

A photograph of several children running in a circle on a grassy field, holding hands. The children are wearing casual clothing like t-shirts and jeans. The background is a blurred green field.

Les SESSAD DEMAIN

Aujourd'hui et demain

Marc CHAVET

Le CONTEXTE

Au niveau international, on assiste à un mouvement sociétal qui converge vers un même objectif :

Reconnaître la personne handicapée comme un citoyen à part entière et lui permettre de vivre dans son environnement habituel.

1- Evolution de la notion de handicap

- ❏ La loi d'orientation du 30 juin 1975 ne donne pas de définition du handicap. « Est handicapée toute personne reconnue comme telle par la commission »
- ❏ Au niveau international, le besoin d'un système d'information qui permet de décrire, d'expliquer, de prédire et si possible d'agir sur les phénomènes se fait sentir .

Evolution de la notion de handicap – la CIH – la CIF

- Au début des années 80, *Philip Wood* à Manchester pose les fondements de la **Classification Internationale des Handicaps** ou **CIH** – **déficiência, incapacité, désavantage : c.a.d le handicap**)
- En **2001** l'OMS adopte : la **CIF**
- ✚ C'est une classification du fonctionnement humain
- ✚ Elle supprime les termes négatifs à connotation stigmatisante
- ✚ Mais surtout, elle propose une nouvelle définition du handicap :
- **Le handicap est le résultat de l'interaction entre la personne et l'environnement**

Evolution de la notion de handicap -

Le deuxième système d'information est développé par l'équipe de recherche du Réseau International du Processus de Production du Handicap (RIPPH) à Québec. (Direction *Patrick Fougeyrollas* – anthropologue)

- La classification Québécoise du processus de production du handicap
- ***" Le handicap se définit comme une perturbation dans la réalisation des habitudes de vie d'une personne, selon son âge, son sexe et son identité socio-culturelle, résultant d'une part, de ses déficiences et incapacités et d'autre part, d'obstacles posés par des facteurs environnementaux.***

Il devient impossible de faire référence à un "statut" de personne handicapée. Il est préférable de parler de "situation de handicap"

Evolution de la notion de handicap -

- Le handicap devient un résultat situationnel et non plus une caractéristique personnelle.
- Evolution du modèle bio-médical vers une approche écologique et sociale .
- les causes de l'exclusion ou de la discrimination ne sont pas exclusivement chez l'individu mais également dans son contexte de vie.

Evolution de la notion de handicap -

En France

Un faisceau de textes législatifs
et réglementaires légitime
cette évolution .

2 - Loi de 2002

rénovant l'action sociale et médico-sociale

➤ **Fondements : L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir l'autonomie, la protection des personnes et le respect de leur citoyenneté**

On passe de la logique de réparation (loi de 1975) à celle d'une citoyenneté pleine et entière.

- Article L116-2 "L'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains_avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire."

Mise en oeuvre de la citoyenneté

Comment permettre aux personnes handicapées de vivre pleinement leur citoyenneté?



Par la **COMPENSATION**

qui agit dans 2 directions

La **SOCIÉTÉ** ←



La **PERSONNE**

par l'**accessibilité**

Voirie, bâtiments,

Communication, TV,

Accès à tous les dispositifs de droit commun,
culture, scolarisation, etc.

par la PCH

3- La LOI du 11 février 2005

Pour la première fois en France une loi définit le
handicap : L 114-1

- «**Constitue un handicap** au sens de la présente loi **toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement** par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant»

La LOI du 11 février 2005

- Son action vise à : article L 114-2

«Assurer l'accès de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte handicapé aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et son maintien dans un cadre ordinaire de scolarité, de travail et de vie».

Elle garantit l'accompagnement des familles et des proches des personnes handicapées.

Tout est là

5- Décret N° 2009-378 du 2 avril 2009

Relatif à la scolarisation et à la coopération entre les établissements scolaires de l'Education Nationale et les établissements et services médico-social

Le secteur médico-social est intégré dans le décret de scolarisation et non plus comme la réponse première aux déficiences.

Le décret revoit quelques articles des annexes XXIV : Exemple concernant les enfants déficients intellectuels

- **On ne parle plus d'IME mais d'établissement (terme générique)**
- **On affirme des position nettes** : Annexe XXIV de 1989 : La famille doit être associée **autant que possible**. Décret de 2009(D 312-14) : La famille **est** associée à l'élaboration du projet individualisé d'accompagnement.
- **On change les mots** : prise en charge par **accompagnement** - intégration scolaire par **scolarisation**
- **On accueille d'abord des enfants avant d'accueillir des déficients.**
- Article 312-15 : « **L'établissement ou le service peut être organisé en sections, notamment pour l'accueil des jeunes déficients intellectuels avec handicaps moteurs ou sensoriels associés. Les locaux et les équipements sont aménagés en conséquence. »**
- **Nous entrons là dans la polyvalence**
- **Idem pour les autres déficiences**
Sauf le polyhandicap et pour les Troubles psychologiques (ITEP) pour lesquels il existe un décret spécifique (8 janvier 2005)
- **Rappel** : Les SESSAD accompagnent les mêmes populations que celles des établissements.

4- La Désinstitutionnalisation en Europe

- ➔ **Chez les enfants :La recommandation du 3 février 2010** du Comité des Ministres Européens aux états membres demande de remplacer l'offre institutionnelle par des services de proximité.
- ✦ Tout enfant handicapé devrait vivre au sein de sa propre famille, c'est-à-dire dans le cadre naturel...
- ✦ La construction de nouveaux établissements devrait être découragée...
- ✦ La création de services de proximité encouragée.

BRETAGNE- STATISS

ESMS 2004 – 2010

| Source : DRASS - Enquête ES - FINESS | 2004 | 2010 | BRETAGNE | France 2004 | France 2010 | France |
|---|--------------|-------------|--|----------------|----------------|---------------|
| Déficients mentaux nb lits | 3 036 | 3185 |  + 4% | 66274 | 67313 | + 1% |
| Polyhandicapés nb lits | 331 | 234 | -41 % Transformation agrément dans Morbihan | 7181 | 5035 | - 30 % |
| Tbles comportement nb lits | 465 | 510 |  + 9 % | 15706 | 14608 | - 7 % |
| Handicapés moteurs nb lits | 154 | 251 | + 62% Transformation Morbihan | 6938 | 7432 | + 6 % |
| Déf. sensoriels nb lits | 656 | 404 |  - 38 % | 9098 | 7807 | - 14 % |
| SESSAD nb de places | 1 567 | 2257 |  + 30 % | 24471 | 36626 | + 33 % |

- Parce que le handicap n'est plus une caractéristique personnelle mais un résultat situationnel – Ce qui implique que la société doit assurer sa part de responsabilité par l'ensemble des mesures d'accessibilité.
- Parce la personne handicapée, citoyen à par entière, veut vivre dans son environnement habituel comme chacun d'entre nous.
- Parce que la société n'aura pas les moyens de financer des établissements et services dédiés à toutes les déficiences sur l'ensemble du territoire :

ALORS :

Demain :

Une autre organisation du territoire

De la logique de la personne à celle du territoire.

De la réponse unique au dispositif

De la spécialisation à la polyvalence

Une véritable révolution culturelle

Fondée :

- Sur le plan politique :

Reconnaitre la personne handicapée comme un citoyen à part entière

Répondre aux demandes et attentes des personnes handicapées

- Sur le plan économique en France

Optimisation des moyens existants

Gestion des coûts

- Sur le plan sanitaire :

La loi HPST : - Gestion et planification régionalisée : ARS

- Inversion de la logique de création d'ESMS par la procédure d'appel d'offre.

-Retour du médico-social au sein du champ sanitaire (séparé par la loi de 1975)

❖ Sur le plan du médico-social :

- Une définition du handicap inscrite dans la loi.
- Une planification plus rigoureuse dans le développement des établissements et services.
- Rappel du droit au soin sur l'ensemble du territoire
- Tendre vers une diminution du nombre des associations gestionnaires. Favoriser les GCSMS et autres formules .
- Favoriser la mise en réseau, le partenariat

Comment ces objectifs peuvent-ils se mettre en place ?

Grace à un outil majeur au service des décideurs

- Les schémas départementaux et les schémas régionaux médico-sociaux (ARS + Conseils généraux)
 - Apprécient la nature, le niveau et l'évolution des besoins
 - Dressent le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre
 - Précisent le cadre de la coopération et coordination
 - Définissent les critères d'évaluation des actions mises en oeuvre

Quelles logiques semblent aujourd'hui se dessiner :

- **3 axes principaux apparaissent :**
- **Un territoire d'intervention repéré,**
- **Une polyvalence des services,**
- **Une mise en dispositif de moyens existants**

1- Un territoire déterminé :

- Qui fixe les limites d'intervention des différents établissements et services
- Qui doit posséder l'éventail des moyens nécessaires pour répondre aux besoins de l'ensemble des personnes handicapées de ce territoire .
- Qui développe un partenariat de plus en plus important entre les Conseil généraux et l'ARS :

Un exemple en cours : Les Ardennes

L'exemple des Ardennes

- En janvier 2009, un groupe de travail à l'initiative de la DDASS et du Conseil Général travaille à un cahier des charges visant à la mise en place d'un service d'accompagnement polyvalent (SAVS-SAMSAH) par territoire d'action sociale.
- Mise en place des services début 2010
- En mars 2010 présentation de cette nouvelle organisation du schéma à la CDAPH

L'exemple des Ardennes

- Le conseil général découpe le département en 4 territoires d'action sociale

L'engagement des tutelles (Conseil Général et ARS)

1. L'appel à projet privilégie les ESMS existants
2. Les moyens spécialisés existants ne sont pas remis en cause
3. Au niveau des besoins, la notion de file active est validée
4. Le financement est la dotation globale

L'exemple des Ardennes

 Les objectifs annoncés :

1. Répondre aux besoins actuels et à ceux pressentis (prévision CDAPH)
 - Quantitativement
 - Qualitativement : Quelque soient les types de difficultés rencontrées
2. Couvrir l'ensemble du territoire

2- Une polyvalence des établissements et services :

- Ce n'est pas nouveau : Certains SESSAD ont déjà plusieurs agréments.
- Les annexes XXIV sont revisitées par Le décret du 2 avril 2009 sur la scolarisation. Il légitime et étend la polyvalence des établissements ainsi que celle des services (SESSAD)
- Le handicap n'est plus une caractéristique personnelle référencée à une déficience spécifique mais à un contexte situationnel.
- Les SAVS et SAMSAH sont déjà polyvalents (c-a-d ouvert à toute population handicapée)

3- Une logique de dispositif

La base de la prise en charge repose sur la souplesse de l'organisation des réponses.

(Recommandation 24 SROSM Champagne- Ardennes 2000-2005)

Le dispositif est un concept qui vise à :

- Optimiser les moyens existants (ouverture, polyvalence dans les régimes d'accueil et formes d'intervention) sur un territoire,
- Les mettre en synergie et en complémentarité pour répondre au plus près et en temps réel, aux besoins de la personne,
- Permettre une plus grande souplesse dans l'accueil (passage d'un internat à un SESSAD et vice et versa).
- Développer les réseaux : GCSMS, CPOM, fusion regroupement d'associations, etc.. Cf loi 2002.

L'exemple du SROSMS de Bourgogne

**ARS Bourgogne :PROJET de SCHEMA MEDICO-SOCIAL en BOURGOGNE -
octobre 2011**

1.2.4 Objectif général n°4 : faire évoluer l'offre pour davantage d'inclusion des enfants et adolescents en situation de handicap

| Objectifs spécifiques | Modalités de mise en œuvre / leviers d'actions |
|---|--|
| Objectif spécifique n° 4.1 Développer le nombre de places de SESSAD, prioritairement par transformation de places d'établissement | Inscrire dans les CPOM les modalités de transformation |
| Objectif spécifique n° 4.2 Renforcer les SESSAD pour permettre un accompagnement plus important en milieu ordinaire pour certains types de handicap | Elaborer un cahier des charges des SESSAD "renforcés" (modalités d'intervention, moyens nécessaires...) |
| Objectif spécifique n° 4.3 Promouvoir la souplesse et l'adaptabilité de la prise en charge : orientations des MDPH vers des « dispositifs » plutôt que des établissements et services ciblés | Elaborer un cahier des charges pour lancer un appel à candidature en vue d'organiser une expérimentation avec une/des MDPH et des ESMS disposant d'un panel de réponses (internat, semi -internat, SESSAD ...) |

Exemple du travail de la commission Education-scolarité du CNCPH sur les annexes XXIV

SESSAD et Annexes XXIV

Groupe de travail du CNCPH (commission éducation – scolarité)

Pour répondre à la loi de 2005 qui pose le principe de la pleine participation de l'enfant et ado dans un cadre ordinaire de scolarité , de travail et de vie :

- 1) Les ESMS doivent fonctionner dans l'esprit **de dispositifs** .
- 2) Ils seront organisés en **plateforme de réponses territorialisées** pour garantir la priorité donnée au milieu ordinaire. La plateforme de réponse présentera une palette de services proposant des réponses diversifiées, adaptées à chaque situation individuelle.
- 3) Le périmètre de chaque dispositif est défini dans le cadre de son agrément.
- 4) Ce texte est transversal à toutes **les situations de handicap** (et non plus aux déficiences – références à la définition légale)

SESSAD et Annexes XXIV

Evolution et perspectives

Les dispositifs :

- 1) Nécessitent de réinterroger **la pertinence des publics accueillis** et l'implantation territoriale au regard des besoins, voire innover pour optimiser les réponses.
- 2) Réinterroger **les temps d'ouverture** pour optimiser les temps d'accompagnement.
- 3) Mettre fin à la **barrière des 20 ans**. (frein aux projets d'insertion professionnelle).

Réflexions sur un nouveau concept : le SPASMS

SESSAD + SAVS + SAMSAH = **le SPASMS**

Service Polyvalent d'Action Sociale et Médico-Sociale

- **Une logique de territoire**
- **Une logique de dispositif** (maillé dans un territoire avec l'ensemble des acteurs potentiels : institutionnels, libéraux, etc.. qui en fait une équipe à géométrie variable)
- **Une réponse de proximité**
- **Une polyvalence dans les populations suivies** : le handicap au sens de la loi.

- **Un guichet unique**
- **La favorisation du travail en réseau,**
- **Une réduction des coûts** : GCSMS, CPOM, optimisation des moyens existants
- **Une simplification dans l'administration** par la réduction du nombre des organismes gestionnaires

- Le secteur médico-social est engagé dans une réforme profonde et nécessaire qui à l'allure d'une véritable révolution culturelle.
- ***Mais « la difficulté de réussir ne fait qu'ajouter à la nécessité d'entreprendre »***

Charles GARDOU

In : Quelles ruptures pour quelles mutations culturelles ? P 12

Je vous remercie.

Marc CHAVEY

chavey.marc@wanadoo.fr