



Centre régional d'études et d'actions sur les inadaptations et les handicaps

CS 60615 - 35 706 RENNES CEDEX 7

Tél. 02.99.38.04.14 – Fax. 02.99.63.41.87

Email : creaibretagne@cegetel.net - Site Internet : www.creaibretagne.org

EVALUATION ANNUELLE CROSMS 2007

de l'évolution de l'équipement au regard de l'état des besoins
tel qu'il ressort des schémas départementaux
et des schémas et synthèses régionaux

Présentation 2008

Fenêtre Personnes handicapées

réalisée par le CREA de Bretagne
Juillet 2008

Sommaire

Partie A – Enfance handicapée	3
I – Données de cadrage	3
I.1. Démographie	3
I.2. Epidémiologie : la prévalence des handicaps chez l'enfant	4
I.3. L'AEEH en Bretagne en 2006	7
II – Orientations nationales, régionales et départementales	9
II –1. Orientations nationales	9
II –2. Orientations régionales	10
II –3. Orientations départementales	11
III – Equipement au 31 décembre 2007	12
III.1. Un équipement breton inférieur à la moyenne de la métropole en matière d'établissements, mais supérieur en SESSAD.	12
III.2. Des disparités territoriales	12
III.3. Des disparités départementales en matière de dispositif de scolarisation	22
IV – Bilan de l'activité du CROSMS en 2007	25
Partie B – Adultes handicapés	27
I – Données de cadrage	27
I.1. Démographie	27
I.2. Epidémiologie : prévalence des handicaps et vieillissement des adultes handicapés	28
I.3. Un taux de bénéficiaires de l'AAH en Bretagne supérieur à la moyenne nationale	30
II – Orientations nationales, régionales et départementales	32
II –1. Orientations nationale	32
II –2. Orientations régionales	34
II –3. Orientations départementales	35
III – Equipement au 31 décembre 2007	36
III.1. Un équipement breton plus favorable que la moyenne des régions de métropole.	62
III.2. Des disparités départementales	36
IV - Bilan de l'activité du CROSMS en 2007	40
Glossaire	44

I.2. Epidémiologie : la prévalence des handicaps chez l'enfant

Quelles que soient les définitions considérées et les méthodologies employées, la plupart des enquêtes épidémiologiques concluent à une prévalence (nombre de cas observés dans une population donnée, à un moment donné rapporté à l'ensemble de la population) des handicaps chez l'enfant autour de **vingt pour 1 000**.

D'après l'enquête de l'INSERM de 1998, on estime aujourd'hui que la prévalence des handicaps chez l'enfant se situe autour de **20 enfants handicapés pour 1 000** enfants de moins de 20 ans, et que les **déficiences sévères concernent plus de 8 enfants pour 1 000** (contre respectivement 13 et 6 pour 1 000 en 1994).

a) Estimation des enfants et adolescents handicapés en Bretagne par extrapolation des taux de prévalence

Ces taux de prévalence ont été appliqués à la population des moins de 20 ans estimée au 01.01.05 par l'INSEE dans les quatre départements bretons afin d'estimer le nombre d'enfants handicapés.

Estimer ainsi une population nous fait prendre le risque d'ignorer des spécificités géographiques, mais reste cependant un bon outil par défaut de recensement de la population concernée¹.

Estimation du nombre d'enfants handicapés (0-19 ans), par extrapolation à partir des taux de prévalence appliqués à la population estimée par l'INSEE en 2005 (STATISS 2007).

Sources	Taux de prévalence (pour 1 000)	Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Bretagne
INSERM 94, handicaps sévères	6	791	1 254	1 457	982	4 485
INSERM 94, tous handicaps	13	1 714	2 718	3 158	2 128	9 718
INSERM 98, handicaps sévères	8	1 055	1 673	1 943	1 310	5 981
INSERM 98, tous handicaps	19	2 505	3 973	4 615	3 111	14 204

Enquête INSERM 94 : enquête réalisée en collaboration avec la CDES en 1985-86 et 1989 : les handicaps signalés pour les enfants nés en 1972, en 1976 et en 1981 dans quatre régions ont été enregistrés.

Enquête INSERM98 = enquête épidémiologique sur les déficiences sévères à l'âge scolaire, Rumeau-Rouquette C., Cans C., Grandjean H. et al. : enregistrement de tous les enfants handicapés nés entre le 01/01/76 et le 31/12/85, dont les parents résidaient en Haute-Garonne, Isère et Saône-et-Loire, soit 6 100 enfants, grâce à la collaboration des CDES, des hôpitaux de jour et des centres de transfert néonatal.

Pour rappel, les enquêtes épidémiologiques soulignent la prédominance des handicaps lourds chez les garçons, puisque l'on compte en général environ 14 garçons handicapés pour 10 filles.

Les événements survenant pendant la grossesse, l'accouchement et la période néonatale influencent considérablement l'état de santé de l'enfant et de sa mère ainsi que leur avenir. Selon une enquête de la DREES sur « La situation périnatale en France en 2003 », la situation sanitaire environnant la naissance s'améliore, notamment grâce à une meilleure surveillance des grossesses, une amélioration des conditions de sécurité dans les maternités et aux progrès techniques en obstétrique et en néonatalogie.

Le Plan « Périnatalité » 2005/2007 rappelle que 15 000 enfants naissent avec un handicap chaque année, dont 7 500 avec des « déficiences sévères ». Près de la moitié de ces handicaps est d'origine périnatale (soit 3 000 à 4 000 naissances par an). Les autres sont d'origine génétique. En retenant 766 425 naissances domiciliées en 2004², les taux de prévalence seraient alors de 19,57 naissances avec un handicap pour 1 000 naissances et 9,78 naissances avec déficiences sévères pour 1 000 naissances. Appliqués aux naissances enregistrées en Bretagne en 2004, seraient alors estimées par an 712 naissances avec un handicap dont 356 avec des déficiences sévères.

¹ En attente d'informatisation des MDPH.

² STATISS

Les taux de prévalence par type de déficience calculés par l'enquête INSERM de 1998 ont également été appliqués aux populations des moins de 20 ans des départements bretons afin d'estimer, par type de déficience, le nombre d'enfants handicapés :

Estimation du nombre d'enfants handicapés (0-19 ans) par type de handicap par département, par extrapolation à partir des taux de prévalence appliqués à la population estimée par l'INSEE en 2005.

Enquête INSERM 1998	Taux de prévalence (pour 1 000)	Côtes d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Bretagne
1^{er} groupe : Déficiences sévères						
Trisomie 21	0.98	129	205	238	160	733
Autres retards mentaux sévères	2.58	340	539	627	422	1 929
Paralysie cérébrales	1.84	243	385	447	301	1 376
Cécités, amblyopie	0.68	90	142	165	111	508
Surdités profondes et sévères	0.69	91	144	168	113	516
Autismes*	0.53	70	111	129	87	396
Autres psychoses	1.42	187	297	345	232	1 062
Toutes déficiences	8.37	1 104	1 750	2 033	1 370	6 257
2^{ème} groupe : Autres anomalies						
Malformations	0.74	98	155	180	121	553
Maladies somatiques	1.60	211	335	389	262	1 196
Autres troubles mentaux (maladies somatiques exclues)	6.72	886	1 405	1 632	1 100	5 024
Autres déficiences (sauf précédentes)	1.37	181	286	333	224	1 024
Toutes déficiences	10.38	1 369	2 170	2 521	1 699	7 760
Total (1) + (2)	18.75	2 472	3 920	4 555	3 070	14 017

*Autisme : La fréquence des troubles envahissants du développement fait l'objet de discussion : une expertise collective sur le dépistage et la prévention des troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent (2001) de l'INSERM propose une prévalence de l'autisme de 0.9 pour 1 000 et une prévalence de toutes les formes de TED autour de 2.73 pour 1 000. Des études plus récentes proposent une prévalence de 1.7 pour l'autisme et de 6 pour l'ensemble du spectre autistique.

Estimation d'enfants et adolescents autistes.

Besoin de places	Côtes d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Bretagne
0 à 19 ans	116	188	210	145	659
5-19 ans	88	142	157	110	496

Extrait du document remis par la DRASS à la réunion du CTRA le 7/11/05, taux de prévalence retenu : 0.9 pour 1 000

Evolution des prévalences

Selon l'enquête épidémiologique du CTNERHI de 1998, la prévalence des trisomies 21 est stable dans les trois groupes d'âge (1976-1981, 1979-1981 ou 1982-1984) malgré l'augmentation des interruptions médicales de grossesse. Ce résultat s'explique probablement en partie par l'augmentation de la survie des enfants trisomiques et par le fait que les grossesses sont de plus en plus tardives.

Pour les autres retards intellectuels sévères, on observe en revanche une diminution significative du taux de prévalence en fonction de l'année de naissance, de 2.4 à 2.3 puis 1.9 pour 1 000. L'interprétation de cette évolution est cependant délicate en raison de la survenue de modifications de diagnostic et de classification des retards intellectuels sévères.

Quant aux déficiences sensorielles, leurs prévalences ne varient pas de façon significative.

Malgré les efforts de prévention pendant la période périnatale, la **prévalence des paralysies cérébrales** est passée de 1,5 pour 1 000 chez les 14-16 ans à 1,7 chez les 11-13 ans, puis à 1,9 pour 1 000 chez les 8-10 ans. Cette hausse pourrait s'expliquer par la prise en charge de plus en plus précoce de cette pathologie.

Source : Le handicap en chiffre. DGAS/DREES/CTNERHI/Février 2004.

L'INSERM met en avant deux hypothèses pour expliquer l'accroissement de la prévalence du handicap : l'augmentation de la prématurité depuis la fin des années 1980 (6,8 % des naissances) et de la grande prématurité (1,5 % des naissances avant trente-trois semaines), et la baisse constante de la mortalité néonatale due au progrès de la médecine et de la prise en charge des nourrissons, avec comme conséquence possible la survie d'enfants atteints ou à risque de l'être³.

b) Estimation des enfants et adolescents concernés par des troubles en Bretagne par extrapolation des taux de prévalence

b.1) Les troubles sévères des apprentissages

Les troubles spécifiques d'apprentissage du langage oral et écrit (dysphasies, dyslexies)⁴ sont à situer dans l'ensemble plus vaste des troubles spécifiques des apprentissages. On estime à environ **4 % à 6 % les enfants d'une classe d'âge concernés par ces troubles pris dans leur ensemble, dont moins de 1 % présentent une déficience sévère.**

Estimation d'enfants et adolescents présentant une déficience sévère du langage

Besoin de places	Côtes d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Bretagne
Population 5-19 ans STATISS 07) au 01.01.05	97 863	157 131	180 601	122 376	557 971
Estimation population 5-19 ans présentant une déficience sévère du langage	979	1 571	1 806	1 224	5 579

Taux de prévalence de 1%, selon la circulaire n° DGS/SD6D/MEN n° 2002-68 du 4 février 2002

b.2) Les troubles de la conduite et du comportement

Concernant les jeunes présentant des troubles de la conduite et du comportement, l'expertise collective de l'INSERM « *Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent* » (septembre 2005) mentionne d'après les études internationales que la **prévalence du trouble des conduites est estimée à 5-9 % chez les garçons de 15 ans en population générale. Chez les filles, la prévalence est plus faible ou du moins les formes agressives sont plus rares** (sous-estimation des formes inhibées). Le groupe d'experts recommande de développer une étude épidémiologique afin d'estimer la prévalence du trouble et de ses différents symptômes (conduites agressives, destructions de matériels, fraude, violations de règles) selon l'âge, le sexe et les troubles associés.

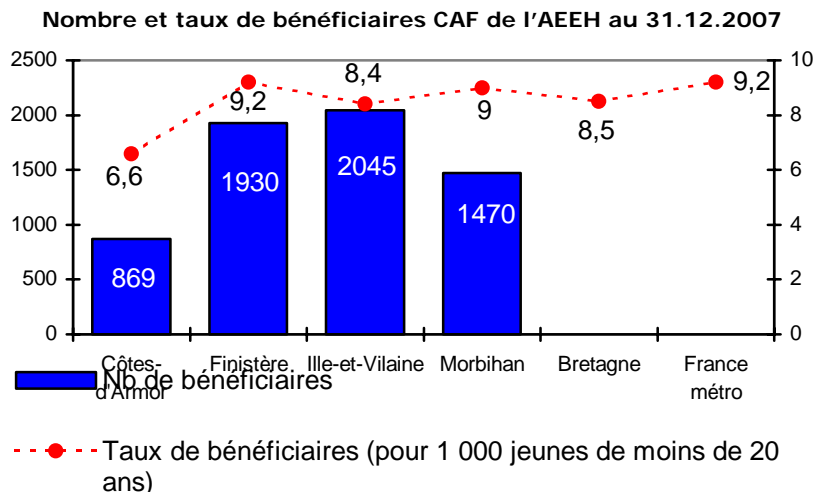
³ L'e-ssentiel n° 70-février 2008. CNAF

⁴ Circulaire n° DGS/SD6D/MEN n° 2002-68 du 4 février 2002 relative à la mise en oeuvre d'un plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage oral ou écrit

I.3. L'AAEH en Bretagne en 2007

Au 31 décembre 2007, la Bretagne enregistre 6 314 bénéficiaires CAF de l'AAEH (6 279 en 2006), soit 8,5 bénéficiaires pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans.

Le Finistère et le Morbihan enregistrent des taux de bénéficiaires de l'AAEH supérieurs au taux de prévalence des déficiences sévères (8 pour 1 000 selon l'enquête INSERM de 1998), tandis que les Côtes d'Armor présentent un taux inférieur.



Source : CNAF fichier FILEAS

Ces données ne prennent pas en compte les bénéficiaires MSA.

Les disparités départementales peuvent être mises en perspective avec les disparités départementales en matière d'équipement. En effet, les bénéficiaires CAF de l'AAEH sont :

- sous-représentés dans les Côtes d'Armor (6,6), département enregistrant le taux d'équipement en dispositifs pour enfants handicapés le plus fort de Bretagne (10,1 places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans contre une moyenne régionale de 8,7⁵),
- et sur-représentés dans le Morbihan (9), département enregistrant le taux d'équipement en dispositifs pour enfants handicapés le plus faible de Bretagne (8 places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans).

Selon l'analyse géographique des CAF de Bretagne, les pays morbihannais présentaient en 2006 de plus fortes proportions de familles bénéficiaires de l'AAEH. Sur les 5 pays de ce département, 3 se retrouvent dans les 5 premiers pays par ordre d'importance du nombre de bénéficiaires : il s'agit des pays de Ploërmel-Cœur de Bretagne, Lorient et Auray.

Le nombre de bénéficiaires de l'AAEH (premières demandes et renouvellements) croît depuis 1996. Cette progression s'expliquerait :

- par un **abaissement de l'âge d'entrée dans le dispositif**, induit par un **repérage plus précoce des handicaps** et une meilleure information des familles sur leurs droits ;
- un **accroissement de la prévalence du handicap** : selon l'INSERM, deux hypothèses peuvent être avancées : l'augmentation de la prématurité depuis la fin des années 1980 (6,8 % des naissances) et de la grande prématurité (1,5 % des naissances avant trente-trois semaines), et la baisse constante de la mortalité néonatale due au progrès de la médecine et de la prise en charge des nourrissons, avec comme conséquence possible la survie d'enfants atteints ou à risque de l'être⁶.

⁵ Source : STATISS 2007. Situation au 01.01.06

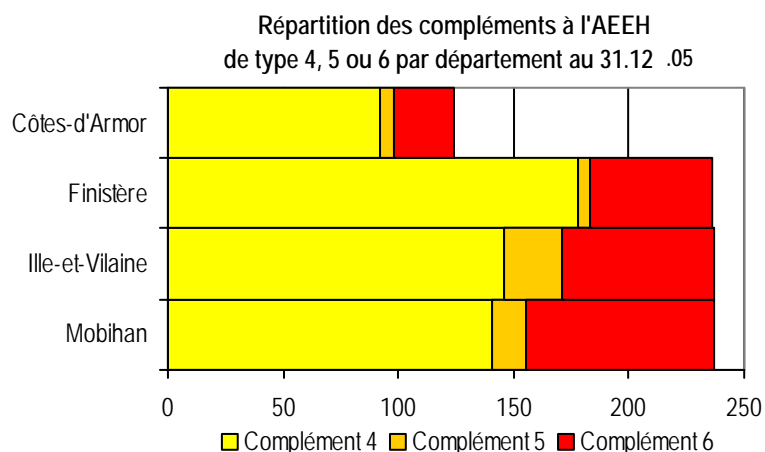
⁶ L'e-ssentiel n°70-février 2008. CNAF

Répartition des compléments à l'AAEH

Fin décembre 2005, la Bretagne dénombrait 834 enfants bénéficiaires de l'AAEH avec un complément 4, 5 ou 6, soit **1.13** bénéficiaires pour 1 000 jeunes âgés de moins de 20 ans contre 1.19 pour la métropole. Ce taux varie d'un minimum de 0.95 enregistré dans les Côtes d'Armor à un maximum de 1.46 dans le Morbihan. Ce constat est à mettre en perspective avec les taux d'équipement (établissements et services), variant inversement d'un minimum dans le Morbihan et d'un maximum dans les Côtes d'Armor.

La Bretagne se distingue par attribution des compléments 6 plus fréquente que la moyenne enregistrée dans la métropole : parmi les bénéficiaires des compléments 4 à 6 de l'AAEH, 27 % des jeunes bretons perçoivent le complément 6 contre 24 % au niveau national.

La Bretagne enregistre d'importantes disparités départementales en matière d'attribution du complément 6 : en effet, parmi les bénéficiaires des compléments 4 à 6, la part des bénéficiaires du complément 6 varie de 21 et 22 % dans les Côtes d'Armor et le Finistère, à 35 % dans le Morbihan, en passant par 28 % en Ille-et-Vilaine. Ces disparités interrogent à la fois les pratiques des commissions d'attribution, leur composition, mais aussi l'organisation des réponses sur les territoires.



Champ : Enfants bénéficiaires de l'AAEH – Source : CNAF et MSA, traitement DREES.

II – Orientations nationales, régionales et départementales

II –1. Orientations nationales

a) La loi de financement de la sécurité sociale

Pour l'année 2008, la loi de financement de la sécurité sociale consacre plus de 450 millions d'euros de mesures nouvelles en direction des personnes handicapées en créant pour les enfants handicapés, 2.200 places supplémentaires, dont 1.250 places de SESSAD, 300 places pour artistes, 150 pour polyhandicapés, 200 places pour déficients intellectuels et 300 places en ITEP.

b) Plan autisme 2008-2010

5 mesures phares sont proposées dans ce plan :

- Elaborer un corpus de connaissances et développer la recherche ;
- Actualiser les contenus de la formation des professionnels, qu'ils soient des champs sanitaires, médico-sociaux ou éducatifs ;
- Diversifier les méthodes de prise en charge innovantes ;
- Mettre en place un dispositif d'annonce du diagnostic qui permet l'orientation et l'accompagnement des familles ;
- Renforcer l'offre d'accueil.

Parmi les 30 mesures, peuvent être retenues les suivantes :

- Au titre de l'amélioration du repérage et de l'accompagnement :
 - ✓ Développer l'apprentissage en institut médico-professionnel (IMPRO) et mieux mobiliser les UPI en lycées professionnels ;
- Au titre de la diversification des approches, dans le respect des droits fondamentaux de la personne :
 - ✓ Créer en 5 ans 4 100 places supplémentaires dédiées aux personnes autistes dont 1 500 places dans les établissements pour enfants et 600 en SESSAD ;
 - ✓ Faciliter sur le plan juridique et financier la création de petites unités de vie ;
 - ✓ Pour les très jeunes enfants, renforcer l'action spécifique des CAMPS et l'accueil en SESSAD ;
 - ✓ Pour les adolescents, encourager l'internat souple et les structures expérimentales de « décompression »
 - ✓ Favoriser les interfaces avec le milieu ordinaire, en promouvant notamment le développement des SESSAD ;
 - ✓ Une partie des créations de places en IME sera orientée vers le développement de l'accueil temporaire pour permettre des séjours de rupture pour les personnes et de répit pour les aidants.

c) Plan handicap visuel 2008-2011

Le plan rappelle la priorité de la scolarisation des élèves aveugles ou malvoyants, pour laquelle est annoncée la création de 416 places supplémentaires en services d'aide à l'acquisition de l'autonomie et de l'intégration scolaire (S3AIS) à partir de la rentrée scolaire 2009.

d) Mise en place de la PCH enfants et du guide d'évaluation des besoins de compensation

La loi du 11 février 2005 a créé la prestation de compensation du handicap (PCH) destinée à compenser les conséquences du handicap de la personne quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie. Cette prestation, attribuée par les commissions des droits et de l'autonomie (CDAPH), est désormais ouverte aux moins de 20 ans, depuis la parution des décrets du 7 mai 2008.

La parution de l'arrêté du 6 mai 2008 relatif aux références et nomenclatures applicables au guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées prévu à l'article

R 146-28 du code de l'action sociale et des familles vient concrétiser un des aspects de la profonde réforme de la politique du handicap. L'utilisation de ce guide d'évaluation (GEVA) devrait contribuer, par l'usage qui en sera fait, à répondre à l'une des ambitions de la loi 2005-102 et des attentes des personnes handicapées : égalité de traitement à l'échelon national. Les références et nomenclatures, permettant à l'équipe pluridisciplinaire des MDPH, de prendre en compte la situation de la personne handicapée dans toutes ses dimensions (matérielle, familiale, sanitaire, sociale, professionnelle, psychologique, budgétaire,...) sont publiées en annexe 1 de cet arrêté (10 chapitres, 23 pages). Le modèle de guide d'évaluation est publié en annexe 2 de l'arrêté et constitue le dossier à renseigner par les membres de l'équipe pluridisciplinaire.

e) Les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM

Le Conseil d'Administration de l'Agence nationale d'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux (ANESM) a adopté le 12 décembre le programme de travail de l'Agence pour 2008. Les travaux engagés avec le Comité d'orientation stratégique et le Conseil scientifique sur les thèmes des recommandations à inscrire au programme d'activité 2008/2010, leur priorité et leur méthodologie ont permis de retenir quinze recommandations de bonnes pratiques pour le programme de travail 2008 parmi lesquelles 2 spécifiques à la population « Personnes handicapées » :

- Prise en charge des personnes autistes
- Bonnes pratiques dans les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)

f) Circulaire n° 2008-042 du 4-4-2008 de préparation de la rentrée scolaire 2008

La première orientations prioritaire parmi les 10 présentées dans cette circulaire est consacrée à la scolarisation des élèves handicapés :

Pour garantir le droit à la scolarisation des élèves handicapés, tout doit être mis en œuvre pour réussir leur scolarisation et pour assurer la continuité de leurs parcours de formation. On s'appuiera sur cinq actions fortes :

- Un projet personnalisé de scolarisation pour chaque élève handicapé (PPS) qui organise la scolarité de l'enfant.
- Le déploiement des enseignants référents
- Un accompagnement de qualité : développer les formations dont les auxiliaires de vie scolaire ont besoin.
- Un effort croissant de formation des enseignants
- La couverture de tout le territoire par des UPI : Pour atteindre le nombre total de 2 000 UPI en 2010, le plan d'ouverture de 200 UPI par an est poursuivi. L'effort devra notamment porter sur les ouvertures d'UPI dans les lycées professionnels, dans le cadre d'une offre de formation concertée et cohérente.

II –2. Orientations régionales

a) Les priorités de financements définies dans le PRIAC

Les priorités de financements définies dans le PRIAC pour les « enfants et adolescents handicapés » font l'objet d'une présentation par les services de la DRASS de Bretagne.

b) Politique de l'assurance maladie et vieillesse en Bretagne⁷

Les fonds d'assurance maladie financent totalement ou majoritairement les établissements et services médico-sociaux pour enfants et adolescents handicapés.

⁷ Contribution communiquée par la CRAM de Bretagne

La Caisse Régionale d'Assurance Maladie intervient à plusieurs niveaux :

- Au CROSMS : émission d'un avis coordonné avec la Direction Régionale du Service Médical sur les projets de création, d'extension ou de transformation de ces structures
- Alimentation de la base régionale des établissements afin de permettre le paiement des prix de journée et dotations annuelles par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- Réalisation des conventions avec les établissements pour la pratique du tiers payant
- Bilan global de la situation financière de l'ensemble des établissements de la région, des ratios d'encadrement, des coûts à la place ... (PRISMES Ratios)
- Participation à certaines visites de conformité des établissements
- Travaux d'expertise sur des sujets innovants ou problèmes posés par les établissements

Les orientations générales au niveau régional :

en matière de planification :

- équité de traitement des projets sur la région, quelque soit la politique départementale
- implantation harmonieuse des projets sur le territoire régional (vigilance sur les projets frontaliers dans les départements), en lien avec la démarche PRIAC
- adaptation réelle de l'offre aux besoins (pour une meilleure répartition des ressources)
- qualité optimum des prises en charge proposées (projet de soins et de vie bien développé, taux d'encadrement équilibré, coût adapté)
- bonne articulation avec le SROS et les réseaux de santé

en matière de prise en charge

- développer la transversalité des prises en charge (filière de soins avec le minimum de ruptures grâce aux conventions et chartes de coopération)
- assurer une gestion intelligente et responsable des prises en charge : prises en charge complémentaires cohérentes entre sanitaire et médico-social, entre 2 structures médico-sociales, et entre médico-social ambulatoire
- favoriser le développement des démarches qualité, des référentiels de « bonnes pratiques », de respect des droits des personnes handicapées

au niveau du financement :

- garantir la transparence dans la gestion des fonds assurance maladie
- mettre en exergue certaines situations d'établissements relatives aux dépassements d'enveloppe
- éviter les transferts de charges sans contrepartie du champ sanitaire vers le médico-social et du champ médico-social vers les soins de ville.

Les priorités :

- priorités retenues dans les schémas départementaux et dans le cadre du PRIAC, en privilégiant les prises en charge diversifiées, accueil de jour, accueil temporaire et autres alternatives pour répondre aux besoins des enfants et adolescents et de leurs aidants.
- d'un point de vue plus financier, vérifier les modalités d'application de la facturation des prises en charge de personnes maintenues dans les établissements pour enfants au titre de l'amendement CRETON (ordonnance du 01/12/2005) et opérer le cas échéant des signalements vers les autorités de tarification.

II-3. Orientations départementales

Les orientations départementales tiennent compte des orientations nationales et ont alimenté les programmations du PRIAC.

III – Equipement au 31 décembre 2007

III.1. Un équipement médico-social breton inférieur à la moyenne de la métropole en matière d'établissements, mais supérieur en SESSAD.

Le nombre de places en établissements et services pour enfants handicapés au 1^{er} janvier 2006⁸ pour 1 000 jeunes âgés de moins de 20 ans situe la Bretagne dans la moyenne de la métropole (8,6 places pour 1 000 enfants de moins de 20 ans) et au 15^{ème} rang des régions françaises. Toutefois, la Bretagne se caractérise par une composition différente de l'offre médico-sociale :

- avec un taux d'équipement en SESSAD supérieur à la moyenne de la métropole : 2,4 places contre 1,7 places ;
- et un taux d'équipement en établissements inférieur : 6,2 places contre 6,9 places.

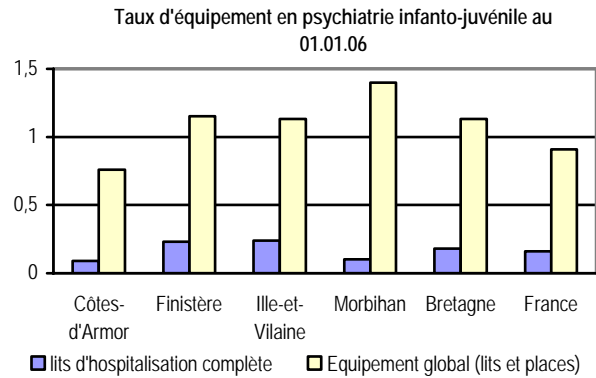
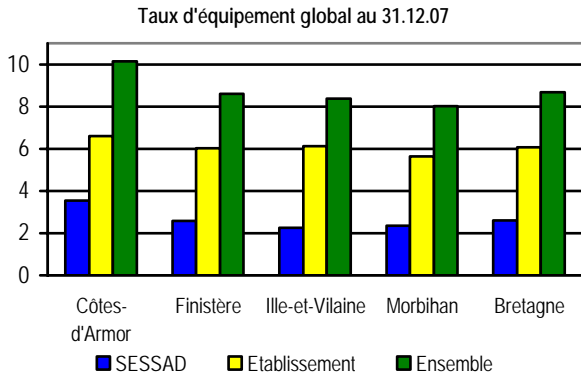
III.2. Des disparités territoriales

Equipement enfants et adolescents par déficience au 31.12.2007

population de - 20 ans au 01/01/2005		POP 131 858		POP 209 080		POP 242 912		POP 163 724		POP 747 574	
		Côtes d'Armor		Finistère		Ile et Vilaine		Morbihan		Bretagne	
		Places	Taux d'équip.	Places	Taux d'équip.	Places	Taux d'équip.	Places	Taux d'équip.	Places	Taux d'équip.
Déficience Intellectuelle	Etablissements	608	4,61	893	4,27	929	3,82	636	3,88	3066	4,10
	SESSAD	215	1,63	316	1,51	248	1,02	209	1,27	988	1,32
	Total	823	6,24	1209	5,78	1177	4,84	845	5,16	4054	5,42
Troubles de la conduite et du Comportement	Etablissements	45	0,34	185	0,88	208	0,85	76	0,46	514	0,68
	SESSAD	75	0,56	48	0,22	65	0,26	32	0,19	220	0,29
	Total	120	0,91	233	1,11	273	1,12	108	0,65	734	0,98
Déficience Motrice	Etablissements	40	0,30	79	0,37	78	0,32	50	0,30	247	0,33
	SESSAD	49	0,37	78	0,37	66	0,27	41	0,25	234	0,31
	Total	89	0,67	157	0,75	144	0,59	91	0,55	481	0,64
Polyhandicapés	Etablissements	71	0,53	73	0,34	89	0,36	94	0,57	327	0,43
	SESSAD	0	0	0	0	0	0	15	0,09	15	0,02
	Maison d'Accueil Temporaire								12		
	Total	71	0,53	73	0,34	89	0,36	109	0,66	342	0,45
Déficience Auditive	Etablissements	80	0,60	23	0,11	155	0,63	70	0,42	328	0,43
	SESSAD	85	0,64	52	0,24	130	0,53	55	0,33	322	0,43
	Total	165	1,25	75	0,35	285	1,17	125	0,76	650	0,86
Déficience Visuelle	Etablissements	28	0,21	6	0,02	30	0,12	0	0	64	0,08
	SESSAD	42	0,31	48	0,22	40	0,16	35	0,21	165	0,22
	Total	70	0,53	54	0,25	70	0,28	35	0,21	229	0,30
Total	Etablissements	872	6,61	1259	6,02	1489	6,12	926	5,65	4546	6,08
	SESSAD	466	3,53	542	2,59	549	2,26	387	2,36	1944	2,60
	Total	1338	10,14	1801	8,61	2038	8,38	1313	8,01	6490	8,68

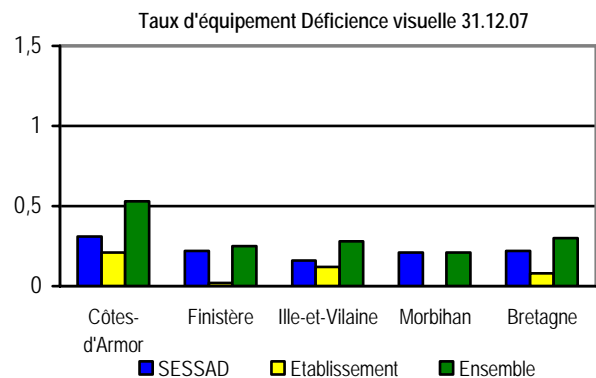
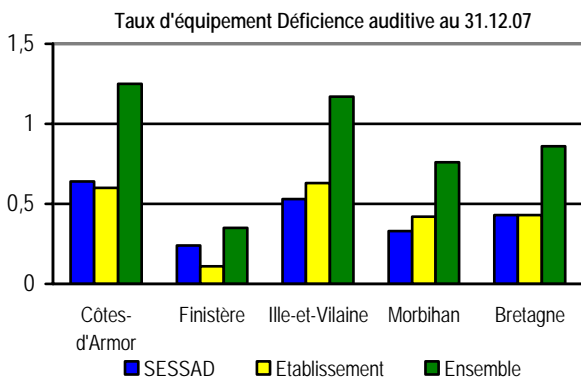
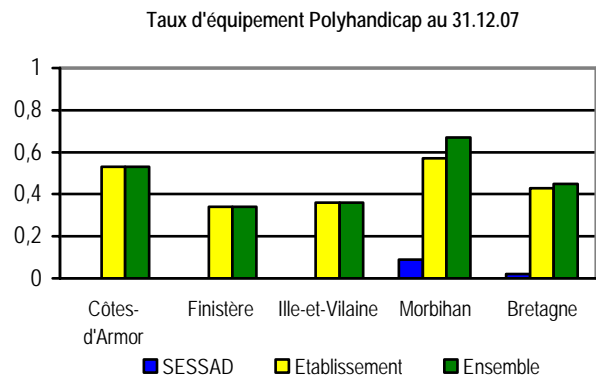
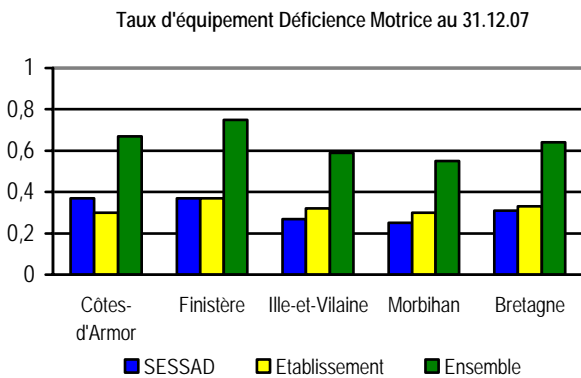
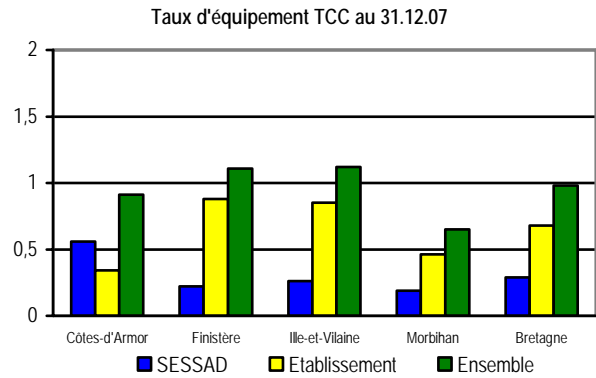
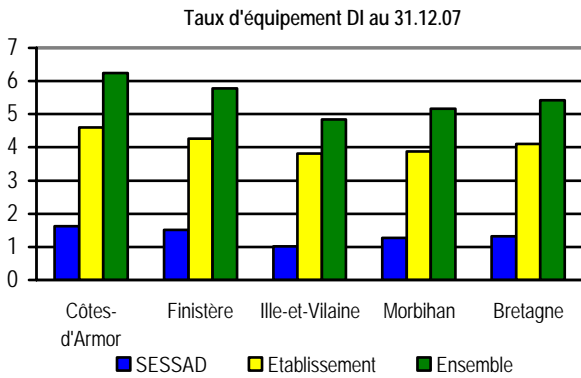
Sources : DRASS-AMS

⁸ STATISS 2007



Source : DRASS-AMS

Source STATISS 2007 (01.01.06)



La présentation de l'analyse des dispositifs reprend les axes de la loi du 11 février 2005 :

- a) Dépistage et prise en charge précoce
- b) Accompagnement en milieu ordinaire
- c) Accompagnement en institution

Rappelons que :

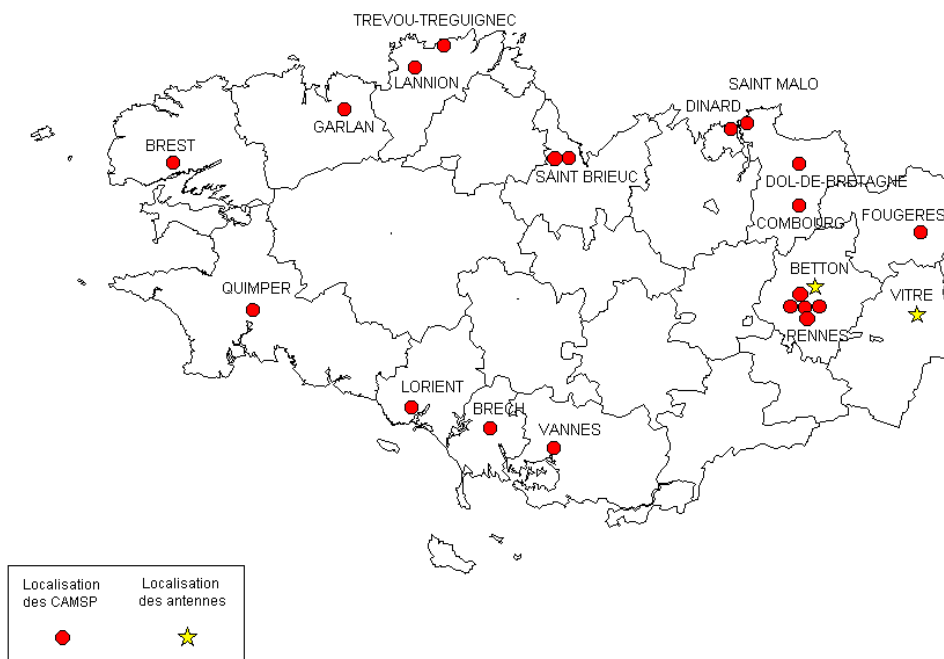
- les SESSAD interviennent de 0 à 20 ans et notamment en matière de prise en charge précoce
- les CMPP interviennent au-delà de la prise en charge précoce

a) Dépistage et prise en charge précoce

a.1) Les CAMSP

Pour permettre un accès de proximité, quelques CAMSP d'Ille-et-Vilaine ont développé des antennes. Toutefois, des pays demeurent dépourvus d'intervention de CAMSP ce qui interroge l'accès de proximité à de dispositif : il s'agit des Pays du Centre Ouest Bretagne, du Centre Bretagne, de Pontivy, de Ploërmel, de Brocéliande, de Redon, de Vallon de Vilaine, de Dinan et de Guingamp.

Localisation des CAMSP de Bretagne



Copyright CREA! de Bretagne - 04.2007
Source : fichier FINISS au 20.03.07 / annuaire social du CREA!

Près de 3 enfants sur 10 suivis par un CAMSP en 2006 étaient âgés de moins de 3 ans.

Répartition par âge des usagers des CAMSP en Bretagne en 2006

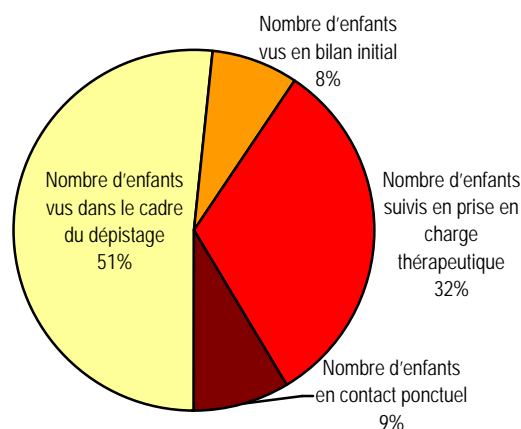
	0-12 mois	13 à 24 mois	3-4 ans	5-6 ans	> 6 ans
Garçons	9.5	17.8	43.6	28.6	5.1
filles	11.8	19.9	37.7	23.7	6.9
Total	10.3	18.7	38.6	26.7	5.8

Source : arrêté préfectoral de publication des valeurs moyennes et médianes d'indicateurs. Derniers résultats approuvés 2006

En 2006, les enfants suivis par un CAMSP en Bretagne étaient en moyenne suivis durant 473 jours.

La moitié des interventions d'un CAMSP est dédiée à des interventions de dépistage.

Nature des interventions en 2006



Source : arrêté préfectoral de publication des valeurs moyennes et médianes d'indicateurs. Derniers résultats approuvés 2006

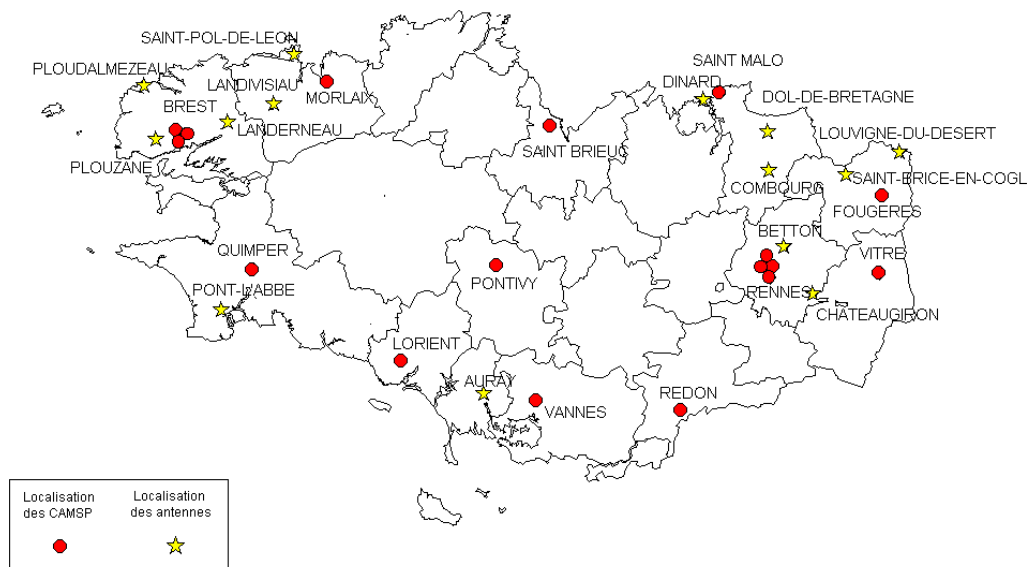
a.2) Les CMPP

Avec l'ouverture du 1^{er} CMPP dans les Côtes-d'Armor en septembre 2005, l'ensemble des départements bretons dispose d'un CMPP. Toutefois, l'accès de proximité à ce dispositif est questionné, notamment dans les Côtes-d'Armor ou dans les Pays de Ploermel, de Brocéliande ou de Vallon de Vilaine.

Le Finistère dispose de 5 CMPP avec des antennes ayant une assez bonne répartition géographique, à l'exception du pays du centre Ouest Bretagne. Par ailleurs, la DDASS fait état d'un besoin de renforcer les moyens en personnes pour diminuer les listes d'attente.

Dans le Morbihan, la DDASS identifie des CMPP pour lesquels un renforcement du plateau technique est nécessaire pour faire face à leur activité actuelle et qui ne peuvent répondre à toutes les demandes.

Localisation des CMPP de Bretagne



Copyright CREAI de Bretagne - 04.2007
Source : fichier FINISS au 20.03.07 / annuaire social du CREAI

Un enfant sur deux suivis par un CMPP en 2006 étaient âgés de 7 à 11 ans et près de trois sur dix étaient âgés de 12 ans et plus. Des différences selon le sexe sont observées. Plusieurs études notamment regroupées dans l'expertise collective de l'INSERM (*Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent, 2002*) ont mis en évidence « la prépondérance des troubles psychiatriques impliquant des perturbations du développement des fonctions psychologiques de base et troubles extériorisés du comportement chez les garçons, troubles qui se manifestent à des âges précoces. Inversement la prépondérance des perturbations affectives et émotionnelles chez les filles surviennent en général après 14 ans. ».

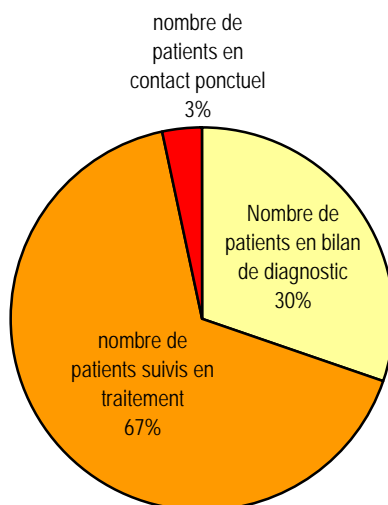
Répartition par âge des usagers des CMPP en Bretagne en 2006

	0-3 ans	4-6 ans	7-11 ans	12-15 ans	16-18 ans	18 ans et plus
Garçons	2.4	18.1	53.6	20.6	4.5	0.8
Filles	2.2	15.7	49.6	21.4	9.2	1.9
Total	2.3	17.2	52.1	20.9	6.3	1.2

Source : arrêté préfectoral de publication des valeurs moyennes et médianes d'indicateurs. Derniers résultats approuvés 2006

En 2006, les usagers de CMPP étaient pris en charge sur 649 jours. Trois usagers sur dix de CMPP étaient suivis dans le cadre de bilan de diagnostic.

Nature des interventions en 2006



Source : arrêté préfectoral de publication des valeurs moyennes et médianes d'indicateurs. Derniers résultats approuvés 2006

b) Accompagnement en milieu ordinaire : les SESSAD

Les Côtes-d'Armor présentent une situation plus favorable au regard des autres départements bretons avec un taux d'équipement de 3,53 places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans contre 2,60 pour la moyenne régionale. A l'inverse, l'Ille-et-Vilaine et le Morbihan enregistrent un retard d'équipement. Près de 8 usagers de SESSAD déficience intellectuelle, déficience motrice et polyhandicap sur 10 sont âgés de 7 à 15 ans. Les interventions auprès des moins de 7 ans concernent 16,5 % des usagers et celles auprès des 16 ans et plus restent marginales (5 %).

Répartition par âge des usagers des SESSAD en Bretagne en 2006

	0-2 ans	3-4 ans	5-6 ans	7-10 ans	11-15 ans	16-19 ans	20-24 ans
Déf intellectuelle, Déf motrice, polyhandicap	1.4	5.4	9.5	35.3	43.2	4.9	0.3
TCC	0	0	1.0	30.5	47.1	21.1	0.3

Source : arrêté préfectoral de publication des valeurs moyennes et médianes d'indicateurs. Derniers résultats approuvés 2006

La capacité moyenne des SESSAD varie de 24 places dans le Morbihan à 32 places dans les Côtes-d'Armor et le Finistère.

C'est dans les Côtes-d'Armor, département présentant le taux d'équipement le plus fort en SESSAD, qu'est enregistrée la durée moyenne de prise en charge la plus importante.

Capacité et durée de prise en charge par les SESSAD déficience intellectuelle, motrice et polyhandicap en 2006

	Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Bretagne
Capacité moyenne	32	32	25	24	28
Durée moyenne de prise en charge	1 228	1 132	1 183	1 038	1 147

Source : arrêté préfectoral de publication des valeurs moyennes et médianes d'indicateurs. Derniers résultats approuvés 2006

c) Accompagnement en institution

Déficiência intellectuelle

La Bretagne enregistre un taux d'équipement (IME et SESSAD DI) de 5.42 places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans, dont 4.10 places en établissement (IME), ce qui la situe au niveau de la moyenne nationale.

Les disparités départementales en matière d'offre en établissement pour déficients intellectuels persistent : les Côtes-d'Armor (4.61) et, dans une moindre mesure, le Finistère (4.27) se situent au-dessus de la moyenne régionale. Les Côtes-d'Armor enregistrent, à l'inverse, le taux d'équipement en psychiatrie infanto-juvénile le plus faible de Bretagne.

Trois pays sont dépourvus d'IME : les pays de Guingamp, de Ploërmel et d'Auray.

En terme de pratique, notons l'émergence des « classes délocalisées » : des IME passent convention avec des écoles, collèges ou lycées pour la mise à disposition de classes pour des groupes d'enfants ou d'adolescents de l'IME.

En 2006, près de 9 usagers d'IME sur 10 étaient âgés de 11 ans et plus. Les interventions auprès des moins de 7 ans sont marginales (1,3 %). Un usager sur dix était âgé de 20 ans et plus.

Répartition par âge des usagers des IME en Bretagne en 2006

	0-2 ans	3-4 ans	5-6 ans	7-10 ans	11-15 ans	16-19 ans	20-24 ans	25-29 ans
%	0	0.1	1.2	12.0	39.8	37.6	9.1	0.3

Source : arrêté préfectoral de publication des valeurs moyennes et médianes d'indicateurs. Derniers résultats approuvés 2006

La capacité moyenne des IME varie de 58 places dans le Morbihan (département ayant la capacité moyenne de SESSAD la plus faible) à 83 places dans le Finistère (département ayant la capacité moyenne de SESSAD la plus forte avec les Côtes-d'Armor).

La durée moyenne de prise en charge en IME varie de 1 457 jours dans le Morbihan à 2 010 jours en Ille-et-Vilaine.

Capacité et durée de prise en charge par les IME en 2006

	Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Bretagne
Capacité moyenne	65	83	75	58	72
Durée moyenne de prise en charge	1 714	1 960	2 010	1 457	1 815

Source : arrêté préfectoral de publication des valeurs moyennes et médianes d'indicateurs. Derniers résultats approuvés 2006

Trouble du comportement (TCC).

Les schémas recommandaient la construction de réponses par bassin d'emploi en les diversifiant, les adaptant au contexte local et en associant le plus grand nombre de partenaires concernés (création de SESSAD par exemple).

La Bretagne enregistre en 2007 un taux d'équipement (ITEP et SESSAD TCC) de 0.98 places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans :

un retard d'équipement en matière d'établissement ITEP : 0.68 places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans contre 1.04 pour la moyenne nationale,

0.29 places en SESSAD TCC, soit un niveau d'équipement proche de la moyenne nationale.

Les disparités départementales persistent :

- tant en matière de taux d'équipement global : le Morbihan conserve le taux d'équipement le plus faible de Bretagne (0.65 pour 1 000),
- qu'en matière de répartition SESSAD/établissement : les Côtes-d'Armor ont le taux d'équipement le plus fort en SESSAD TCC des départements bretons et, à l'inverse, le plus faible en établissement,
- l'analyse de l'offre finistérienne doit tenir compte du profil de l'ITEP de Châteaulin qui s'adresse à des jeunes épileptiques.

L'absence d'ITEP pour adolescents TCC est signalée, notamment par les professionnels des IME qui accueillent par défaut des jeunes concernés par des troubles de la conduite et du comportement. La problématique des adolescents TCC interroge sur la pertinence des réponses à mettre en place.

En 2006, 7 usagers d'ITEP sur 10 étaient âgés de 11 ans et plus. Les interventions auprès des moins de 7 ans sont marginales (1,2 %) et celles auprès des 16 ans et plus restent minoritaires (8,9 %).

Répartition par âge des usagers des ITEP en Bretagne en 2006

	0-2 ans	3-4 ans	5-6 ans	7-10 ans	11-15 ans	16-19 ans	20-24 ans
%	0	0	1.2	27.8	62.1	8.4	0.5

Source : arrêté préfectoral de publication des valeurs moyennes et médianes d'indicateurs. Derniers résultats approuvés 2006

La capacité moyenne des ITEP en 2006 étaient de 37 places.

En 2006, la durée moyenne de prise en charge en ITEP était de 974 jours.

Déficiences motrices

La Bretagne enregistre un taux d'équipement (IEM et SESSAD DM) de 0.64 places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans : 0.33 places en IEM (contre 0.46 pour la moyenne nationale) et 0.31 en SESSAD Déficiences motrices.

Le rééquilibrage recommandé en faveur du Morbihan et de l'Ille-et-Vilaine s'est opéré sensiblement : le Morbihan a rattrapé son retard (0.55 pour 1 000 au lieu de 0.09) par la création d'un IEM et d'un SESSAD.

Les SESSAD ont montré leur importance dans la prise en charge précoce et sont à encourager selon les recommandations des schémas : ainsi 2 SESSAD ont été créés sur la période 2000/2005.

Dans le Finistère, les réponses sont inégalement réparties géographiquement.

En 2006, 8 usagers d'IEM sur 10 étaient âgés de 11 ans et plus. Les interventions auprès des moins de 7 ans sont faibles (3,7 %). 14 % des usagers étaient âgés de 20 ans et plus.

Répartition par âge des usagers des IEM en Bretagne en 2006

	0-2 ans	3-4 ans	5-6 ans	7-10 ans	11-15 ans	16-19 ans	20-24 ans	25-29 ans
%	0	0.8	2.9	15.4	36.3	30.5	12.3	1.8

Source : arrêté préfectoral de publication des valeurs moyennes et médianes d'indicateurs. Derniers résultats approuvés 2006

La capacité moyenne des IEM en 2006 étaient de 43 places.

En 2006, la durée moyenne de prise en charge en IEM était de 897 jours.

Polyhandicap

La Bretagne enregistre un taux d'équipement de 0.45 places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans, essentiellement en EEAP, soit un taux proche de la moyenne nationale. En 2006, seul le Morbihan propose de l'accompagnement des jeunes polyhandicapés par les SESSAD.

L'offre d'accompagnement est sensiblement plus faible dans le Finistère et l'Ille-et-Vilaine.

Signalons parmi les atouts de la Bretagne la restructuration sanitaire (Kerpape, Gaiffeury notamment).

En 2006, plus d'un tiers des usagers des IEAP étaient âgés de moins de 11 ans. Plus d'un usager sur dix étaient âgé de 20 ans et plus.

Répartition par âge des usagers des IEAP en Bretagne en 2006

	0-2 ans	3-4 ans	5-6 ans	7-10 ans	11-15 ans	16-19 ans	20-24 ans	25-29 ans
%	0.7	2.7	5.5	26.3	33.8	20.8	8.9	1.4

Source : arrêté préfectoral de publication des valeurs moyennes et médianes d'indicateurs. Derniers résultats approuvés 2006

La capacité moyenne des IEAP en 2006 étaient de 38 places.

En 2006, la durée moyenne de prise en charge en IEAP était de 1 929 jours.

Déficience auditive

Le dépistage et la prise en charge précoce permettent une diminution des surdités profondes. De plus, l'implant cochléaire contribue à l'intégration des personnes déficiences auditives dans le milieu ordinaire.

La Bretagne enregistre une diminution de la capacité générale de 134 places de fait de la baisse des places en établissements. Le taux d'équipement est passé de 1.1 en 2000 à 0.86 place pour 1 000 en 2007, suite à un mouvement contraire avec d'une part la diminution de places en établissement et d'autre part l'augmentation, moindre, de places en SESSAD.

Le Finistère reste toujours sous-équipé comparativement aux taux d'équipement des autres départements bretons, notamment en établissement (0.11 places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans contre 0.43 pour la moyenne régionale). Il présente également un retard d'équipement en SSEFIS (0.24 contre 0.43 pour la région).

Déficience visuelle

La capacité d'accompagnement en structures relevant des annexes XXIV quinquès a diminué notamment par la baisse des places en établissement, du fait de l'objectif majeur d'inclusion en structure ordinaire. La Bretagne enregistre un taux d'équipement de 0.30 places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans en 2007, soit 0.08 en établissement et 0.22 en SESSAD.

Les disparités départementales se maintiennent : les Côtes-d'Armor, avec un taux d'équipement total (établissement et SESSAD) de 0.53 pour 1 000, se situent devant les 3 autres départements bretons, le taux le plus faible étant enregistré dans le Morbihan (0.21 pour 1 000).

Le Morbihan est dépourvu d'établissement pour déficients visuels. Le Finistère enregistre un faible taux d'équipement en établissement pour déficients visuels au regard des Côtes-d'Armor et de l'Ille-et-Vilaine.

Les schémas recommandaient la prise en charge précoce et l'amélioration de la place dans la famille : pour cela, il était recommandé de créer de chaque département quelques places de SAFEP afin d'assurer le lien avec les CAMSP : un SAFEP à ST Brieuc a ainsi été créé sur la période.

Autisme

L'identification de la population des jeunes autistes ou jeunes présentant des TED reste problématique, ce qui biaise l'identification des besoins.

Traumatisés crâniens

L'effort a d'abord porté sur les structures pour adultes (étant donné les taux de prévalence liés à la survenue par accident du handicap). Les jeunes concernés sont en fait pris en charge par le secteur sanitaire (rééducation fonctionnelle, soins de suite), mais une évolution partielle de réponses sanitaires vers le médico-social devrait apparaître pour tenir compte de la dominante éducative des projets de certains jeunes.

Trouble du langage et de la communication (TSL)

Des réponses spécifiques commencent à émerger en terme de souci accru de diagnostic différencié, ou englobés dans les réponses médico-sociales, en file active dans les CAMSP ou en suivi SESSAD.

Des réponses spécifiques voient le jour :

Dans les Côtes-d'Armor : SSEFIS Centre Jacques CARTIER à ST BRIEUC pour enfants présentant des déficients auditifs ou des troubles spécifiques du langage oral

- Dans le Finistère : une CLIS TSA à Brest accueille des enfants avec des troubles des apprentissages du langage oral et écrit (dysphasie, dyslexie). Absence de SESSAD à l'échelle départementale en capacité de suivre ces enfants souffrant de TSA. Les enfants sont actuellement suivis par le SESSAD de l'APF, par le CRF de l'ADAPT à Brest ou encore par le CEM de Dirinon.
- En Ille-et-Vilaine : SSEFIS Paul Cézanne à FOUGERES pour jeunes déficients auditifs ou présentant des troubles spécifiques du langage
- Dans le Morbihan : L'accueil des jeunes TSL au centre Gabriel DESHAYES fait partie intégrante du projet d'établissement validé par le Conseil d'Administration et porté à la connaissance de la DDASS. Le Centre Gabriel DESAHYES n'a pas d'agrément concernant cette catégorie de jeunes handicapés car le code de l'action sociale et de la famille ne précise pas les conditions techniques de fonctionnement des établissements accueillant des jeunes dysphasiques ou TSL à l'instar des jeunes présentant des déficiences intellectuelles, motrices, visuelles, auditives ou polyhandicapés.

Internat/ semi-internat / accueil modulé / accueil temporaire

Au cours des dernières années, les établissements médico-sociaux pour enfants et adolescents handicapés ont enregistré dans leur ensemble une diminution de l'internat au profit du semi-internat ou de places SESSAD.

L'offre d'accueil temporaire apporte une réponse aux familles, qui ayant besoin de répit, ne trouvent pas de relais en raison de l'absence ou l'insuffisance d'internat sur leur territoire. De la même façon, les familles sans accompagnement ou suivies par une SESSAD peuvent avoir besoin de « souffler » ; l'accueil temporaire de jour peut alors répondre à ce besoin.

Au 31 décembre 2007, une Maison d'accueil temporaire est en place dans le Morbihan, des places d'accueil temporaire au Complexe La Passagère à St Malo en Ille-et-Vilaine sont ouvertes.

La structure Athéol d'accueil temporaire dans les Côtes-d'Armor a reçu un avis favorable du CROSMS et doit ouvrir en 2009.

III.3. Des disparités départementales en matière de dispositifs de scolarisation

La scolarisation d'enfants et d'adolescents handicapés au sein d'établissements scolaires qui ne leur sont pas strictement dédiés peut être partielle ou totale, accompagnée ou non d'une aide humaine. Elle peut alors prendre la forme d'une **scolarisation individuelle** en classe « ordinaire » ou en adaptation scolaire (SEGPA ou EREA non spécialisé) ou d'une **scolarisation collective** (en CLIS ou en UPI) dans des classes dédiées aux élèves en situation de handicap.

Pour l'année scolaire 2005/2006, 4 725 jeunes en situation de handicap étaient inscrits en **scolarisation individuelle** (dans une classe ordinaire ou d'adaptation) d'un établissement ordinaire. Ces jeunes peuvent bénéficier d'un soutien spécifique (auxiliaire de vie scolaire, SESSAD, etc.).

Les **dispositifs collectifs** de l'Éducation nationale sont l'autre voie de scolarisation lorsque la scolarisation individuelle n'est pas adaptée aux besoins de l'enfant ou de l'adolescent handicapé. Il s'agit des Classes d'intégration scolaire (CLIS) pour le premier degré et des Unités pédagogiques d'intégration (UPI) pour le second degré.

Les CLIS ont vocation à accueillir dans certaines écoles élémentaires, ou exceptionnellement en maternelle, des élèves présentant un handicap mental (CLIS 1), auditif (CLIS 2), visuel (CLIS 3) ou moteur (CLIS 4). L'effectif de chaque classe est limité à 12 élèves. A la rentrée 2007, 1 517 élèves étaient inscrits dans les 146 CLIS en Bretagne contre 1 516 à la rentrée 2005 et 1 341 à la rentrée 2003 (tableaux 2, 5 et 6).

Des disparités départementales sont enregistrées en matière de dispositifs de scolarisation collective : en effet, l'Ille-et-Vilaine se différencie des autres départements bretons par un faible nombre de CLIS, au regard de sa population. Par ailleurs, le Finistère est le seul département à enregistré une diminution de son nombre de CLIS, tout en restant nettement au-dessus des autres départements.

Dans le second degré, les élèves sont accueillis dans des unités pédagogiques d'intégration (UPI). Les UPI ont été créées en 1995 dans certains collèges en complément d'autres formes d'accueil, afin de permettre des regroupements pédagogiques d'adolescents de 11 à 16 ans présentant un handicap mental. Ces élèves, issus de la filière scolaire ordinaire (collèges, lycées) ou sortis du système scolaire, peuvent bénéficier de périodes d'alternance, même partielle, dans des classes ordinaires. En 2001, la circulaire du 21 février a étendu le principe de leur création au bénéfice d'élèves présentant des déficiences sensorielles ou motrices et a encouragé leur mise en place non seulement en collège mais également en lycée, notamment en lycées professionnels (UPI pro).

A la rentrée 2007, 558 élèves étaient inscrits dans les 61 UPI bretonnes contre 381 à la rentrée 2005 et 68 à la rentrée 2003.

Les UPI ne sont pas réparties de manière équitable sur le territoire : contrairement aux CLIS, l'Ille-et-Vilaine enregistre le nombre le plus important d'UPI. Les départements bretons, à l'exception du Finistère, disposent d'au moins une UPI Pro à la rentrée 2007.

La scolarisation peut être facilitée par un soutien spécifique adapté aux besoins de l'élève. Ce dernier peut bénéficier du soutien d'un enseignant spécialisé pour les matières où il éprouve des difficultés. Depuis 2001, des matériels pédagogiques adaptés sont mis à la disposition de l'élève. L'élève peut aussi bénéficier d'un **auxiliaire de vie scolaire** (AVS) dont les interventions sont définies en concertation avec l'enseignant (aide pour l'écriture, installation de matériel au sein de la classe, accompagnement lors des repas, des interclasses, des sorties scolaires ou lors d'activités physiques ou sportives, etc.).

A la rentrée 2007, 702 enfants bénéficiaient d'un accompagnement par un AVS en établissement scolaire, contre 388 à la rentrée 2003 et 208 à la rentrée 2002. L'Ille-et-Vilaine se singularise par l'effort porté en matière d'accompagnement à la scolarisation individuelle, avec un nombre élevé d'AVS et d'EVS ASEH. L'emploi des EVS ASEH est très contrasté selon les départements. Ainsi, l'Ille-et-Vilaine et le Morbihan enregistrent un nombre important d'EVS ASEH et à l'inverse, les Côtes-d'Armor et le Finistère, un nombre nettement moins élevé.

Les emplois d'EVS relèvent de statut précaire : en effet, ils sont recrutés sous contrat avenir ou contrat d'accompagnement dans l'emploi pour 10 mois.

Evolution de la répartition départementale des CLIS et UPI

	CLIS						UPI					
	2003/2004		2006/2007		2007/2008		2003/2004		2006/2007		2007/2008	
	Nb de CLIS	Nb d'élèves	Nb de CLIS	Nb d'élèves	Nb de CLIS	Nb d'élèves	Nb de UPI	Nb d'élèves	Nb de UPI	Nb d'élèves	Nb de UPI	Nb d'élèves
Côtes d'Armor	21	225	24	288	25	296	4	40	6	70	10 dont 2 UPI PRo	81 dont 14 en UPI PRo
Finistère	61	632	57	468	56	484	7	63	14	134	16	156
Ille-et-Vilaine	24	244	33	377	35	398	9	81	20	185	23 dont 2 UPI PRo	192 (*) dont 15 en UPI PRo
Morbihan	21	240	31	336	30	339	8	68	12	115	12 dont 1 UPI PRo	129 dont 11 en UPI PRo
Bretagne	127	1 341	145	1 494	146	1 517	28	252	52	488	61 dont 5 UPI PRo	558 dont 40 en UPI PRo

Sources : IEN-ASH des quatre départements bretons

(*) ne sont pas comptabilisés Dispositifs défectueux auditifs du Lycée Coëtlogon et Lycée St-Vincent

Répartition départementale des CLIS par type de CLIS (Premier degré) :

	Côtes d'Armor		Finistère		Ille-et-Vilaine		Morbihan		Académie	
	Nbre CLIS	Nbre d'élèves	Nbre CLIS	Nbre d'élèves	Nbre CLIS	Nbre d'élèves	Nbre CLIS	Nbre d'élèves	Nbre CLIS	Nbre d'élèves
1 (Déf intellectuelle)	25	296	50	431	33	384	30	339	138	1 450
2 (déf auditive)										
3 (déf visuelle)	1 à mi temps*	4*							1 à mi temps	4
4 (déf motrice)					1	9			1	9
Troubles sévères des apprentissages			2	53					2	53
Troubles de la personnalité			4						4	
TED					1	5			1	5
Total	25	296	56	484	35	398	30	339	146	1517

*non comptabilisés dans les totaux

Sources : IEN-ASH des quatre départements bretons

Répartition départementale des UPI par type d'UPI (Second degré)

	Côtes d'Armor		Finistère		Ille-et-Vilaine		Morbihan		Académie	
	Nbre UPI	Nbre d'élèves	Nbre UPI	Nbre d'élèves	Nbre UPI	Nbre d'élèves	Nbre UPI	Nbre d'élèves	Nbre UPI	Nbre d'élèves
1 (Déf intellectuelle)	10	81	16	156	17	156	12	129	55	522
2 (déf auditive)					3	11 (*)			3	11 (*)
3 (déf visuelle)					1	11			1	11
4 (déf motrice)					2	14			2	14
Total	10	81	16	156	23	192	12	129	61	558

(*) les effectifs défectueux auditifs des dispositifs lycée Coëtlogon et lycée St-Vincent ne sont pas comptabilisés

Sources : IEN-ASH des quatre départements bretons

Fonctions et missions des auxiliaires de vie scolaire/emploi vie scolaire

	AVS I (individuel)	AVS Co (collectif)	EVS
Les fonctions	Aide individuelle à apporter à un enfant handicapé	Aide à une équipe éducative accueillant plusieurs élèves handicapés dans un même établissement, ou dans le cadre d'un dispositif collectif (CLIS, UPI)	Aide au fonctionnement des écoles et des établissements qui scolarisent des élèves handicapés.
Les missions et les interventions en concertation avec l'enseignant ou l'équipe pédagogique	<ul style="list-style-type: none"> - aide pour écrire ou manipuler le matériel nécessaire à/aux élèves - aide à l'installation matérielle spécifique de(s) élève(s) - aide aux tâches scolaires - participation aux sorties scolaires régulières ou occasionnelles - accomplissement de gestes d'hygiène ou manipulations ne requérant pas une qualification médicale ou paramédicale - collaboration au suivi des projets de scolarisation 		<ul style="list-style-type: none"> - Aide à l'organisation pour l'accueil des élèves handicapés - Aide à l'équipe pédagogique - Aide à la scolarisation - Assister les enseignants - Aide à l'encadrement

Source : Scolariser l'élève handicapé. Jean-Marc LOUIS et Fabienne RAMOND. DUNOD. 2006.

Nombre d'AVS et d'EVS ASEH

Département	2003/2004		2007/2008			
	Nbre d'emplois d'AVS	Nbre d'élèves suivis par un AVS	Nbre d'emplois d'AVS (ETP)	Nbre d'élèves suivis par un AVS	Nbre d'emplois d'EVS ASEH	Autre poste d'aide à l'intégration
IA 22	37 ETP (38 postes)	64, dont 54 à temps partiel	74,5 dont 8 AVS co	173	68	1,5 moteurs + 1,5 visuel
IA 29	49	76 dont 63 à temps partiel	92,5	161 sur 273 notifications	72 + 36 en attente	3,5 AVS co (CLIS TA et UPI)
IA 35	91.25 ETP (111 postes)	203 dont 129 à temps partiel	146	256	279 (219 public ; 60 privé)	
IA 56	29	45 dont 42 à temps partiel	68,5*	112	200 (106 public ; 94 privé)	2 **
Académie	306.25 ETP	388 dont 288 à temps partiel	381,5	702	619	

Sources : IEN-ASH des quatre départements bretons

FINISTERE : 273 octrois d'AVS notifiés par la CDAPH pour la rentrée 2007 ; 161 notifications exécutées par affectation des 92,5 AVS ; 72 notifications exécutées par affectation d'EVS-ASEH ; 40 notifications en attente d'exécution (par EVS-ASEH) (source: IEN-ASH 29)

MORBIHAN : * AVSi (dotation globale 85 ETP AVS – ASEN 1^{er} degré) ; ** accompagnement par ATSEM

IV – Bilan de l'activité du CROSMS en 2007

Sur les 20 dossiers présentés en 2007 concernant la population des enfants et adolescents handicapés :

- 4 relevaient des Côtes-d'Armor
- 2 du Finistère
- 6 de l'Ille-et-Vilaine
- 7 du Morbihan
- et un a vocation régionale

Récapitulatif sur la période 2002/2007 :

	2002		2003		2004		2005		2006		2007	
	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D
Côtes-d'Armor	1	0	5	0	4	0	6	0	2	0	3	1
Finistère	1	0	2	0	0	0	6	0	2	0	2	0
Ille-et-Vilaine	3	1	4	1	2	1	2	2	5	0	5	1
Morbihan	3	0	1	0	2	0	0	0	1	0	6	1
Régional	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Total	8	1	12	1	8	1	14	2	10	0	17	3

F : avis favorable ; D = avis défavorable

Les projets présentés au CROSMS en 2007 concernaient les dispositifs suivants :

- *Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)*

Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Total
	Création d'un CAMSP de 35 places pour déficients auditifs (création concomitante à la suppression de 8 places du SAFEP)			1

- *Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP)*

Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Total
	Transformation en établissement autonome de l'antenne à Landerneau du CMPP de Brest, extension et création d'une antenne du CMPP au Faou		- Extension des CMPP de Vannes et Auray. - Extension du CMPP de Pontivy par la création d'une antenne à Guéméné Sur Scorff	3

- *Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP)*

Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Total
Création d'un ITEP de 10 places (3 en internat, 3 en accueil familial, 2 en FJT, 2 en semi internat) pour des jeunes de 12 à 20 ans (<i>défavorable</i>)			Transformation d'une unité d'IME en unité ITEP de 8 places (<i>défavorable</i>)	2

- *Service d'Accueil Temporaire de Vacances Adaptées (SATVA)*

Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Total
		Création d'un SATVA		1

- Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)

Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Total
- Extension de 32 à 52 places à destination des enfants souffrant de troubles sévères de l'apprentissage - Extension de 8 à 40 places du SESSAD Déficience mentale légère - Extension de 60 à 85 places du SSEFIS		- Création d'un SESSAD de 30 places déficience intellectuelle - Extension de 38 à 62 places (+ 16 pour la déficience intellectuelle et + 8 pour les troubles du caractère et du comportement) - Extension de 16 à 24 places pour enfants présentant des troubles du caractères et du comportement et modification de l'âge d'agrément (0 à 18 ans) - Extension de 15 à 20 places du SESSAD déficience intellectuelle et modification de la tranche d'âge (3-14 ans) - Extension de 30 à 40 places SESSAD déficience intellectuelle	- Extension de 26 à 44 places (+ 8 pour le handicap moteur ; + 2 pour le polyhandicap ; + 8 pour les troubles spécifiques des apprentissages) - Extension de 35 à 55 places du SSEFIS - Extension de 19 à 40 places pour déficience intellectuelle et modification de la tranche d'âge (5-16 ans) - Extension de 8 à 24 places et modification de la tranche d'âge (10-20 ans)	8

- Centre de ressources

Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Région	Total
				Création du centre de ressources pour l'autisme de Bretagne suite à l'expérimentation d'un centre interrégional de ressources sur l'autisme Bretagne / Pays de Loire	1

Sur ces 20 projets présentés au CROSMS, 3 ont reçu un **avis défavorable**.

- Création d'un ITEP de 10 places (3 en internat, 3 en accueil familial, 2 en FJT, 2 en semi internat) pour des jeunes de 12 à 20 ans dans les Côtes-d'Armor,
- Création d'un Service d'Accueil Temporaire de Vacances Adaptées (SATVA) en Ille-et-Vilaine,
- Transformation d'une unité d'IME en unité ITEP (8 places) dans le Morbihan.

A ces projets, il convient d'ajouter les demandes d'extension en 2007 qui ne font pas l'objet d'une présentation au CROSMS (< 30 % de la capacité agréée).

Partie B – Adultes handicapés

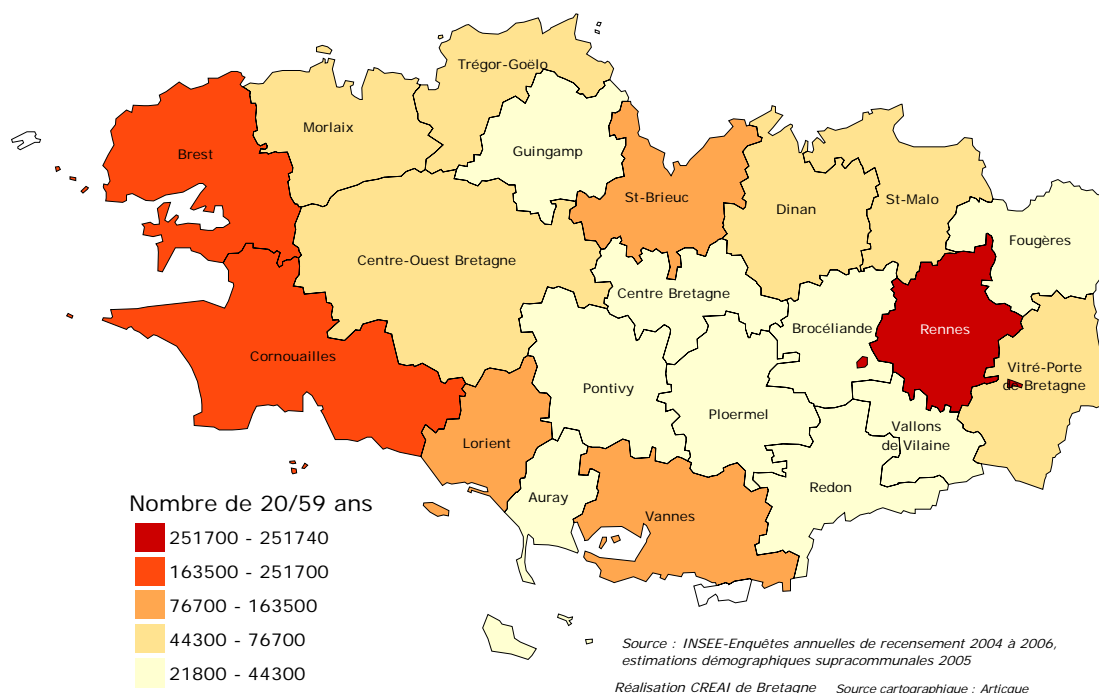
I – Données de cadrage

I.1. Démographie

Population 20-59 ans : estimation 2005 et projection 2015

Classes d'âge	Côtes d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Bretagne	France métropolit.
Estimation INSEE 01.01.05	283 841	461 921	510 138	359 564	1 615 464	32 769 265
Projection 2015 Source : DRASS-PRIAC 2	253 848	434 769	510 121	338 472	1 537 210	31 941 475

Nombre de 20-59 ans par pays



« Trois pays concentrent plus du tiers de la population bretonne : Rennes, Brest et Cornouaille. Bien que le poids des pays ne se soit pas beaucoup modifié depuis 1999, la croissance est très inégale.

La croissance démographique est particulièrement forte sur la partie Est de la Bretagne. Les pays de Brocéliande, Vallons de Vilaine et Vitré connaissent des taux d'évolution plus de deux fois supérieurs à celui de la région. Ce phénomène témoigne de l'étalement urbain et périurbain du pôle de Rennes et du dynamisme propre de ces pays. L'évolution de ces derniers s'explique par un solde naturel particulièrement élevé et un solde migratoire également supérieur à la moyenne régionale. Le pays de Vannes connaît également une croissance rapide résultant autant de la croissance liée au solde naturel

que de celle liée au solde migratoire. Dans son sillage, le pays d'Auray connaît aussi une évolution très forte qui s'explique principalement par un solde migratoire très important. Dans la partie Ouest, les évolutions sont plus atténuées. Les pays de Dinan, Guingamp, Trégor-Goëlo, Morlaix et Cornouaille comptent plus de décès que de naissances mais ce déficit est compensé par l'excédent migratoire. Seul, le Centre-Ouest Bretagne voit sa population légèrement diminuer »⁹.

Le solde naturel excédentaire explique entièrement la croissance démographique du pays de Brest et en grande partie celle du pays de Rennes.

I.2. Epidémiologie : prévalence des handicaps et vieillissement des adultes handicapés

a) Des estimations de la population handicapée à prendre avec précaution

La population des adultes handicapés (20-59 ans) est estimée à partir des taux de prévalence issus de 3 enquêtes :

- Enquête CTNERHI : enquête réalisée sur l'ensemble de la population reconnue handicapée de Saône-et-Loire (19 135 personnes), repéré à partir d'informations de la CPAM, du Centre d'Interventions techniques pour la Vie autonome, de certains hôpitaux psychiatriques et de certaines municipalités.
- Enquête HID : enquête INSEE, volet à domicile, population de 16 ans et plus : « Vous a-t-on reconnu un taux d'invalidité ou d'incapacité ? »
- Enquête « Condition de vie » de l'INSEE: échantillon représentatif de la population française vivant à domicile en 1993. Questions sur les déficiences, les gênes ou difficultés éprouvées par la population dans la vie quotidienne.

Le tableau ci-après fournit les estimations par départements du nombre d'adultes handicapés :

Estimations de la population handicapée de 20 à 59 ans par département par extrapolation à partir des taux de prévalence appliqués à la population estimée par l'INSEE au 1^{er} janvier 2005 (STATISS 07).

Enquêtes :	Taux de prévalence (pour 1 000)	Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Bretagne
CDV-INSEE 20-59 ans domicile	36	10218	16629	18365	12944	58157
Saône-et-Loire – CTNERHI 20-59 ans domicile	43.6	12375	20140	22242	15677	70434
HID-INSEE 17-59 ans à domicile avec taux d'invalidité	37	10502	17091	18875	13304	59772

Estimer ainsi une population nous fait prendre le risque d'ignorer des spécificités géographiques, mais reste cependant un bon outil par défaut de recensement de la population concernée.

Il convient d'être prudent sur l'estimation de 70 400 adultes handicapés, car des adultes, actuellement en situation de travail, ne déclarent pas, pour différents motifs, leur handicap.

⁹ INSEE Bretagne, Octant n° 101, janvier 2008

Les taux de prévalence par type de déficience ont été appliqués à la population des 20-59 ans des départements bretons : le tableau ci-après fournit les estimations par départements du nombre d'adultes handicapés par type de déficience :

Estimations de la population handicapée de 20 à 59 ans par département par type de déficiences, par extrapolation à partir des taux de prévalence appliqués à la population estimée par l'INSEE au 1^{er} janvier 2005 (statiss 07)

Enquête CTNERHI	Taux de prévalence (pour 1 000)	Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Bretagne
Type de déficiences						
Déficience mentale (1)	5.1	1 448	2 356	2 602	1 834	8 239
Maladie mentale (1)	3.7	1 050	1 709	1 888	1 330	5 977
Déf. mentale + physique (2)	3.6	1 022	1 663	1 836	1 294	5 816
Maladie mentale + physique (2)	2.0	568	924	1 020	719	3 231
Déficience motrice (1)	13.1	3 718	6 051	6 683	4 710	21 163
Déficience visuelle (1)	1.8	511	831	918	647	2 908
Déficience auditive (1)	0.8	227	370	408	288	1 292
Déficience viscérale (1)	3.0	852	1 386	1 530	1 079	4 846
Pluridéficience physique (2)	10.4	2 952	4 804	5 305	3 739	16 801
Total	43.6	12 375	20 140	22 242	15 677	70 434

(1) : personnes atteintes uniquement de la déficience mentionnée

(2) : personnes atteintes d'au moins 2 types de déficiences

Estimation d'adultes autistes.

Extrait du document remis par la DRASS à la réunion du CTRA le 7/11/05, taux de prévalence retenu : 0.9 pour 1 000

Besoin de places	Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Bretagne
20 à 59 ans	247	404	438	306	1 395
20-54 ans	220	365	401	276	1 262

b) Le vieillissement des adultes handicapés

Tout comme la population générale, l'espérance de vie de la population en situation de handicap progresse. Une étude réalisée en Australie en 2002 estimait l'espérance de vie des hommes déficients intellectuels à 66.7 ans et celle des femmes à 71.5 ans.

Les divers dispositifs pour adultes handicapés en Bretagne sont concernés par l'**avancée en âge des populations accueillies** entre 1995 et 2001, et ce quel que soit le type de dispositif, ce qui se traduit par l'évolution de la part des 35 ans et plus :

Part des 35 ans et plus (en %)	foyers d'hébergement	foyers de vie	MAS	FAM	ESAT
31.12.95*	49	61	35	35	33
31.12.01*	61	69	58	55	57
2006**			74		63

Sources : *Enquête ES ; ** arrêté préfectoral de publication des valeurs moyennes et médianes d'indicateurs sociaux ou médico-sociaux.

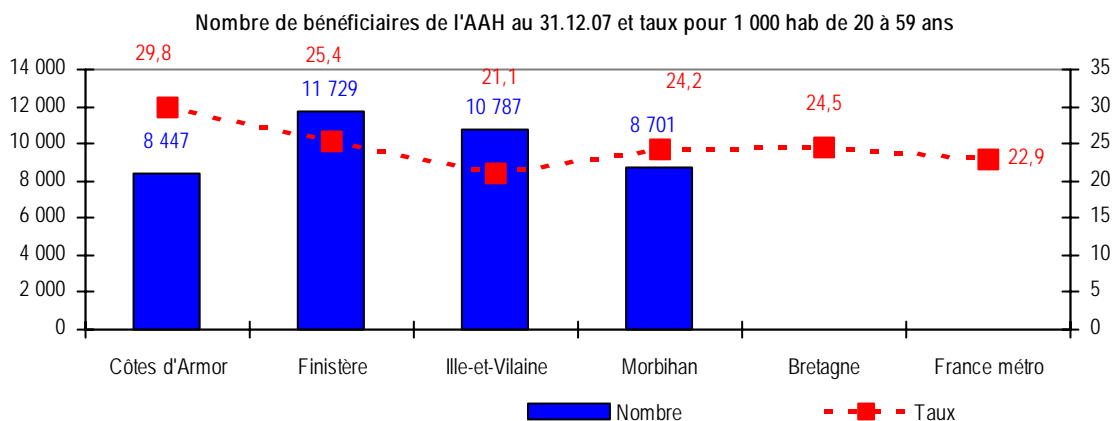
L'étude H.I.D. révèle un **accroissement sensible des déficiences et des incapacités avec l'avancée en âge** :

- le nombre moyen d'incapacités augmente passant de 2.5 avant 20 ans à 4.2 à 40 ans et plus (1.4 en population générale)
- la perte d'autonomie est plus forte : 13 % ne peuvent plus se laver seules (5 % dans la pop générale), 25% ont des difficultés à parler (contre 2 %).

I.3. Un taux de bénéficiaires de l'AAH en Bretagne supérieur à la moyenne nationale

Au 31 décembre 2007, la CNAF dénombrait 39 664 bénéficiaires de l'AAH en Bretagne (39 169 au 31.12.06), soit 24,5 bénéficiaires pour 1 000 habitants âgés de 20 à 59 ans, situant ainsi la Bretagne au dessus de la moyenne nationale (22,9).

Les disparités départementales se maintiennent : de 21,1 bénéficiaires en Ille-et-Vilaine à 29,8 dans les Côtes-d'Armor.



Source : CNAF fichier FILEAS

La progression annuelle du nombre de bénéficiaires CAF de l'AAH a été plus importante : + 1,26 % contre + 0,24 % sur la période 2006/2007. L'augmentation plus faible sur cette période que celle observée les années précédentes étaient à mettre en perspective avec les évolutions du contexte législatif et à la mise en œuvre de la loi sur l'égalité des chances, notamment avec la mise en place des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

La croissance observée depuis quelques années est alimentée :

- pour partie par le vieillissement de la population,
- par le basculement - à l'âge de 20 ans - des enfants handicapés bénéficiant de l'AAEH de plus en plus nombreux, dans le dispositif AAH. Cette hausse semble traduire un accroissement de la prévalence du handicap. Selon l'INSERM, deux hypothèses peuvent être avancées : l'augmentation de la prématurité depuis la fin des années 1980 (6,8 % des naissances) et de la grande prématurité (1,5 % des naissances avant trente-trois semaines), et la baisse constante de la mortalité néonatale due au progrès de la médecine et de la prise en charge des nourrissons, avec comme conséquence possible la survie d'enfants atteints ou à risque de l'être.
- mais également par l'augmentation de bénéficiaires ayant un taux d'incapacité de 50 à 79 %. Rappelons que l'attribution de l'AAH pour les personnes ayant un taux d'invalidité de 59 à 79 % ne repose plus seulement sur le guide-barème du handicap mais aussi sur des critères d'employabilité. Ces critères ne sont pas codifiés et peuvent en particulier dépendre du marché local de l'emploi.

Selon un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) d'avril 2006 consacré à AAH, les différences de pratiques entre les COTOREP selon les départements expliqueraient en grande partie, les disparités géographiques mises en évidence. En effet, les conditions d'attribution de la prestation sont pour partie difficiles à évaluer et peuvent faire l'objet d'interprétations diverses. En particulier, l'attribution de l'AAH pour les personnes avec un taux d'incapacité compris entre 50 % et 79 % dépend justement de l'appréciation par les COTOREP de l'impossibilité d'occuper un emploi en raison de son handicap en plus de critères médicaux (taux d'incapacité) - critères objectifs suffisants

pour l'attribution de l'AAH aux personnes dont le taux d'incapacité est supérieur ou égal à 80 %. Or, il n'est pas impossible que les critères socio-économiques départementaux influencent ces évaluations (Etudes et Résultats n°344, octobre 2004, Chanut et Michaudon) : il existe bien une corrélation positive faible, mais significative, entre le nombre d'accords d'AAH pour un taux d'incapacité de 50 % à 79 % pour mille habitants âgés de 20 ans à 59 ans et le taux de chômage. Cela se vérifiait en Bretagne avec une sur-représentation de ces allocataires dans le Finistère et le Morbihan en décembre 2003, qui ont un taux de chômage plus élevé, et une sous-représentation en Ille-et-Vilaine, où le taux de chômage est plus faible.

De même, bien que les COTOREP ne contrôlent pas les revenus des demandeurs, le nombre de demandes et d'accords d'AAH, pour mille habitants âgés de 20 ans à 59 ans, est bien corrélé négativement, et très significativement, au niveau du premier quartile de revenu fiscal par département.

Si l'accroissement constant du nombre de bénéficiaires de l'AAH est en partie dû aux entrées dans le dispositif, il résulte aussi mécaniquement de la faiblesse des sorties.

II – Orientations nationales, régionales et départementales

II –1. Orientations nationales

a) La loi de financement de la sécurité sociale

Pour l'année 2008, la loi de financement de la sécurité sociale consacre plus de 450 millions d'euros de mesures nouvelles en direction des personnes handicapées en créant pour les adultes 4 925 places nouvelles, réparties en 2.600 places en MAS/FAM, 225 places d'accueil temporaire et 2.100 places en SAMSAH/SSIAD.

b) Plan autisme 2008-2010

5 mesures phares sont proposées dans ce plan :

- Elaborer un corpus de connaissances et développer la recherche ;
- Actualiser les contenus de la formation des professionnels, qu'ils soient des champs sanitaires, médico-sociaux ou éducatifs ;
- Diversifier les méthodes de prise en charge innovantes ;
- Mettre en place un dispositif d'annonce du diagnostic qui permet l'orientation et l'accompagnement des familles ;
- Renforcer l'offre d'accueil.

Parmi les 30 mesures, peuvent être retenues les suivantes :

• Au titre de l'amélioration du repérage et de l'accompagnement :

Expérimenter, dans 10 départements volontaires, de nouveaux modèles d'habitat : logements adaptés avec services, maisons relais couplées à des services d'accompagnement médico-social à domicile...

- ✓ Expérimenter, dans 10 départements, des ESAT adaptés à l'accueil de personnes autistes ;

• Au titre de la diversification des approches, dans le respect des droits fondamentaux de la personne :

- ✓ Créer en 5 ans 4 100 places supplémentaires dédiées aux personnes autistes, dont 2 000 en MAS et FAM pour adultes : « *En dépit des efforts déjà réalisés, la France souffre encore d'un déficit de places en établissements et services accueillant des personnes autistes, qu'il s'agisse d'enfants ou d'adultes. Il importera d'apporter des réponses complémentaires pour les personnes les plus lourdement handicapées, en accompagnant notamment l'avancée en âge des adultes, par le développement de l'offre en établissements médico-sociaux pour assurer une couverture plus équilibrée du territoire* ».
- ✓ Favoriser les interfaces avec le milieu ordinaire, en promouvant notamment le développement des SAMSAH : l'accueil en SAMSAH, afin de permettre l'accompagnement dans le milieu ordinaire, dans le logement ou dans l'emploi sera favorisé sans qu'un objectif en termes de nombre de places soit fixé.
- ✓ Une partie des créations de places en MAS/FAM sera orientée vers le développement de l'accueil temporaire pour permettre des séjours de rupture pour les personnes et de répit pour les aidants.
- ✓ Faciliter sur le plan juridique et financier la création de petites unités de vie ;

c) Plan handicap visuel 2008-2011

Parmi ses principales orientations, ce plan vise à améliorer les conditions de l'annonce du diagnostic de malvoyance ou de cécité aux familles.

Egalement *"déterminante"* aux yeux des ministres concernés, la question des aides individuelles passe en particulier par une réflexion sur les aides techniques et par le recours à une aide animalière.

Pour faire face aux besoins d'hébergement des personnes déficientes visuelles également porteuses d'un handicap associé, ce qui concerne un tiers d'entre elles environ, le plan gouvernemental prévoit par ailleurs la création de 36 places par an en maison d'accueil spécialisé (MAS) et foyer d'accueil médicalisé (FAM).

d) A venir : un décret spécifique pour les adultes polyhandicapés

La secrétaire d'Etat à la Solidarité, Valérie Létard, a annoncé mercredi 30 avril 2008 à l'Assemblée nationale qu'un *"décret spécifique"* pour les adultes polyhandicapés sortirait *"dans les jours qui viennent"*. Soulignant que la création de places dédiées aux personnes polyhandicapées était une *"priorité"*, Mme Létard a indiqué que le gouvernement *"est en train de finaliser un plan pluriannuel de création de places"*, dont certaines seront réservées à la question du polyhandicap.

Les différents intervenants auditionnés lors de la mission polyhandicap¹⁰ ont unanimement reconnu *« le bien-fondé et l'urgence de la mise en oeuvre d'un véritable plan d'actions en faveur des personnes polyhandicapées, qui doit rassembler tout ce qui peut ou doit être fait dans le domaine du polyhandicap. (...) La création de places pour adultes reste une priorité absolue mais le besoin de création de places pour enfants ou adolescents est toujours d'une actualité brûlante. (...) La personne polyhandicapée est en demande permanente de stimulation et cette approche particulière associée aux soins, impose la définition par voie réglementaire et la mise en place de plateaux techniques spécifiques, complets et compétents. Il faut également, par partenariat entre familles et établissements permettre l'intervention au domicile d'équipes très spécialisées et structurées »*.

e) Parution du guide d'évaluation des besoins de compensation

La parution de l'arrêté du 6 mai 2008 relatif aux références et nomenclatures applicables au guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées prévu à l'article R 146-28 du code de l'action sociale et des familles vient concrétiser un des aspects de la profonde réforme de la politique du handicap. L'utilisation de ce guide d'évaluation (GEVA) devrait contribuer, par l'usage qui en sera fait, à répondre à l'une des ambitions de la loi 2005-102 et des attentes des personnes handicapées : égalité de traitement à l'échelon national. Les références et nomenclatures, permettant à l'équipe pluridisciplinaire des MDPH, de prendre en compte la situation de la personne handicapée dans toutes ses dimensions (matérielle, familiale, sanitaire, sociale, professionnelle, psychologique, budgétaire,...) sont publiées en annexe 1 de cet arrêté (10 chapitres, 23 pages). Le modèle de guide d'évaluation est publié en annexe 2 de l'arrêté et constitue le dossier à renseigner par les membres de l'équipe pluridisciplinaire.

f) Les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM

Le Conseil d'Administration de l'Agence nationale d'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux (ANESM) a adopté le 12 décembre le programme de travail de l'Agence pour 2008. Les travaux engagés avec le Comité d'orientation stratégique et le Conseil scientifique sur les thèmes des recommandations à inscrire au programme d'activité 2008/2010, leur priorité et leur méthodologie ont permis de retenir quinze recommandations de bonnes pratiques pour le programme de travail 2008 parmi lesquelles une spécifique à la population *« Adultes handicapés »* : Prise en charge des personnes autistes.

¹⁰ Mission polyhandicap. Groupe UMP. Avril 2008

g) Réflexions sur l'accueil familial

En 2002 et 2007, plusieurs réformes législatives et réglementaire ont notablement amélioré le statut et les conditions d'agrément et d'organisation de ce dispositif. Malgré cela, l'accueil familial reste très peu développé alors qu'il constitue une forme d'accueil de proximité et une véritable alternative entre le maintien à domicile et un placement en établissement.

La loi du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale, a ouvert la possibilité de recourir au salariat. Mais ce dispositif soulève de nouvelles questions.

Afin d'appréhender les enjeux suscités par cette évolution, une mission de réflexion et de proposition sur l'accueil familial a été mise en place à la demande du ministère du Travail, des relations sociales et de la solidarité.

II –2. Orientations régionales

a) Les priorités de financements définies dans le PRIAC

Les priorités de financements définies dans le PRIAC pour les « adultes handicapés » font l'objet d'une présentation par les services de la DRASS de Bretagne.

b) Politique de l'assurance maladie et vieillesse en Bretagne¹¹

Les fonds d'assurance maladie financent totalement ou partiellement les établissements et services médico-sociaux pour adultes handicapés.

Les orientations générales au niveau régional :

. en matière de planification :

- équité de traitement des projets sur la région, quelque soit la politique départementale en militant notamment pour la création de places en FAM plutôt qu'en MAS, les études réalisées jusqu'ici par l'assurance maladie ayant démontré l'absence de différences significatives au niveau de la lourdeur de la population accueillie (alors qu'en terme de prise en charge globale, les moyens accordés aux FAM sont plus importants)
- implantation harmonieuse des projets sur le territoire régional (vigilance sur les projets frontaliers dans les départements), en lien avec la démarche PRIAC
- adaptation réelle de l'offre aux besoins (en termes de places attribuées)
- qualité optimum des prises en charge proposées (projet de soins et de vie bien développé, taux d'encadrement équilibré, coût adapté)
- bonne articulation avec le SROS et les réseaux de santé
- évaluation, en lien avec la DRSM, de la prise en charge dans de nouveaux dispositifs

. en matière de prise en charge

- développer la transversalité des prises en charge (filière de soins avec le minimum de ruptures grâce aux conventions et chartes de coopération)
- assurer une gestion intelligente et responsable des prises en charge
- favoriser le développement des démarches qualité, des référentiels de « bonnes pratiques », du respect des droits des personnes handicapées

¹¹ Contribution communiquée par la CRAM de Bretagne

. au niveau du financement :

- garantir la transparence dans la gestion des fonds assurance maladie
- mettre en exergue certaines situations d'établissement pour éviter les dépassements d'enveloppe
- éviter les transferts de charges sans contrepartie du champ sanitaire vers médico-social et du champ médico-social vers les soins de ville.

Les priorités :

- priorités retenues dans les schémas départementaux et dans le cadre du PRIAC, en privilégiant la résolution des inadéquations de prises en charge (+ de 20 ans dans les établissements pour enfants, inadéquations dans les secteurs psychiatriques)
- Privilégier les prises en charge diversifiées (accueil de jour, accueil temporaire et autres alternatives) pour répondre aux besoins des adultes handicapés et de leurs aidants naturels
- Création de FAM ou extension des FAM plutôt que développement des projets de MAS, dans le but d'une meilleure réponse aux besoins (avec la même enveloppe assurance maladie peuvent être financées plus de places de FAM que de places de MAS)
- Développement des SAMSAH, en lien avec des SAVS, avec une composante soins correctement calibrée et visant l'efficacité des services rendus

II –3. Orientations départementales

Sur la période 2007/2008, aucun schéma n'a fait l'objet d'une présentation aux membres du CROSMS. Aussi, il est proposé de se référer aux orientations mentionnées dans l'édition précédente de ce document.

III – Equipement au 31 décembre 2007

III.1. Un équipement breton plus favorable que la moyenne des régions de métropole.

En matière d'équipement médico-social pour adultes handicapés, la Bretagne se situe au-dessus de la moyenne nationale (7.93 places pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans contre 7.11)¹².

III.2. Des disparités départementales

Places financées installées et atux d'équipement au 31.12.2007

31.12.2007	Côtes-d'Armor 283 841		Finistère 461 921		Ille-et-Vilaine 510 138		Morbihan 359 564		Bretagne 1 615 464	
	Nb places	TE	Nb places	TE	Nb places	TE	Nb places	TE	Nb places	TE
ESAT	1 100	3,9	1 730	3,7	1 867	3,7	1 312	3,6	6 017	3,7
FAM	231	0,8	428	0,9	300	0,6	362	1,0	1 321	0,8
MAS	372	1,3	115	0,2	226	0,4	216	0,6	929	0,6
FAM/MAS	603	2,1	543	1,2	526	1,0	578	1,6	2 250	1,4
SAMSAH	36	0,1	50	0,1	100	0,2	45	0,1	231	0,1
SSIAD PH*	46	0,2	34	0,1	80	0,2	33	0,1	193	0,1

Source : DRASS de Bretagne, AMS

* l'appellation «S.S.I.A.D. personnes handicapées » est impropre car ce service s'adresse à des personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap ou atteintes de pathologies chroniques ou présentant une affection mentionnée à l'article L. 322-3 du Code de la Sécurité Sociale.

Equipement au 31.12.2007	Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
Foyers d'hébergement	632	307	570	481
Unité de vie extérieure		800		
Services de proximité			62	
SAVS	297	539	865	302
<i>Sous-total</i>	<i>929</i>	<i>1 446</i>	<i>1 497</i>	<i>783</i>
Foyers de vie	Internat : 412 AJ : 41	623	794	Internat : 396 AJ : 88
FAM	Internat : 228 AJ : 5	358	282	Internat : 361 AJ : 14
SATRA/AA/ SACAT/UATP	145	115	249	73.5 (147 mi-temps)
SAMSAH	36		100	45
Placement familial	<i>266 personnes âgées - personnes handicapées placées au sein de 178 familles agréées</i>	145	152	51
Accueil de jour	<i>Voir plus haut</i>	218	274	<i>Voir plus haut</i>
Hébergement temporaire	aucune	49	61	2
Accueil pour AH vieillissant	Aucune	83	164	14
SAAD	70			

Source : Conseils généraux

Des différences entre les deux sources peuvent s'expliquer par des différences de catégorisation de certaines places notamment concernant les places d'accueil de jour, d'hébergement temporaire ou encore les places pour personnes vieillissantes.

¹² Source : DRASS de Bretagne, AMS/PRIAC chiffres à prendre avec précaution

Taux d'équipement en psychiatrie générale pour 1 000 habitants au 01.01.06

	Côtes d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Bretagne	France métropole
Lits d'hospitalisation complète	1.73	1.72	1.50	1.90	1.70	1.20
Equipeement global (lits et places)	2.32	2.35	2.14	2.59	2.33	1.63

Source : STATISS 2007

Evaluation du dispositif médico-social pour adultes handicapés

➤ Accompagnement et soins en milieu ordinaire

SSIAD PH

Encore peu nombreux, les SSIAD pour personnes handicapées ont commencé en 2005 à présenter des projets de régularisation ou d'extension pour intervenir auprès des personnes handicapées.

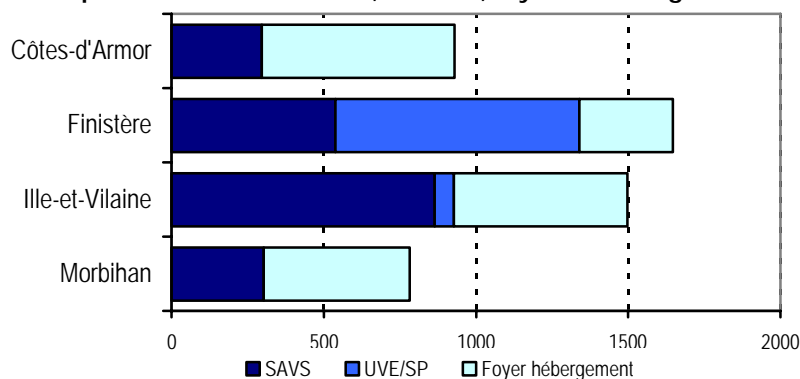
Fin 2007, les Côtes-d'Armor et l'Ille-et-Vilaine, au regard de leur population, devancent les autres départements. Toutefois, si les Côtes-d'Armor disposent d'une densité en infirmiers diplômés d'Etat proche de la moyenne régionale (146 IDE pour 100 000 habitants contre 141 pour la région), l'Ille-et-Vilaine présente une situation plus délicate (79).

Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)

Cette modalité d'accompagnement connaît des fortes disparités départementales : le Finistère se situe nettement au-dessous de la moyenne régionale, suivi du Morbihan et, à l'inverse, les Côtes-d'Armor enregistrent le taux d'équipement le plus élevé de Bretagne.

Toutefois, si l'on intègre aux capacités des SAVS celles des « unités de vie extérieure » (appellation du Finistère) et celles des « services de proximité » (appellation d'Ille-et-Vilaine), les réalités départementales sont toutes autres : le Finistère se positionne alors au premier rang, suivi de l'Ille-et-Vilaine.

Répartition de l'offre SAVS, UVE/SP, foyers d'hébergement



Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)

Les premiers SAMSAH proposés s'adressent à des personnes traumatisées crâniennes. Chaque département dispose au 31.12.2007 d'au moins un SAMSAH.

➤ **Accueil en établissement**

Foyer d'hébergement

Au 1^{er} janvier 2006¹³, avec 2 543 places, la Bretagne enregistre un taux d'équipement de 1.57 places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans, se situant ainsi au-dessus de la moyenne nationale (1.18).

Cette modalité de réponse connaît des disparités départementales : le Finistère (2.30) se situe nettement au-dessus de la moyenne régionale et, à l'inverse, l'Ille-et-Vilaine et le Morbihan enregistrent les taux d'équipement les plus faibles de Bretagne (respectivement 1,10 et 1,08).

Toutefois, cette photographie issue de STATISS 2007 agrège pour le Finistère les capacités des unités de vie extérieure avec celles des foyers d'hébergement. Or, si on les différencie, à partir des données transmises par le Conseil Général du Finistère, la position favorable du Finistère tient à sa capacité importante en unités de vie extérieure.

En agrégeant les capacités des SAVS, des services de proximité, des unités de vie extérieure et des foyers d'hébergement, le Finistère suivi des Côtes-d'Armor se présentent comme les départements les mieux équipés, devant l'Ille-et-Vilaine suivi du Morbihan.

Foyer occupationnel ou Foyer de vie

Au 1^{er} janvier 2006¹⁴, avec 2 190 places, la Bretagne enregistre un taux d'équipement de 1.36 places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans, se situant ainsi légèrement au-dessus de la moyenne nationale (1.23).

Les disparités départementales sont faibles, allant d'un taux de 1,07 dans le Morbihan, département le moins équipé, à 1,49 dans le Finistère, département le mieux doté, suivi des Côtes-d'Armor (1.47).

Le vieillissement d'une partie des résidents de foyer de vie s'accompagne d'une perte d'autonomie et d'un besoin de médicalisation de l'accompagnement, ce qui amène des structures à demander la médicalisation d'une partie de leur agrément.

Foyer d'accueil médicalisé (FAM)

Au 31 décembre 2007¹⁵, la Bretagne enregistrait 1 321 places de FAM, soit un taux d'équipement de 0,8 places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans.

La Bretagne se situait en 2006¹⁶ au dessus de la moyenne nationale (0,76 contre 0,37) pour son équipement en FAM.

Les taux d'équipement départementaux varient de 0,6 en Ille-et-Vilaine à 1,0 dans le Morbihan. Peu de pays sont dépourvus de FAM : les Pays Trégor-Goëlo, Centre Bretagne, Ploermel et Vallons de Vilaine ne disposent pas de ce dispositif.

Maison d'accueil médicalisé (MAS)

Au 31 décembre 2007¹⁷, la Bretagne enregistrait 929 places en MAS, soit un taux d'équipement de 0,6 places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans.

Avec un taux d'équipement de 0,54 au 1^{er} janvier 2006¹⁸, la Bretagne se situe au niveau de la moyenne nationale (0.53) pour son équipement en MAS.

Ce dispositif connaît d'importantes disparités départementales : les taux départementales d'équipement varient de 0,25 dans le Finistère à 1.31 dans les Côtes-d'Armor. De plus, des zones sont dépourvues de MAS : le Pays du Centre Bretagne, le Pays de Cornouaille, les Pays de St Malo et Vitré et la partie sud de l'Ille-et-Vilaine ainsi que la partie Est du Morbihan et le Pays d'Auray.

¹³ STATISS 2007

¹⁴ STATISS 2007

¹⁵ DRASS de Bretagne, AMS

¹⁶ STATISS 2007

¹⁷ DRASS de Bretagne, AMS

¹⁸ STATISS 2007

La capacité moyenne des MAS en Bretagne était de 48 places en 2006. 6 usagers sur 10 étaient âgés de 40 ans ou plus.

Répartition par âge des usagers des MAS de Bretagne en 2006

	16-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-54	55-59	60-75	>75
%	0.1	5.3	9.1	11.1	13.9	16.8	27.3	9.7	6.5	0.1

Source : arrêté préfectoral de publication des valeurs moyennes et médianes d'indicateurs. Derniers résultats approuvés 2006

En cumulant l'offre en FAM et en MAS, le taux d'équipement de la Bretagne reste au-dessus de la moyenne nationale (1,30 contre 0,90 au 1^{er} janvier 2006), mais connaît de fortes disparités départementales, ce qui interroge la prise en charge des adultes lourdement handicapés : de 1,03 en Ile-et-Vilaine à 2,12 dans les Côtes-d'Armor.

Le département des Côtes-d'Armor est également celui qui connaît le taux d'équipement en psychiatrie générale le plus fort de la région.

Peu de territoires sont totalement dépourvus de FAM ou de MAS : les Pays Centre Bretagne, Ploërmel et Vallons de Vilaine ne disposent d'aucun de ces dispositifs.

Sont également à noter des interrogations de la part des professionnels de MDPH sur les critères d'orientation vers les MAS et FAM et les différenciations entre ces deux dispositifs.

➤ Dispositifs d'aide par le travail : les ESAT

Au 31 décembre 2007¹⁹, la Bretagne enregistrait 6 017 places en ESAT, soit un taux d'équipement de 3,72 places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans.

La Bretagne se situait en 2006 au dessus de la moyenne nationale : 3,58 places contre 3,12. Les départements bretons enregistrent des taux d'équipement en ESAT proches. De plus, l'ensemble des pays présente sur leur territoire au moins un ESAT.

La capacité moyenne des ESAT en Bretagne était de 75 places en 2006, avec une capacité moyenne de 64 dans le Morbihan et de 86 dans les Côtes-d'Armor et l'Ile-et-Vilaine.

La grande majorité des travailleurs handicapés en ESAT y sont à temps plein (80 %). Toutefois, la part du travail à temps plein diminue au profit du temps partiel dont la part a doublé entre 1995 (8 %) et 2001 (16 %) et se situe à un travailleur sur cinq en 2006²⁰.

Ce dernier résultat est à mettre en perspective en partie avec l'avancée en âge de cette population.

La part des travailleurs handicapés d'ESAT à temps partiel connaît d'importantes disparités départementales, allant d'un minimum de 13 % enregistré dans le Finistère à un maximum de 27 % en Ile-et-Vilaine, alors même que la part des travailleurs handicapés âgés de 45 ans et plus est stable entre les départements bretons. L'explication est à rechercher ailleurs. Ainsi, l'Ile-et-Vilaine présente le taux d'équipement en sections annexes d'ESAT le plus fort des départements bretons et enregistre un ESAT dont l'ensemble des travailleurs handicapés sont à temps partiel (139 personnes pour 90 places autorisées en 2005).

	Côtes-d'Armor	Finistère	Ile-et-Vilaine	Morbihan	Bretagne
Capacité moyenne	86	68	86	64	75
Durée moyenne de prise en charge	4 314	4 244	1 529	3 738	2 523
Travail à temps partiel des travailleurs hand.	20 %	13 %	27 %	17 %	20 %

¹⁹ DRASS de Bretagne, AMS

²⁰ Source : l'arrêté préfectoral de publication des valeurs moyennes et médianes d'indicateurs sociaux ou médico-sociaux

Source : arrêté préfectoral de publication des valeurs moyennes et médianes d'indicateurs relatifs aux SSIAD. Derniers résultats approuvés 2006

6 usagers sur 10 étaient âgés de 40 ans ou plus en 2006.

Répartition par âge des travailleurs handicapés d'ESAT de Bretagne en 2006

	16-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-54	55-59	60-75	Total
%	0.4	10.2	11.9	14.5	15.5	17.8	24.7	4.6	0.5	100.0

Source : arrêté préfectoral de publication des valeurs moyennes et médianes d'indicateurs. Derniers résultats approuvés 2006

IV - Bilan de l'activité du CROSMS en 2007

Sur les 57 dossiers présentés en 2007 concernant la population des adultes handicapés :

- 13 relevaient des Côtes d'Armor
- 22 du Finistère
- 19 de l'Ille-et-Vilaine
- 2 du Morbihan
- et un du niveau régional

Récapitulatif sur la période 2002/2007 :

	2002		2003		2004		2005		2006		2007	
	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D
Côtes-d'Armor	4	0	7	0	6	0	4	0	9*	1*	13	0
Finistère	5	0	3	0	5	1	7	0	15	1	19	3
Ille-et-Vilaine	6	0	5	2	6	1	16	0	7	2	19	0
Morbihan	1	0	4	0	4	0	0	0	7	0	2	0
Région	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Total	16	0	19	2	21	2	27	0	38	4	54	3

F : avis favorable ; D = avis défavorable

*un projet présentait 2 demandes : avis favorable pour le SAVS et défavorable pour le SAMSAH

Les projets présentés au CROSMS en 2007 concernaient les dispositifs suivants :

- Centre de ressources : 1 dossier

Création du centre de ressources pour l'autisme de Bretagne suite à l'expérimentation d'un centre interrégional de ressources sur l'autisme Bretagne / Pays de Loire.

- Etablissement expérimental en faveur des adultes : 1 dossier

Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
		Création d'un établissement expérimental d'hébergement accompagné de 10 places pour personnes handicapées psychiques	

- Etablissement d'accueil temporaire pour adultes handicapés: 1 dossier

Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
		- Régularisation du foyer de vie en hébergement temporaire d'une capacité de six places	

- Service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) : 1 dossier

Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
- Régularisation en tant qu'établissement médico-social de l'activité prestataire du service d'aide aux personnes.			

- Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) : 2 dossiers

Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
- Extension de 5 places pour personnes de moins de 60 ans présentant un handicap - Extension de 6 places pour personnes handicapées de moins de 60 ans.			

- Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) : 15 dossiers

Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
- Création d'un SAVS pour 40 travailleurs handicapés d'un ESAT - Création d'un SAVS de 28 places pour personnes en situation de handicap visuel - Extension de 27 à 69 places - Régularisation et extension du SAVS de 37 à 60 places - Régularisation de 5 SAVS, création d'un SAVS et extension de places	- Création de 8 places de SAVS pour personnes handicapées vieillissantes - Création de 10 places de SAVS - Extension de 172 à 222 places du SAVS - Création d'un SAVS de 25 places - Création d'un SAVS de 6 places*	- Création d'un SAVS de 60 places pour personnes handicapées psychiques - Création d'un SAVS de 55 places à titre expérimental - Création d'un SAVS de 45 places* - Régularisation et extension du SAVS de 50 à 100 places. - Transformation de l'équipe spécialisée pour une vie autonome à domicile (ESVAD) en un SAVS pour 100 places (et un SAMSAH pour 100 adultes handicapés **)	

* dossier commun Foyer de vie/SAVS

** dossier commun SAMSAH/SAVS

- Service d'Accompagnement Médico-Social pour personnes Adultes Handicapées (SAMSAH) : 1 dossier

Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
		Transformation de l'équipe spécialisée pour une vie autonome à domicile (ESVAD) en un SAMSAH pour 100 adultes handicapés (et un SAVS pour 100 places)	

* dossier commun SAMSAH/SAVS

- Etablissement et service d'aide par le travail (ESAT) : 4 dossiers

Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
		- Création d'un ESAT de 20 places - Création d'un ESAT de 25 places, avec exercice de l'activité à l'extérieur de manière individuelle pour personnes présentant des troubles cognitifs, comportementaux et des déficits moteurs. - Création d'un ESAT de 30 places, avec exercice de l'activité à l'extérieur de manière individuelle pour personnes handicapées psychiques (schizophrénie, troubles de l'humeur, troubles névrotiques)	Extension de 68 à 88 places

- Foyer d'hébergement pour handicapés : 5 dossiers

Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
Création d'une antenne de 18 places d'un foyer d'hébergement dont 1 place d'accueil temporaire	- Création d'accueils de jour dans 2 foyers d'hébergement* - Transformation partielle de l'UVE en Foyer d'Hébergement (22 places)	Création d'un foyer d'hébergement pour adultes handicapés de 19 places dont 1 place d'accueil d'urgence	Création d'un foyer comportant 12 places de foyer d'hébergement pour travailleurs de l'ESAT, 12 places en unités de vie extérieure et 32 places d'hébergement permanent en foyer de vie dont 4 places d'accueil de jour*

* un dossier commun foyer hébergement/foyer de vie

- Foyer de vie pour handicapés : 27 dossiers

Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
- Création d'un foyer de vie en accueil de jour de 8 places. Cet accueil fonctionnera en liaison avec le SAVS - Création de 19 places dont 2 en accueil temporaire en foyer de vie rattachées à un FAM*** - Création de 15 places d'accueil de jour en foyer de vie pour l'accueil à mi-temps de travailleurs d'un ESAT (orientation SATRA par la CDA)	- Création de 7 places de foyer de vie pour personnes handicapées vieillissantes - Création au sein de foyers d'hébergement d'ESAT, de 24 places d'accueil de jour en foyer de vie destinées à la prise en charge provisoire de travailleurs handicapés réorientés vers d'autres structures. - Création de 50 places de Foyer de Vie (30 places d'hébergement permanent ; 15 places d'accueil de jour et 5 places d'accueil temporaire) - Extension de 12 places d'un foyer dont 5 en accueil de jour - Création pour personnes cérébro-lésées de 2 places d'hébergement temporaire de nuit en semaine (foyer de vie) situées au sein d'un EHPAD - Création de 9 places en foyer de vie pour personnes handicapées vieillissantes rattachées à 2 unités de vie extérieures - Création d'un foyer de vie de 30 places - Reconstruction d'un foyer et extension de 28 à 44 places : 36 places d'hébergement permanent de foyer de vie ; 4 places d'accueil de jour de foyer de vie et 4 places de FAM*** - Création d'accueils de jour dans 2 foyers de vie et dans 2 foyers d'hébergement* - Création d'un foyer de 40 places réparties en 30 places de foyer de vie (dont 10 pour personnes vieillissantes et 4 en hébergement temporaire) et en 10 places de FAM pour personnes vieillissantes*** - Extension de 20 à 30 places (20 IMC et 10 personnes handicapées vieillissantes)** - Création d'ateliers alternés en ESAT pour 27 places au total sur 5 sites - Création de 10 places d'accueil de jour en foyer de vie - Création de 10 places d'accueil de jour en foyer de vie, articulées avec l'atelier alterné d'un ESAT	- Création d'un foyer de vie de 26 places : 18 en hébergement permanent, 2 en hébergement temporaire et 6 en accueil de jour - Extension du foyer de vie de 6 à 9 places pour troubles psychiques. - Création d'un foyer de vie de 30 places (20 hébergement permanent, 5 accueil temporaire, 5 accueil de jour) - Création d'un foyer de 16 places fonctionnant à titre expérimental en accueil temporaire dont 10 places en foyer de vie, 1 place pour les aidants familiaux et 6 places en FAM* - Création d'un foyer de 28 places dont 1/3 réservé aux personnes autistes : 14 places en foyer de vie, dont 1 en accueil de jour et 14 places en FAM, dont 1 en accueil de jour*** - Création d'un SAVS de 45 places et d'un foyer de vie de 18 places en accueil de jour** - Régularisation de l'accueil de jour de 17 places - Régularisation en établissement et service médico-social du service d'accueil de jour de 21 places en foyer de vie et du service d'accompagnement loisirs.	

	- Création de 25 places d'accueil de jour provisoires, dans l'attente de l'ouverture du foyer de 40 places à Milizac. - Création de 25 places provisoires de foyer de vie, dans l'attente de l'ouverture du foyer de vie de 30 places à Plogonnec		
--	--	--	--

* dossier commun Foyer hébergement/foyer de vie

** dossier commun foyer de vie/SAVS

***dossiers communs foyer de vie/FAM

- Foyer d'accueil médicalisé (FAM) : 6 dossiers

Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
- Extension de 13 à 14 places du FAM par création d'une place d'accueil de jour - Création de 19 places dont 2 en accueil temporaire en foyer de vie rattachées à un FAM*. Le foyer de Lamballe d'une capacité totale de 28 places comportera aussi un FAM de 9 places	- Transformation partielle de la partie foyer de vie en FAM pour 10 places* - Création d'un foyer de 40 places réparties en 10 places FAM pour personnes vieillissantes et 30 places foyer de vie dont 10 pour personnes vieillissantes et 4 en hébergement temporaire*	- Création d'un foyer de 16 places fonctionnant à titre expérimental en accueil temporaire dont 6 places en FAM ; 10 places en foyer de vie et 1 place pour les aidants familiaux * - Création d'un foyer de 28 places dont 1/3 réservé aux personnes autistes : 14 places en FAM, dont 1 en accueil de jour et 14 places en foyer de vie, dont 1 en accueil de jour*	

* dossier commun foyer de vie/FAM

- Maison d'accueil spécialisée (MAS) : 1 dossier

Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan
		Extension de 160 à 234 places d'une MAS par la création d'un site de 60 places d'accueil permanent, 6 d'accueil de jour et 1 d'accueil temporaire et la création sur un autre site de 6 places d'accueil de jour et 1 d'accueil temporaire	

Sur ces 57 projets présentés au CROSMS, 3 ont reçu **un avis défavorable** :

- Création de 7 places de Foyer de vie pour personnes handicapées vieillissantes dans le Finistère,
- Création, au sein de 5 foyers d'hébergement d'ESAT du Finistère, de 24 places d'accueil de jour en foyer de vie destinées à la prise en charge provisoire de travailleurs handicapés réorientés vers d'autres structures,
- Création de 10 places de SAVS pour personnes handicapées dans le Finistère

A ces projets, il convient d'ajouter les demandes d'extension en 2007 qui ne font pas l'objet d'une présentation au CROSMS (< 30 % de la capacité agréée).

De plus, 42 dossiers présentés en fenêtre « Population mixte » concerne à la fois les personnes handicapées et les personnes âgées :

- 3 dossiers présentés concernent des SPASAD
- 4 dossiers concernent des SSIAD
- et les autres dossiers portent sur des SAAD.

Glossaire

AAH	Allocation adulte handicapé
AEEH	Allocation d'Education de l'Enfant handicapé
Compléments à l'AEEH : Le décret n° 2002-422 du 29 mars 2002 relatif à la création des six catégories de complément d'allocation d'éducation spéciale devenue AAEH fournit des indications pour le classement des enfants de catégorie 1 à la catégorie 6, complément le plus élevé.	
AVS	Auxiliaire de vie scolaire
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CDES	Commission départementale d'éducation spéciale
CLIS	Classe d'intégration scolaire
EEAP	Etablissement pour enfants et adolescents polyhandicapés
ESAT	Etablissement et services d'aide par le travail (CAT)
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
IESDA	Institut d'éducation spéciale pour déficients auditifs
IESDV	Institut d'éducation spéciale pour déficients visuels
IME	Institut médico-éducatif
IEM	Institut d'éducation motrice
ITEP	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (IR)
MAS	Maison d'accueil spécialisé
MDPH	Maison Départementale des personnes handicapées
SACAT	Section annexe de CAT
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
SVA	Site pour la vite autonome
UEROS	Unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation professionnelle
UPI	Unité pédagogique d'intégration