 2011 et à une échelle européenne. En effet, il nous semblait intéressant de recenser ce qui se faisait ailleurs avant de se lancer sur un projet comme celui-là. Avant de bâtir, il nous fallait des fondations et les déplacements en Allemagne, en Pologne, en Turquie, en Angleterre nous ont permis de rencontrer</p>

	<p>différentes structures et associations afin d'approfondir notre réflexion sur l'inclusion des personnes en situation de handicap.</p> <p>Suite à cette réflexion, l'Espace Associatif a fait des demandes de financement et a obtenu de l'Etat la possibilité d'effectuer le recrutement d'un chargé de mission à temps plein. Le poste d'adulte relais en charge de faciliter l'inclusion de personnes en situation de handicap par le biais du bénévolat associatif m'a donc été confié en janvier 2014.</p> <p>Il a été essentiel, au commencement de l'action, de communiquer sur notre projet. Nous avons créé une page spéciale « Accueillir La Différence » sur le site internet de l'Espace Associatif. J'ai informé la presse locale de l'existence de ce dispositif. J'ai sollicité des rendez-vous dans plusieurs foyers, ESAT, associations, maisons de quartiers ou centres culturels de Cornouaille. J'y ai rencontré les directeurs, les éducateurs, les présidents afin d'explicitier le projet et à chaque fois j'ai reçu un accueil chaleureux. Cette « bonne idée » comme je l'ai souvent entendu a été transmise aux personnes en situation de handicap et c'est donc une deuxième fois que je me suis rendu dans les lieux accueillant des personnes handicapées dans le but cette fois de rencontrer les futurs bénévoles. Les associations que j'avais rencontrées étaient, elles aussi, partantes pour expérimenter cette mise à disposition de bénévoles ayant des besoins spécifiques. J'avais donc d'un côté des bénévoles prêts à donner du temps et de l'énergie, de l'autre des associations prêtes à les accueillir, il me suffisait alors d'associer la bonne personne à la bonne association en tenant compte de la mission demandée par l'association et les envies et possibilités de chaque bénévole.</p> <p>Le service a aujourd'hui atteint une vitesse de croisière, avec des bénévoles issus de structures du handicap (APF, Les papillons blancs, Les genêts d'or, Kan Ar Mor, etc...) mais également des bénévoles vivant à domicile et en dehors de toute structure d'accompagnement. La page internet du service est très régulièrement mise à jour et y figurent toutes les informations utiles (calendrier des futurs événements partenaires, photos, vidéos, articles de presse). De manière générale, c'est moi qui contact un bénévole afin de lui proposer une « mission » mais il arrive que des bénévoles inscrits dans le service me contacte pour me proposer leurs services.</p> <p>Il nous paraît aujourd'hui nécessaire de développer un réseau de bénévoles accompagnants de bénévoles. Très peu de bénévoles inscrits à « Accueillir La Différence » sont autonomes en matière de déplacements, ils sont souvent dépendants des transports en commun. C'est pour cette raison « qu'Accueillir La Différence » propose aux bénévoles de venir les chercher chez eux, de les accompagner tout au long de leur mission et de les raccompagner à domicile une fois la mission réalisée. Il m'est arrivé, de faire appel à un bénévole valide afin de me suppléer lors d'un événement associatif. Le même soir, deux associations culturelles partenaires avaient besoin de bénévoles pour leur spectacle. Ne pouvant être à deux endroits différents au même moment, j'ai fait appel à un bénévole s'étant porté volontaire. J'avais fait passer un article de presse titré « appel à bénévole accompagnant ». Après m'avoir accompagné sur le terrain lors de plusieurs événements, ce bénévole accompagnant était formé pour réaliser des accompagnements seul, chose qu'il a pu faire plusieurs fois en fonction du calendrier établie avec les partenaires associatifs. Utilisant nos véhicules privés nous ne pouvons pas, à l'heure actuelle, proposer de missions bénévoles aux personnes en fauteuil roulant, car nos véhicules ne sont pas adaptés pour un transport de cette nature. Il nous paraît important de</p>
--	--

	<p>focaliser notre attention sur une inclusion totale et non partielle car nous ne souhaitons laisser personne sur le bord de la route, l'acquisition d'un véhicule adapté est donc un objectif majeur. Une fois cet objectif atteint, il nous faudra développer le réseau de bénévoles accompagnant car le nombre de sollicitations de bénévoles en situation de handicap est croissant et à ce jour il est difficile pour moi d'être présent sur tous les événements associatifs de nos partenaires.</p> <p>Aujourd'hui « Accueillir la différence » est bien identifiée dans le paysage associatif local et demeure un interlocuteur privilégié sur les questions de l'inclusion.</p>
Partenaires associés	<p>“Accueillir La Différence” a bénéficié de la collaboration de plusieurs partenaires par le biais d'un comité de pilotage. Dès le premier trimestre 2014, étaient présents l'Adapei 29, le Groupe d'Entraide Mutuel L'envol, l'Association des Paralysés de France, le service MADEHO, les Genêts d'Or, mais aussi des responsables de structures associatives comme la Maison Pour Tous de Penhars à Quimper, Balles à fond (l'école de cirque de Quimper), le centre culturel Le Malamok au Guilvinec. Ces partenaires du premier jour le sont encore aujourd'hui.</p> <p>« Accueillir la différence » se veut être un lien entre des associations, des centres culturels, des maisons de quartier, etc... et des personnes en situation de handicap (qu'elles soient à domicile, en foyer d'accompagnement, en ESAT).</p> <p>Il s'agit donc d'être au cœur d'un réseau et de permettre aux individus de se rencontrer. A ce titre, oui, il m'arrive régulièrement de travailler avec des éducateurs, des aides médico-psychologiques, des animateurs d'atelier, des chefs de service, des directeurs de foyer. Cette collaboration est essentielle au fonctionnement du service « Accueillir la différence ». Les informations que peuvent me transmettre les professionnels du handicap sont précieuses car il s'agit bien de valoriser les personnes en évitant toute mise en danger ou mise en échec. Je prends donc le soin de faire remplir au bénévole une feuille d'inscription sur laquelle sont notées toutes informations importantes :</p> <ul style="list-style-type: none">• centres d'intérêts• disponibilité• besoins spécifiques (accessibilité, régime alimentaire, besoin en traduction)• Points de vigilance (santé, prise de médicaments, allergies)• Contacts (téléphone, mail, contact d'un aidant) <p>Je suis également en lien avec des présidents d'association, des bénévoles, des directeurs de centres culturels, des directeurs de maison de quartier. Ces partenaires organisateurs d'événements (tournoi de sport, concerts, festival, kermesse, fête de quartier, etc...) fournissent une fiche de poste sur laquelle est indiquée :</p> <ul style="list-style-type: none">• le jour• l'amplitude horaire• le lieu• la mission précise• le nom d'un référent

	<p>L'exploitation de ces différentes informations me permettent de proposer à un bénévole une mission adaptée à ses envies et possibilités et cela me permet d'assurer aux associations qu'un bénévole sera en mesure de répondre à leurs demandes.</p>
<p>Bonnes pratiques à partager</p>	<p>Les associations accueillantes portent un regard positif et bienveillant sur le service « Accueillir La Différence ». Tous les moments partagés avec des bénévoles en situation de handicap permettent une meilleure connaissance et donc une meilleure acceptation de la différence. Les différentes actions menées contribuent à lutter contre les représentations et les préjugés liés aux handicaps car toutes les missions données ont été réalisées. Il s'agit alors de dire « Voyez, il est possible de confier des responsabilités à des personnes en situation de handicap, puisque nous l'avons fait. ».</p> <p>Les différentes interventions de bénévoles d'« Accueillir La Différence » ont permis de questionner la vie associative sur les sujets comme l'accueil de personnes en situation de handicap ou comme l'accessibilité par exemple. Tant que nous n'y sommes pas confrontés ce ne sont pas des questions primordiales. Dépasser la peur de la différence et réfléchir avec les personnes concernées aux différents ajustements ou comportements afin que les problématiques se transforment en solutions.</p> <p>Il est bon, à mon sens, de pointer les injustices et de combattre les idées reçues. Oui, une personne en situation de handicap devrait pouvoir se déplacer là où elle le souhaite. Oui, une personne en situation de handicap peut être un acteur majeur de notre société, le bénévolat associatif est une porte d'entrée à l'inclusion, il y en a d'autre mais c'est celle-là que nous nous efforçons d'ouvrir.</p>
<p>Risques et difficultés rencontrés</p>	<p>Le rapport bénévoles / bénévoles se passe très bien à condition d'avoir pris le temps de communiquer en amont auprès des différentes équipes. Il ne s'agit pas de mettre l'accent sur le handicap mais simplement de prévenir de l'arrivée de nouveaux bénévoles car pour certaines personnes le bénévolat associatif est une chasse gardée et l'arrivée de nouvelles personnes (en situation de handicap ou pas) peut constituer une menace.</p> <p>Il m'est arrivé une fois, lors du premier trimestre 2014, de ne pas informer un bénévole habituel d'un centre culturel partenaire « d'Accueillir la différence » de la venue d'un bénévole issu de notre service, ce dernier s'est vu quelque peu écarté car le bénévole habituel pensait qu'il allait être remplacé. Après discussion, tout est rentré dans l'ordre, il s'agissait pour nous de proposer un renfort car ce soir-là, le nombre de réservations était important. C'est donc à deux qu'ils ont contrôlé les tickets à l'entrée de la salle de spectacle.</p>
<p>Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche</p>	<p>Il est important, à mon sens, de bien s'informer en amont de l'événement. Il est important de baliser l'intervention du bénévole pour que ce dernier ne se trouve pas dans une situation où il serait inutile ou incompétent. Cela nécessite donc un gros travail sur le terrain : rencontres des responsables associatifs, visite des lieux, discussions avec les bénévoles. Il ne faut surtout pas être flou dans les informations transmises car cela pourrait engendrer de l'angoisse et des doutes, il faut au contraire poser un cadre, être rassurant. Pouvoir dire au bénévole ce qu'il va faire, pendant combien de temps, où et avec qui. Pouvoir lui dire également que je ne suis pas loin et que si il y a un souci il peut compter sur moi. C'est une relation de confiance.</p>

<p>Modalités d'évaluation envisagées</p>	<p>Qu'ils émanent des bénévoles ou des partenaires associatifs, les retours sur expérience sont élogieux.</p> <p>Les bénévoles y trouvent un moyen de se rendre utile (Rappelons que lorsque nous avons écrit le projet nous souhaitions être dans le « faire avec les personnes en situation de handicap » et non le « faire pour les personnes en situation de handicap ». C'est là toute la philosophie du service « Accueillir La Différence », il s'agit bien de mettre l'individu au cœur de l'action, de valoriser son intervention afin qu'il puisse lui aussi dire je suis actif. Il s'agit également de rompre l'isolement en proposant des actions favorisant le vivre-ensemble, opérer une mixité : monde du handicap et monde du non-handicap. Tous les retours des bénévoles sont positifs car ils y trouvent des moments de plaisir et de partage.</p> <p>Le fait de proposer un ou deux bénévoles maximum par action permet une bonne intégration de ces mêmes bénévoles. Il est important pour nous de veiller à ce que les personnes issues du service « Accueillir La Différence » fassent partie d'une équipe de bénévoles, qu'elle soit constituée spécialement pour l'événement ou qu'elle soit créée de longue date. Un travail de communication est à fournir en amont de l'événement afin que l'arrivée de nouveaux bénévoles soit bien perçue.</p> <p>Nous nous inscrivons dans une démarche humaniste en imaginant que chacun peut occuper un rôle en tenant compte, bien évidemment, des spécificités de chacun.</p> <p>Pour moi, la meilleure évaluation est le témoignage de bénévoles ayant participé à différentes actions.</p> <p>« J'aime bien être bénévole, je veux sortir de chez moi, c'est pour ça que j'ai sollicité Accueillir la différence, pour m'occuper » Jean-Luc</p> <p>« J'ai aimé la foule, la salle, le spectacle. Si c'était à refaire, je ne changerais rien.» Eugène</p> <p>« Je ne suis pas déçue, j'ai trouvé ça sympa. J'ai trouvé ça bien, ça permet de voir du monde. » Maryline</p> <p>« Je me suis bien amusé. Servir au bar c'était sympa, j'ai aimé faire quelque chose d'utile. » Laurent</p> <p>« J'ai toujours trouvé que j'étais bien accueillie par tous les autres participants qu'ils soient bénévoles ou salariés. » Maryvonne</p> <p>Marie-Noëlle est une de nos bénévoles, elle est déficiente visuelle et fait régulièrement des actions de bénévolat dans le cadre « d'Accueillir La Différence ». Je me souviens de sa première intervention, elle devait déchirer les tickets d'entrées devant la porte d'une salle de spectacle. Les spectateurs, de manière générale, ont tendance à tendre leurs tickets à la personne présente mais là c'est Marie-Noëlle qui tendait la main afin que les spectateurs y déposent leurs billets et cela les déstabilisaient quelque peu. La seconde fois que Marie-Noëlle a réalisé le contrôle des tickets, nombre de spectateurs l'ont reconnue, lui ont parlé et lui ont donné leurs billets dans la main en précisant parfois le nombre de tickets à déchirer. Ils avaient pris en compte sa spécificité et l'avait intégrée comme faisant partie du staff.</p>
<p>Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?</p>	<p>Nécessité de s'équiper d'un véhicule adapté au transport de personnes en fauteuil électrique.</p> <p>Peut-être aurions-nous pu communiquer davantage sur le fait que le service « Accueillir la différence » n'est pas uniquement une mise à disposition de bénévoles pour les associations. En effet le service a également vocation à réaliser des actions de sensibilisation ainsi que d'organiser tout type</p>

	<p>d'événements qui mettrait en avant les talents de personnes en situation de handicap. Au cours des trois dernières années, le service était présent sur plusieurs actions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisation d'un concert lors duquel un groupe de musiciens en situation de handicap a pu jouer sur scène • Organisation d'une soirée théâtre présentant le travail de trois groupes dont un en situation de handicap. Discussions et témoignages avec le public et les acteurs à l'issue des trois présentations. • Actions de sensibilisation au handicap moteur et au handicap visuel auprès d'un public scolaire • Organisation d'une journée dédiée à l'accessibilité des lieux publics aux personnes à mobilité réduite • Organisation et accueil de 5 expositions de (photos, textes, dessins et peinture)
<p>Remarques</p>	<p>« Accueillir la différence » a reçu le premier prix dans la catégorie « insertion, santé et vieillissement » des Trophées de la vie locale organisés par le Crédit Agricole du Finistère en mars 2016. Le service fait également partie des 11 lauréats nationaux (le seul en Bretagne) des trophées initiatives de France Bénévolat sur l'engagement des personnes en situation de handicap dans l'engagement bénévole. Un prix nous a donc été décerné à Paris le 20 octobre 2016.</p>
<p>Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?</p>	<p>Le nombre de bénévoles inscrits sur les trois dernières années :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Décembre 2014 : 20 bénévoles • Décembre 2015 : 36 bénévoles • Décembre 2016 : 30 bénévoles <p>(un bénévole est décédé, 2 ont déménagé et 2 ont décidé de faire du bénévolat de façon autonome sans avoir à passer par le service).</p> <p>Notre volonté à présent est de ne pas dépasser 30 bénévoles.</p>
<p>Contact</p>	<p>Nom de la personne ayant rempli la fiche : Alain Le Doaré Date de remplissage : 09 février 2017 Organisme d'appartenance : chargé de mission « Accueillir la différence » Espace Associatif Quimper Cornouaille Mail : alain.ledoare@espace29.asso.fr</p>

Fiche 49 : « Accueil Temporaire de Ressourcement » (association ALISA) :
Structure médico-sociale non-médicalisée proposant des séjours avec hébergement
dans une maison à la campagne avec espaces verts et mini-ferme.

Intitulé de l'expérience	<p>« Accueil Temporaire de Ressourcement » (association ALISA) : Structure médico-sociale non-médicalisée proposant des séjours avec hébergement dans une maison à la campagne avec espaces verts et mini-ferme. Accueil en petit collectif et fonctionnement à caractère familial</p>
Territoire concerné	<p>National</p>
Contexte de création/mise en place (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	<p>Dans le cadre d'un projet d'établissement d'accueil temporaire dédié : initiative du porteur de projet à partir des demandes d'hôpitaux psychiatriques</p>
Objectifs de la démarche	<ul style="list-style-type: none"> - Se ressourcer dans un cadre rural apaisant et convivial, mise au vert (maison, basse-cour, potager,...) ; - Proposer un environnement différent du cadre de vie habituel avec de nouveaux repères, favorisant le recentrage sur des projets de vie personnalisés (habitudes de vie, estime de soi, relation à l'autre, statut d'adulte...) - Favoriser de nouvelles expériences au-delà de leur place de patients : développer/maintenir les acquis d'autonomie, faciliter/préserver l'intégration sociale et citoyenne, favoriser l'épanouissement, le bien-être et l'ouverture culturelle ; - Effectuer une période de transition dans un parcours de vie ; - Evaluer les capacités pour préparer un futur projet ; - Permettre le répit des familles et/ou des professionnels
« Périmètre du dispositif (à quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Y a-t-il des critères d'accès définis ? une participation financière demandée ?)	<ul style="list-style-type: none"> - Public : personnes majeures en situation de handicap (déficience intellectuelle, troubles et fragilités psychiques) ; - Critères : les personnes doivent disposer d'une notification CDAPH «accueil temporaire ». La demande d'accueil est étudiée par la Coordinatrice sociale en lien avec le Chef de services en fonction du projet global de la personne concernée, de nos conditions d'admission, de la sécurité et des places disponibles. Etablissement non-médicalisé ; - Personnes qui ne peuvent pas être accueillies : celles qui ne sont pas aptes à la vie en collectivité et qui présentent des troubles graves de la conduite et du comportement. Les personnes qui présentent des lésions organiques graves nécessitant des soins constants. Les personnes qui ont besoin d'un appareillage d'assistance fonctionnelle (pompe nutritionnelle, assistance respiratoire, etc.), nécessitant une présence médicale permanente.

	<ul style="list-style-type: none"> - Participation financière : 18 €/jour (montant égal au forfait hospitalier).
Calendrier de la démarche (préparation du projet, début de son fonctionnement effectif, quelles perspectives ?)	Projet initié en 2010
Partenaires associés	<ul style="list-style-type: none"> - Régulièrement : CHGR de Rennes (Centre Hospitalier Guillaume Rénier), SPAL de Laval (Service Psychiatrique Adulte Lavallois) ; - Ponctuellement : différents hôpitaux d'autres départements.
Bonnes pratiques à partager	<ul style="list-style-type: none"> - Temps d'échange de pratiques avec des infirmiers du CMP de Laval (actuellement 1 fois tous les 2 mois), de manière conventionnée ; - Rencontres d'évaluations concernant les personnes accueillies mais également concernant les partenariats, dès que nécessaire.
Risques et difficultés rencontrées	<ul style="list-style-type: none"> - Parfois, il est identifié des réticences et/ou de la méconnaissance avec certains nouveaux partenaires ; - Il faut une bonne communication entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, sur la base nécessaire du respect et de la confiance réciproque.
Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	<ul style="list-style-type: none"> - Ouverture progressive du secteur sanitaire ; - Transition importante par des collègues assistantes sociales travaillant dans les hôpitaux, connaissant mieux le secteur médico-social.
Modalités d'évaluation envisagées	Rencontres d'évaluations concernant les personnes accueillies mais également concernant les partenariats, dès que nécessaire.
Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?	RAS
Remarques	RAS
Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?	Au moins une vingtaine de personnes
Contact	<p>Nom de la personne ayant rempli la fiche : Vianney HAUTOIS Date de remplissage : Janvier 2017 Organisme d'appartenance : Association ALISA Mail : vha.alisa@orange.fr</p>