



Schéma Départemental en faveur des Personnes Adultes Handicapées

2002-2007



Préface

La situation des personnes handicapées et de leur famille s'impose comme un véritable enjeu de société et rend indispensable la mobilisation de chacun.


C'est dans cet esprit que tous les acteurs ligériens du handicap (Etat, Conseil général, associations...) ont élaboré le schéma départemental en faveur des personnes adultes handicapées.

La réactualisation de ce schéma a été l'occasion de faire un bilan, quantitatif et qualitatif, de nos acquis et savoir-faire. Elle a permis également, sur la base d'une large concertation, de partager les expériences et d'envisager les orientations à mener sur les cinq prochaines années :

- répondre aux besoins d'information des personnes handicapées, de leur famille et des professionnels,
- renforcer le soutien à domicile,
- faire face au vieillissement,
- renforcer et diversifier l'offre d'accueil.

L'ambition poursuivie et partagée par tous les acteurs a été de rechercher les actions et moyens susceptibles d'offrir à toute personne en situation de handicap la possibilité de définir et de vivre son projet de vie.

Souhaitons que la mise en œuvre des orientations de ce schéma puisse apporter, le plus rapidement possible, les réponses complémentaires attendues, et ce, dans le même esprit de coopération qui a présidé à son élaboration.



Michel MORIN
Préfet de la Loire



Pascal CLEMENT
Ancien ministre
Député de la Loire
Président de la commission des Lois
Président du Conseil général de la Loire
en Rhône-Alpes

Sommaire

	Pages
Préambule	4
Introduction	5
‣ <i>I/ Les objectifs et la méthode</i>	5
PREMIERE PARTIE : L'ENVIRONNEMENT	8
‣ <i>I/ Le contexte général</i>	9
1. Le dispositif juridique	9
‣ <i>II/ Le contexte local</i>	13
1. Données du recensement de la population de 1999	13
2. Quelques enseignements tirés de l'enquête INSEE-HID 1998	15
DEUXIEME PARTIE : BILAN DE L'EXISTANT	19
‣ <i>I/ Approche quantitative</i>	20
1. Evaluation du nombre de personnes handicapées adultes dans la Loire	20
2. Les aides et les allocations	21
3. Les établissements et les services	27
4. Les aspects financiers	48
5. Le maintien à domicile	55
6. Les personnes handicapées en attente de placement	61
7. Les demandeurs d'emploi handicapés	77
‣ <i>II/ Approche qualitative</i>	79
1. Les prises en charge complémentaires (les articulations actuelles inter-dispositif)	79
2. Les personnes âgées de plus de 45 ans	81
3. Les aides extra-légales	85

TROISIEME PARTIE : EVALUATION DES BESOINS**87**

▸ I/ <i>Quantification des places</i>	88
1. Les données de la COTOREP	88
2. Les personnes handicapées adultes prises en charge hors du département	92
3. Analyse critique des accueils et réorientations souhaitables	100
4. Synthèse des besoins	105
▸ II/ <i>Besoins spécifiques et amélioration du dispositif existant</i>	108
1. L'avancée en âge des personnes handicapées	108
2. Avis des responsables des organismes gestionnaires	112
▸ III/ <i>Synthèse du diagnostic</i>	117

QUATRIEME PARTIE : PLAN D'ACTION ET PRIORITES POUR LES 5 ANNEES A VENIR**120**

1 – Mieux informer les personnes handicapées et leurs familles, ainsi que les professionnels	123
2 – Renforcer le soutien à domicile	126
3 – Faire face au vieillissement des personnes handicapées et leurs familles	129
4 – Renforcer et diversifier l'offre d'accueil	133

Glossaire**137**

Préambule

Depuis les transferts de compétence issus des lois de décentralisation, notamment les lois du 2 mars 1982 et des 7 janvier et 22 juillet 1983, les Conseils généraux exercent une compétence particulière et privilégiée en matière d'action sociale, notamment en faveur des personnes adultes handicapées. L'Etat pour sa part est compétent en ce qui concerne la tarification des prestations fournies par les établissements et services financés par le budget de l'Etat ou par les organismes d'assurance maladie.

L'élaboration d'un schéma départemental des équipements et des services à caractère social et médico-social est prévue par l'article 18 de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 qui abroge la loi n°75-535 du 30 juin 1975. Le régime de ces schémas est modifié, ils ont désormais une durée limitée de cinq ans comme les schémas d'organisation sanitaire, leur contenu est précisé, de plus les demandes d'autorisation des promoteurs publics et privés doivent être compatibles avec les orientations fixées dans le cadre des schémas départementaux.

Dans ce cadre rénové, le schéma départemental en faveur des personnes adultes handicapées doit être arrêté conjointement par le représentant de l'Etat dans le département et le Président du Conseil de la Loire. Il devra être soumis préalablement à l'avis du Comité Régional d'Organisation Sanitaire et sociale.

Le précédent schéma départemental en faveur des personnes handicapées établi pour la période 1995-2000, a fait l'objet d'une actualisation menée conjointement en 2000-2001 par le département et les services déconcentrés de l'Etat, avec l'ensemble des partenaires publics et privés. Le nouveau schéma en faveur des personnes adultes handicapées précise :

- la nature des besoins sociaux et notamment ceux nécessitant des interventions sous forme de créations d'établissements et services sociaux et médico-sociaux,
- les perspectives de développement ou de redéploiement de certains de ces établissements et services compte tenu des besoins recensés précédemment,
- les modalités de mise en œuvre de ce plan d'action dans les années à venir (2002 à 2007),
- les moyens d'évaluation des actions conduites.

Ce schéma intègre aussi bien les établissements et services à la charge du Département que ceux financés conjointement par l'Etat ou les organismes de Sécurité Sociale et le Département.

Avertissement au lecteur

La démarche de travail autour de ce schéma a débuté en mai 2000 et s'est achevée fin 2001. Le schéma a été voté par l'Assemblée départementale en janvier 2002. Ce sont les délais de parution des décrets de la loi de janvier 2002 qui expliquent sa date de parution tardive.

La validation de ce texte, antérieure à la parution de cette loi n'exclut pas la prise en compte, dans sa mise en œuvre, de leurs préconisations.

Introduction

I. LES OBJECTIFS ET LA METHODE :

1.1. LES OBJECTIFS :

1.1.1. Mettre à plat le dispositif de prise en charge des handicapés adultes

Cette mise à plat était devenue indispensable par la complexité du dispositif (répartition des compétences, variété des modes de financement, diversité des types de prise en charge des handicaps, multiplication des acteurs de terrain...) et la nécessité d'un outil commun d'évaluation.

1.1.2. Mesurer l'écart entre la prise en charge réelle actuelle et une prise en charge théorique optimale

Le schéma devrait permettre d'étudier, de manière aussi exhaustive que possible, les difficultés auxquelles le département est confronté.

1.1.2.1. Mieux évaluer l'ampleur des problèmes déjà repérés :

a) Manque de places en structures d'accueil : c'est évidemment le principal élément de difficulté. Le département a une forte demande de places dans toutes les catégories d'établissements : structures de travail protégé et lieux d'hébergement pour les travailleurs handicapés, foyers de vie et établissements médicalisés.

b) Difficultés dans l'orientation et le placement, résultant pour partie de ces manques et entraînant parfois une inadéquation entre les populations accueillies et l'agrément de l'établissement. Cela a des conséquences sur les projets d'établissement et, bien sûr, sur les projets individuels. Le problème de l'adéquation des personnels en nombre, formation et qualification est également posé ainsi que la qualité de la prise en charge éducative, paramédicale et médicale.

c) Files d'attentes importantes mal connues. Elles doivent être réactualisées régulièrement pour garder leur validité. Certaines familles, faute de place, ont renoncé à trouver une structure d'accueil. Il est nécessaire de considérer comme "demandes non satisfaites" les adultes pris en charge à l'extérieur du département (sauf zones limitrophes). Enfin, il est essentiel et pas seulement pour l'amendement Creton de croiser les données Cotorep-CDES.

d) Foyers à double tarification. Les prestations de soins dispensées sont prises en charge par l'assurance maladie dans les limites d'un forfait plafond, et les frais d'hébergement relèvent de l'Aide Sociale départementale. Il existe des situations limites où il est difficile de déterminer précisément ce qui relève des soins de base, des soins éducatifs ou paramédicaux. Il est par conséquent difficile de prendre une décision lors des différentes demandes de création de postes médicaux et paramédicaux. La nouvelle loi du 2 janvier 2002 intègre explicitement, les foyers d'accueil médicalisés (FDT) auxquels il est ainsi donné une assise légale. Le régime de ces foyers médicalisés devrait donc être revu et clarifié.

e) **Foyers de vie et occupationnels** : la lourdeur du handicap exige parfois une prise en charge médicale bien qu'il n'y ait pas de financement de l'assurance maladie. Il y a donc, là aussi, des problèmes d'orientation et de moyens.

1.1.2.2. Proposer des solutions aux besoins nouveaux :

a) **Travailleurs handicapés vieillissants** posant le problème de leur capacité réelle de travail et donc de l'adaptation à l'établissement. La fréquentation du lieu de travail peut rester indispensable pour le maintien de l'intégration sociale, mais peut peser sur l'équilibre commercial. La perte du statut de travailleur handicapé fait perdre le droit à l'hébergement en foyer. Le placement en maison de retraite "classique" n'est pas toujours souhaitable, ni possible, pour ceux qui n'ont pas atteint 60 ans. Toutefois, la situation des personnes handicapées vieillissantes est prise en compte dans la nouvelle loi, ces dernières étant accueillies quel que soit leur âge.

b) **Handicapés dont les parents vieillissent** et pour lesquels il faut savoir renforcer le soutien et les relais.

c) **Difficultés d'intégration en établissement** : problème lié aux progrès de la prise en charge des adultes handicapés et aux projets d'établissement rendant parfois difficile l'intégration ou le transfert d'adultes ne correspondant pas complètement au profil souhaité.

d) **Difficultés dans la complémentarité entre établissements et secteur de psychiatrie lors des différentes demandes de création de postes médicaux et paramédicaux.** Les liens entre la psychiatrie et le handicap sont évidents et les états limites très nombreux. L'orientation vers telle ou telle structure est aussi guidée par les circonstances et la filière initiale. C'est ainsi que des adultes ne relevant plus réellement de structures psychiatriques restent hospitalisés alors que, au contraire, un adulte en crise dans un établissement ne pourra bénéficier d'une hospitalisation en psychiatrie, même limitée dans le temps. La coordination entre les secteurs de psychiatrie et les établissements d'adultes handicapés doit être améliorée, formalisée (par exemple par le signature de conventions) et les situations de blocage qui provoquent des tensions entre les partenaires départementaux doivent être réduites. La nouvelle loi du 2 janvier 2002 intègre explicitement, les foyers d'accueil médicalisés (Foyer à Double Tarification) auxquels il est ainsi donné une assise légale. Le régime de ces foyers d'accueil médicalisés devrait donc être revu et clarifié.

1.1.3. Planifier l'adaptation des moyens existants et la création des moyens supplémentaires en suscitant des projets conformes à l'intérêt général

Il est essentiel qu'à l'issue du schéma départemental un consensus soit dégagé sur un ordre de priorité des projets à mettre en œuvre.

1.1.4. S'inscrire dans un contexte régional

Ce travail se veut également être le maillon local d'un dispositif opérationnel plus large s'inscrivant en complémentarité des schémas régionaux, tel le schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) de 2^{ème} génération Rhône-Alpes et en adéquation avec la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociales.

2.2. LA METHODE

L'élaboration du schéma départemental de prise en charge des personnes handicapées de la Loire a été l'occasion de réfléchir et de travailler avec l'ensemble du secteur institutionnel et associatif concerné.

La réunion d'installation du comité de pilotage, le 29 mars 2000, a permis aux partenaires associatifs et aux professionnels médico-social, d'arrêter plusieurs thèmes de réflexion. A cette occasion, trois groupes de travail ont été constitués:

Groupe n°1 : Renforcer le dispositif de maintien à domicile

Groupe n°2 : Le vieillissement des personnes adultes handicapées

Groupe n°3 : Définir les besoins futurs en établissement des personnes adultes handicapées.

Les groupes de travail se sont réunis cinq fois entre le mois de mai 2000 et novembre 2001.

La composition de ces groupes est portée en annexe du présent document.

Pour chacun des thèmes, la méthode a porté sur :

- la connaissance des populations handicapées accueillies ou non accueillies dans les dispositifs spécialisés ;
- l'analyse des dispositifs d'offre existants ;
- l'analyse des points d'articulation entre les dispositifs et les conséquences éventuelles des cloisonnements ;
- les besoins insuffisamment ou non couverts ;
- les insuffisances et/ou les dysfonctionnements des dispositifs d'offre afin de dégager des priorités et des recommandations.

Lors d'une rencontre fin octobre 2001, le Comité de Pilotage a validé les orientations résultant de la synthèse des groupes de travail et des préconisations formulées par le CREA Rhône-Alpes chargé d'une étude préalable à l'actualisation du schéma.

PREMIERE PARTIE : L'ENVIRONNEMENT

I. LE CONTEXTE GENERAL

1. Le dispositif juridique

Le socle juridique fondamental était constitué jusqu'à la publication de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale par deux textes du 30 juin 1975 : la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées qui est toujours en vigueur et la loi relative aux institutions sociales et médico-sociales qui vient donc d'être abrogée par la loi du 2 janvier 2002, citée ci-dessus.

Cette réforme est celle à venir de la loi d'orientation, sont rendues nécessaires afin d'adapter le dispositif législatif aux besoins nouveaux des services et établissements mais surtout pour mieux répondre à la demande des publics handicapés qui n'ont pu conserver ou acquérir le minimum d'autonomie.

L'évolution du secteur et de son environnement rend nécessaire leur réactualisation : un projet de réforme a été soumis aux Assemblées de manière à adapter le dispositif législatif et réglementaire aux besoins nouveaux des services et établissements pour personnes handicapées mais surtout pour permettre de mieux répondre à la demande des publics handicapés qui n'ont pu conserver ou acquérir le minimum d'autonomie.

1.1. Les lois de 1975

*** la loi d'orientation n°75-534 du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées**

La loi d'orientation affirme le principe de l'égalité des droits des personnes pour ce qui concerne non seulement leur santé mais aussi leur éducation, leur vie professionnelle et sociale.

La reconnaissance d'une responsabilité collective dans la prise en charge du handicap se substitue à l'obligation traditionnelle de la famille.

La prévention, le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelles, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale, l'accès aux loisirs constituent une obligation nationale.

La loi d'orientation prévoit également la création d'établissements de travail protégé et d'accueil pour les personnes qui n'ont pu conserver ou acquérir un minimum d'autonomie.

La loi confie le placement et l'orientation des personnes handicapées adultes à une instance administrative unique, la Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnelle (COTOREP).

Il existe une COTOREP par département. Elle est composée de représentants de l'administration de l'Etat (DDASS/DDTEFP), des élus départementaux, des représentants des associations d'usagers, des établissements et de la sécurité sociale. Elle est éclairée dans ses décisions par des avis d'équipes techniques.

Dans la pratique, il y a présidence alternée par le Directeur Départemental du Travail et par le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales.

Chaque COTOREP est divisée en deux sections spécialisées, la première section est chargée des questions relatives au reclassement professionnel des travailleurs handicapés, la seconde section est compétente pour se prononcer sur les dispositions d'aide sociale, l'attribution des allocations et le placement en établissement spécialisé.

De plus en plus, les deux sections tendent à mettre en commun leur travail et leurs moyens, pour une gestion plus rationnelle, une plus grande efficacité, et une simplification des démarches pour les usagers, comme le réaffirme deux circulaires récentes en date du 27 février 2002 du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

*** la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale**

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 modifie de façon importante le cadre précédent prévu par la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Ainsi, les règles relatives à la création, à l'extension et aux modes de tarification des établissements et services sont profondément modifiées.

Elle ne remet pas en cause la répartition des compétences entre l'Etat et le Département, mais institue une coordination des décideurs et des acteurs et organise leurs relations.

Parmi les innovations, il peut être cité :

- la liste des établissements et services sociaux et médico-sociaux est étendue. La loi reconnaît l'existence de l'accueil à domicile et de l'accueil temporaire. Elle accorde une place aux lieux de vie et d'accueil non traditionnels qui ne constituent pas toutefois, des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- l'affirmation des droits des usagers des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- la planification sociale et médico-sociale avec l'élaboration de schémas d'organisation sociale et médico-sociale.
- la mise en place d'une procédure d'évaluation et la création d'un Conseil National d'évaluation sociale et médico-sociale.

1.2. Les lois de décentralisation

* loi n°82-213 du 2 mars 1982

* loi 83-663 du 22 juillet 1983

* loi 86-17 du 6 janvier 1986

Elles ont eu pour conséquence essentielle une nouvelle répartition des compétences et des charges.

Pour ce qui est des établissements pour adultes, l'Etat est seul compétent pour autoriser, tarifer et contrôler les établissements qu'il finance (C.A.T.) ou qui sont intégralement financés par l'assurance maladie (M.A.S., C.R.PRO).

Le département, qui s'est vu confier la charge de l'hébergement, et plus généralement de la vie sociale, est seul compétent pour les foyers d'hébergement, les foyers de vie, les foyers occupationnels, les sections d'adaptation spécialisée, les sections d'accueil de jour, les services de suite.

Il est également compétent pour les prestations (hormis les soins) concourant au maintien à domicile.

L'Etat finance de son côté l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

La compétence est partagée pour les Foyers à Double Tarification, les soins étant financés par l'assurance maladie et l'hébergement par le département..

1.3. "L'amendement Creton" (loi n°89-18 du 13 janvier 1989)

Afin de répondre au manque de places en établissements pour adultes et pour pallier cette situation d'urgence, le parlement a adopté dans la loi portant diverses mesures d'ordre social (DMOS), une disposition dite "amendement Creton".

Cette disposition autorise le prolongement, au delà de l'âge de vingt ans, de la prise en charge d'une personne lourdement handicapée par l'établissement pour mineurs qui l'accueille, dans l'attente d'une solution plus durable et adaptée à ses besoins.

1.4. La loi n°87-517 du 10 juillet 1987, en faveur de l'emploi des personnes handicapées

Elle oblige les employeurs à avoir parmi leurs salariés au moins 6 % de travailleurs handicapés.

Cette obligation peut être satisfaite par la conclusion et l'application d'accords, d'entreprises ou de branches comportant des programmes pluriannuels d'embauche,

d'insertion, de formation, d'adaptation aux mutations technologiques ou de maintien dans l'entreprise en cas de licenciement collectif.

Les employeurs peuvent s'acquitter partiellement de cette obligation en passant avec les établissements de travail protégé des contrats de fournitures, de service et de sous-traitance.

A défaut de remplir leur obligation, les employeurs versent une contribution à l'Association nationale de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des handicapés (AGEFIPH) dont le champ englobe la formation, l'intégration professionnelle, l'accompagnement et le soutien des travailleurs handicapés.

1.5. La loi n°89-475 du 10 juillet 1989, relative à l'accueil par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou de personnes handicapées adultes

Il est prévu par la loi que tout particulier est en mesure d'accueillir à son domicile une personne âgée ou handicapée adulte à la condition qu'il ait fait l'objet d'un agrément par les autorités compétentes, en l'occurrence le Président du Conseil général de son département.

Cet accueil se fait à titre permanent ou temporaire, moyennant une rémunération dont le montant et les conditions d'attribution sont prévus par la loi.

1.6. La loi n°90-602 du 12 juillet 1990, relative à la protection des personnes contre les discriminations en raison de leur état de santé ou de leur handicap

La loi modifie les 1°, 2° et 3° de l'article 416 du code pénal en prévoyant les sanctions en cas de discrimination manifeste en raison de leur l'origine, du sexe, des mœurs, de la situation de famille, de l'appartenance ou de la non-appartenance à une ethnie, une nation, une race ou une religion en y adjoignant la notion de handicap.

1.7. La loi 91-663 du 13 juillet 1991, portant diverses mesures destinées à favoriser l'accessibilité aux personnes handicapées des locaux d'habitation, des lieux de travail et des installations recevant du public.

Cette loi induit un bouleversement radical dans les habitudes de construction et d'aménagement de l'espace.

II. LE CONTEXTE LOCAL

1. DONNEES DU RECENSEMENT DE LA POPULATION DE 1999

Population

En 1999, le département de la Loire compte **728 870** habitants (13% de la population régionale).

	1982		1990		1999		2010	
Moins de 20 ans	216798	29%	200357	27%	177074	24%	178201	24%
60 ans et plus	140832	19%	159080	21%	171179	23%	189777	26%
Population totale	740088	100%	746506	100%	728870	100%	739052	100%

Source : INSEE – Projection : modèle OMPHALE

La part des jeunes se réduit au profit de celle des personnes plus âgées. Les personnes de 60 ans et plus sont, en 1999, presque aussi nombreuses que celles de moins de 20 ans (23 % de la population totale).

Les communes où les personnes de plus de 60 ans représentent plus du quart de la population sont pour la plupart des communes rurales situées en zone montagneuse, des Monts du Forez aux Monts de la Madeleine en passant par les Bois Noirs à l'ouest, ainsi que sur une bande ouest-est traversant le département au niveau du seuil de Neulise.

Certaines communes urbaines appartiennent également à ce groupe de communes « âgées » : Roanne, Feurs, Firminy.

Les communes où les personnes de moins de 25 ans représentent souvent plus d'un tiers de la population sont pour la plupart des communes proches des pôles urbains : sud de Roanne, sud de Feurs, sud de Saint-Étienne, nord de Saint-Just-Saint-Rambert. La plupart des communes des Monts des Lyonnais se caractérisent également par une part relativement importante de jeunes.

L'indice de vieillissement au 1^{er} janvier 1999 est de 67,6 alors qu'il est de 54,1 pour la région Rhône-Alpes et de 60,5 pour la France métropolitaine.

(65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans)

Si les tendances démographiques actuelles se poursuivent, en 2010 la Loire comptera 189777 personnes âgées de 60 ans et plus, soit 11 % de plus qu'en 1999.

Si l'accroissement de l'espérance de vie se poursuit au même rythme qu'actuellement, le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus dans le département pourrait atteindre 210709 à l'horizon 2020, soit près de 30 % de la population totale du département.

Plus d'un actif sur cinq (22 %) est âgé de plus de 49 ans en 1999 (19 % en 1990). ; moins d'un actif sur dix est âgé de moins de 25 ans (ils représentaient encore 13 % en 1990).

Espérance de vie

En 1996, l'espérance de vie à la naissance s'élève à 77,9 ans dans la Loire, à 78,8 ans dans la région Rhône-Alpes et à 78,1 ans en France.

En 1996	Loire	Rhône-Alpes	France
Espérance de vie homme	73,8	75,2	74,2
Espérance de vie femme	82,0	82,5	82,0
Espérance de vie	77,9	78,8	78,1

L'espérance de vie va s'allonger : en 2010, elle frôlera les 80 ans.

Natalité

Dans la Loire, le nombre de naissances domiciliées a été de 8497 en 1998 (estimation 1999 : 8678). Avec un taux brut de natalité (naissances pour 1000 habitants) de 11,91 %, la Loire est en dessous de la moyenne régionale de 1point (12,8 %) et de la moyenne nationale (12,7 %).

Mortalité

Dans la Loire, le nombre de décès domiciliés a été de 7207 en 1998. Le taux brut de mortalité de 9,7 % est le plus élevé de la région Rhône-Alpes après l'Ardèche (11 %). Ce taux est de 8,1 % pour la région et de 9 % pour la France métropolitaine.

2. QUELQUES ENSEIGNEMENTS TIRES DE L'ENQUETE INSEE-HID¹ 1998

En France métropolitaine : 80 000 personnes sont accueillies dans des établissements pour adultes handicapés. Cette population est masculine à 58%. L'ancienneté moyenne de présence au moment de l'enquête est supérieure à dix ans.

Selon l'enquête :

« La grande majorité des personnes déclarant présenter une déficience vit en domicile ordinaire, même à des degrés de dépendance très sévères. Ainsi 54 % des 280 000 personnes confinées au lit vivent en domicile ordinaire. Seulement 18.5 % des 2,6 millions de personnes concernées par le besoin d'aide pour sortir du domicile résident en institution. »

« [...] plus le handicap est lourd, plus la part de l'accueil en institution et de l'aide professionnalisée à domicile est importante, mais elle n'est jamais prépondérante. »

« L'inégalité face au handicap est également tangible pour les personnes vivant en domicile ordinaire. Par exemple, la proportion des personnes de milieu ouvrier déclarant au moins une déficience est de 1.6 fois plus élevée que chez les cadres [...] »

A cet égard, il semble intéressant d'attirer l'attention sur la sur-représentation d'emplois dans le secteur de l'industrie dans la Loire, au regard des chiffres régionaux et nationaux.

Emploi total	Loire		Rhône-Alpes		France	
Agriculture	8 867	3%	65 565	3%	971 485	4%
Industrie	74 100	28%	504 720	22%	4 233 930	19%
Construction	16 268	6%	138 186	6%	1 377 939	6%
Commerce	34 687	13%	292 765	13%	3 056 165	13%
Services	135 060	50%	1 245 327	55%	13 179 560	58%
TOTAL	268 982	100%	2 246 563	100%	22 819 079	100%

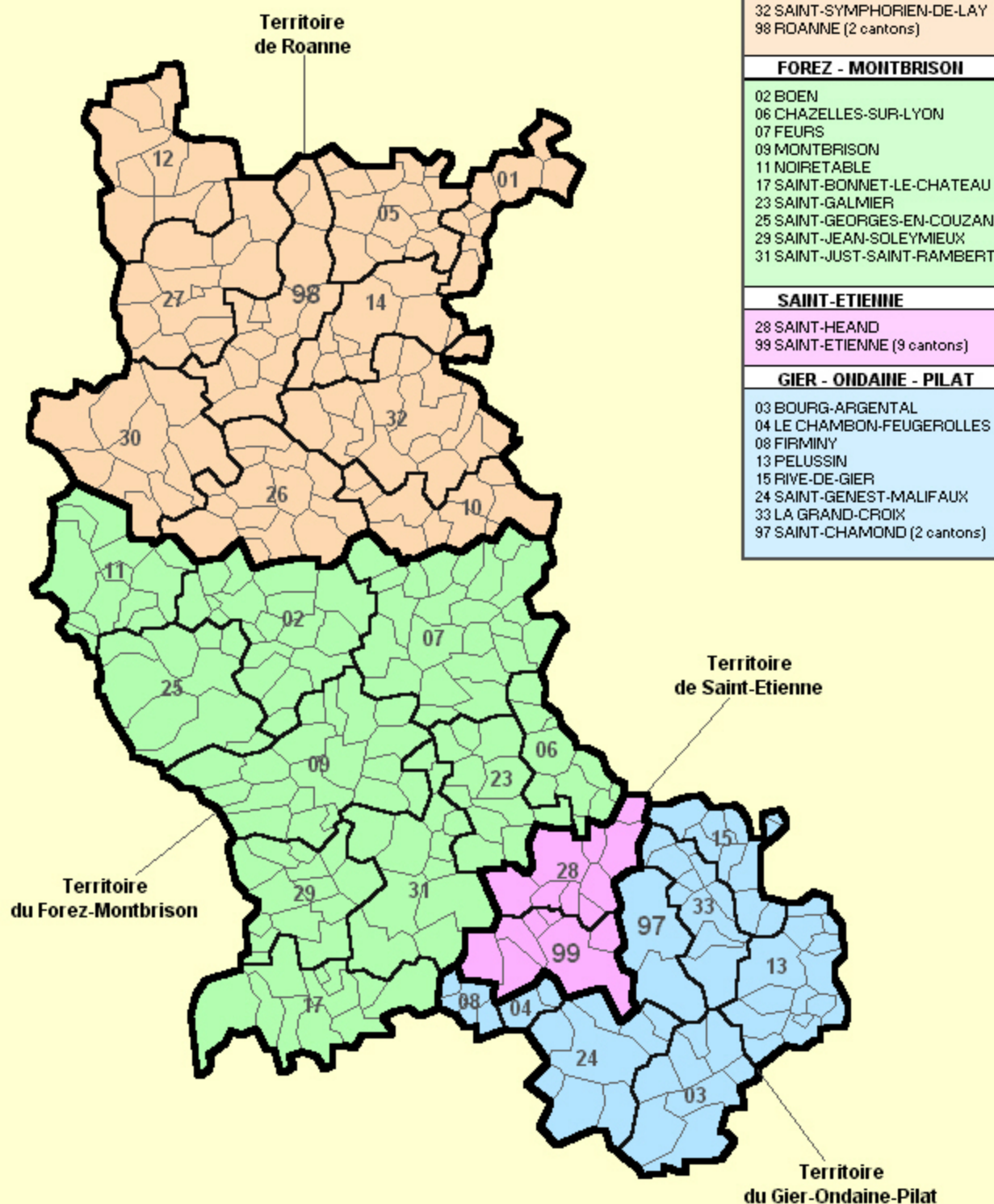
Source : INSEE, Tableaux de l'Économie Rhône-Alpes 1999/2000

A propos d'«aide humaine» nécessaire (présence d'un entourage socio-familial quand le besoin s'en fait sentir), seulement 2.7 % des répondants vivant à domicile déclarent manquer « d'aide humaine ».

Cependant, pour la population présentant au moins trois déficiences, cette proportion passe à 18.5 % soit 475 000 personnes.

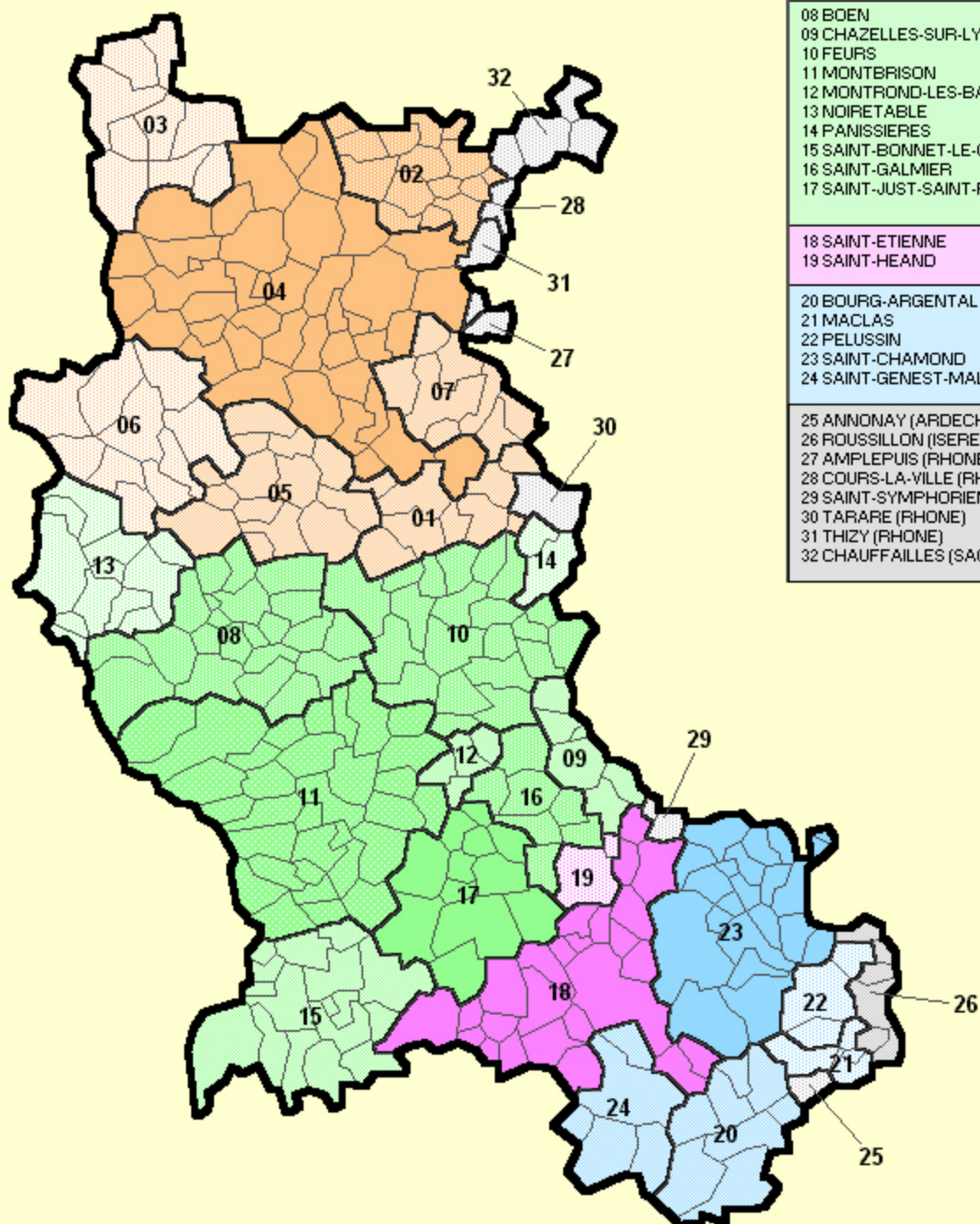
¹ Handicaps - Incapacités - Dépendance. Cette enquête vise à établir pour la première fois en France une estimation du nombre de personnes touchées par les divers types de handicaps — y compris ceux liés aux atteintes de l'âge — à décrire leur situation sociale, relever l'aide dont ils bénéficient et permettre l'évaluation de celle qui leur serait nécessaire.

Territoires et cantons du département de la Loire



ROANNE
01 BELMONT-DE-LA-LOIRE 05 CHARLIEU 10 NERONDE 12 LA PACAUDIERE 14 PERREUX 26 SAINT-GERMAIN-LAYAL 27 SAINT-HAON-LE-CHATEL 30 SAINT-JUST-EN-CHEVALET 32 SAINT-SYMPHORIEN-DE-LAY 98 ROANNE (2 cantons)
FOREZ - MONTBRISON
02 BOEN 06 CHAZELLES-SUR-LYON 07 FEURS 09 MONTBRISON 11 NOIRETABLE 17 SAINT-BONNET-LE-CHATEAU 23 SAINT-GALMIER 25 SAINT-GEORGES-EN-COUZAN 29 SAINT-JEAN-SOLEYMIEUX 31 SAINT-JUST-SAINT-RAMBERT
SAINT-ETIENNE
28 SAINT-HEAND 99 SAINT-ETIENNE (9 cantons)
GIER - ONDAINE - PILAT
03 BOURG-ARGENTAL 04 LE CHAMBON-FEUGEROLLES 08 FIRMINY 13 PELUSSIN 15 RIVE-DE-GIER 24 SAINT-GENEST-MALIFAUX 33 LA GRAND-CROIX 97 SAINT-CHAMOND (2 cantons)

Pôles de services intermédiaires (*) du département de la Loire



POLES INTERMEDIAIRES
01 BALBIGNY 02 CHARLIEU 03 LA PACAUDIERE 04 ROANNE 05 SAINT-GERMAIN-LAVAL 06 SAINT-JUST-EN-CHEVALET 07 SAINT-SYMPHORIEN-DE-LAY
08 BOEN 09 CHAZELLES-SUR-LYON 10 FEURS 11 MONTRISON 12 MONTROND-LES-BAINS 13 NOIRETABLE 14 PANISSIERES 15 SAINT-BONNET-LE-CHATEAU 16 SAINT-GALMIER 17 SAINT-JUST-SAINT-RAMBERT
18 SAINT-ETIENNE 19 SAINT-HEAND
20 BOURG-ARGENTAL 21 MACLAS 22 PELUSSIN 23 SAINT-CHAMOND 24 SAINT-GENEST-MALIFAUX
25 ANNONAY (ARDECHE) 26 ROUSSILLON (ISERE) 27 AMPLEPUIS (RHONE) 28 COURS-LA-VILLE (RHONE) 29 SAINT-SYMPHORIEN/COISE (RHONE) 30 TARARE (RHONE) 31 THIZY (RHONE) 32 CHAUFFAILLES (SAONE-ET-LOIRE)

(*) remplacent les bassins de vie - Source INSEE

POLES DE SERVICES ET POLES INTERMEDIAIRES

Pour rendre compte d'une géographie humaine du département qui prenne en compte la répartition spatiale des habitants en fonction d'un critère de proximité avec les services disponibles dans la zone d'habitat, nous avons choisi d'utiliser la notion développée par l'INSEE de « pôles de services ».

Sur la base de l'inventaire communal, permettant d'identifier les équipements présents sur le territoire, sont déterminés des « pôles », communes disposant d'un niveau spécifique d'équipements. Ces équipements se regroupent par gamme (de base, de proximité, intermédiaire et supérieure). Ils exercent selon leur étendue (gamme) une attractivité de plus en plus forte auprès des communes voisines.

- *Gamme de base : menuisier, plombier, école primaire, bureau de tabac, maçon, réparation automobile, alimentation générale.*
- *Gamme de proximité : gamme de base, plâtrier/peintre, boulangerie, électricien, bureau de poste, salon de coiffure, médecin généraliste, station service, boucherie/charcuterie, infirmier, pharmacie.*
- *Gamme intermédiaire : gamme de proximité, dentiste, kinésithérapeute, banque, magasin d'électroménager, librairie, droguerie, magasin de vêtements, notaire, gendarmerie/police, magasin de meubles, vétérinaire, collège, supermarché, ambulance, perception, magasin de chaussures.*
- *Gamme supérieure : gamme intermédiaire, laboratoire d'analyses médicales, cinéma, hôpital.*

DEUXIEME PARTIE : BILAN DE L'EXISTANT

I. APPROCHE QUANTITATIVE

1. ÉVALUATION DU NOMBRE DE PERSONNES HANDICAPÉES ADULTES DANS LE DÉPARTEMENT DE LA LOIRE

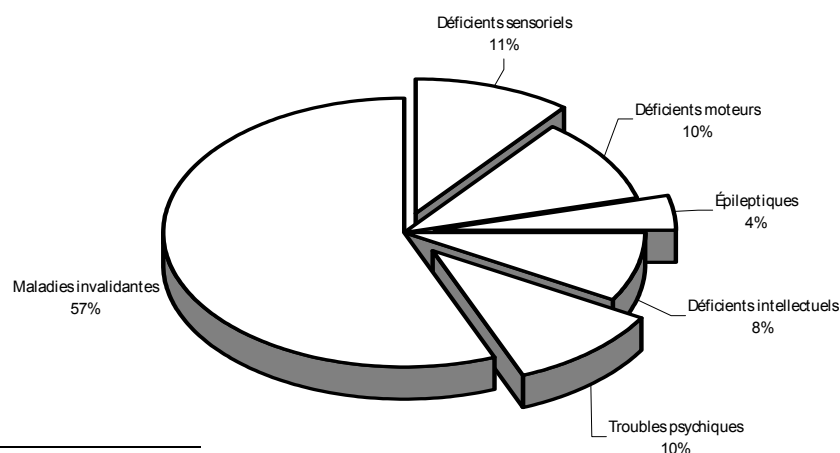
ESTIMATION THEORIQUE D'APRES LES DONNEES DU RECENSEMENT DE 1999

En 1999, la population des 20/59 ans dans le département de la Loire était de 380 617 individus et de 3 083 424 en Rhône-Alpes.

En partant de l'hypothèse retenue par A. LABREGERE¹ avec une évaluation de 480 pour 10 000 habitants, nous pouvons estimer le nombre d'adultes handicapés dans le département de la Loire à 18 270.

Se référant toujours à la même hypothèse, la répartition par déficience de cette population d'adultes handicapés serait la suivante :

Adultes handicapés (20 à 59 ans) : répartition par déficiences			
Déficience	Nbre pour 10 000	Loire	Rhône-Alpes
Déficients sensoriels	50	1 903	15 417
Déficients moteurs	50	1 903	15 417
Épileptiques	20	761	6 167
Déficients intellectuels	40	1 522	12 334
Troubles psychiques	50	1 903	15 417
Maladies invalidantes	270	10 277	83 252
TOTAL (20/59 ans)	480	18 270	148 004



¹ A. LABREGERE – « L'insertion des personnes handicapées » - Documentation française – 1989.

L'hypothèse de A. LABREGERE évalue les personnes « dont l'incapacité est relativement grave ». Sur les 480 pour 10 000, 270 pour 10 000 sont au titre de « maladies invalidantes » traduisant les conséquences sur l'état de santé de l'avancée en âge.

2. LES AIDES ET LES ALLOCATIONS

LES PERSONNES BENEFICIAIRES DE L'ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPES (AAH)

Source : CAF Saint-Étienne et Roanne et COTOREP

L'allocation aux adultes handicapés est destinée :

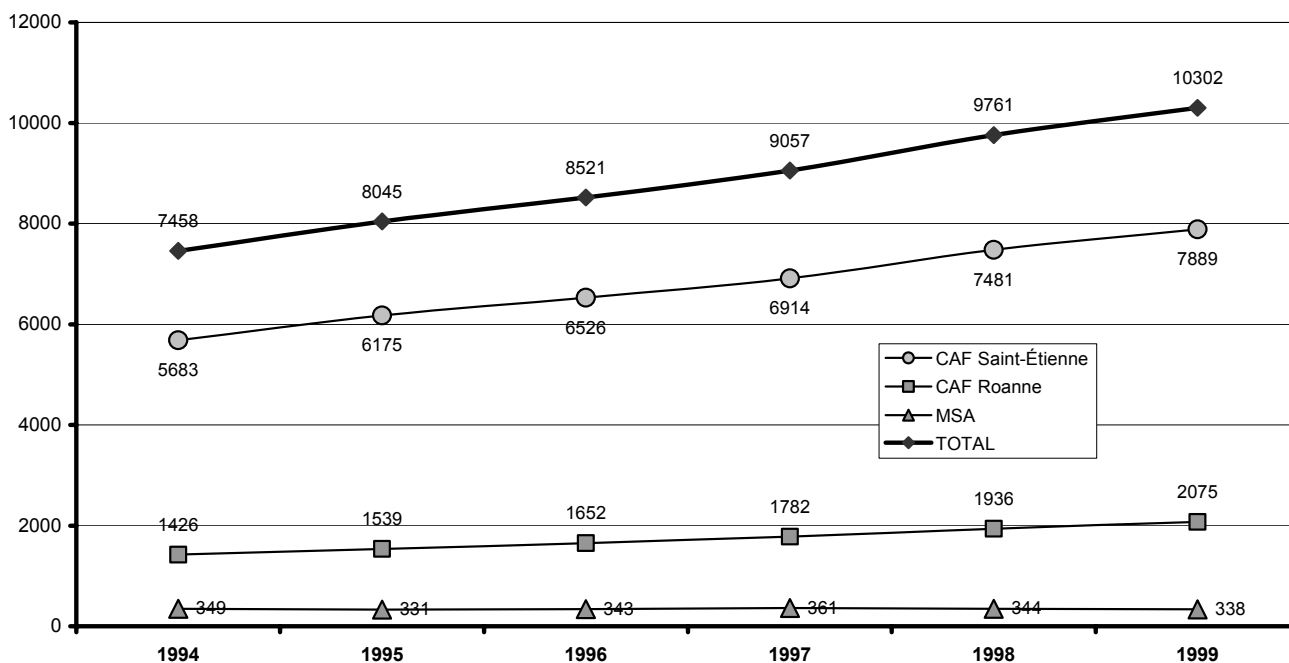
- aux personnes atteintes d'une incapacité de 80 % ou plus
-
- aux personnes reconnues inaptes au travail avec un taux d'incapacité d'au moins 50 %.
-

Mise en place par la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées, l'AAH est destinée à assurer aux adultes handicapés un minimum de ressources.

C'est une prestation familiale, versée par la CAF ou la MSA sur décision de la COTOREP, mais financée par le budget de l'État.

Au 31 décembre 1999, le département de la Loire comptait **10302 bénéficiaires de l'AAH** (7889 allocataires de la CAF de Saint-Étienne, 2075 allocataires de la CAF de Roanne et 338 allocataires de la Mutualité Sociale Agricole) soit **27 pour 1000 habitants de 20 à 59 ans** (ce taux était de 18,6 % en 1994).

Évolution du nombre total d'allocataires

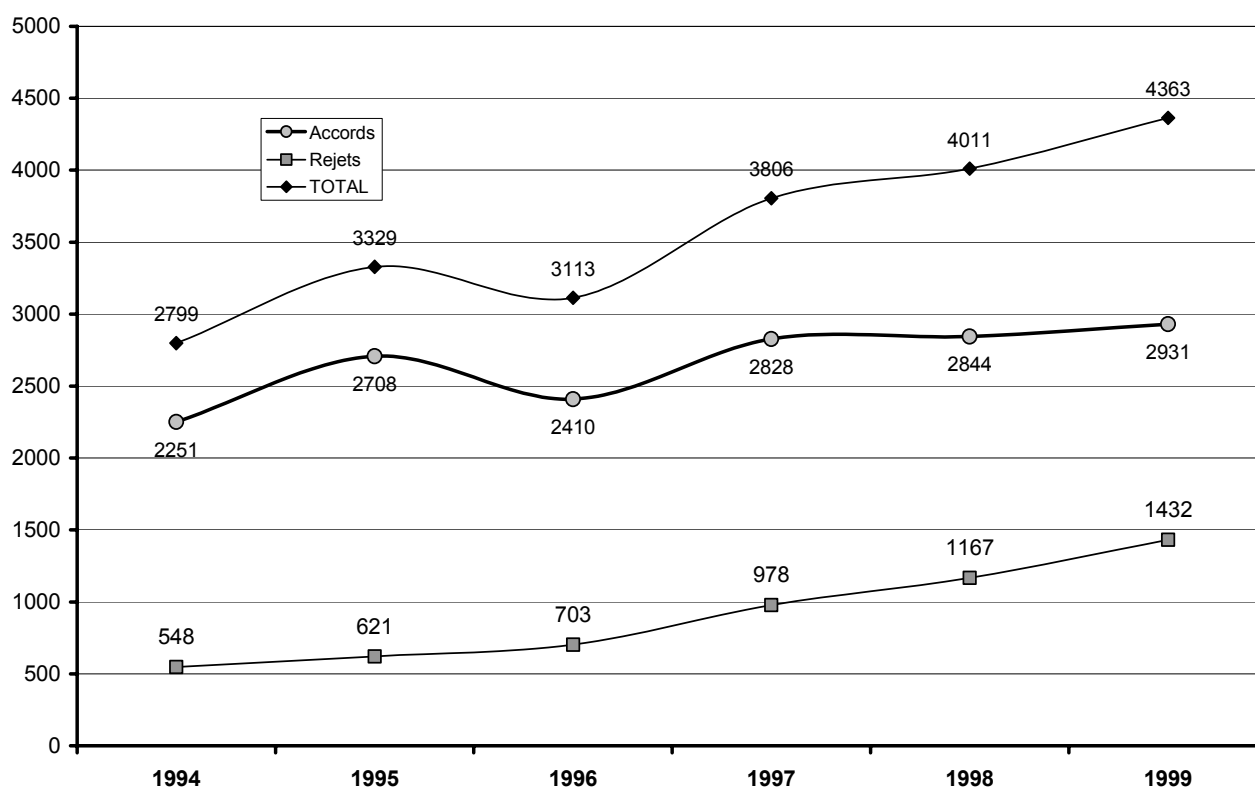


Le nombre d'allocataires a **augmenté de 38 %** entre 1994 et 1999, passant de 7458 à 10302.

Pour la seule CAF de Saint-Étienne :

	1995	1996	1997	1998	1999
Nombre Bénéficiaires	6175	6526	6914	7481	7888
Montant versé (Frs)	198 375 638	220 396 394	240 595 908	261 015 352	280 915 203
AAH à la personne	32 125	33 772	34 798	34 890	35 612

Décisions COTOREP (accords – rejets)



Ces données ont un intérêt limité dans la mesure où elles ne nous permettent pas de différencier les renouvellements d'attribution (attribution pour une période de 1 à 10 ans maximum) des nouvelles attributions d'allocation.

Le nombre de demande a augmenté de **56 %** entre 1994 et 1999 alors que le nombre d'accords n'a augmenté que de **30 %**.

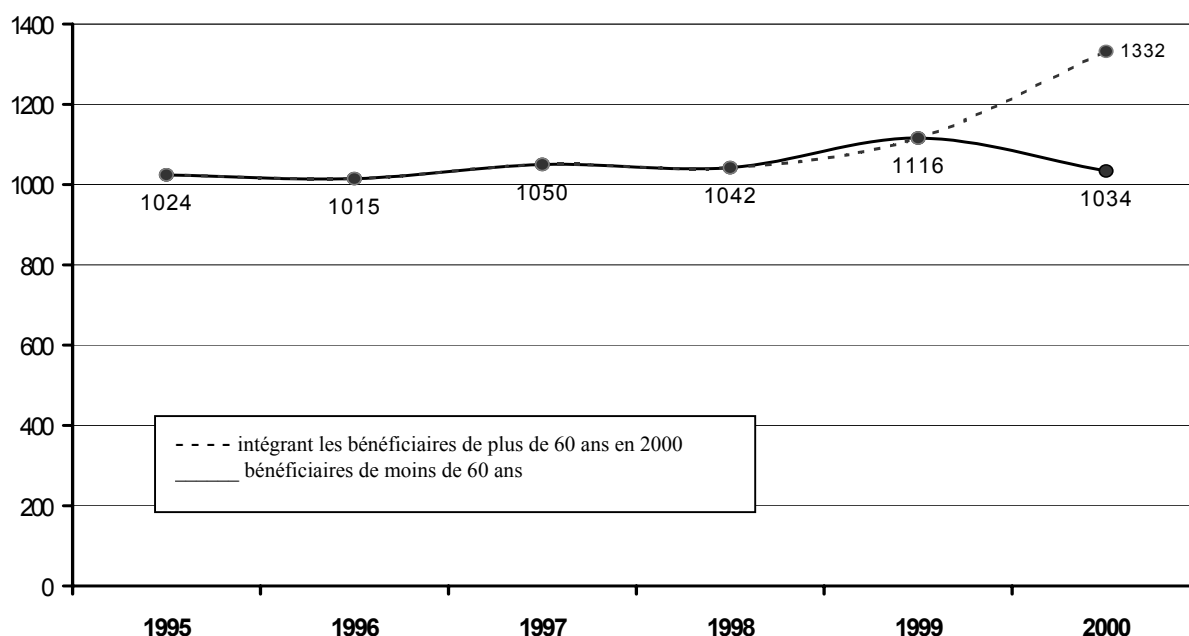
La proportion d'accords par rapport au nombre de demandes est passée de **80 %** en 1994 à **67 %** en 1999.

LES PERSONNES BENEFICIAIRES DE L'ALLOCATION TIERCE PERSONNE (ACTP)

Source des données : Conseil Général de la Loire
Exploitation des données : CREA Rhône-Alpes

L'allocation compensatrice est versée à des personnes justifiant d'un taux d'incapacité d'au moins 80 % et dont l'état de santé nécessite l'aide effective d'une tierce personne pour réaliser les actes essentiels de la vie quotidienne.

Nombre de bénéficiaires de l'ACTP à domicile



En 2000, les personnes handicapées de plus de 60 ans – jusqu'alors comptabilisées avec les personnes âgées – ont été prises en compte en tant que bénéficiaires de l'ACTP « handicapés ».

D'après l'étude présentée ci-dessous, le nombre de personnes handicapées âgées de moins de 60 ans bénéficiaires de l'ACTP est de 1034 en octobre 2000.

Montant versé (ACTP à domicile) en Francs

	1995	1996	1997	1998	1999	2000 (*)
ACTP à domicile	25 745 859	25 623 190	25 474 620	26 044 373	29 075 997	34 180 084
Montant par personne	25 142	25 244	24 261	24 994	26 053	25 660

(*) L'écart 1999/2000 tient en grande partie à la prise en compte des personnes de + de 60 ans non comptabilisées les années précédentes

Dans le cadre de cette étude, nous nous sommes intéressés plus particulièrement aux personnes à domicile, âgées de moins de 60 ans.

En octobre 2000, le département de la Loire comptait **1034 bénéficiaires d'une ACTP à domicile et âgés de moins de 60 ans** (1024 bénéficiaires en 1995).

L'âge moyen de ces bénéficiaires est de **43,4 ans**.

Taux d'attribution de l'ACTP selon l'âge

	moins de 30 ans	30/39 ans	40/49 ans	50 ans plus	et TOTAL
moins de 40 %	4 3%	5 2%	1 -	1 -	11 1%
de 40% à 49%	53 40%	102 44%	184 53%	181 56%	520 50%
de 50% à 59%	6 4,5%	33 14%	53 15%	40 12%	132 13%
de 60% à 69%	37 28%	41 18%	53 15%	44 14%	175 17%
de 70% à 79%	10 7,5%	15 6%	16 5%	6 2%	47 5%
80%	23 17%	34 15%	40 12%	52 16%	149 14%
TOTAL	133 100%	230 100%	347 100%	324 100%	1034 100%

L'ACTP est modulée en fonction de l'impossibilité à réaliser les actes essentiels de la vie quotidienne :

- elle est attribuée au taux de 40 à 70 % (du montant de la majoration tierce personne : MTP), si certains actes essentiels de la vie quotidienne restent possibles.
- au taux de 80 % de la MTP si tous ces actes sont impossibles

Ce taux peut nous donner une indication du degré de handicap des personnes concernées.

Les personnes de moins de 30 ans sont sur-représentées dans les taux élevés (60 % et plus).

Répartition des bénéficiaires selon les arrondissements

Roanne	250	24,2 %
Montbrison	207	20 %
Saint-Étienne	577	55,8 %
TOTAL	1 034	100 %

Rapportés à la population totale par arrondissement au recensement de 1999, ces chiffres nous montrent qu'il y a proportionnellement un peu plus de bénéficiaires de l'ACTP dans l'arrondissement de Roanne (1,6 %) que dans les deux autres arrondissements (1,3 % pour l'arrondissement de Montbrison et 1,4 % pour l'arrondissement de Saint-Étienne).

Ces quelques données sont peu productives dans la perspective d'une approche des besoins.

L'examen de cette population à domicile mériterait un approfondissement qualitatif qui n'a pas été possible en l'état actuel de la gestion des dossiers par les services concernés.

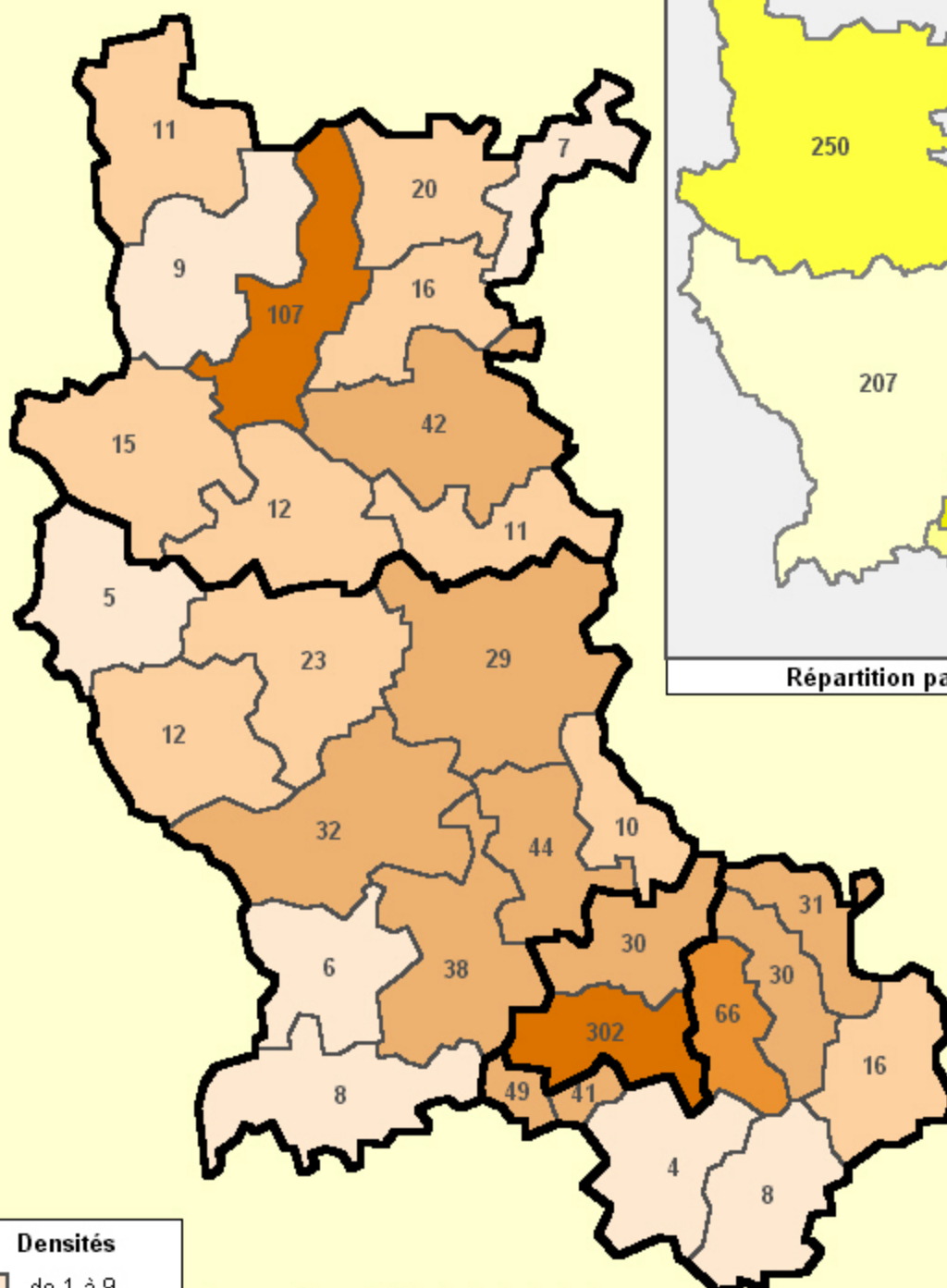
En effet, cette population est potentiellement génératrice de besoins en termes de prise en charge par le dispositif pour personnes handicapées adultes, du fait de ruptures des équilibres familiaux qui peuvent survenir brutalement (décès ou incapacité de l'aidant principal).

Plusieurs paramètres seraient par conséquent nécessaires afin de mieux apprécier les besoins de cette population, dont :

- l'âge des parents et la structure familiale (parents isolés, etc.),
- le type et l'importance des déficiences en cause,
- la nature de l'habitat.

Répartition par cantons
des 1034 bénéficiaires de l'ACTP (*)
de moins de 60 ans et vivant à domicile

(*) Allocation compensatrice tierce personne



Densités	
de 1 à 9	
de 10 à 24	
de 25 à 49	
de 50 à 99	
100 et plus	

Source Conseil Général de la Loire
(Aide Sociale)
1034 bénéficiaires de l'ACTP
de moins de 60 ans et vivant à domicile
(cartographiés)

3. LES ETABLISSEMENTS ET LES SERVICES

Source : enquête CREAI Rhône-Alpes auprès des établissements

Pour ce qui concerne la description² du dispositif pour handicapés adultes, certaines catégorisations ou distinctions semblent difficiles à effectuer, concernant notamment :

- FV, SAJH, SAJ+FH ou SACAT+FH,
- SACAT, section spécialisée de CAT ou SAJ,
- FO, SAJ, SAJH ou FV au niveau de l'intitulé des orientations COTOREP.

La difficulté quant à établir des frontières (pour autant qu'elles soient nécessaires) entre ces différentes structures ou organisations, lorsque deux structures différentes sont mises à contribution, tient d'une part à la multiplication des intitulés, mais aussi, *pour des structures de même type*, à des différences quant aux pratiques.

En bref :

- des intitulés différents peuvent désigner des structures proposant des prestations de même nature,
- des pratiques sensiblement différentes peuvent être réalisées par des structures portant le même intitulé.

Ce manque de visibilité, cette apparente confusion traduisent bien probablement, dans les faits, une richesse en terme d'adaptabilité et de flexibilité par rapport aux besoins des usagers.

Ces besoins peuvent en effet montrer une grande variabilité selon diverses dimensions (évolution dans le temps de la gravité du handicap, vieillissement, crises, évolution positive...), lesquelles se traduisent en terme de besoins plus ou moins marqués selon des axes (soins, soutien, dimensions éducative ou occupationnelle...) et des modalités (rythme, par exemple) multiples et eux-mêmes variables.

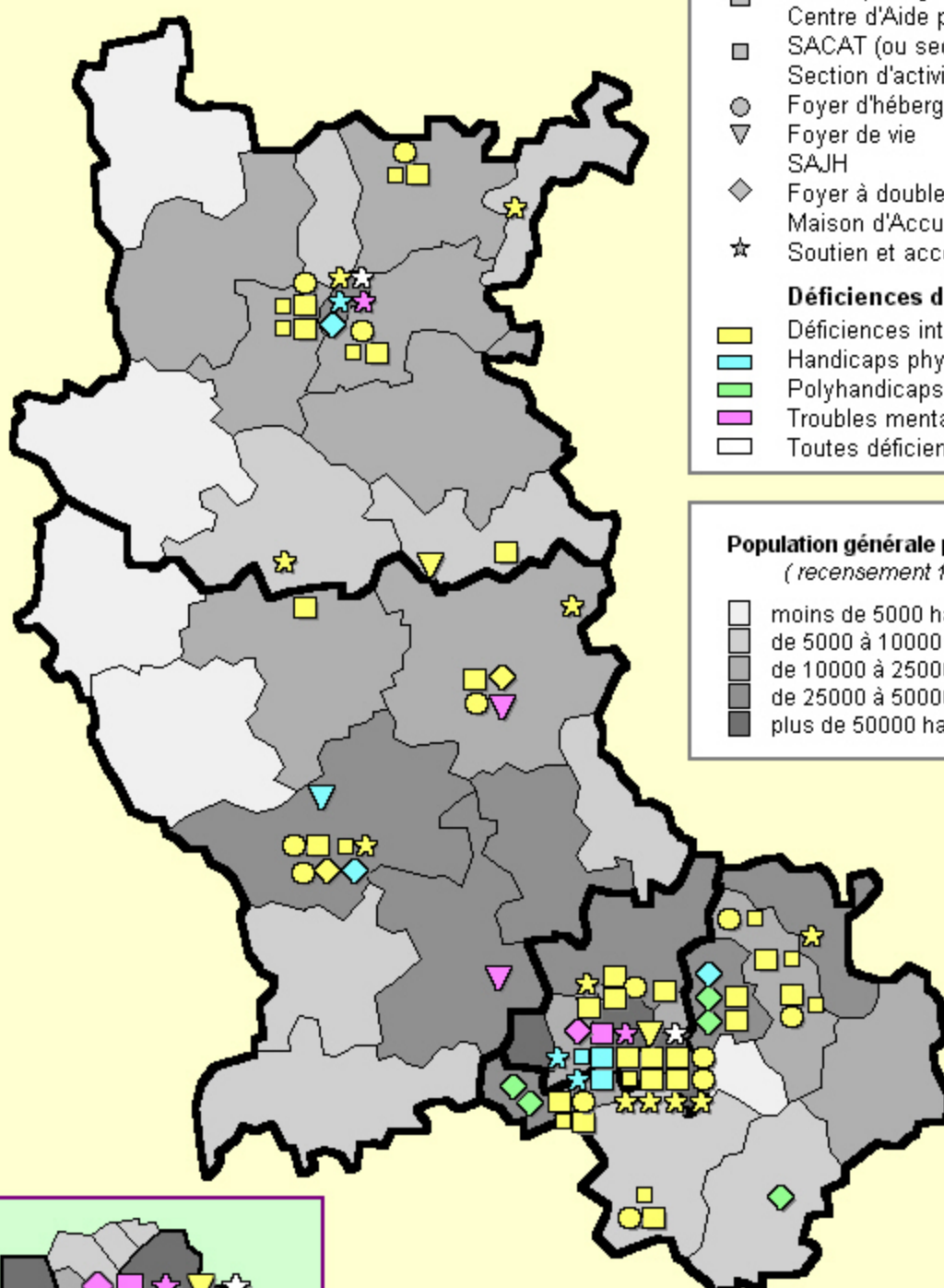
Entre le CAT à temps plein avec hébergement en milieu ordinaire et le FV traditionnel s'élaborent ainsi des réponses visant le maximum de souplesse et de réactivité.

Ces réponses s'inscrivent actuellement dans des cadres institutionnels aux contours qui semblent parfois mal définis, tout au moins en terme de « visibilité », avec des usages terminologiques qui, de surcroît, peuvent varier d'un département à l'autre.

Une meilleure appréhension de ces dispositifs nécessiterait des investigations spécifiques approfondies que le cadre de la présente étude ne permet malheureusement pas.

2 . Rappelons qu'il s'agit ici d'une description basée sur le déclaratif et non d'une approche en terme de réglementation de financement.

Implantation générale des structures pour adultes handicapés dans le département de la Loire



Types de structures

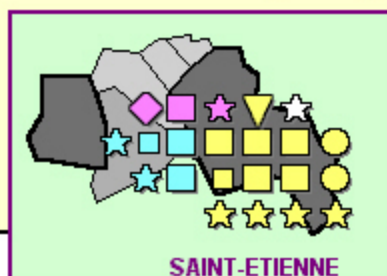
- Atelier protégé
- Centre d'Aide par le Travail (CAT)
- SACAT (ou section spécialisée)
- Section d'activité de jour (SAJ)
- Foyer d'hébergement
- ▽ Foyer de vie
- SAJH
- ◇ Foyer à double tarification (FDT)
- ★ Maison d'Accueil Spécialisée (MAS)
- ☆ Soutien et accompagnement

Déficiences dominantes

- Déficiences intellectuelles
- Handicaps physiques
- Polyhandicaps
- Troubles mentaux
- Toutes déficiences

Population générale par canton (recensement 1999)

- moins de 5000 habitants
- de 5000 à 10000 habitants
- de 10000 à 25000 habitants
- de 25000 à 50000 habitants
- plus de 50000 habitants



FICHE ÉQUIPEMENT : ATELIERS PROTÉGÉS (AP)

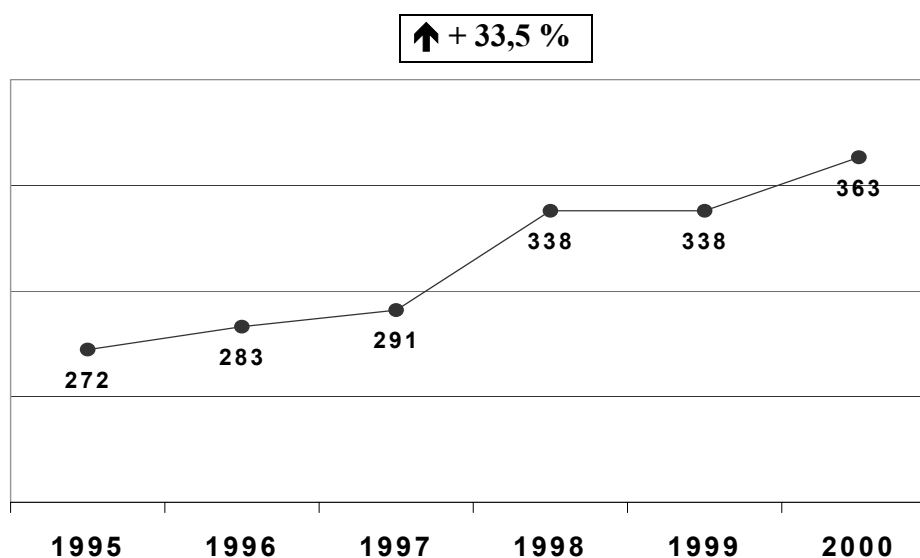
① Définition FINESS :

« Les ateliers protégés sont des entreprises qui offrent à des travailleurs handicapés ayant une capacité de travail au moins égale au tiers de la capacité normale, les conditions particulières d'emploi nécessaires à l'exercice de leur profession et les modalités de travail susceptibles de faciliter leur formation professionnelle notamment pour leur accession à des emplois du milieu ordinaire de production.

L'atelier protégé assure son financement par la vente de sa production ; néanmoins, des subventions de fonctionnement peuvent être allouées par l'État, les départements, les communes, les organismes de Sécurité Sociale au titre de conventions annuelles pour compenser les surcoûts d'exploitation dus à l'emploi de travailleurs handicapés.»

En septembre 2000, le département de la Loire compte 7 Ateliers Protégés (AP) qui offrent, à des personnes présentant majoritairement un retard mental moyen ou léger, **363 emplois**.

Évolution de l'effectif accueilli de 1995 à 2000 (soit 91 places créées) :



En 2000, 28 travailleurs sont à temps partiel.

Organismes gestionnaires :

AREPSHA 2 Ateliers Protégés (259 travailleurs)

ADAPEI 3 Ateliers Protégés (26 travailleurs)

CDAT 1 Atelier Protégé (53 travailleurs)

Trait d'Union 1 Atelier Protégé (25 travailleurs)

Mode d'hébergement et suivi :

5 travailleurs (soit 1,5 %) sont en Foyer d'Hébergement

160 (soit 44 %) sont hébergés en famille

193 (soit 53 %), en appartement personnel

(5 autre mode d'hébergement)

125 travailleurs (soit 34 %) bénéficient d'un soutien/accompagnement dont 90 personnes (25 %) par un SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale).

Travailleurs handicapés de 45 ans et plus :

50 personnes ont 45 ans et plus soit 14 % de l'effectif total.

FICHE ÉQUIPEMENT : CENTRES D'AIDE PAR LE TRAVAIL (CAT)

① Définition FINESS :

« Les CAT accueillent des personnes handicapées ne pouvant mener une vie professionnelle normale. Cette structure leur offre une activité, avec des conditions de travail aménagées. Elle leur assure de plus, une possibilité d'insertion en atelier protégé ou en milieu ordinaire. Le centre peut passer convention avec le secteur psychiatrique pour accueillir des malades mentaux faisant l'objet d'interventions thérapeutiques».

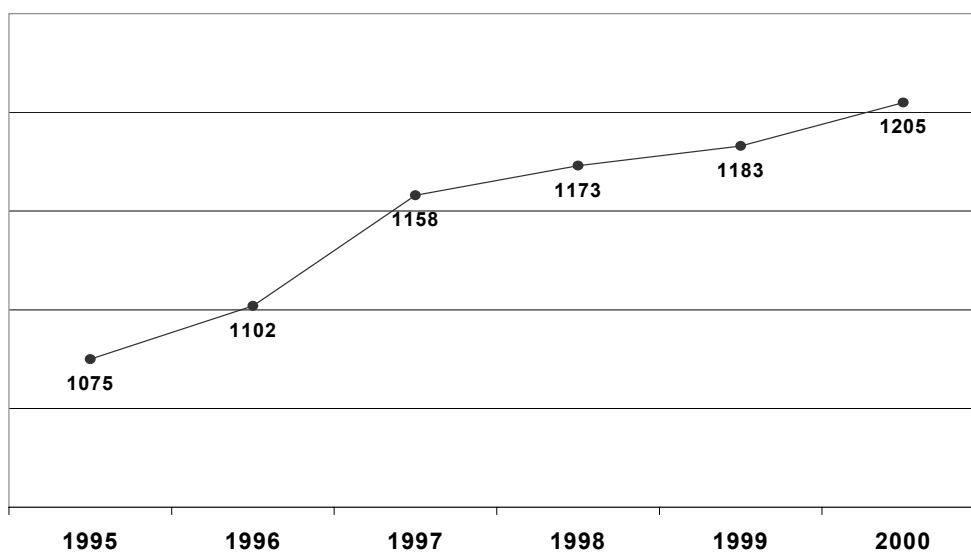
En septembre 2000, le département de la Loire compte **19** CAT qui offrent **1205** places.

Déficiences principales :

	Nbre CAT	Capacité	
Déficiences intellectuelles	17	1133	Principalement retard mental moyen
Autres déficiences du psychisme	1	12	Stabilisation mentale
Déficiences motrices	1	50	IMC, myopathie
Traumatismes crâniens	(1)	10	Section spé : réadaptation professionnelle
	19	1205	

Évolution de la capacité de 1995 à 2000 (soit 130 places créées) :

↑ + 12.1 %



En 2000, 86 adultes travaillent à temps partiel.

Organismes gestionnaires :

ADAPEI	12 CAT (869 travailleurs)
AREPSHA	2 CAT (47 travailleurs)
CDAT	1 CAT (90 travailleurs)
ADHAMA	1 CAT (39 travailleurs)
ADPEP 42	1 CAT (40 travailleurs)
IMC Loire	1 CAT (50 travailleurs)
Le Colombier La Blégnière	1 CAT (70 travailleurs)

Mode d'hébergement et suivi :

368 travailleurs (soit 31%) sont en Foyer d'Hébergement

562 (soit 47%) sont hébergés en famille

232 (soit 19%), en appartement personnel

(43 autre mode d'hébergement)

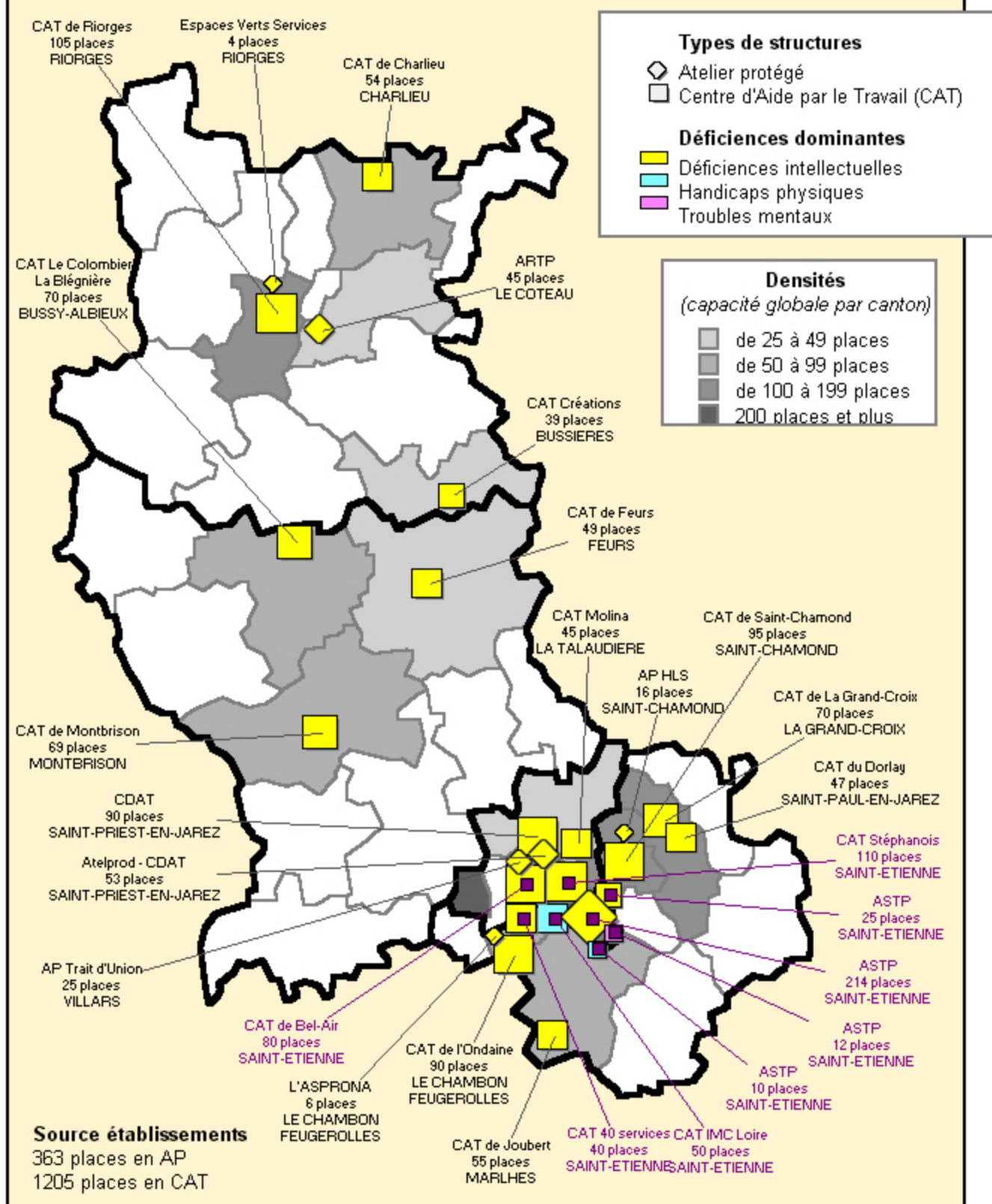
428 travailleurs (soit 36 %) bénéficient d'un soutien/accompagnement dont 220 personnes (18%) par un SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale).

Travailleurs handicapés de 45 ans et plus :

231 personnes ont 45 ans et plus soit **19 %** de l'effectif total.

Implantation des structures pour adultes handicapés dans le département de la Loire

Ateliers protégés et Centres d'Aide par le Travail (CAT)



FICHE ÉQUIPEMENT :

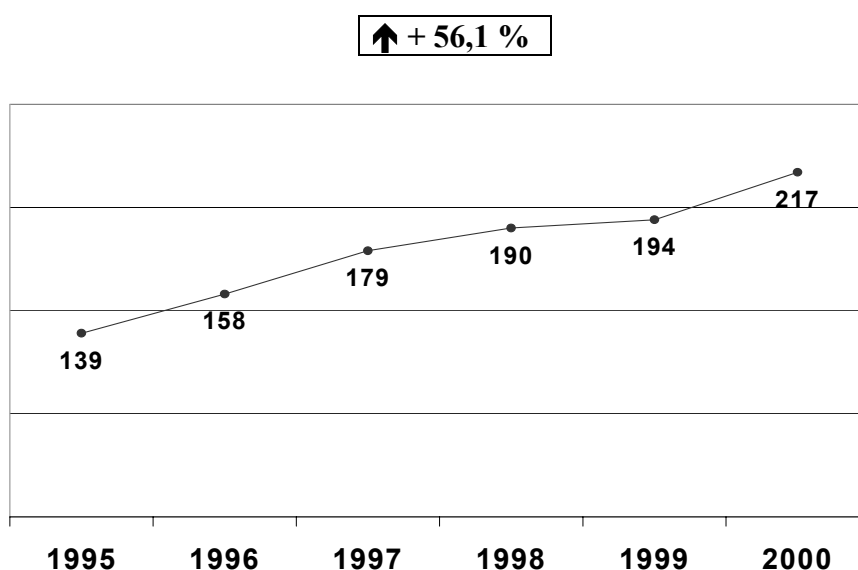
LES SACAT, LES SECTIONS SPÉCIALISÉES DES CAT ET LES SAJ

SACAT = Section Annexée à un CAT ; **SAJ** = Section d'Activité de Jour

La distinction entre les sections spécialisées, les SACAT et les SAJ est particulièrement floue.

En septembre 2000, le département de la Loire compte **12 structures** de ce type qui offrent, à des personnes présentant majoritairement un retard mental profond ou sévère (sauf 25 IMC), **217 places (en ETP) au total**.

Évolution de la capacité (en ETP) de 1995 à 2000 (soit 78 places créées) :



L'effectif accueilli dans ces structures est supérieur à 217 du fait des temps partiels en SACAT. Il est de 264 adultes. 94 personnes sont accueillies à temps partiel

Organismes gestionnaires :

ADAPEI	11 SAJ, SACAT ou Sections Spécialisées
IMC Loire	1 SACAT

Mode d'hébergement et suivi :

133 adultes (soit 50 %) sont en Foyer d'Hébergement

120 (soit 45 %) sont hébergés en famille

7 (soit 3 %), en appartement personnel

(4 autre mode d'hébergement)

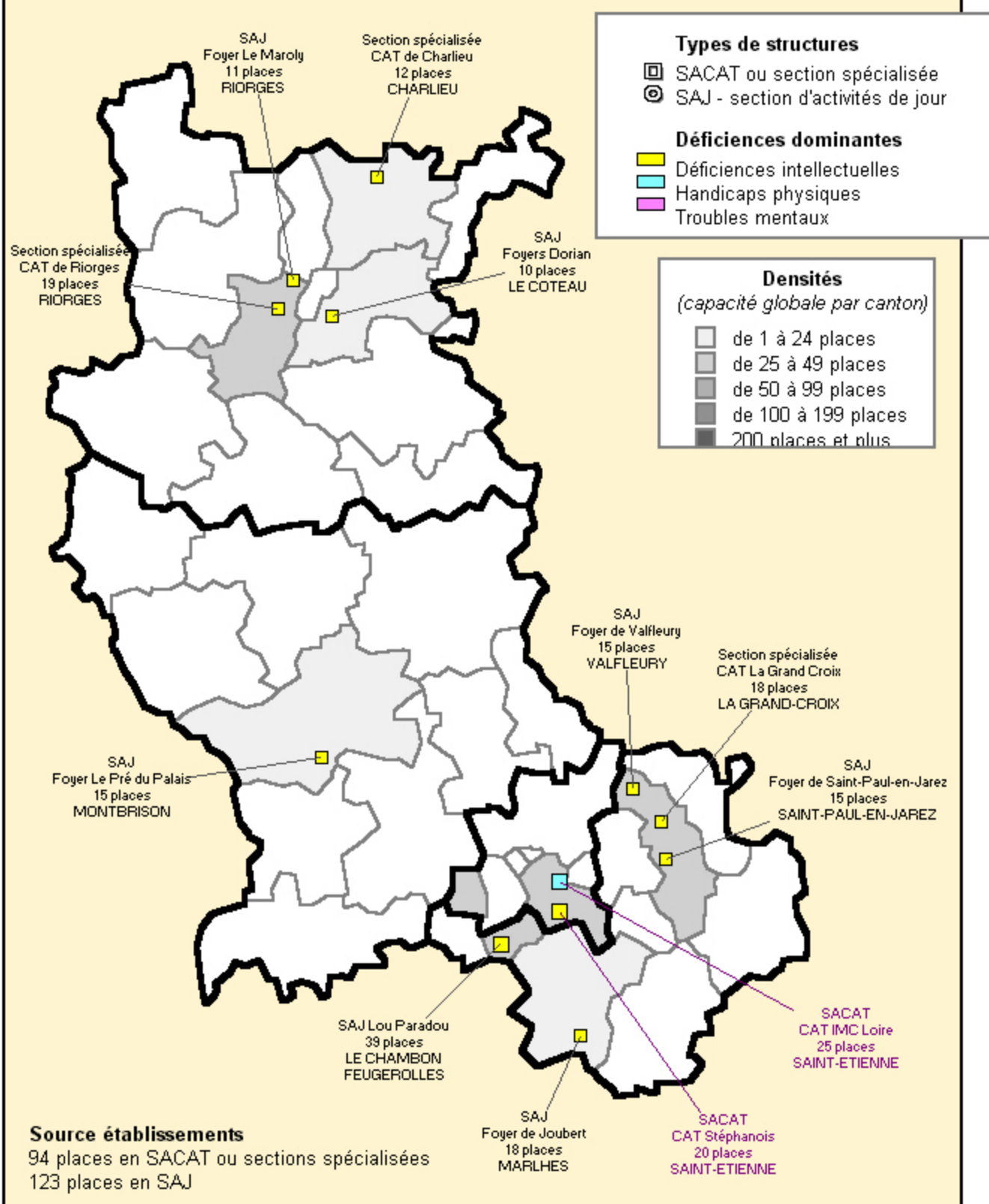
10 adultes bénéficient d'un soutien/accompagnement par un SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale).

Adultes handicapés de 45 ans et plus :

58 personnes ont 45 ans et plus soit 22 % de l'effectif total.

Implantation des structures pour adultes handicapés dans le département de la Loire

SACAT (ou sections spécialisées) et Sections d'activités de jour (SAJ)



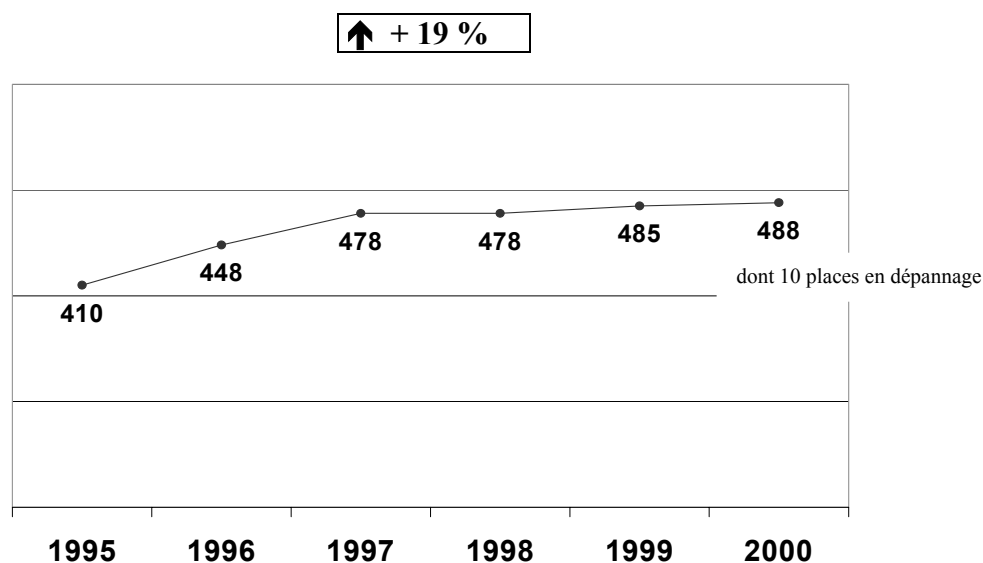
FICHE ÉQUIPEMENT : LES FOYERS D'HÉBERGEMENT (FH)

① Définition FINESS :

«Le foyer d'hébergement accueille en fin de journée et fin de semaine les personnes handicapées travaillant soit en établissement de travail protégé, soit en milieu ordinaire ou encore en centre de rééducation professionnelle ».

En septembre 2000, le département de la Loire compte **13 FH** qui offrent, à des personnes présentant des déficiences intellectuelles (sauf 33 places pour personnes souffrant d'IMC), **478 places** plus 10 places en dépannage.

Évolution de la capacité de 1995 à 2000 (soit 78 places créées dont 10 places en dépannage) :



Organismes gestionnaires :

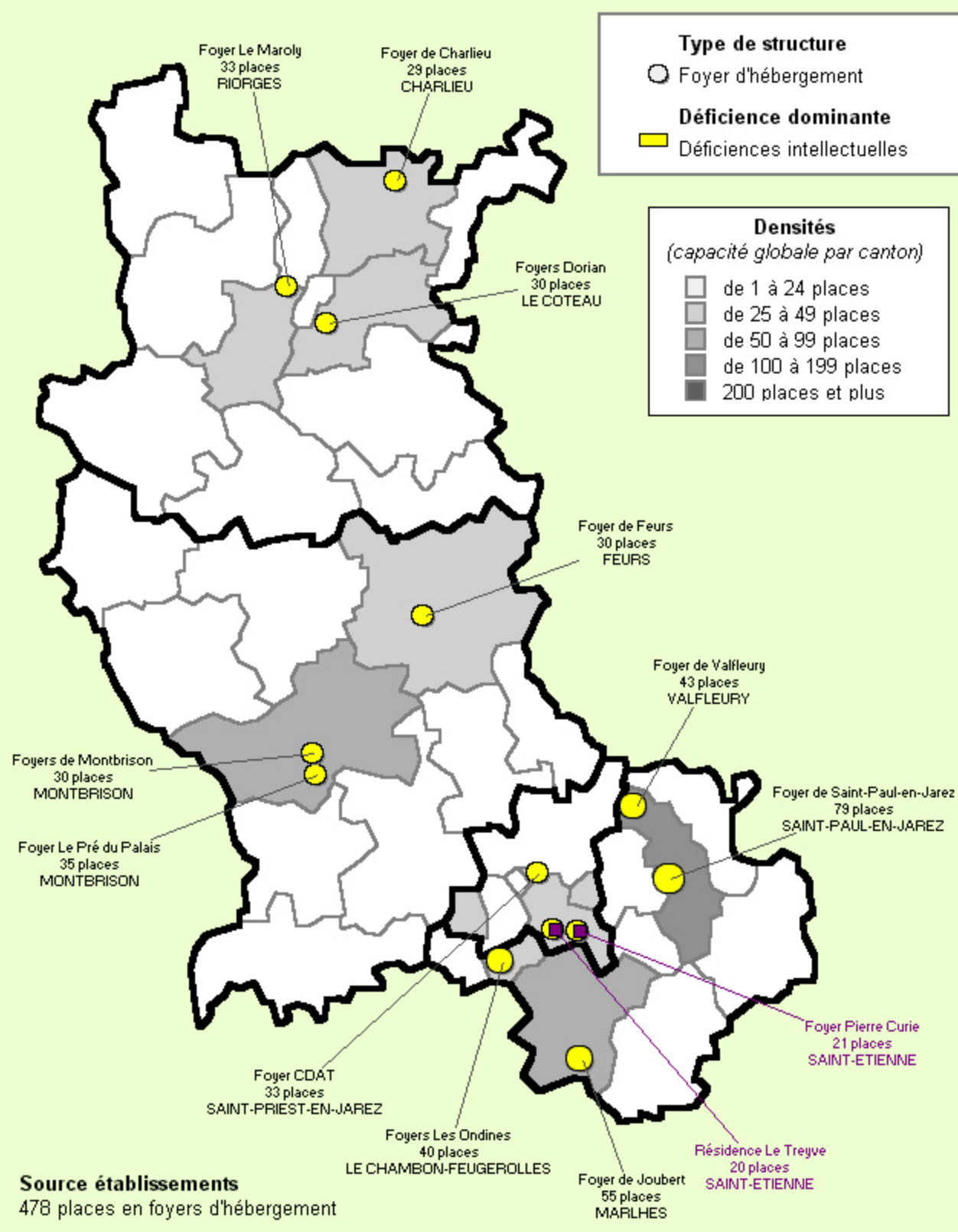
ADAPEI	12 FH (455 adultes)
IMC Loire	1 FH (33 adultes)

Mode d'hébergement et suivi :

Foyer collectif	391 (82 %)
Logement foyer	81 (17 %)
Appartement collectif	3
Appartement de transition	3 (préparation à l'insertion sociale)
(+ 10 places en dépannage)	

Implantation des structures pour adultes handicapés dans le département de la Loire

Foyers d'hébergement



FICHE ÉQUIPEMENT : LES FOYERS DE VIE ET SAJH

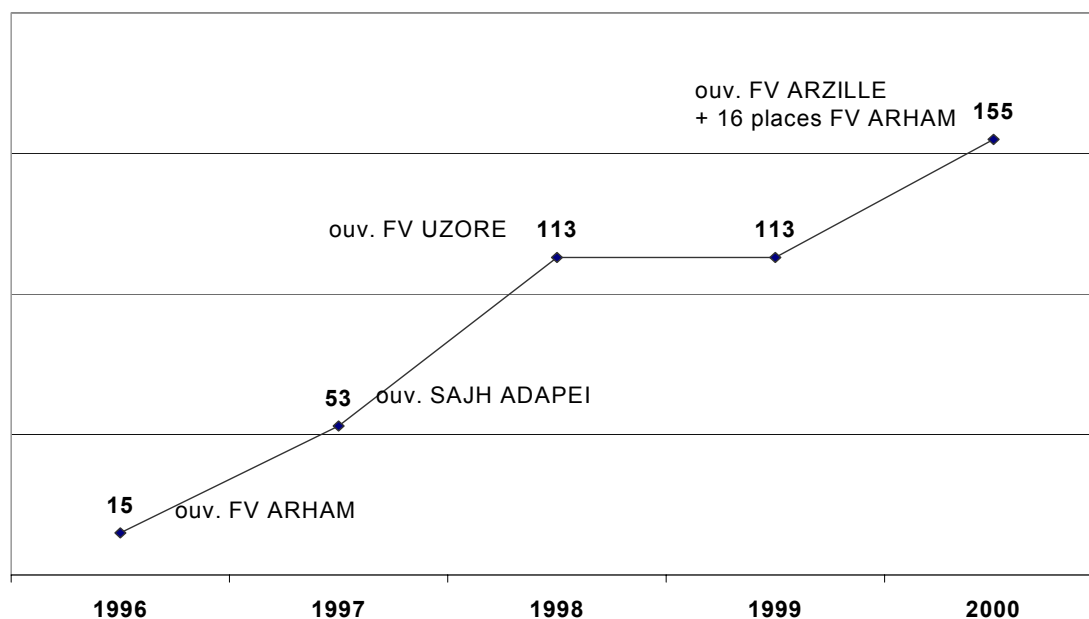
SAJH = Service d'Activité de Jour avec Hébergement

① Définition FINISS :

Ces structures sont regroupées sous la catégorie : foyer occupationnel pour adultes handicapés « Cette structure accueille des adultes gravement handicapés qui disposent d'une certaine autonomie ne justifiant pas leur admission en maison d'accueil spécialisée mais ne sont toutefois pas aptes à exercer un travail productif ».

En septembre 2000, le département de la Loire compte **5 Foyers de Vie ou SAJH** (dont 1 de 43 places non habilité Aide Sociale) qui offrent **198 places** au total.

Évolution de la capacité de 1996 à 2000 (soit 140 places créées hors Foyer ALPHA non habilité Aide Sociale) :



+ foyer l'Arzelier non habilité Aide Sociale (ALPHA) : 43 places

Déficiences principales :

	Nbre FV	Capacité
Retard mental sévère et profond	2	69
Autres déficiences du psychisme	2	86
Déficiences motrices	1	43
	5	198

Organismes gestionnaires :

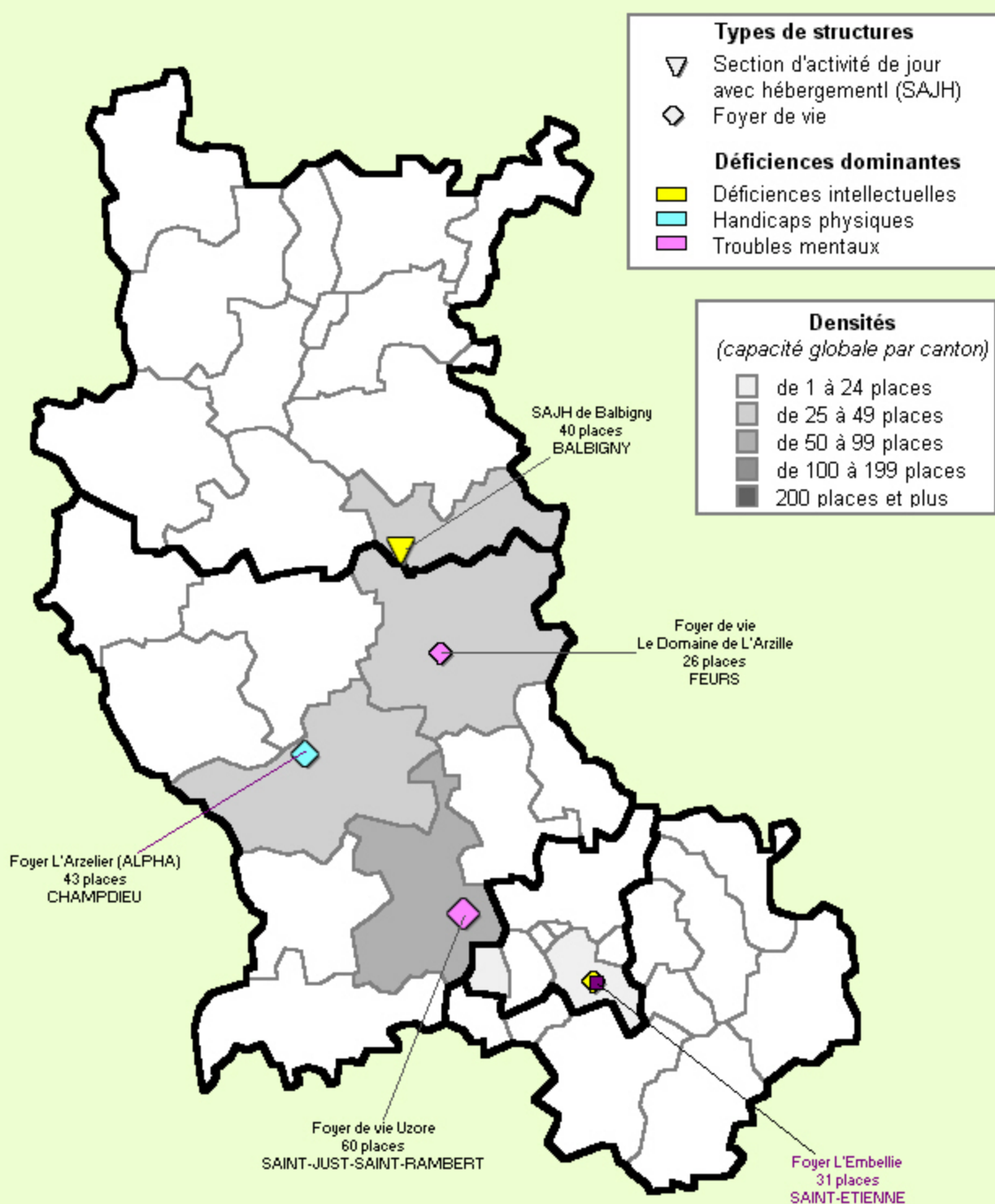
ADAPEI	1 SAJH (38 adultes plus 2 places en dépannage)
ARHAM	1 FV (31 adultes)
Mutualité de la Loire	1 FV (26 adultes)
Maison de retraite de la Loire	1 FV (60 adultes)
ALPHA	1 FV (43 adultes)

Adultes handicapés de 45 ans et plus :

89 personnes ont 45 ans et plus soit 44 % de l'effectif total.

Implantation des structures pour adultes handicapés dans le département de la Loire

Foyers de vie et SAJH



Source établissements

160 places en foyers de vie
 38 places en SAJH (+ 2 en dépannage)

FICHE ÉQUIPEMENT : LES FOYERS À DOUBLE TARIFICATION (FDT)

① Définition FINESS :

« Unité pour handicapés lourds ne justifiant pas la prise en charge complète par la Sécurité Sociale, mais néanmoins une médicalisation ».

En septembre 2000, le département de la Loire compte **4 Foyers à Double Tarification** qui offrent **132 places**.

Évolution de la capacité depuis 1995 :

Depuis 1995, un FDT pour déficients intellectuels de 24 places a été créé (FDT de l'Arzille à Feurs).

Le nombre de places entre 1995 et 2000 est passé de 108 à 132 (soit 24 places créées).

Taux moyen d'équipement des FDT (1000 adultes de 20 à 59 ans) source DDASS Loire au 1^{er} septembre 2001 :

Taux moyen départemental de la Loire : **0,28**
Taux moyen Région Rhône-Alpes : **0,24**
Taux moyen France Métropolitaine : **0,24**

Déficiences principales :

	Capacité
Déficiences intellectuelles	40
IMC	16
Déficiences motrices	28 (dont 2 temporaires)
Polyhandicapés	48
	132

Organismes gestionnaires :

ADAPEI	1 FDT (16 déficients intellectuels + 16 IMC)
ADEPH	1 FDT (28 déficients moteurs)
Croix Rouge Française	1 FDT (48 polyhandicapés)
Mutualité de la Loire	1 FDT (24 déficients intellectuels et autistes)

Adultes handicapés de 45 ans et plus :

24 personnes ont 45 ans et plus soit 18 % de l'effectif total.

FICHE ÉQUIPEMENT : LES MAISONS D'ACCUEIL SPÉCIALISÉES (MAS)

① Définition FINESS :

« La maison d'accueil spécialisée reçoit des personnes adultes handicapées n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants ».

Financement : Caisse Maladie de la Sécurité Sociale

En septembre 2000, le département de la Loire compte **5 Maisons d'Accueil Spécialisées** qui offrent **154 places** (147 permanentes, 3 en accueil de jour et 1 temporaire).

Évolution de la capacité depuis 1995 :

Le nombre de places est resté constant depuis 1995.

Taux moyen d'équipement pour les MAS (1000 adultes de 20 à 59 ans) source DDASS FINESS au 1^{er} septembre 2001 :

Taux moyen départemental de la Loire : **0,38**

Taux moyen Région Rhône-Alpes : **0,36**

Taux moyen France Métropolitaine : **0,46**

Organismes gestionnaires :

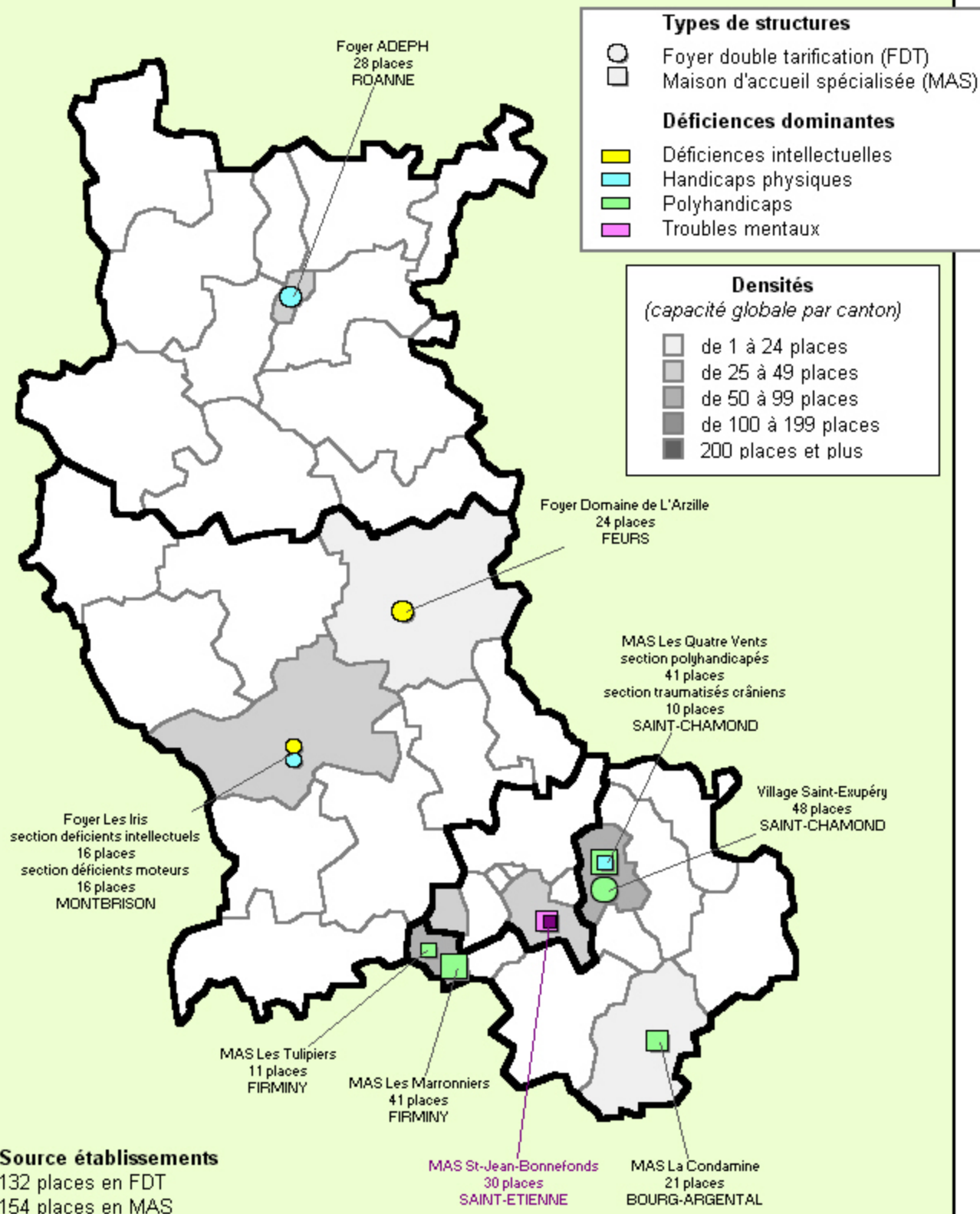
ADAPEI	2 MAS (52 polyhandicapés)
La Condamine	1 MAS (21 polyhandicapés)
Les Quatre Vents	1 MAS (41 polyhandicapés + 10 traumatisés crâniens)
Hôpital St-Jean de Bonnefonds	1 MAS (30 malades mentaux)

Adultes handicapés de 45 ans et plus :

34 personnes ont 45 ans et plus soit 22 % de l'effectif total.

Implantation des structures pour adultes handicapés dans le département de la Loire

Foyers à double tarification (FDT) et Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS)



FICHE ÉQUIPEMENT : SERVICE DE SOUTIEN ET D'ACCOMPAGNEMENT

① Définition FINESSE :

« Ces services, grâce à un accompagnement en milieu ordinaire de logement ou de travail, ont pour finalité d'éviter à des adultes handicapés capables d'une certaine autonomie, le placement dans des structures plus lourdes. Ils ont également pour mission d'aider les plus autonomes d'entre eux à acquérir une certaine autonomie dans le travail ou dans le logement.

Ces services s'adressent à des personnes handicapées vivant en logement individuel ou en appartement collectif et travaillant en milieu ordinaire ou en structure protégée ».

En septembre 2000, le département de la Loire compte **13 services de soutien et d'accompagnement**, dont certains avec des antennes dans le département.

Ces structures regroupées ici sous un même intitulé présentent de fait des modes de fonctionnement très différenciés.

Certains suivis sont rattachés à un établissement (AP par exemple) soit pour le suivi de personnes actuellement prises en charge, soit pour le soutien de personnes ayant quitté l'établissement ; d'autres suivis concernent des personnes vivant en milieu ordinaire.

	Effectif suivi	
Service départemental d'accompagnement de l'ADAPEI (4 antennes : St-Étienne, Roanne, Montbrison, Rive de Gier)	102	ADAPEI
Service d'Accompagnement Départemental en Milieu Ordinaire (SADEMO)	50	CDAT
Service d'accompagnement à la Vie Sociale (SAVS)	25	ADHAMA
Service d'accompagnement à la Vie Sociale (SAVS)	77	Le Colombier La Blégnière
Service d'accompagnement Vivre La Vie	85	Vivre La Vie
Service d'accompagnement à la Vie Sociale (SAVS)		IMC Loire
Service Logement Accompagnement Social (SLAS) (St-Étienne + une antenne à Roanne)	227 (file active)	AREPSHA
ESVAD	36 + 395 suivi ponctuel	APF
Chantespoir		Chantespoir
LIFT (St-Étienne et Roanne)	248 (file active)	Recherche et Formation
Service d'Insertion Sociale Trait d'Union	26	Trait d'Union
Résidence Amaryllis		ADEPH
Le Sablier	3	Le Sablier

Les effectifs indiqués pour ces structures ne sont représentatifs que d'un ordre de grandeur du fait :

- de la nature différente des services,
- des modes de fonctionnement hétérogènes pour des services de même nature,
- du type de prestation offert par le service,
- des caractéristiques et des besoins de la population suivie.

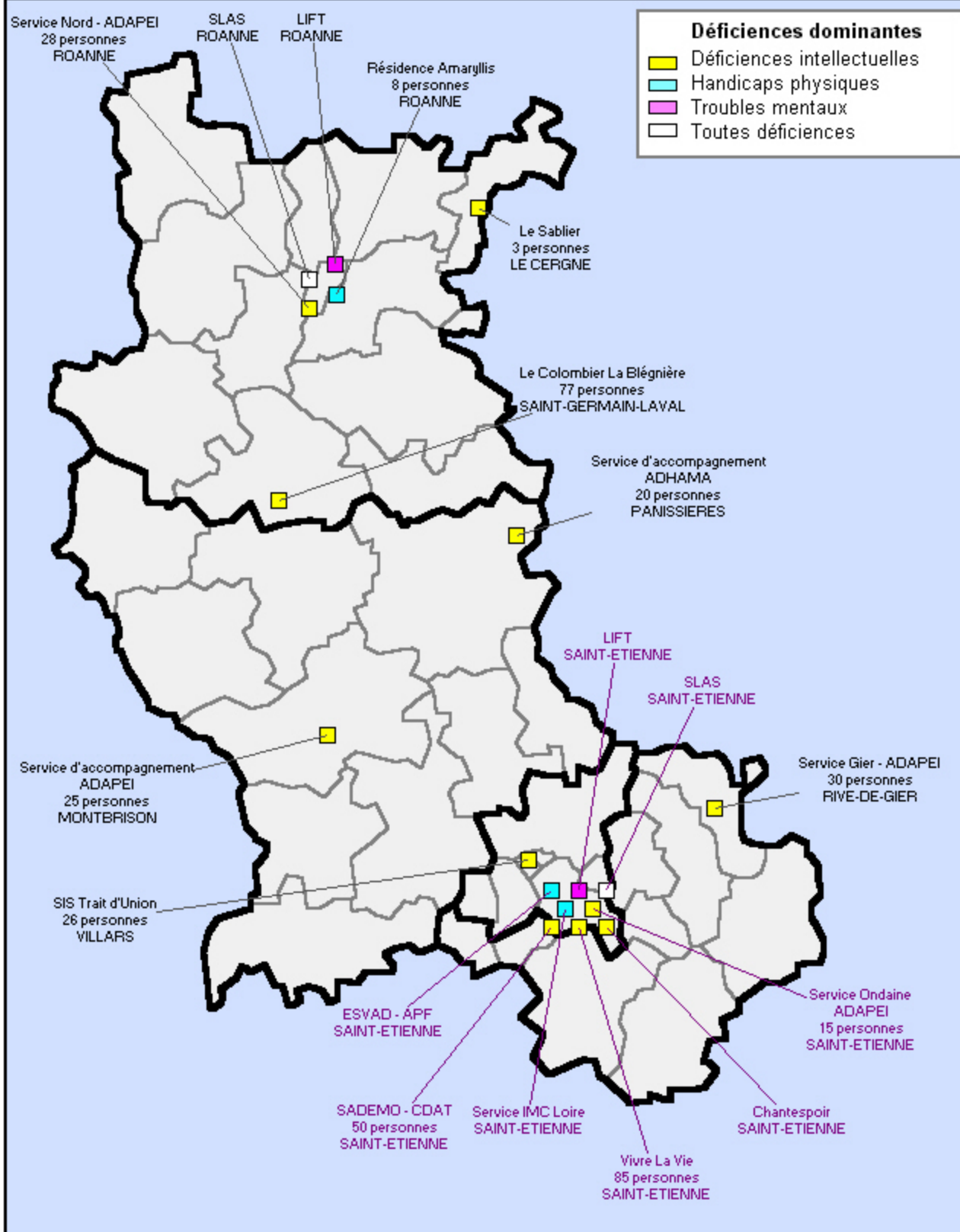
Le nombre de personnes prises en charge est en constante évolution.

L'effectif suivi peut l'être de manière ponctuelle ou régulière, selon un rythme plus ou moins soutenu .

La capacité (« autorisée ») de ces structures n'est parfois pas fixée, le financement se situe alors dans le cadre d'une enveloppe globale.

Implantation des structures pour adultes handicapés dans le département de la Loire

Structures de soutien et d'accompagnement



RÉSUMÉ

□ ***NOMBRE DE PLACES PAR STRUCTURES AU 01/11/2000 :***

	Nombre de places	Nombre de structures	
AP	363	7	
CAT	1205	19	
SACAT, SAJ, Section spé de CAT	217	12	264 personnes dont 94 temps partiels
FH	478	13	
FV, SAJH	198	5	dont 1 foyer non habilité Aide Sociale
FDT	132	4	
MAS	154	5	
<u>TOTAL :</u>	2 747	65	

□ ***CRÉATIONS DE PLACES DEPUIS 1995***

	Nombre de places
AP	91
CAT	130
SACAT, SAJ, Section spé de CAT	78
FH (dont 10 places en dépannage)	78
FV, SAJH	140
FDT	24
<u>TOTAL :</u>	541

4. LES ASPECTS FINANCIERS

Source : DPS – Sous Direction des Établissements

La prise en charge par le Département des personnes handicapées hébergées en établissements médico-sociaux se fait de deux manières :

- une prise en charge individuelle avec paiement d'un prix de journée, déduction faite des participations des intéressés,
- une prise en charge forfaitaire, sous forme de dotation globale, des dépenses liées à l'accompagnement social (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale).

Les données financières présentées ci-après sont classées par catégorie d'établissement pour les années 1996 à 2000.

Elles permettent de mettre en évidence les évolutions des moyens mis à la disposition des établissements hébergeant des personnes handicapés adultes.

MASSES BUDGETAIRES (EN FRANCS)

La masse budgétaire correspond au total des charges nécessaires au fonctionnement de l'établissement, diminuées des recettes en atténuation (Allocation Personnalisée Logement (A.P.L), participation des résidents, indemnités journalières en cas de maladie du personnel, etc.).

TYPES D'ETABLISSEMENTS	1996	1997	%	1998	%	1999	%	2000	%
Foyer d'Hébergement (FH)	65 296 946	69 652 145	+6,7	71 086 902	+2,1	72 681 277	+2,2	73 584 348	+1,2
Foyer de Vie (FV)	230 000	6 488 052	+2721	12 679 736	+95,4	24 716 167	+94,9	32 280 574	+30,6
Foyer à Double Tarification (FDT)	24 180 540	24 546 192	+1,5	24 680 034	+0,5	24 716 232	+0,1	30 440 998	+23,2
Section d'Accueil de Jour (SAJ)	9 836 181	12 368 268	+25,7	12 954 969	+4,7	13 225 637	+2,1	14 211 875	+7,5
Accueil annexé à un CAT (SACAT, Section Spécialisée)	8 186 055	9 628 917	+17,6	10 941 268	+13,6	11 669 378	+6,7	11 842 854	+1,5
TOTAL (en Francs)	107 729 722	122 683 574	+13,9	132 342 909	+7,9	147 008 691	+11	162 360 649	+10,4

Foyer d'Hébergement (FH)	+ 12,69 %
Foyer de Vie (FV)	> 100%
Foyer à Double Tarification (FDT)	+ 25,89 %
Section d'Accueil de Jour (SAJ)	+ 44,49 %
Accueil annexé à un CAT (SACAT, Section Spécialisée)	+ 44,67 %
% EVOLUTION 1996 / 2000	+ 50,71 %

L'évolution des masses budgétaires des établissements au cours des 5 dernières années fait apparaître une progression de 10 % par an, représentant soit une augmentation des places créées, soit une augmentation des moyens mis à la disposition de ces établissements.

Les évolutions les plus significatives concernent les Foyers de Vie et les services d'accueil de jour (SAJ et SACAT) pour lesquels de nombreuses places se sont créées au cours des 5 dernières années.

Quant aux Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (S.A.V.S), la masse budgétaire de l'ensemble de ces services a progressé de 25,09 % au cours des 5 dernières années soit une moyenne de 5 % par an.

En Francs	1996	1997	%	1998	%	1999	%	2000	%
<i>Services d'Accompagnement à la vie sociale</i>	11 996 768	12 550 600 F	+4,62	13 475 000	+7,37	14 212 100	+5,47	15 006 751	+5,59

% EVOLUTION 1996 / 2000 + 25,09 %

Notons pour information que le montant de la dotation totale versée en 1995 aux S.A.V.S s'élevait à 3 422 600 F.

PRIX DE JOURNEE MOYEN

Le prix de journée est calculé en divisant la masse budgétaire de chaque établissement par le nombre de journées prévisionnelles. Ainsi, le prix de journée peut varier de façon importante en fonction de l'activité (création de places, baisse du taux d'occupation) de l'établissement concerné.

Les prix de journée présentés sont des prix de journée moyens déterminés lors des budgets primitifs des établissements au cours de chaque année considérée.

TYPES D'ETABLISSEMENTS	1996	1997	%	1998	%	1999	%	2000	%
<i>Foyer d'Hébergement (FH)</i>	435,56 F	449,04 F	+3,1	461,96 F	+2,9	471,78 F	+2,1	480,39 F	+1,8
<i>Foyer de Vie (FV)</i>	650,00 F	872,96 F	+34,3	918,41 F	+5,2	723,75 F	-21,2	732,01 F	+1,1
<i>Foyer à Double Tarification (FDT)</i>	707,19 F	754,98 F	+6,8	746,55 F	-1,1	752,68 F	+0,8	799,67 F	+6,2
<i>Section d'Accueil de Jour (SAJ)</i>	619,93 F	643,53 F	+3,8	646,99 F	+0,5	648,03 F	+0,2	650,07 F	+0,3
<i>Accueil annexé à un CAT (SACAT, Section Spécialisée)</i>	641,88 F	606,24 F	-5,6	611,87 F	+0,9	621,80 F	+1,6	627,33 F	+0,9

% EVOLUTION 1996 / 2000

<i>Foyer d'Hébergement (FH)</i>	+ 10,29 %
<i>Foyer de Vie (FV)</i>	+ 12,61 %
<i>Foyer à Double Tarification (FDT)</i>	+ 13,08 %
<i>Section d'Accueil de Jour (SAJ)</i>	+ 4,86 %
<i>Accueil annexé à un CAT (SACAT, Section Spécialisée)</i>	- 2,27 %

On peut constater une hausse moyenne de plus de 2 % par an pour les Foyers d'Hébergement, Foyers de Vie et Foyers à Double Tarification.

L'évolution du prix de journée moyen des Section d'Accueil de Jour et d'Accueil Annexé à un CAT est moindre, voire même négative, du fait de la création de nombreuses places depuis 1996, ayant pour conséquence une baisse relative du prix de journée (augmentation importante des journées prévisionnelles).

COÛT à LA PLACE

Les coûts annuels par place présentés sont calculés à partir des données financières des comptes administratifs 1998 et 1999, c'est-à-dire à partir du coût de fonctionnement réalisé au cours de ces deux exercices.

Le coût net est calculé comme suit :

$$\frac{\text{Dépenses totales - (charges financières + loyer et charges locatives + remboursement des intérêts des emprunts)}}{\text{Nombre de personnes accueillies}}$$

Les dépenses telles que le loyer, l'amortissement et le remboursement des intérêts de l'emprunt sont déduites du total des charges pour le calcul du coût à la place.

Cette méthode de calcul permet de déterminer la masse financière engagée par le département par place, et quelque soit le taux d'occupation de l'établissement. Le coût net à la place permet de neutraliser les variations d'activité qui conduisent soit à une hausse, soit à une baisse du prix de journée. Il est un indicateur probant du coût réel de fonctionnement d'un établissement.

COÛT MOYEN

TYPES D'ÉTABLISSEMENTS	1998	1999	%
Foyer d'Hébergement (FH)	144 145,04 F	150 668,27 F	+ 4,33%
Foyer de Vie (FV)	225 412,63 F	193 800,49 F	- 16,31%
Foyer à Double Tarification (FDT)	211 971,93 F	212 835,25 F	+ 0,41%
Section d'Accueil de Jour (SAJ)	114 463,45 F	119 463,19 F	+ 4,19%
Accueil annexé à un CAT (SACAT, Section Spécialisée)	113 873,45 F	118 629,56 F	+ 4,01%

COÛT MINIMUM

TYPES D'ÉTABLISSEMENTS	1998	1999	%
Foyer d'Hébergement (FH)	123 351,17 F	128 664,31 F	+ 4,31%
Foyer de Vie (FV)	207 151,44 F	162 641,08 F	- 21,49%
Foyer à Double Tarification (FDT)	180 410,50 F	186 221,04 F	+ 3,22%
Section d'Accueil de Jour (SAJ)	91 729,38 F	85 998,22 F	- 6,25%
Accueil annexé à un CAT (SACAT, Section Spécialisée)	105 788,52 F	110 561,09 F	+ 4,51%

COUT MAXIMUM

TYPES D'ÉTABLISSEMENTS	1998	1999	%
<i>Foyer d'Hébergement (FH)</i>	164 768,09 F	176 043,18 F	+ 6,84%
<i>Foyer de Vie (FV)</i>	233 101,55 F	242 697,79 F	+ 4,12%
<i>Foyer à Double Tarification (FDT)</i>	249 791,31 F	247 468,81 F	- 0,94%
<i>Section d'Accueil de Jour (SAJ)</i>	140 419,00 F	139 823,07 F	- 0,43%
<i>Accueil annexé à un CAT (SACAT, Section Spécialisée)</i>	121 337,11 F	127 235,16 F	+ 4,86%

Le calcul du coût à la place fait bien apparaître les spécificités de chaque type d'établissement et les degrés de prise en charge nécessaire des personnes accueillies. Ainsi, le coût à la place d'un F.D.T est supérieur à celui d'un Foyer d'Hébergement.

Hormis pour les Foyers de vie, pour lesquels le coût à la place diminue entre 1998 et 1999, et pour les FDT où il stagne, le coût à la place des autres types d'établissement augmente sensiblement entre ces deux années (+ 4 %).

La diminution, en 1999, du coût à la place des Foyers de Vie est due à l'augmentation du nombre de places par l'ouverture du Foyer «L'Arzille» à Feurs et de l'extension du Foyer de l'ARHAM à Saint-Étienne. La stagnation du coût à la place des FDT (+ 0,41 %) connaît la même explication.

Les tableaux indiquant les coûts à la place minimum et maximum sont très intéressants. En effet, ils permettent de connaître les écarts pour chaque type d'établissement et de comparer l'évolution de ces écarts.

ÉCART CONSTATÉ ENTRE LE COUT A LA PLACE MINIMUM ET MAXIMUM

TYPES D'ÉTABLISSEMENTS	1998	1999
<i>Foyer d'Hébergement (FH)</i>	33,58 %	36,82 %
<i>Foyer de Vie (FV)</i>	12,53 %	49,22 %
<i>Foyer à Double Tarification (FDT)</i>	38,46 %	32,89 %
<i>Section d'Accueil de Jour (SAJ)</i>	53,08 %	62,59 %
<i>Accueil annexé à un CAT (SACAT, Section Spécialisée)</i>	14,70 %	15,08 %

Plusieurs constats peuvent être faits :

- les écarts entre le coût à la place le plus faible et le coût à la place le plus fort ne sont pas identiques pour chaque type d'établissement.
- les écarts par type d'établissements entre 1998 et 1999 s'accroissent, sauf pour les FDT. L'écart constaté pour les Foyers de Vie s'accroît de 12,53% à 49,22 %. Ceci s'explique par la maîtrise financière des dernières créations de places.

TAUX D'ENCADREMENT

Les taux d'encadrement pour chaque structure accueillant des personnes adultes handicapées sont calculés à partir du compte administratif 1999 et du budget prévisionnel 2000.

Cette méthode de calcul permet de mesurer le nombre d'agents en "équivalent temps plein" qui assure l'encadrement des personnes handicapées.

Le taux d'encadrement est calculé comme suit :

$$\frac{\text{Nombre d'Équivalent Temps Plein (E.T.P.)}}{\text{Nombre de personnes accueillies}}$$

Les taux d'encadrement présentés ci-après tiennent compte des premières embauches liées à la réduction du temps de travail, lorsqu'elle est mise en place dès 2000.

TAUX D'ENCADREMENT MOYEN

TYPES D'ÉTABLISSEMENTS	1999	2000
Foyer d'Hébergement (FH)	0,48	0,48
Foyer de Vie (FV)	0,57	0,55
Foyer à Double Tarification (FDT)	0,59	0,60
Section d'Accueil de Jour (SAJ)	0,39	0,38
Accueil annexé à un CAT (SACAT, Section Spécialisée)	0,36	0,36

Le taux d'encadrement départemental, incluant les capacités et les effectifs de chaque type de structures s'élève à 0,47.

Une quasi-permanence est constatée dans les taux d'encadrement moyens présentés dans ce tableau.

Toutefois, elle ne se vérifie pas par fonction, comme le démontrent les tableaux suivants.

TAUX D'ENCADREMENT PAR FONCTION

DIRECTION / ADMINISTRATION :

TYPES D'ÉTABLISSEMENTS	1999	2000
Foyer d'Hébergement (FH)	0,048	0,047
Foyer de Vie (FV)	0,026	0,034
Foyer à Double Tarification (FDT)	0,066	0,063
Section d'Accueil de Jour (SAJ)	0,026	0,033
Accueil annexé à un CAT (SACAT, Section Spécialisée)	0,054	0,061

Les créations de places de Foyer de Vie et de SAJ en 2000 ont engendré un taux d'encadrement « Direction/Administration » plus important.

La réduction du temps de travail compensée par des embauches a permis un réajustement de ce type de postes.

EDUCATIF :

TYPES D'ÉTABLISSEMENTS	1999	2000
<i>Foyer d'Hébergement (FH)</i>	0,258	0,261
<i>Foyer de Vie (FV)</i>	0,364	0,267
<i>Foyer à Double Tarification (FDT)</i>	0,200	0,211
<i>Section d'Accueil de Jour (SAJ)</i>	0,274	0,264
<i>Accueil annexé à un CAT (SACAT, Section Spécialisée)</i>	0,250	0,239

On constate une diminution significative du taux d'encadrement « Éducatif » notamment dans les Foyers de Vie. Celle-ci est essentiellement due à une évolution des pratiques liées à la prise en charge des personnes handicapées accueillies, avec l'apparition de maîtresse de maison et d'AMP.

La variation relevée pour les SAJ et SACAT, Section Spécialisée provient de quelques créations de places à effectifs constants.

MÉDICAL PARAMÉDICAL :

TYPES D'ÉTABLISSEMENTS	1999	2000
<i>Foyer d'Hébergement (FH)</i>	0,023	0,019
<i>Foyer de Vie (FV)</i>	0,027	0,088
<i>Foyer à Double Tarification (FDT)</i>	0,105	0,090
<i>Section d'Accueil de Jour (SAJ)</i>	0,041	0,034
<i>Accueil annexé à un CAT (SACAT, Section Spécialisée)</i>	0,023	0,027

Le Département de la Loire finance du personnel médical et paramédical dans les établissements autres que les FDT et plus particulièrement dans les Foyers de Vie afin de prendre en compte le vieillissement des personnes handicapées.

SERVICES GÉNÉRAUX :

TYPES D'ÉTABLISSEMENTS	1999	2000
<i>Foyer d'Hébergement (FH)</i>	0,148	0,155
<i>Foyer de Vie (FV)</i>	0,153	0,163
<i>Foyer à Double Tarification (FDT)</i>	0,216	0,233
<i>Section d'Accueil de Jour (SAJ)</i>	0,050	0,046
<i>Accueil annexé à un CAT (SACAT, Section Spécialisée)</i>	0,033	0,036

L'augmentation du taux d'encadrement « Services Généraux » se constate dans tous les types d'établissement (hors SAJ).

Elle est essentiellement due à l'embauche de veilleurs de nuit à la place de veille des éducateurs suite aux contentieux en cours sur la législation relative aux chambres de veille.

Les Aspects financiers des établissements médicalisés et services d'auxiliaires de vie (source : DDASS de la Loire service Offre de soins).

La prise en charge de l'Etat des personnes handicapées adultes en établissement médico-social s'exerce soit :

- directement sur le budget de l'Etat (CAT/Auxiliaires de vie),
- dans le cadre des crédits de l'assurance maladie (MAS/FDT).

Les données financières présentées ci-après sont classées par catégorie d'établissement pour les années 1996 à 2000.

Masses budgétaires (en francs)

La masse budgétaire correspond aux crédits délégués par la DDASS relatifs à la prise en charge du fonctionnement de l'établissement.

Types d'établissements	1996	1997	1998	1999
CAT	67 917 175	70 094 267	74 464 000	73 120 753
MAS/FDT	53 851 892	55 298 695	73 644 000	75 560 334
Auxiliaires de vie	980 823	980 823	981 000	981 150

COÛT A LA PLACE (source : DDASS de la Loire)

Coût moyen (en francs)

Types d'établissements	1996	1997	1998	1999	2000
CAT	60 640	60 792	61 554	62 443	63 612
MAS/FDT	207 122	212 687	204 568	206 449	
Auxiliaires de vie	63 278	63 278	63 300	63 300	63 300

5. LE MAINTIEN A DOMICILE

Source : INSEE – enquête HID

L'enquête HID (Handicaps - Incapacités - Dépendance) vise à établir pour la première fois en France :

- une estimation du nombre de personnes touchées par les divers types de handicaps (reconnus ou non par les instances officielles), qu'elles soient prises en charge par une institution socio-sanitaire ou psychiatrique (première vague de collecte) ou qu'elles vivent à domicile (deuxième vague de collecte),
- une évaluation des flux d'entrée et de sortie en incapacité,
- appréhender les aides existantes ainsi que les besoins des personnes.

Fin 1998 : près de 15 000 membres de collectivités (établissements pour personnes âgées, établissements pour enfants et adolescents handicapés, pour adultes handicapés, institution psychiatriques) ont été interrogés.

A l'occasion du recensement de mars 1999, près de 360 000 personnes vivant en domicile ordinaire ont rempli un court questionnaire, à la suite duquel environ 20 000 d'entre elles ont reçu la visite d'un enquêteur fin 1999. Un second entretien avec les mêmes personnes est prévu deux ans plus tard afin d'évaluer les évolutions des situations individuelles.

Le CREAI Rhône-Alpes s'est livré à une interprétation des tableaux de résultats de l'enquête approfondie HID menée par l'INSEE sur le département de la Loire à la demande du Conseil Général.

Les tableaux fournis ont permis :

- d'estimer le nombre de personnes vivant à domicile et souffrant de déficiences ou rencontrant des incapacités à réaliser des activités de la vie quotidienne ;
- d'évaluer la gravité de la dépendance psychique et/ou physique.

Par contre, les résultats fournis n'ont pas décrit l'environnement socio-familial, la nature des aides et les caractéristiques des aidants, éléments cependant essentiels pour une estimation des besoins satisfaits ou non.

Il faut également attirer l'attention sur le mode déclaratif du recueil des données qui conduit à dénombrer, au titre de la déficience, une atteinte quel que soit son niveau de gravité.

DEFICIENCES

Proportion d'individus âgés de 20 à 59 ans souffrant de déficiences (en %)

	Effectif estimé LOIRE	LOIRE %	France %
Déficience motrice	39 813	10,46	9,76
Déficience visuelle	13 893	3,65	3,47
Déficience auditive	13 207	3,47	3,47
Déficience du langage ou de la parole	1713	0,45	0,38
Déficience viscérale ou métabolique	24 017	6,31	5,57
Déficience intellectuelle ou mentale	22 494	5,91	5,45
Autre déficience	50 774	13,34	12,63

Excepté pour les déficiences auditives, le taux de déclaration pour chacune des catégories de déficiences semble supérieur dans le département de la Loire à celui estimé pour l'ensemble de la France.

Proportion d'individus âgés de 20 à 59 ans selon les « groupes exclusifs » de déficiences (en %)

Cette nomenclature de déficiences a été construite telle que chaque individu se classe dans un groupe et un seul.

Le principe est de se fonder sur la « configuration » de l'ensemble des déficiences dont l'individu est atteint.

Le classement a été constitué d'après la présence ou l'absence d'au moins une déficience dans chacun des divers types. L'accent a été mis sur les déficiences motrices et intellectuelles et mentales exclusivement ou associées aux autres types de déficiences, et 4 regroupements ont été dégagés : « mono-déficience », « pluri-déficiences », « pluri-déficiences physiques » et « autres » éclatés en 9 groupes de déficiences exclusifs.

		Effectif estimé LOIRE	LOIRE %	France %
Mono-déficiences	Présence de déficiences exclusivement intellectuelles et mentales ou associées aux déficiences du langage	11 000	2,89	2,70
	Présence de déficiences exclusivement motrices ou associées aux déficiences du langage	25 197	6,62	6,34
	Présence de déficiences visuelles, auditives, du langage, métaboliques et viscérales exclusives ou associées	28 965	7,61	7,09
Pluri-déficiences	Présence de déficiences motrices et intellectuelles et mentales exclusives ou associées	6 889	1,81	1,57
	Présence de déficiences motrices, visuelles, auditives, du langage, métaboliques et viscérales associées aux déf. intellect. et mentales	5 100	1,34	1,31
Pluri-déficiences physiques	Présence de déficiences motrices, visuelles, auditives, du langage, métaboliques et viscérales associées aux déf. motrices	7 879	2,07	1,89
	Présence de déficiences motrices, visuelles, auditives, du langage, métaboliques et viscérales non associées aux déf. motrices	1 865	0,49	0,54
	Déficiences non précisées	30 982	8,14	7,95
	Absence de toute déficience	262 740	69,03	70,62
TOTAL population 20/59 ans		380 617	100	100

L'effectif total de personnes vivant à domicile déclarant au moins une déficience peut être estimé à presque 118 000 personnes.

INCAPACITES

□ La grille COLVEZ

La grille Colvez est une grille d'appréhension de la dépendance (au sens du besoin d'aide), qui mesure la perte de mobilité. Elle classe les personnes en quatre groupes :

- niveau 1 : personnes confinées au lit ou au fauteuil
- niveau 2 : personnes non confinées au lit ou au fauteuil, ayant besoin d'aide pour la toilette et l'habillement
- niveau 3 : personnes ayant besoin d'aide pour sortir de leur domicile, mais n'appartenant pas aux niveaux 1 et 2
- niveau 4 : autres personnes (considérées comme non dépendantes)

Les niveaux 1 et 2 correspondent à la dépendance lourde, le niveau 3 à la dépendance modérée.

Cette grille est limitée à la mesure de la dépendance physique.

Répartition des individus de 20 à 59 ans selon la grille de dépendance Colvez

	Effectif estimé LOIRE	LOIRE %
personnes confinées au lit ou au fauteuil	152	0,04
personnes ayant besoin d'aide pour la toilette et l'habillement	4 187	1,10
personnes ayant besoin d'aide pour sortir de leur domicile	2 778	0,73
autres personnes (non dépendantes)	373 499	98,13
TOTAL population 20/59 ans	380 617	100

L'effectif total de personnes – vivant à domicile - ayant des incapacités se traduisant par des limitations d'activité dans le domaine de la mobilité peut être estimé à 7 117 dans la Loire.

□ L'indicateur de KATZ

L'indicateur de Katz mesure la capacité des personnes à réaliser les six activités de la vie quotidienne suivantes :

- faire sa toilette
- s'habiller
- aller aux toilettes et les utiliser
- se coucher ou quitter son lit et s'asseoir ou quitter son siège
- contrôler ses selles et ses urines
- manger des aliments déjà préparés

En fonction du nombre des activités réalisées, l'indicateur définit 8 niveaux qui vont de « indépendant pour les 6 activités » à « dépendant pour les 6 activités ».

Nous avons procédé au regroupement suivant :

- indépendant pour les 6 activités
- dépendant pour une des 6 activités
- dépendant pour 2 à 5 activités
- dépendant pour 6 activités

LOIRE population 20/59 ans	Effectif estimé LOIRE	LOIRE %
indépendant pour les 6 activités	373 842	98,22
dépendant pour une des 6 activités	5 138	1,35
dépendant pour 2 à 5 activités	1 561	0,41
dépendant pour 6 activités	76	0.02
TOTAL population 20/59 ans	380 617	100

Selon l'indicateur de Katz, plus de 98 % de la population est autonome quant à la réalisation de six activités essentielles.

Parmi les personnes dépendantes, les 3/4 ont besoin d'une aide pour une seule des six activités et 1% sont dépendantes pour les six activités.

□ L'indicateur EHPA

Cet indicateur mesure la dépendance physique et la dépendance psychique en croisant la grille de dépendance physique du Docteur Colvez et la grille de dépendance psychique mis au point pour différentes enquêtes du Sesi.

Les personnes sont alors classées dans un des huit groupes suivants :

- groupe 1 : dépendant psychique et confiné au lit ou au fauteuil (non roulant)
- groupe 2 : dépendant psychique et ayant besoin d'aide pour faire sa toilette et s'habiller mais n'appartenant pas au groupe 1
- groupe 3 : dépendant psychique et ayant toujours besoin d'aide pour sortir du logement mais n'appartenant pas aux groupes 1 et 2
- groupe 4 : dépendant psychique mais non dépendant physique
- groupe 5 : sans dépendance psychique mais confiné au lit ou au fauteuil
- groupe 6 : sans dépendance psychique et ayant besoin d'aide pour faire sa toilette et s'habiller mais n'appartenant pas au groupe 5
- groupe 7 : sans dépendance psychique et ayant toujours besoin d'aide pour sortir du logement mais n'appartenant pas aux groupes 5 et 6
- groupe 8 : sans dépendance psychique ni dépendance physique

	Effectif estimé LOIRE	LOIRE %
dépendant psychique et confiné au lit ou au fauteuil (non roulant)	152	0,04
dépendant psychique et ayant besoin d'aide pour faire sa toilette et s'habiller mais n'appartenant pas au groupe 1	1 180	0,31
dépendant psychique et ayant toujours besoin d'aide pour sortir du logement mais n'appartenant pas aux groupes 1 et 2	1 218	0,32
dépendant psychique mais non dépendant physique	37 491	9,85
sans dépendance psychique mais confiné au lit ou au fauteuil	38	0,01
sans dépendance psychique et ayant besoin d'aide pour faire sa toilette et s'habiller mais n'appartenant pas au groupe 5	3 045	0,80
sans dépendance psychique et ayant toujours besoin d'aide pour sortir du logement mais n'appartenant pas aux groupes 5 et 6	1 522	0,40
sans dépendance psychique ni dépendance physique	335 970	88,27
TOTAL population 20/59 ans	380 617	100

Plus de 10% de la population 20/59 ans ont une dépendance psychique.

Moins de 1% des adultes cumulent une dépendance psychique et physique.

Les résultats fournis ne permettent d'estimer ni le recours à une aide, ni la nature de cette aide, ni le statut des aidants, membres de l'entourage ou professionnels.

De plus il aurait été pertinent de connaître les conditions de vie liées au logement (seul, en couple avec ou sans enfants...).

Les éléments permettent néanmoins d'estimer le nombre de personnes vivant à leur domicile et déclarant avoir besoin d'une aide dans les activités essentielles de la vie quotidienne que sont la toilette, l'habillage ou la sortie de leur domicile (6 965 pour la Loire).

Si les résultats fournis ne permettent pas d'apprécier les besoins en aide satisfaits et non satisfaits dans le département de la Loire, les études à partir des données nationales indiquent que parmi la population totale vivant à domicile, plus de 9% déclare bénéficier de l'aide régulière d'une autre personne, en raison d'un problème de santé. Deux tiers des personnes citées comme apportant une telle aide sont des proches (famille, amis, voisins). Moins d'une personne aidée sur cinq ne l'est que par des professionnels, alors qu'une sur deux n'est assistée que par des proches.

6. LES PERSONNES HANDICAPEES EN ATTENTE DE PLACEMENT

LES PERSONNES HANDICAPEES ADULTES EN ATTENTE DE PLACE

Source : enquête CREAL Rhône-Alpes auprès des établissements

Les listes d'attente des différents établissements pour adultes handicapés ont été examinées et compilées dans un fichier unique afin d'apprécier, à l'échelle du département, la demande auprès du dispositif pour adultes handicapés.

La transmission de ces listes, mises à jour dans les 6 mois précédant l'enquête, avait été demandée dans le cadre de cette étude à chacun des établissements pour adultes handicapés. Un fichier, constitué avec l'autorisation délivrée par la CNIL, a permis d'éliminer les doublons de ces listes.

Afin de s'assurer de l'actualité de la demande, des opérations de vérification ont été menées par un médecin-conseil du Conseil Général et ont permis la validation de ces listes (sauf pour les Ateliers Protégés) ; les jeunes adultes relevant de l'amendement CRETON n'ont pas été pris en compte. Ils font l'objet du chapitre suivant.

Cependant, depuis la dernière mise à jour des listes d'attente, des admissions dont nous n'avons pu avoir connaissance ont pu être réalisées.

Cette analyse des listes d'attente apporte une évaluation des besoins par une approche quantitative (nombre de personnes en attente par catégorie d'établissement) et qualitative (meilleure connaissance de la population en attente selon l'âge).

Le Travail Protégé

LES ATELIERS PROTEGES

Les données présentées ci-dessous proviennent des listes d'attente communiquées par les Ateliers Protégés ; elles n'ont pas été validées

	< 20 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	TOTAL
Femmes	6	20	18	11	7	11	5	4	-	82
Hommes	7	28	25	30	21	16	8	3	2	140
TOTAL	13	48	43	41	28	27	13	7	2	222

L'âge moyen de cette population est de **32 ans** et 47 % a moins de 30 ans.

Les hommes sont plus nombreux que les femmes, ils représentent 63 % de l'ensemble.

Parmi ces 222 personnes en attente :

- 5 d'entre eux ont également fait une demande de placement en CAT.
- Tous sont issus du département de la Loire
- Parmi les déficiences principales indiquées (37 % de non réponses), la totalité des personnes en attente souffrent de déficiences intellectuelles (« autre type de retard mental »).

LES CAT

Cette liste a été validée

Un CAT n'a pas fourni ses liste d'attente (Le Colombier – La Blégnière)

AP OU CAT	5	1,2%
CAT	299	73,8%
CAT+FH	101	24,9%
TOTAL	405	100%

	NR	< 20 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	TOTAL
Femmes	-	7	46	31	21	24	18	10	6	2	165
Hommes	2	11	53	50	47	31	23	11	8	4	240
TOTAL	2	18	99	81	68	55	41	21	14	6	405

L'**âge moyen** de cette population est de **31 ans** et 49 % a moins de 30 ans.

Les hommes sont plus nombreux que les femmes quelle que soit la tranche d'âge, ils représentent 59 % de l'ensemble.

Parmi ces **405 personnes en attente** :

- Le quart (101) est également en attente d'un hébergement en foyer (FH) ; 5 d'entre eux ont également fait une demande de placement en Atelier Protégé.
- 43 soit 11 % sont actuellement en période d'essai en CAT.
- Ces adultes en attente de place en FH ont sensiblement le même âge moyen que les adultes en attente de placement en CAT seul.
- 13 sont issus d'un autre département (Rhône : 3, Haute-Loire : 4, Savoie : 2, Ardèche et Saône-et-Loire : 1, hors région Rhône-Alpes : 2) et leurs demandes n'ont pu être validées par la COTOREP.
- Les déficiences principales ont été renseignées pour 75 % de cette population. Parmi les réponses, 93 % des personnes en attente souffrent de déficiences intellectuelles (la quasi-totalité présente un retard mental moyen), 6 % sont des IMC et 1% des traumatisés crâniens.

NOTE : ETUDE DES LISTES D'ATTENTE DANS LE CADRE DU PDITH

D'après une étude sur les listes d'attente de travail protégé menée de décembre 1998 à mars 2000 par le PDITH, la COTOREP et l'ADAPEI de la Loire, toutes les personnes présentes sur les listes ont été contactées afin de confirmer l'actualité de leur demande.

Il s'avère que 219 adultes ont fait connaître leur souhait de maintien sur les listes d'attente des AP et 245 pour les CAT.

Après entretien avec des psychologues, seules 227 orientations (AP + CAT) ont été confirmées.

Parmi les autres personnes :

- 97 personnes n'ont pas répondu à la convocation
- 53 personnes majoritairement sur les listes d'attente des AP ont été repérées comme susceptibles de s'intégrer dans le milieu ordinaire de travail
- 66 individus vont être réorientés (nombreux sont estimés comme inaptes au travail)
- 21 personnes sont dans une autre situation (milieu ordinaire de travail, entrées en établissements divers...)

□ **Les SACAT, SAJ et les Sections Spécialisées des CAT**

SACAT	17
SACAT + FH	17
SAJ	7

	NR	20-24 ans	25-29 ans	30-35 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-55 ans	TOTAL
Femmes	-	3	2	4	1	2	4	1	17
Hommes	1	4	4	5	4	-	4	2	24
TOTAL	1	7	6	9	5	2	8	3	41

L'**âge moyen** de cette population est de **35 ans** et les 45 ans et plus représentent plus du quart d'entre eux.

Les hommes représentent 59 % des personnes en attente.

Parmi les **41 personnes en attente** :

- 17 sont également en attente d'un hébergement en foyer (FH) ; 2 d'entre eux ont également fait une demande de placement en SAJH.
- Ces adultes en attente de place en FH sont en moyenne plus âgés de 5 ans que ceux en attente d'un accueil de jour seul (33 ans / 38 ans).
- 8 sont issus d'un autre département (Rhône et Haute-Loire) et leurs demandes n'ont pu être validées par la COTOREP.
- Le faible taux de réponse (17%) concernant les déficiences ne nous permet pas de présenter de résultats à cet égard.

Remarque : la COTOREP ne fait pas de distinction entre les SAJ, SAJH et FV, regroupés sous la dénomination générique de « Foyer Occupationnel » (FO).

□ Les Foyers de Vie et SAJH

	NR	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	TOTAL
NR	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Femmes	-	7	2	2	5	6	6	5	2	35
Hommes	1	9	12	11	6	10	7	7	3	66
TOTAL	1	16	14	13	11	16	14	12	5	102

L'âge moyen est de **38 ans** et les 45 ans et plus représentent 1/3 de l'effectif.
Les hommes représentent 65% de cette population.

Parmi les **102 personnes en attente** :

- 17 sont issues d'un autre département (Rhône, Haute-Loire, Allier, Ardèche) et leurs demandes n'ont pu être validées par la COTOREP.
- 5 personnes ont également fait une demande de placement en FDT et 2 en SACAT + FH.
- Le faible taux de réponse (28%) concernant les déficiences ne nous permet pas de présenter de résultats à cet égard.

□ Les FDT et MAS

	NR	moins de 20 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	TOTAL
NR	1	0	1	2	0	1	1	2	1	0	9
Femmes	2	2	6	8	7	6	3	6	14	3	57
Hommes	11	4	13	11	10	7	7	7	7	1	78
TOTAL	14	6	20	21	17	14	11	15	22	4	144

109 soit 76% des demandes de placements concernent les MAS ; 5 concernent une MAS ou un FDT et 5 un SAJH ou un FDT.

L'âge moyen est de **36 ans** et les 45 ans et plus représentent un peu moins du tiers de l'effectif.

Le ratio homme/femme est 1,37.

Parmi les **144 personnes en attente** :

- 65 soit 45 % sont issus d'un autre département et leurs demandes n'ont pu être validées par la COTOREP ; 50 soit 35% de l'ensemble résident dans un département limitrophe.
- Parmi les réponses concernant les déficiences (65% de réponses), on dénombre 64 personnes présentant (69% des réponses) des « déficiences multiples », 14 (15%) une déficience motrice (ils ont en moyenne 45 ans), 10 une déficience intellectuelle, 3 autistes (âgés de 20 ans et moins).

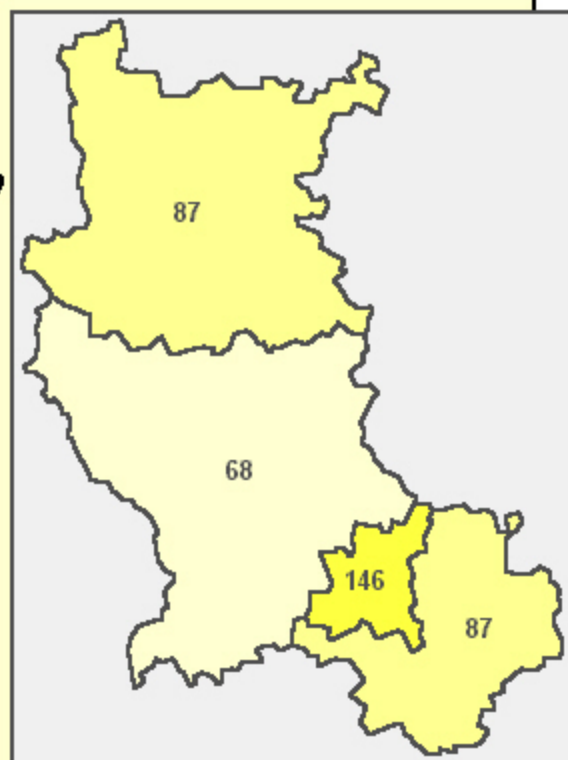
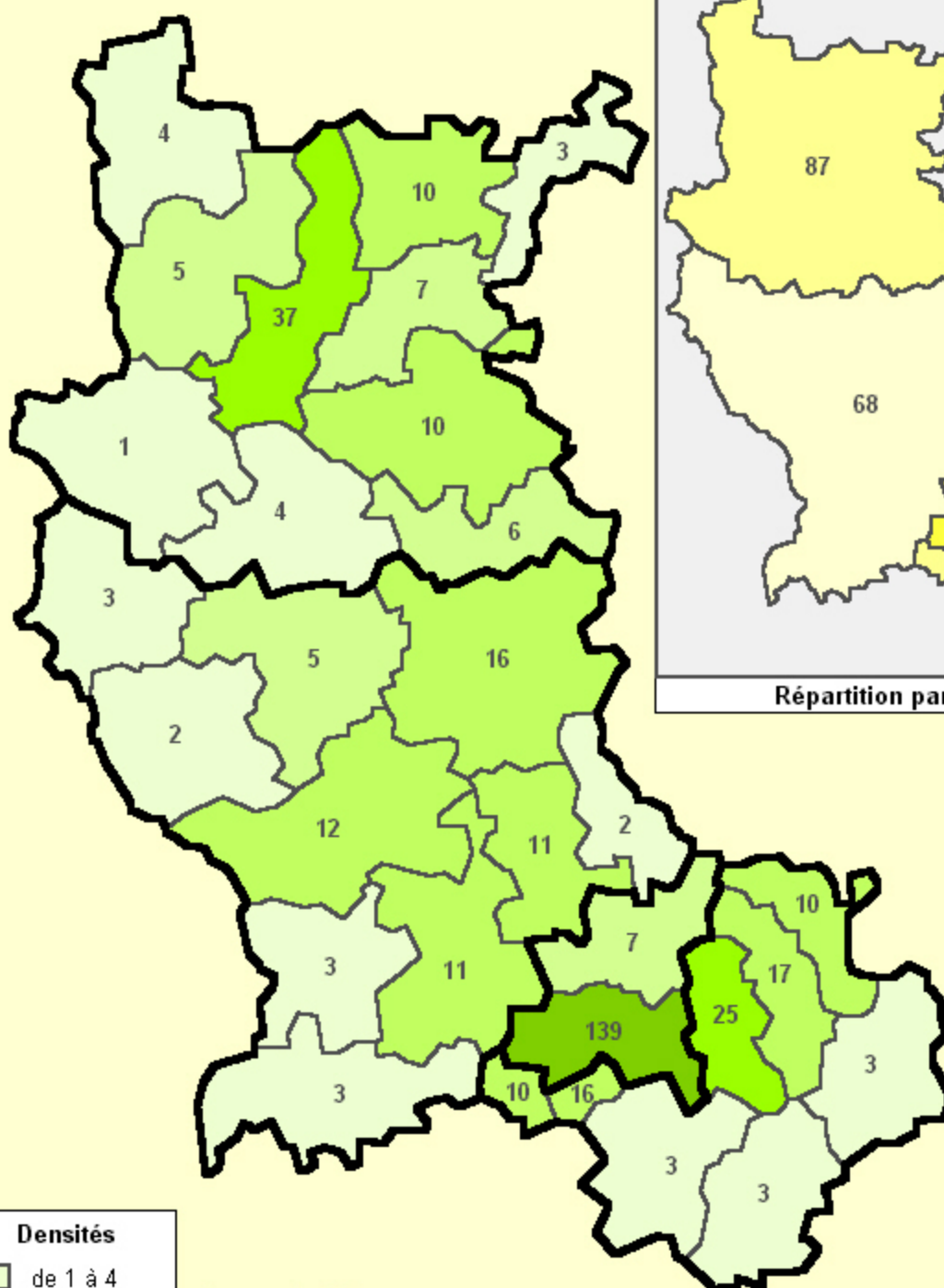
- Parmi l'ensemble des personnes en attente de place en FDT ou en MAS, 26 soit 18 % sont des traumatisés crâniens (38 ans d'âge moyen).

Les listes d'attente des établissements (MAS) signalent 16 personnes supplémentaires originaires de la Loire dont les demandes n'ont pas été validées.

DÉPARTEMENT DE LA LOIRE

Répartition par cantons des personnes sur les listes d'attente

Centre d'Aide par le Travail (CAT)



Répartition par territoires

Densités

- de 1 à 4
- de 5 à 9
- de 10 à 24
- de 25 à 49
- 50 et plus

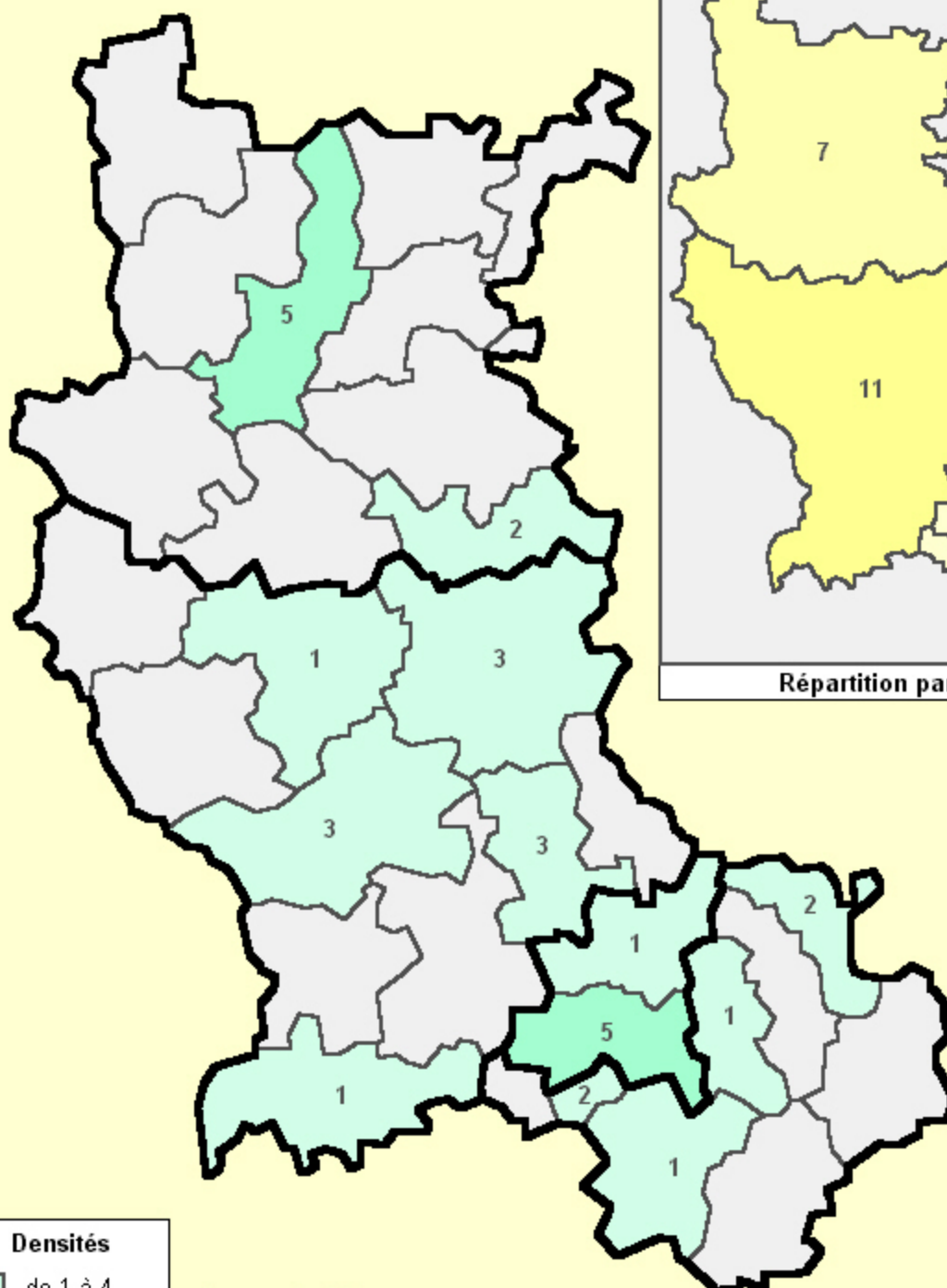
Source établissements

Originaires Loire (cartographiés)	388
Originaires Loire (non localisés)	1
Originaires hors département	13
Total	402

DÉPARTEMENT DE LA LOIRE

Répartition par cantons des personnes sur les listes d'attente

SACAT (ou sections spécialisées) et SAJ



Densités

de 1 à 4
de 5 à 9
de 10 à 24
de 25 à 49
50 et plus

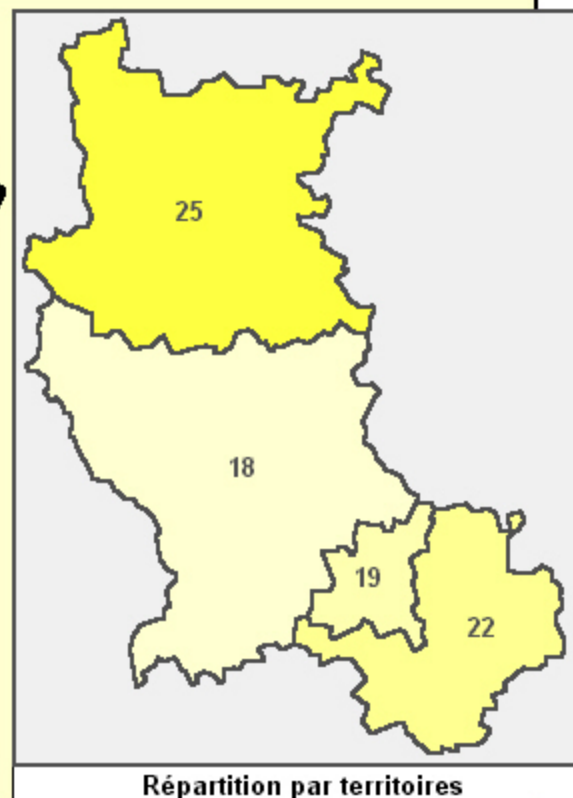
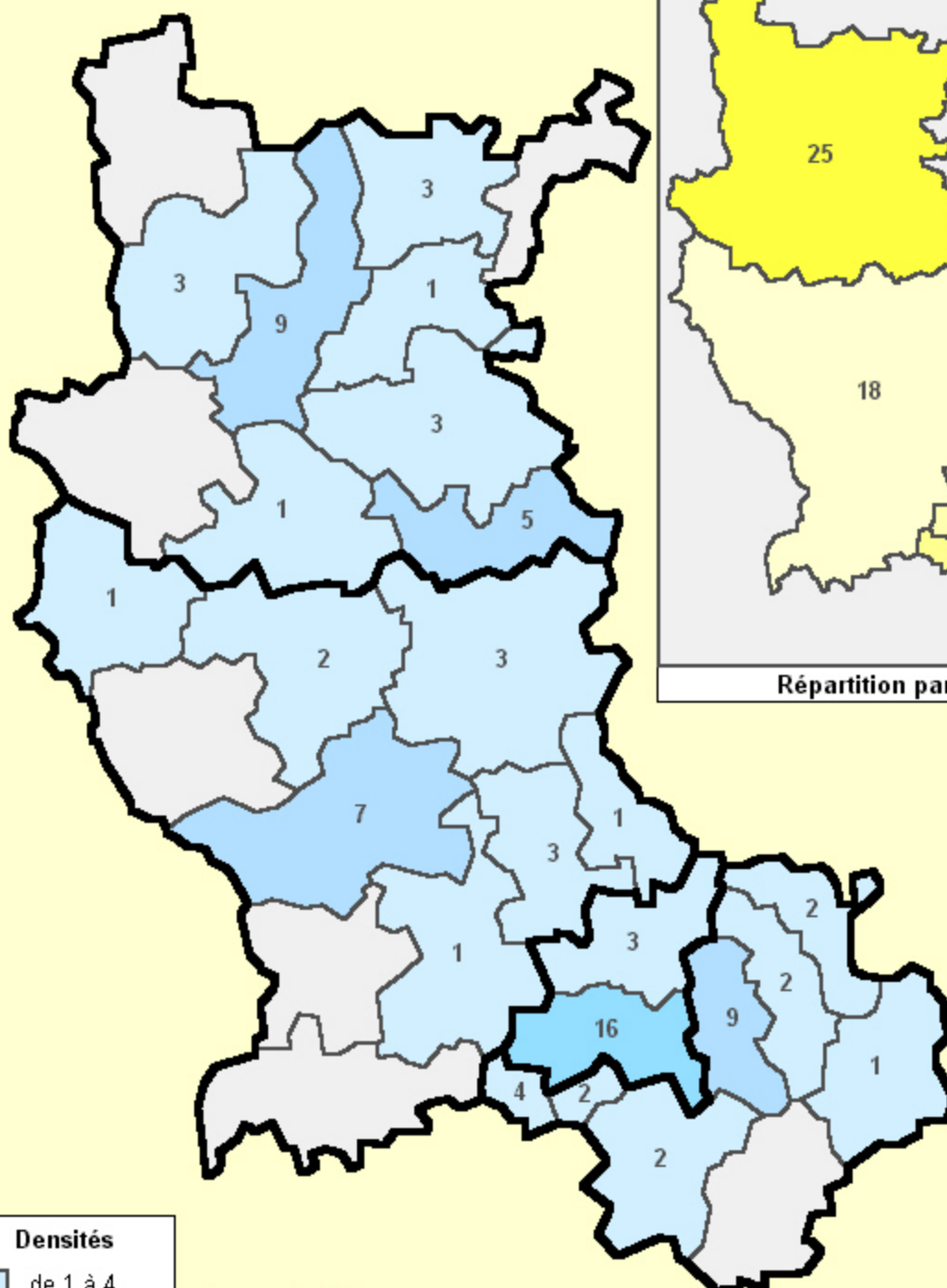
Source établissements

Originaires Loire (cartographiés)	30
Originaires Loire (non localisés)	3
Originaires hors département	8
Total	41

DÉPARTEMENT DE LA LOIRE

Répartition par cantons des personnes sur les listes d'attente

Foyers de vie et SAJH



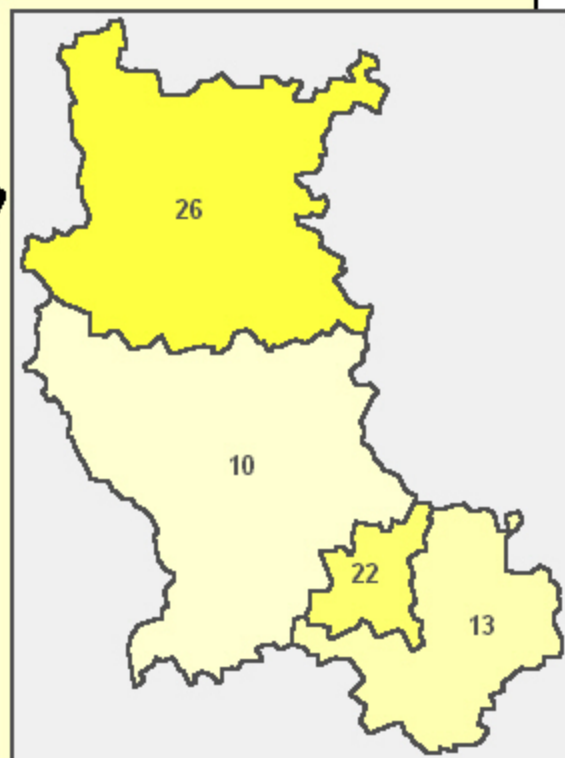
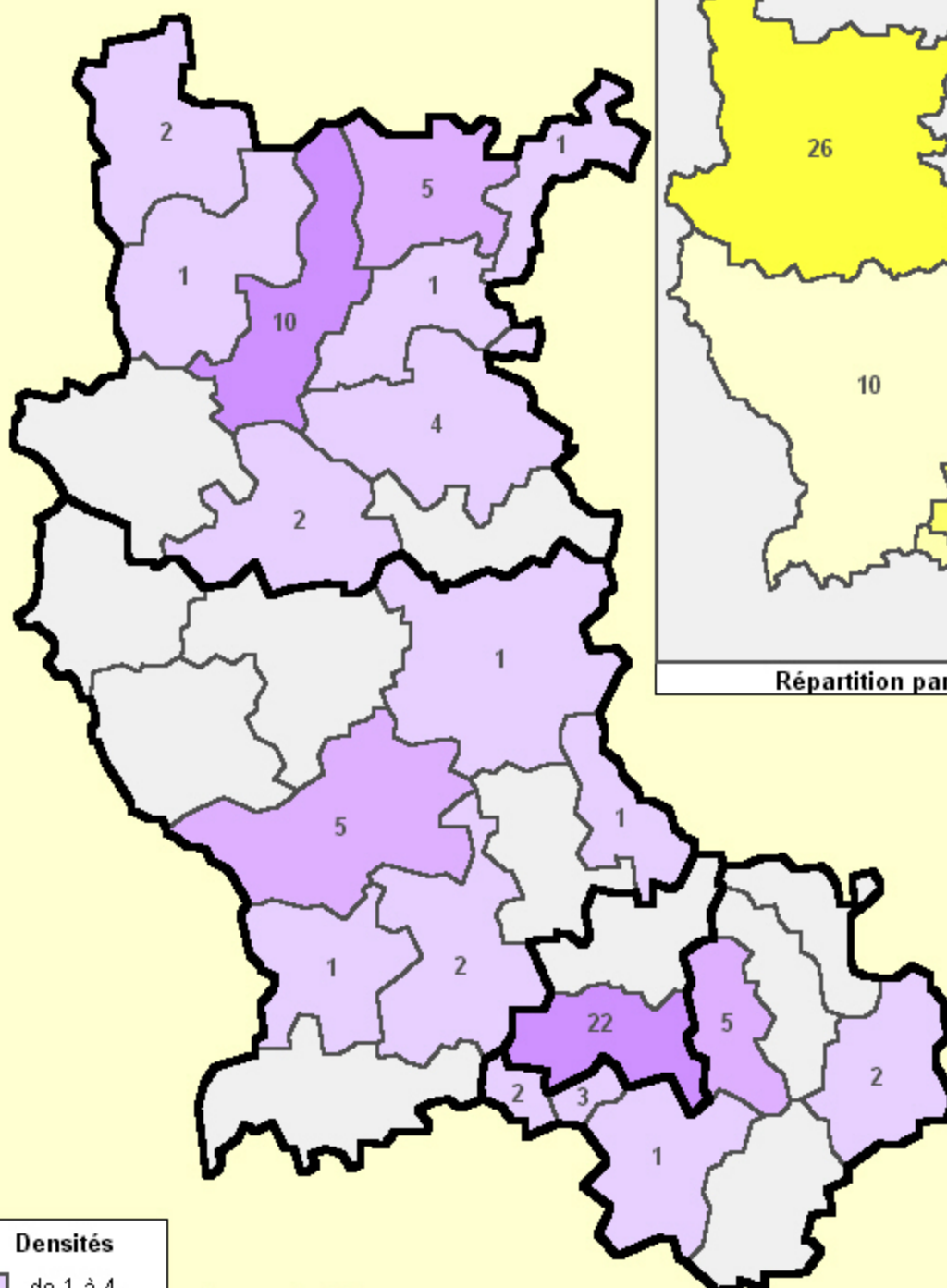
Densités	
de 1 à 4	
de 5 à 9	
de 10 à 24	
de 25 à 49	
50 et plus	

Source établissements	
Originaires Loire (cartographiés)	84
Originaires Loire (non localisés)	1
Originaires hors département	17
Total	102

DÉPARTEMENT DE LA LOIRE

Répartition par cantons des personnes sur les listes d'attente

MAS ou Foyers à double tarification



Répartition par territoires

Densités	
de 1 à 4	
de 5 à 9	
de 10 à 24	
de 25 à 49	
50 et plus	

Source établissements	
Originaires Loire (cartographiés)	71
Originaires Loire (non localisés)	8
Originaires hors département	65
Total	144

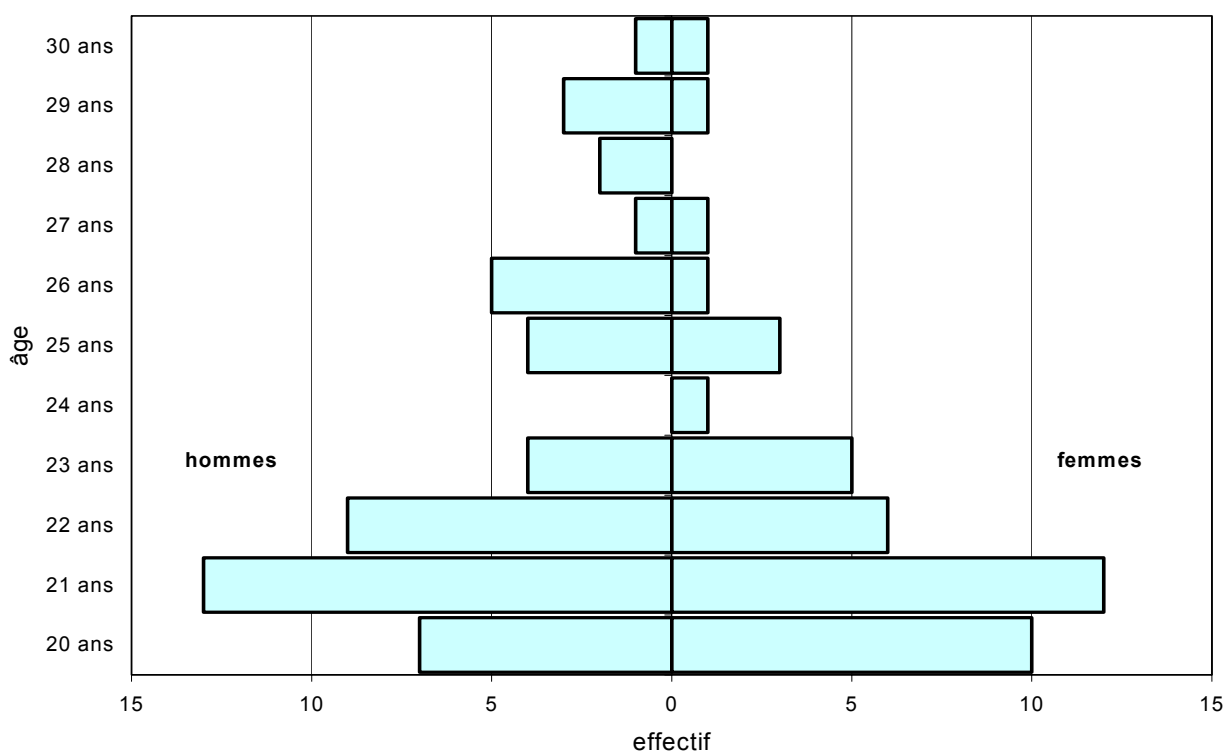
LES JEUNES ADULTES EN ATTENTE DE PLACE (RELEVANT DE L'AMENDEMENT CRETON)

Source : CDES de la Loire

① L'amendement CRETON – Loi du 13 janvier 1989

Afin de répondre au manque de places en établissements pour adultes et pour pallier cette situation d'urgence, la loi du 13 janvier 1989 portant diverses mesures d'ordre social (DMOS) a adopté sous forme d'amendement dit « Creton » certaines dispositions notamment en ce qui concerne le prolongement au-delà de 20 ans de la prise en charge d'une personne lourdement handicapée dans les établissements pour mineurs.

En sus des listes d'attente pré-citées, on recense en novembre 2000, dans le département de la Loire, 90 jeunes adultes en attente de place dans des établissements pour adultes handicapés maintenus en IME au titre de l'amendement Creton.



L'âge moyen de ces jeunes en attente de place est de 22,7 ans.

52 % de ces jeunes sont actuellement en $\frac{1}{2}$ internat et 48 % en internat.

81 % des jeunes en attente dans les IME de la Loire (soit 73) sont originaires du département, 12 % (soit 11) sont originaires du Rhône et 7 % (soit 6) d'un autre département.

Les orientations COTOREP

Foyer Occupationnel (SAJ ou SAJH)	19	21%
FDT	8	9%
MAS	33	37%
CAT	22	24%
CAT + Foyer d'hébergement	5	6%
SACAT	1	1%
Autre	2	2%
TOTAL	90	100%

Les 2/3 de ces jeunes sont en attente de place dans des structures accueillant des personnes incapables de travailler (MAS, FDT, SAJ).

Âge moyen et durée de séjour en IME selon le type d'orientation

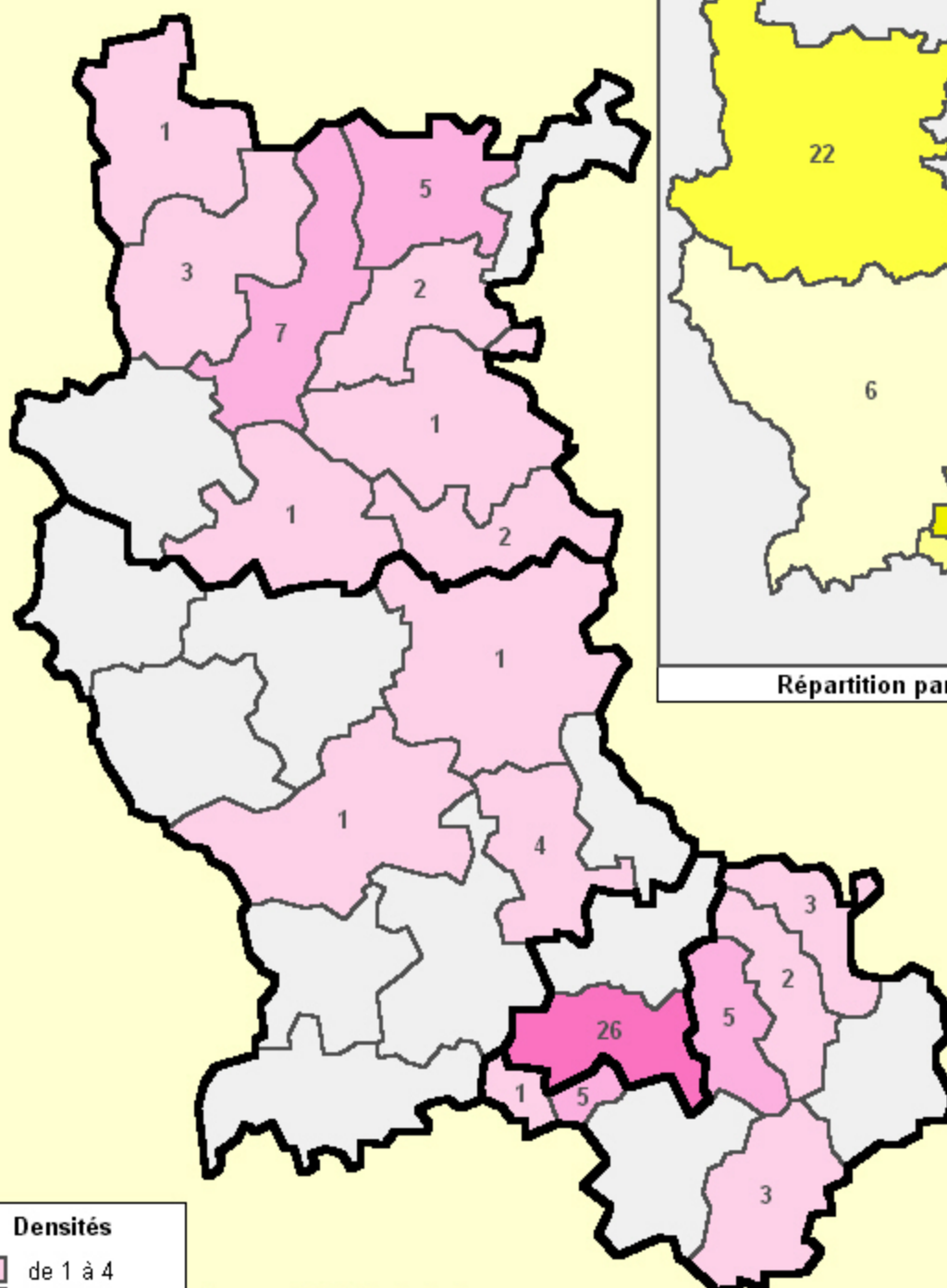
	Âge moyen	Durée de séjour moyenne
Foyer Occupationnel (SAJ ou SAJH)	21,7 ans	10,3 ans
FDT	23,5 ans	14,1 ans
MAS	24,6 ans	17,7 ans
CAT	21 ans	7 ans
CAT + Foyer d'hébergement	22,4 ans	9,6 ans
SACAT	20 ans	1 an
TOTAL	22,7 ans	12,4 ans

Les personnes les plus dépendantes (orientées en MAS ou FDT) ont un âge moyen et une durée de séjour en IME élevés.

Si l'on rapporte le nombre de jeunes en attente au nombre de places par catégorie d'établissement du département, nous obtenons les taux suivants :

	taux
Foyer Occupationnel (SAJ ou SAJH)	6 %
FDT	6 %
MAS	21 %
CAT	2 %

Répartition par cantons
des jeunes adultes handicapés
sous amendement Creton



Répartition par territoires

Densités

- de 1 à 4
- de 5 à 9
- de 10 à 24
- de 25 à 49
- 50 et plus

Source CDES de la Loire

Originaires Loire (cartographiés)	73
Originaires hors département	17
Total	90

L'ENSEMBLE DE LA POPULATION EN ATTENTE

Le tableau suivant présente l'ensemble de la population en attente (adultes des listes d'attente des établissements + les jeunes adultes relevant de l'amendement CRETON).

Les chiffres représentent des **demandes de placement** :

- pour 123 individus la demande de placement est multiple (CAT + FH, SACAT + FH)
- pour 12 (doublons), elle est de nature différente (AP ou CAT, SACAT + FH ou SAJH, FV ou FDT)

Le **nombre total de personnes** en attente de place toutes structures confondues (demandes de placement moins les doublons) est de **985**.

Nombre de personnes en attente < Nombres de demandes de placement			
	Listes d'attente	Amendement CRETON	TOTAL
AP (1)	222	-	222
CAT (1)	304	22	326
CAT + FH (1)	101	5	106
(1) avec les réserves issues du travail de contrôle des listes d'attente en travail protégé (cf. PDITH)			
SACAT	17	1	18
SACAT + FH	17	-	17
FO (2)	109	19	128
FDT / MAS	144	41	185

(2) Foyer Occupationnel = SAJ, SAJH, FV

Âge moyen par type de structure

AP	32 ans
CAT	30,5 ans
CAT + FH	30,5 ans
SACAT	32 ans
SACAT + FH	38 ans
FO	35 ans
FDT / MAS	33 ans

Toutes structures confondues, les hommes représentent 60 % des personnes en attente de placement soit un ratio hommes/femmes de 1,5.

Sur les 185 personnes en attente de place en FDT ou MAS, 78 (42%) sont originaires **d'autres départements** que la Loire :

- 36 (46%) sont originaires du département du Rhône,
- 23 (29%) sont originaires d'un autre département limitrophe à la Loire.

Les demandes conjointes :

17 personnes : SACAT + FH

106 : CAT + FH

Les demandes multiples :

2 personnes ont fait une demande de placement en SACAT + FH et en SAJH

5 en Foyer de Vie et en FDT

5 en CAT et en AP

LES FLUX DE SORTIES PROVENANT DU DISPOSITIF MEDICO-EDUCATIF

Source : Schéma départemental de l'enfance handicapée – DDASS de la Loire

Le dispositif pour adultes handicapés est « alimenté » par le flux en provenance du dispositif médico-éducatif.

Idéalement, il aurait fallu conduire une étude auprès des établissements médico-sociaux sur les sorties de ce dispositif pour enfants handicapés en direction du dispositif pour adultes et analyser les écarts entre les orientations souhaitées, proposées et réalisées.

Faute de disposer de ces données, nous avons utilisé les sources suivantes :

- les données issues du schéma départemental de l'enfance handicapée de la Loire
- les données issues de l'Enquête ES (Etudes et Statistiques) 1995
- Le **schéma départemental de l'enfance handicapée de la Loire** réalisé en 1999-2000 nous renseigne sur les sorties réalisées au cours des 5 années précédant l'étude et les sorties prévues jusqu'en 2004.
Nous nous intéresserons aux sorties des établissements agréés 12-20 ans.

Les sorties des établissements pour enfants déficients intellectuels légers et moyens

Parmi les jeunes ayant quitté le dispositif 12-20 ans au cours des 5 années précédant l'enquête

- 120 soit 23 % de l'ensemble des sorties sont orientés vers des structures de travail protégé
- 8 vers un établissement médico-social pour adultes handicapés

Les sorties prévues jusqu'en 2004 montrent une augmentation de l'orientation vers le travail protégé ; elles concernent 149 jeunes soit 42% de l'estimation des sorties des 5 années suivant cette étude.

Les sorties des établissements pour enfants déficients intellectuels moyens et sévères

Les orientations réalisées entre 1994 et 1999 l'ont toutes été vers des établissements médico-sociaux : parmi les 196 orientations réalisées, 86 soit 44 % ont concerné le travail protégé et les 110 autres des établissements de type MAS ou FO.

Nous ne connaissons pas le nombre de sorties prévisibles jusqu'en 2004.

Les sorties des Instituts de Rééducation

15 jeunes ont été orientés vers le travail protégé entre 1994 et 1999.

Les sorties prévues vers le travail protégé est estimé à 24 pour 2000-2004.

Les sorties des établissements pour enfants polyhandicapés

Entre 1994 et 1999, 6 jeunes ont été orientés dans un établissement pour adultes handicapés (FDT ou MAS).

12 sorties étaient prévues en 2000 dont 7 en MAS et 2 en FDT.

4 sorties sont prévues en 2002 et 2 en 2004 vers des MAS.

□ Par ailleurs, l'étude des données issues de l'**Enquête ES 95** concernant les sorties définitives des établissements pour enfants vers le dispositif médico-social pour adultes handicapés dans le courant de l'année 1995 (dernières données disponibles), nous donne les résultats suivants :

	Effectif sorti en 1995	
AP	1	
CAT	55 (dont 5 : CAT + FH)	85 %
En attente de place en AP/CAT	6	
FV / SAJH	6	
En attente de FV / SAJH	2	11 %
FDT / MAS	2	
En attente de FDT / MAS	1	4 %
TOTAL des sorties vers le dispositif pour adultes	73	100 %

7. LES DEMANDEURS D'EMPLOI HANDICAPES

Sources : ANPE et PDITH (Programme Départemental d'Insertion des Travailleurs Handicapés)

- Fin 1999, le département de la Loire comptait 32465 demandeurs d'emploi, dont **2788 demandeurs d'emploi handicapés**.

Cet effectif concerne les demandeurs d'emploi handicapés de catégorie 1 (personnes sans emploi, immédiatement disponibles, tenues d'accomplir des actes positifs de recherche d'emploi, à la recherche d'un emploi à durée indéterminée à temps plein).

Répartition des demandeurs d'emploi handicapés selon le type de priorité

	Au 31/12/1999	%
COTOREP A (handicap léger)	961	35 %
COTOREP B (handicap modéré)	1015	36 %
COTOREP C (handicap grave)	759	27 %
Pension d'invalidité	36	1 %
Rente d'accidenté du travail	17	1 %
TOTAL	2788	100 %

- 2/3 de cette population est **masculine** (47 % pour l'ensemble des demandeurs d'emploi)

Les **25/49 ans** représentent 73 % des demandeurs d'emploi handicapés (65 % pour l'ensemble des demandeurs d'emploi).

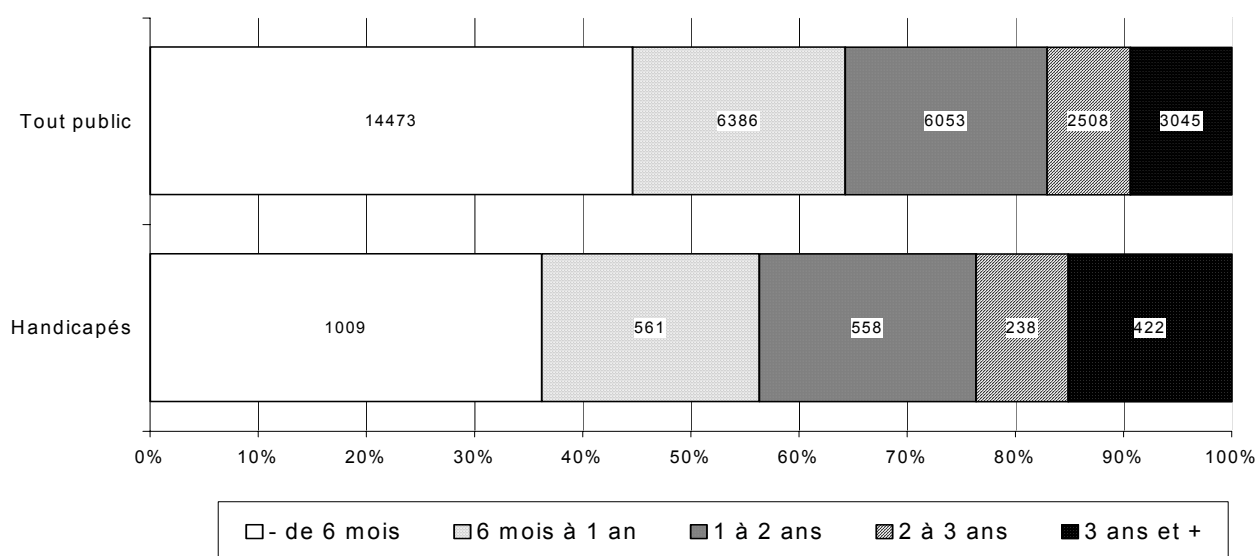
Répartition des demandeurs d'emploi handicapés selon le sexe et l'âge

	Handicapés		Tout public		% handicapés
	Au 31/12/99	%	Au 31/12/99	%	
Hommes – 25 ans	107	5,6 %	3056	19,9 %	3,5 %
Hommes 25-49 ans	1406	73,6 %	9871	64,3 %	14,2 %
Hommes 50 ans et +	398	20,8 %	2435	15,9 %	16,3 %
TOTAL Hommes	1911	100 %	15362	100 %	12,4 %
% Hommes		68,5 %		47,3 %	
Femmes – 25 ans	75	8,6 %	3612	21,1 %	2,1 %
Femmes 25-49 ans	621	70,8 %	11265	65,9 %	5,5 %
Femmes 50 ans et +	181	20,6 %	2226	13,0 %	8,1 %
TOTAL Femmes	877	100 %	17103	100 %	5,1 %
% Femmes		31,5 %		52,7 %	
TOTAL	2788		32465		8,6 %

La Loire est le département de Rhône-Alpes qui, proportionnellement, compte le plus grand nombre de demandeurs d'emploi handicapés au sein de ses chômeurs. Ils représentent presque 9% de l'ensemble alors que dans l'Ain, second département, ils n'en forment que 7% (Savoie : 5%).

Chez les demandeurs d'emploi de longue durée il y a proportionnellement plus de personnes handicapées que dans l'ensemble de cette population : 43,6 % de personnes handicapées sont inscrites à l'ANPE depuis 1 an et plus contre 35,7 % tout public confondu.

Répartition des demandeurs d'emploi selon l'ancienneté de leur inscription à l'ANPE



- Tout comme dans l'ensemble des demandeurs d'emploi, mais dans des proportions nettement supérieures, la majorité des demandeurs d'emploi handicapés sont de niveaux V (52 % et 46 % pour l'ensemble) ou VI (35 % et 22 % pour l'ensemble).

Niveau V : BEP, CAP ; niveau VI : pas de qualification professionnelle

De même, la population handicapée se caractérise par une très forte proportion de manœuvres et d'ouvriers spécialisés par rapport à la répartition qui existe dans la population totale.

II. APPROCHE QUALITATIVE

1. LES PRISES EN CHARGE COMPLEMENTAIRES (LES ARTICULATIONS ACTUELLES INTER-DISPOSITIF)

Source : enquête CREAL Rhône-Alpes auprès des établissements

L'enquête comporte une partie destinée à recenser, par catégorie d'établissement, les prestations complémentaires (autre que l'activité ou l'hébergement) - en terme de soins (somatiques ou psychiques) et de socialisation - mises en place en réponse à des besoins spécifiques des usagers accueillis.

CONCERNANT LES SOINS SOMATIQUES

Des prises en charge complémentaires sont déclarées pour des soins somatiques en libéral.

Sont principalement concernés les travailleurs handicapés de CAT (12%), les personnes accueillies en Foyer de vie ou en SAJH (30%) et 16% des personnes actuellement en SAJ, SACAT ou Section Spécialisée.

Taux (nombre de personnes concernées par les soins somatiques / effectif total par catégorie d'établissement)

AP	4 %
CAT	12 %
SACAT / SAJ	16 %
FV / SAJH	33 %
MAS / FDT	-

Nous observons une hausse du pourcentage qui semble corrélé avec la catégorie d'établissement concernée, c'est à dire avec la gravité du handicap des personnes accueillies.

CONCERNANT LES SOINS PSYCHIQUES

16 % des travailleurs handicapés de CAT reçoivent des soins psychiques. C'est en mode libéral que ces soins sont le plus souvent dispensés (57 % d'entre eux et 34 % par le secteur psychiatrique).

C'est également le cas de 30 % des personnes accueillies en Foyer de Vie ou SAJH, mais la modalité n'est pas renseignée. Nous pouvons supposer que ces soins sont dispensés au sein de l'établissement.

Il en est de même pour les adultes handicapés accueillis en FDT.

Taux (nombre de personnes concernées par les soins psychiques / effectif total par catégorie d'établissement)

AP	4 %
CAT	16 %
SACAT / SAJ	14 %
FV / SAJH	30 %
FDT	27 %
MAS	-

□ **CONCERNANT LA SOCIALISATION**

Autres que les compléments habituels liés à l'activité ou au travail , apparaissent quelques prises en charge complémentaires telles que :

- 2 personnes actuellement accueillies en MAS fréquentent également un CAT,
- 3 personnes accueillies en SACAT bénéficient du soutien d'un Service d'Auxiliaires de Vie pour handicapés,
- 2 relevant d'un FDT fréquentent également un Centre de Vie (secteur psychiatrique).

Dans l'ensemble, ces compléments sont marginaux.

Rappel : les personnes suivies par un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

AP	25% (90)
CAT	18% (220)
SACAT / SAJ	5% (10)

2. LES PERSONNES AGEES DE 45 ANS ET PLUS

Source : enquête CREA Rhône-Alpes auprès des établissements

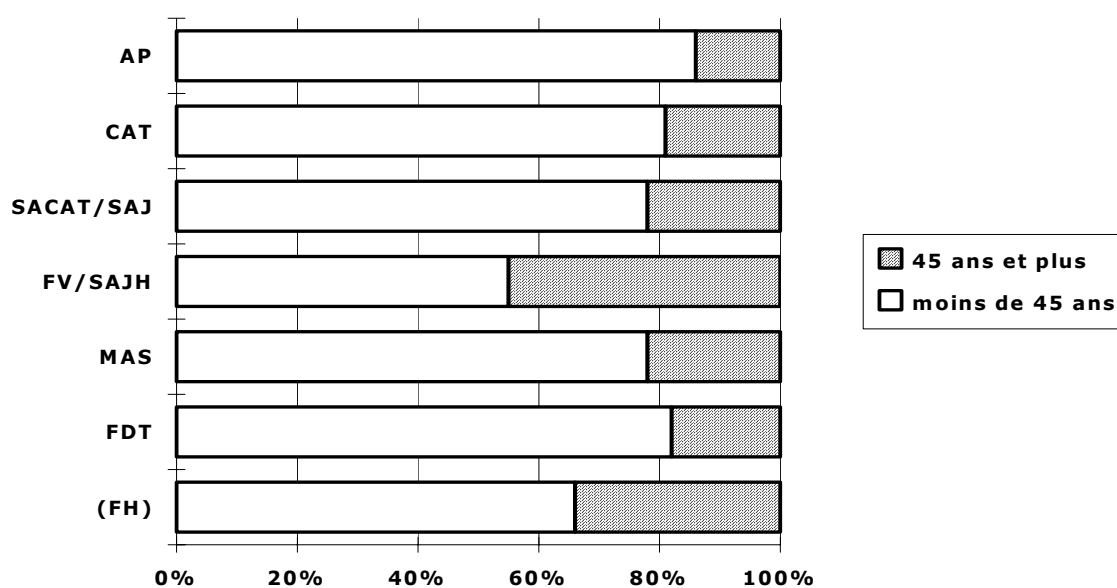
Le vieillissement de la population pose le problème des solutions adaptées (sections spécialisées, établissements adaptés au vieillissement, maisons de retraite adaptées aux personnes handicapées), tant en terme d'activité qu'en terme d'hébergement.

On dénombre **487 personnes** accueillies dans le dispositif pour adultes handicapés âgés de 45 ans et plus, soit 21 % de l'ensemble.

L'âge moyen de cette population varie de 49 à 54 ans selon les catégories d'établissement.

	Effectif ≥ 45 ans	% / effectif total	Âge moyen des ≥ 45 ans	Âge maximum
AP	50	14%	50 ans	57 ans
CAT	231	19%	49 ans	62 ans
SACAT/ SAJ	58	22%	52 ans	65 ans
FV / SAJH	90	45%	54 ans	73 ans
MAS	34	22%	50 ans	69 ans
FDT	24	18%	52 ans	68 ans
FH *	167	34%	51 ans	

* Les FH accueillant des adultes handicapés travaillant en Ateliers Protégés, en CAT ou en SACAT / SAJ, cet effectif fait double compte et ne peut s'ajouter aux autres.



LES ATELIERS PROTÉGÉS

Les travailleurs en AP de 45 ans et plus représentent **14 % de l'effectif accueilli** en AP.

Sur ces 50 travailleurs, 98 % ne relèvent pas d'un Foyer d'Hébergement.

Mode d'hébergement :

	Répartition des ≥ 45 ans		Répartition / effectif total en AP
Logement personnel	29	58 %	53%
Vit avec ses parents	17	34 %	44%
Vit avec la fratrie	1	2 %	
Foyer d'Hébergement Social	2	4 %	
Foyer d'Hébergement	1	2 %	2%
Autre			1%
TOTAL	50	100 %	100%

Ils vivent proportionnellement plus dans un logement personnel et moins dans la famille que l'ensemble des personnes accueillies dans cette structure, tous âges confondus.

L'**âge moyen** des travailleurs de 45 ans et plus en AP **ne relevant pas de FH** est de 50 ans et leur durée moyenne de séjour en AP est de 16 ans.

Ces personnes représentent un besoin potentiel en terme d'hébergement (décès d'un parent, perte d'autonomie...) d'une part, mais aussi en terme d'activité (nécessité d'allègement du travail, passage en CAT, « pré-retraite »).

Cette tendance est confirmée par les données issues de l'enquête « réorientations souhaitables ». Ainsi, pour la strate concernant les personnes accueillies en Atelier Protégé et âgées de 45 ans et plus :

- concernant l'hébergement : pour 8 personnes actuellement en famille ou en logement personnel (sur 47), il est souhaité une réorientation en FH ;
- concernant l'activité : un CAT est indiqué pour presque 1/5 de cette population.

LES CAT

Les travailleurs en CAT âgés de 45 ans et plus représentent **19 % de l'effectif total** accueilli en CAT.

Parmi ces 231 travailleurs, 114 - soit 49 % - sont en FH.

Mode d'hébergement :

	Répartition des ≥ 45 ans		Répartition / effectif total en CAT
Logement personnel	46	20 %	19 %
Vit avec ses parents	67	29 %	47 %
Vit avec la fratrie	2	1 %	
Vit dans une famille d'accueil	1	0,5 %	
Foyer d'Hébergement	114	49 %	31 %
Autre	1	0,5 %	3 %
TOTAL	231	100 %	100 %

Ils vivent proportionnellement moins en famille (parents ou fratrie) et plus en Foyer d'Hébergement que l'ensemble des travailleurs de CAT tous âges confondus.

Il s'agit essentiellement de déficients intellectuels (95%).

L'**âge moyen** des travailleurs de 45 ans et plus en CAT **ne relevant pas de FH** est de 49 ans (50 ans pour la population en CAT + FH) et leur durée moyenne de séjour en CAT est de 16 ans.

Comme pour les travailleurs en Ateliers Protégés, et probablement dans une proportion supérieure, ces personnes risquent de venir s'ajouter aux demandes de placement en terme d'hébergement et en terme d'activité (orientation de CAT vers une SACAT ou un SAJ par exemple).

En outre, parmi les personnes en CAT de 45 ans et plus, pour qui une réorientation est souhaitable (cf. enquête spécifique) :

- pour 27 personnes actuellement en famille ou en logement personnel (sur 36), une orientation en Foyer d'Hébergement est souhaitable,
- et pour 68/107 soit 64 %, une réorientation vers une SACAT ou un SAJ est indiquée.

Les SACAT, SAJ et Sections spécialisées

Les adultes âgés de 45 ans et plus accueillis en SACAT, SAJ ou en Section spécialisée représentent **22 % de l'ensemble** de la population accueillie dans ces structures.

Parmi les 58, seulement 6 ne sont pas en FH : 3 vivent dans un logement personnel et 3 avec leurs parents.

Comparé à la répartition du mode d'hébergement dans la population de ces structures tous âges confondus, les adultes de 45 ans et plus hébergés en FH sont nettement sur-représentés : 90 % pour les 45 ans et plus ; 50 % pour l'ensemble (45 % étant hébergés en famille).

L'**âge moyen** de cette population de 45 ans et plus est de 52 ans.
Il s'agit essentiellement de déficients intellectuels (sauf 2 IMC).

Les données issues de l'enquête sur les réorientations souhaitables nous indiquent que pour 9 personnes de 45 ans et plus, une réorientation est souhaitable :

- pour 3 personnes vers une maison de retraite
- pour 3 personnes vers un Foyer de Vie
- pour 2 hébergées en famille vers un FH
- pour 1 vers un établissement sanitaire

Les Foyers de Vie et SAJH

On dénombre 90 adultes handicapés âgés de 45 ans et plus. Ils représentent 45 % de la population accueillie dans ces établissements.

Leur durée de séjour en FV est faible : moins de 4 ans.

L'âge moyen des personnes accueillies est de 54 ans.

61 % présentent une déficience intellectuelle comme déficience principale et 36 % une déficience motrice.

Les Maisons d'Accueil Spécialisées

On dénombre 34 adultes handicapés de 45 ans et plus (22% du total) en MAS.

Leur durée moyenne de séjour en MAS est de 11 ans.

L'âge moyen de ces personnes est de 50 ans et leur déficience principale est principalement une déficience intellectuelle (dont 10 polyhandicapés, 6 épileptiques et 4 autistes) ; 5 adultes présentent des « déficiences de fonctions générales, sensitives et autres déficiences ».

Les Foyers à Double Tarification

24 personnes de 45 ans et plus - soit 18 % - sont accueillies en FDT.

Leur durée moyenne de séjour en FDT est de 7 ans.

Ces adultes de 52 ans en moyenne présentent pour 10 une déficience intellectuelle et pour 14, une déficience motrice.

3. LES AIDES EXTRA-LEGALES

Le Conseil Général de la Loire en plus de ses compétences propres intervient à titre extra-légal dans le secteur des handicapés dans les domaines suivants :

POUR LES BENEFICIAIRES DE L'AIDE SOCIALE :

- Deux mesures pour les bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement :**
 - Diminution de la contribution légale reversée par le bénéficiaire de l'aide sociale au Conseil Général dans les deux cas suivants :
 - la personne a une activité le jour et est hébergée en foyer la nuit : par dérogation à l'article 2 alinéa 2 du décret 77-1548 du 31 décembre 1997 et par extension de l'article 3 de ce même décret, la personne conserve un minimum de ressources qui ne peut être inférieur à 50% de l'AAH (au lieu de 30%) ;
 - la personne n'a pas d'activité le jour et est hébergée en établissement : par dérogation de l'article 2 alinéa 1 du décret 77-1548, la personne conserve un minimum de ressources qui ne peut être inférieur à 20% de l'AAH (au lieu de 1% du montant annuel de l'AAH).
(Décret n°77-1548 du 31 décembre 1977, relatif au minimum de ressources qui doit être laissé à la disposition des personnes handicapées accueillies dans les établissements)
 - Autorisation de déduction de la contribution légale reversée par le bénéficiaire de l'aide sociale au Conseil Général des cotisations mutuelle dans la limite d'un plafond fixé par l'Assemblée Départementale.
(Décision de l'Assemblée Départementale du mois de novembre 2001 pour les mutuelles 2002).
- Une mesure pour les bénéficiaires de l'ACTP à domicile :**
 - Majoration de l'ACTP par déplafonnement de son montant maximum (dans la limite du montant maximum de la PSD) pour les personnes lourdement handicapées (IPP > 80%) qui emploient plus que ne leur permet de financer leur ACTP à taux plein.
(Décision de l'Assemblée Départementale du 20 novembre 2000)

POUR LES PERSONNES HANDICAPEES BENEFICIAIRES OU NON DE L'AIDE SOCIALE :

- Une mesure** concernant la réactualisation du dispositif d'accueil familial pour adultes (loi n°89-475 du 10 juillet 1989) et amélioration des conditions d'accueil par création d'un quasi-statut de l'accueillant familial (congés payés, formations financées, prise en charge du coût des remplacements...)
(Décision de l'Assemblée Départementale du 15 juin 2001)
- Une mesure** concernant la participation au cofinancement des aides techniques permettant la compensation du handicap dans le cadre du site pour la vie autonome – Pilote 42, à compter du mois de juillet 2001 (plan triennal 2001-2003 présenté par L. Jospin).

Action départementale en faveur de l'habitat

Le département de la Loire soutient également **une action en faveur des personnes à mobilité réduite.**

Nature de l'action : création de logements adaptés pour les personnes âgées et les personnes handicapées.

Bénéficiaires : les communes, les groupements intercommunaux ou les Centres Communaux d'Action Sociale, les bailleurs privés dans le cadre d'OPAH.

Modalités d'attribution : principe du financement de ce type de logement à hauteur de 20% du coût estimatif du projet dans la limite d'un plafond de 40 000 F par logement neuf et de 28 000 F par logement restauré, sous réserve :

- que la capacité ne soit pas supérieure à 10 logements,
- que la structure ne comprenne aucun salarié et ne mette à la disposition des personnes âgées aucun service collectif intégré,
- que l'implantation géographique des logements soit située dans une zone d'intervention possible d'un service de maintien à domicile,
- que ces logements ne donnent pas lieu à autorisation,
- que le projet bénéficie d'un prêt aidé de l'État au titre de l'installation de logements sociaux destinés aux personnes âgées.

TROISIEME PARTIE : EVALUATION DES BESOINS

I. QUANTIFICATION DES PLACES

1. LES DONNEES DE LA COTOREP

LES TRAVAILLEURS RECONNUS HANDICAPES PAR LA COTOREP

Source : COTOREP de la Loire

Créées par la loi d'orientation de 1975, les Commissions Techniques d'Orientation et de Reclassement Professionnel des personnes handicapées (COTOREP) constituent un instrument essentiel de la politique en faveur des handicapés.

Les COTOREP ont pour vocation de permettre un examen d'ensemble des problèmes propres à chaque personne handicapée, dans la perspective d'une insertion professionnelle et sociale. Toutefois, toute la population handicapée n'est pas prise en compte par la COTOREP car certaines catégories de personnes handicapées sont susceptibles de ne pas y recourir.

La COTOREP est compétente pour orienter ou attribuer un ensemble d'aides selon la nature, la gravité et la permanence de la déficience.

La COTOREP se divise en deux sections :

- **1^{ère} section** : attribution de la reconnaissance travailleur handicapé (RTH), orientation professionnelle (milieu ordinaire de travail, milieu protégé, formation) ;
- **2^{ème} section** : attribution de la carte d'invalidité, de l'allocation adulte handicapé (AAH), de l'allocation compensatrice, orientation vers des structures d'hébergement spécialisées et les services d'accompagnement.

Les reconnaissances de travailleur handicapé (RTH)

Nombre de statuts de travailleur handicapé accordés :

	1996	1997	1998	1999
Catégorie A (handicap léger)	982	972	1087	1484
Catégorie B (handicap modéré)	925	1087	1253	1674
Catégorie C (handicap grave)	1059	1124	1109	1444
TOTAL	2966	3183	3449	4602

Progression 1996/1999 : + 55 %

À titre indicatif, le dernier schéma fait état de 2839 statuts de travailleur handicapé accordés par la COTOREP en 1994 (+62% entre 1994 et 1999).

LES ORIENTATIONS DE LA COTOREP

Source : COTOREP de la Loire

□ Les orientations professionnelles (1ère section)

En 1999, la COTOREP de la Loire a prononcé 2053 orientations professionnelles (formation ou travail).

	1998		1999	
	orientation	réalisation	orientation	réalisation
Formation / rééducation professionnelle	122	90	117	116
Préorientation	99	56	123	76
Atelier protégé	124	34	128	49
CAT	333	60	304	43
Milieu ordinaire de travail	1218	. 366 : MO avec suivi EPSR	1279	. 373 : MO avec suivi EPSR
Emploi travail protégé en MO	87	. 813 :recherche d'emploi	102	. 898 :recherche d'emploi

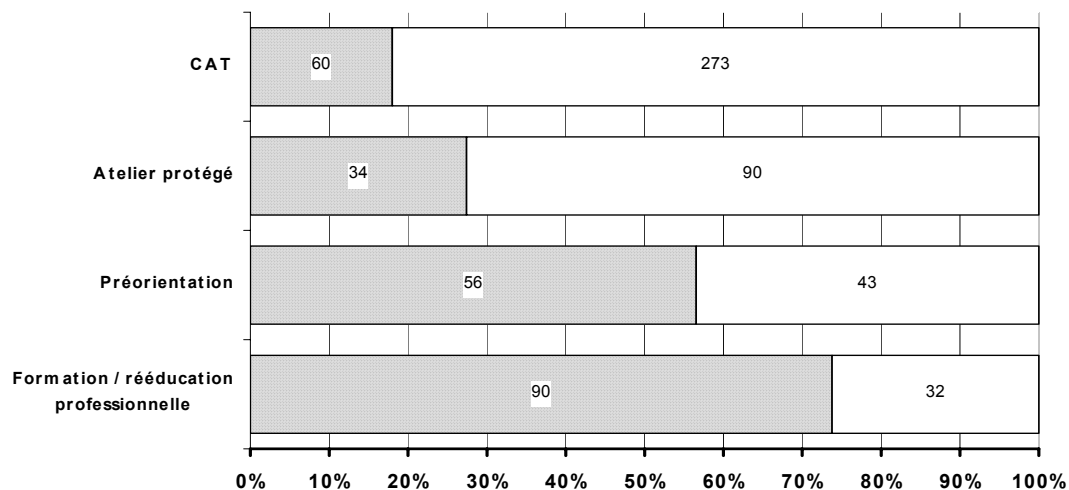
La non précision de la nature des orientations – maintien (maintien après essai ou renouvellement) ou nouvelle orientation – ne permet pas une estimation du flux d'entrée dans les établissements de travail protégé.

À titre de comparaison, en 1994, la COTOREP de la Loire avait prononcé 84 orientations en AP (128 en 1999) et 393 en CAT (304 en 1999).

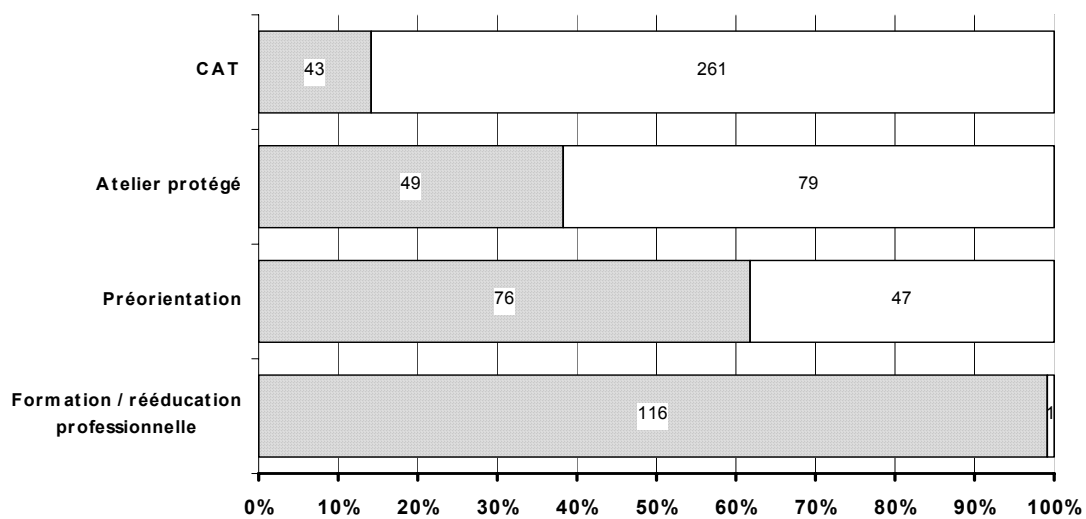
Taux de réalisation de placement

(les zones grisées représentent les orientations réalisées)

orientations réalisées - 1998



orientations réalisées - 1999



□ **Les orientations vers les structures d'hébergement spécialisées (2ème section)**

	1998	1999
Établissements personnes âgées	79	59
Maisons d'Accueil Spécialisée	91	66
Foyers occupationnels	189	178
FDT	30	37
Foyers d'Hébergement	20	17
TOTAL	409	357
	(dont 220 renouvellements)	(dont 221 renouvellements)

Si ces données indiquent des tendances, elles n'apportent pas de connaissance suffisante quant aux flux vers les établissements.

À défaut d'une observation plus fine auprès de la COTOREP, une analyse des listes d'attente a été effectuée (cf. chapitre 2.2).

À titre de comparaison, en 1994, la COTOREP de la Loire avait prononcé :

- 22 orientations en FH (19 en 1999),
- 94 en foyers de vie (178 en 1999),
- 43 en MAS (66 en 1999).

2. LES PERSONNES HANDICAPÉES ADULTES PRISES EN CHARGE HORS DU DÉPARTEMENT

Source des données : Conseil Général de la Loire
Exploitation des données : CREA Rhône-Alpes

Les placements hors département peuvent être compris comme un indicateur de l'adaptation du dispositif social et médico-social aux besoins de la population des personnes handicapées du département.

Les placements hors département peuvent en effet être induits par une défaillance du dispositif départemental, ou par une plus grande proximité géographique de l'établissement d'accueil vis à vis du domicile de secours de la personne handicapée (cf. cartes), ou par une autre cause (établissements très spécialisés à vocation interdépartementale ou régionale).

Il s'agit en tout état de cause d'une population susceptible de générer à terme des besoins de prise en charge au sein du département.

En octobre 2000, **423 personnes sont bénéficiaires de l'Aide Sociale au titre d'un placement hors département** (365 en 1994) ; 29 départements sont concernés.

299 personnes, soit **71 % de cet effectif sont accueillies dans un département limitrophe** (en Rhône-Alpes ou hors Rhône-Alpes) et plus particulièrement dans le Rhône ou en Haute-Loire.

Dans les départements non limitrophes, une place particulière est accordée à la Lozère avec 16 % des placements hors département (47 personnes placées en FV et 22 en CAT + FH). Cette répartition était déjà observée en 1994.

Répartition par type de structure

Les intitulés des établissements dont nous disposons ne nous permettent pas d'effectuer des regroupements avec certitude, notamment en ce qui concerne les foyers de vie (foyers occupationnels, Section d'accueil de jour avec ou sans hébergement...).

Foyer d'hébergement + CAT	164	38,8 %
Foyer d'hébergement	17	4 %
Foyer de vie	216	51,1 %
FDT	13	3,1 %
Foyer thérapeutique	1	0,2 %
Services	2	0,5 %
Éducation spéciale (CRETON)	10	2,4 %
<i>dont IME</i>	5	
<i>dont CEM</i>	5	
TOTAL	423	100 %

Âge moyen des personnes accueillies hors Loire selon le type de structure

	Âge moyen
Foyer d'hébergement	38,5 ans
CAT	39 ans
Foyer de vie	43 ans
FDT	50 ans
Éducation spéciale	24 ans
Effectif total	41 ans

Par ailleurs, l'étude des données issues de **l'enquête ES 95**, concernant l'accueil dans les établissements de la Loire de personnes issues d'autres départements, nous donne les résultats suivants :

	Personnes originaires d'un autre département	
Foyer d'hébergement	19	dont 9 de Saône-et-Loire et 4 du Rhône
CAT	57	dont 14 de Saône-et-Loire, 10 du Rhône, 7 de Hte-Loire, 6 de l'Allier
Foyer de vie	4	dont 2 en Saône-et-Loire, 1 du Rhône et 1 de l'Allier
FDT	20	dont 8 du Rhône, 3 de Hte-Loire, 2 de l'Allier et 2 de l'Ain
CRRFP (*)	48	dont 12 du Rhône, 5 de l'Ardèche et 31 issus de 26 départements différents
TOTAL	148	

(*) CRRFP : Centre de Rééducation, Réadaptation et Formation Professionnelle qui accueille dans la Loire tout type de handicap physique.

Le tableau ci-dessous permet de mettre en perspective les **flux d'entrée et les flux de sortie** du département avec les réserves suivantes :

- les données concernant les personnes accueillies dans le département de la Loire et originaires d'autres départements datent de 1995 et ne représentent pas nécessairement la totalité de l'effectif départemental (non exhaustivité de l'enquête ES).
- d'autre part, sur cette période de 5 ans, la structure de l'offre a pu évoluer en terme de création de places mais aussi en terme d'ouverture d'établissement, de changement d'agrément, de fermeture ...

	Taux d'entrée (1)	Taux de sortie (2)
Foyer d'hébergement	5 %	38 %
CAT	6 %	14 %
Foyer de vie	5 %	69 % (3)
FDT	27 %	10 %
CRRFP	60 %	-
Effectif total	148	412

(1) effectif rapporté à la capacité indiqué par l'enquête ES 95

(2) effectif rapporté à la capacité départementale (enquête CREAM)

(3) taux calculé par rapport à la capacité en Foyer de Vie + SAJ + SAJH (dont un Foyer de Vie d'une capacité de 48 personnes, non habilité Aide Sociale)

On constate que le département de la Loire n'est pas un département d'accueil.

Notamment s'agissant des personnes accueillies en **Foyer de Vie**, Section d'Accueil de Jour (**SAJ**) ou Section d'Accueil de Jour avec hébergement (**SAJH**), le taux de placement hors Loire marque le sous-équipement du département concernant cette structure.

Le **taux d'équipement** en foyer de vie et FDT confondus est de **0,31 lits** pour 1000 adultes de 20 à 59 ans alors que la moyenne régionale est de 1‰ au 01.01.2000 (source : DRASS – FINESS).

On notera néanmoins le nombre de personnes accueillies en FDT provenant d'autres départements plus élevé que le nombre de personnes accueillies en FDT hors Loire et surtout l'accueil massif au Centre de Rééducation, Réadaptation et Formation Professionnelle de Saint-Étienne de personnes venant de 27 départements différents.

DÉPARTEMENT DE LA LOIRE

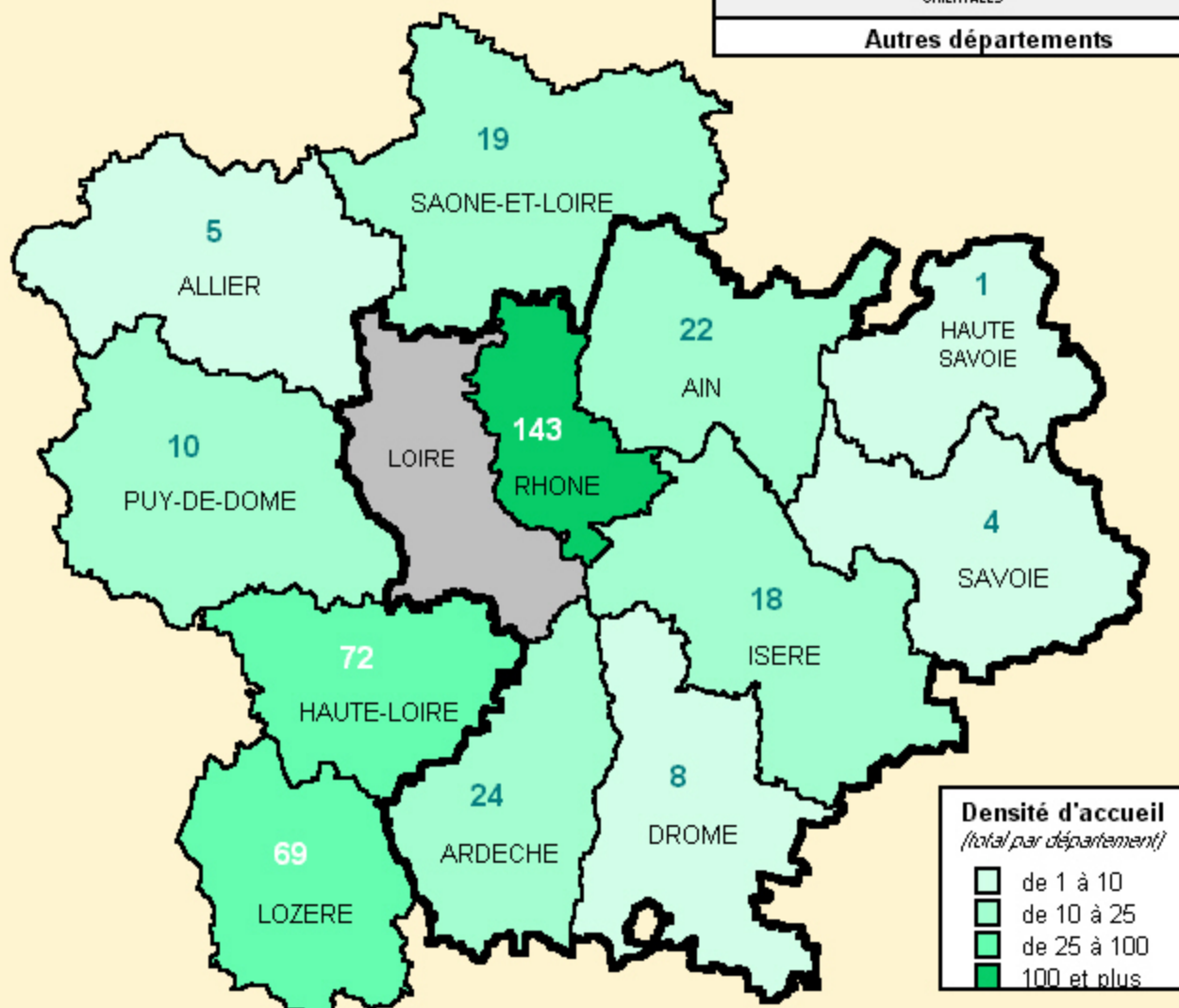
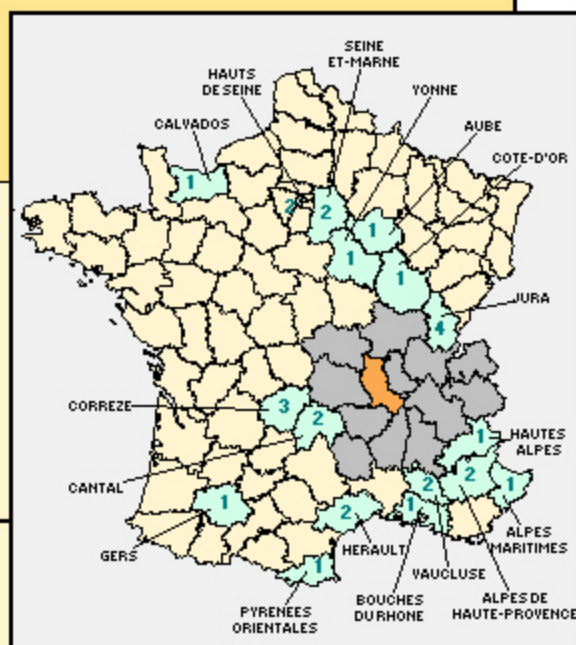
Placements hors département des adultes handicapés originaires de la Loire

Source Conseil Général de la Loire (Aide Sociale)

Région Rhône-Alpes
et départements limitrophes 395 (voir grande carte)

Autres départements 28 (voir petite carte)

Total 423



Région Rhône-Alpes et départements limitrophes à la Loire

CREAI Rhône-Alpes 2001 / Etude pour le Conseil Général de la Loire

PLACEMENTS HORS DEPARTEMENT

En ne reprenant que les placements dans **les départements strictement limitrophes**, les deux cartes suivantes analysent en parallèle l'origine géographique, dans la Loire, des adultes handicapés placés hors département et leur répartition dans les départements d'accueil.

Pour des raisons de lisibilité, la présentation de cette analyse a du être scindée en deux cartes :

- la première carte présente les départements limitrophes à l'est du département de la Loire (départements en région Rhône-Alpes),
- la seconde carte présente les départements limitrophes à l'ouest du département de la Loire (départements hors région).

LECTURE DES CARTES

Département de la Loire (grisé)
Une analyse par barres présente :

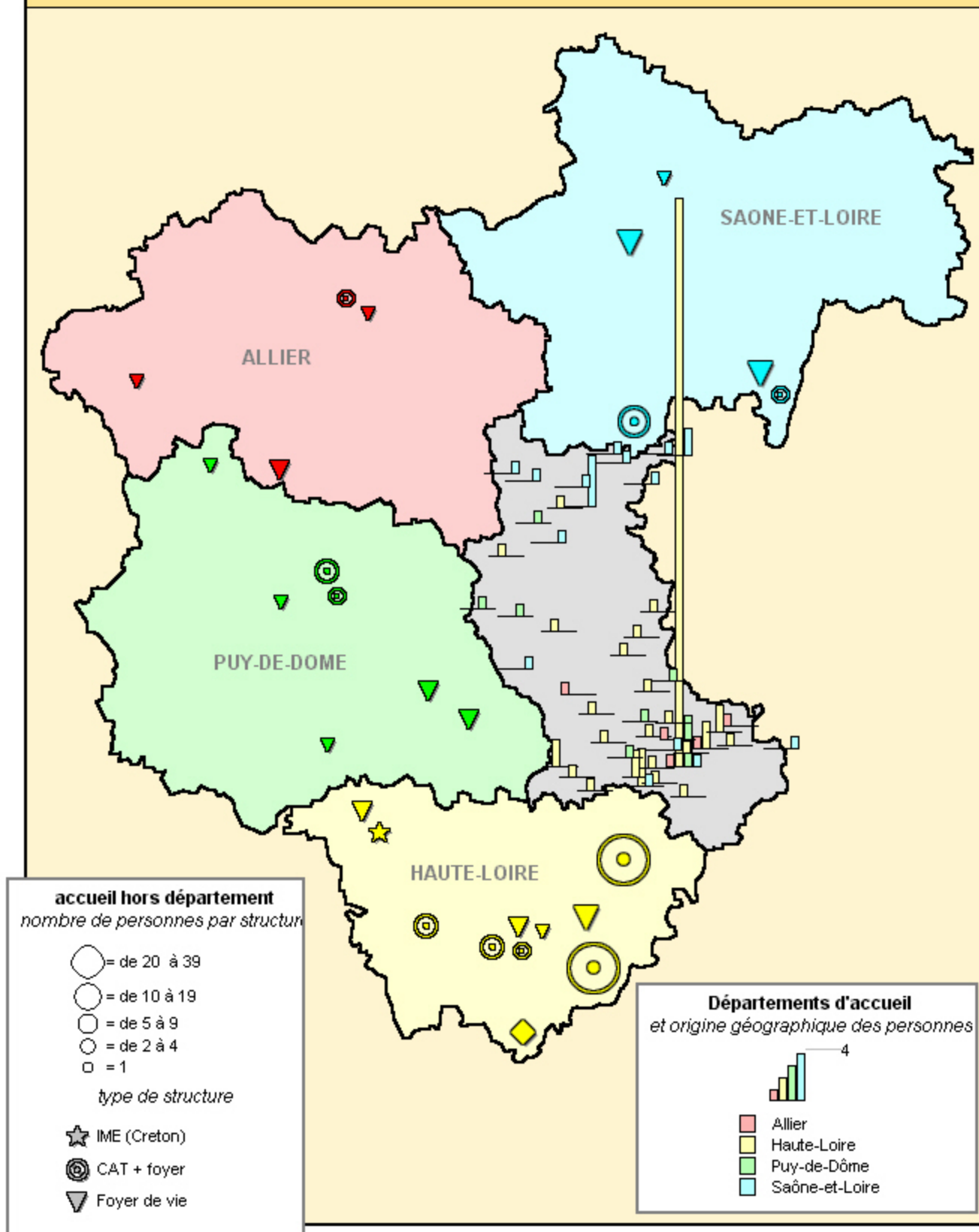
- la localisation de la commune d'origine des personnes placées hors département (position des barres),
- le nombre de personnes placées par communes (hauteur des barres),
- le département d'accueil (couleur des barres en correspondance avec la couleur des départements).

Départements d'accueil limitrophes (couleurs)

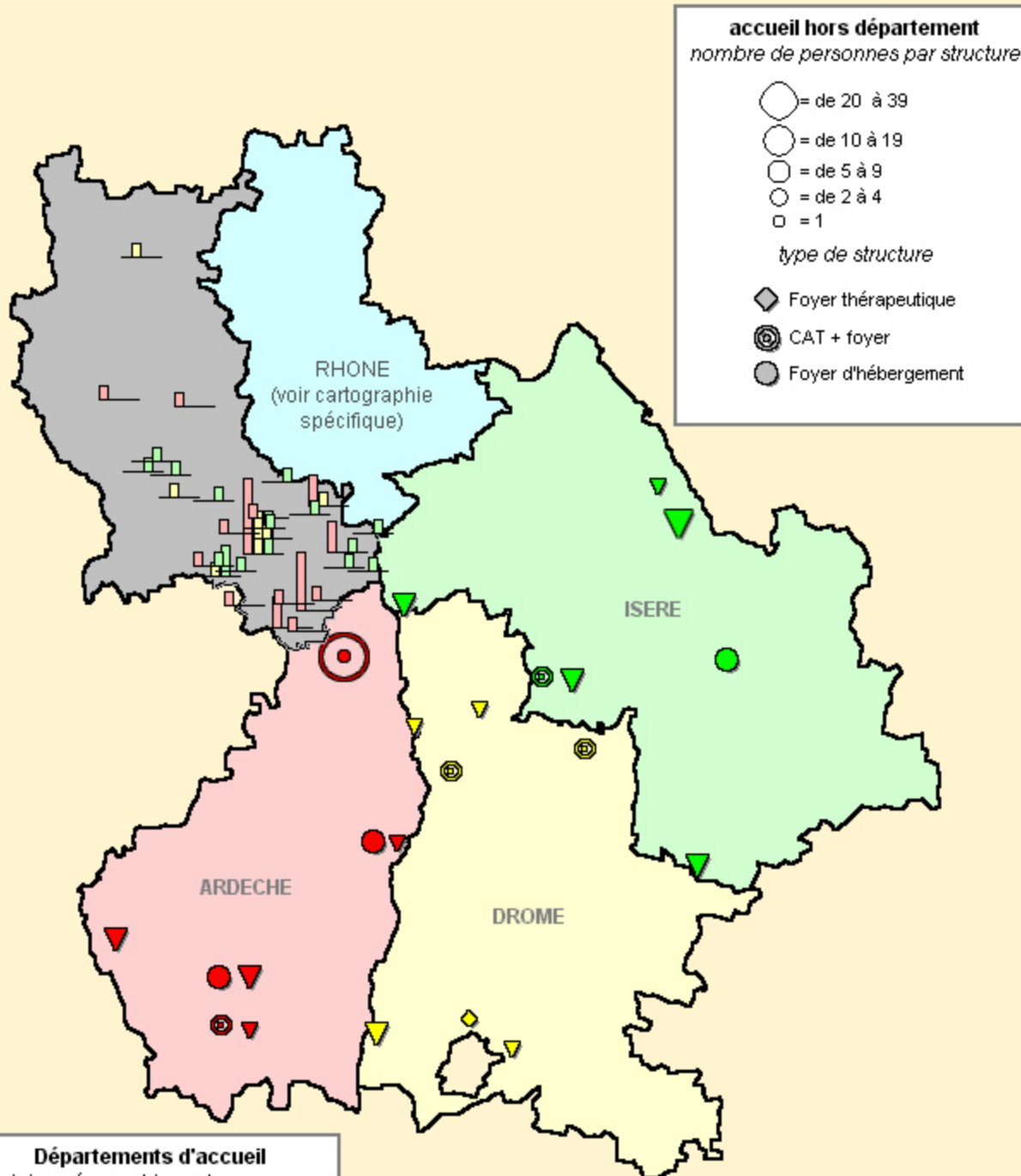
Une analyse par symboles présente :

- la localisation géographique de la structure d'accueil (position du symbole),
- le type de structure (forme du symbole),
- le nombre de personnes accueillies par structure (taille du symbole).

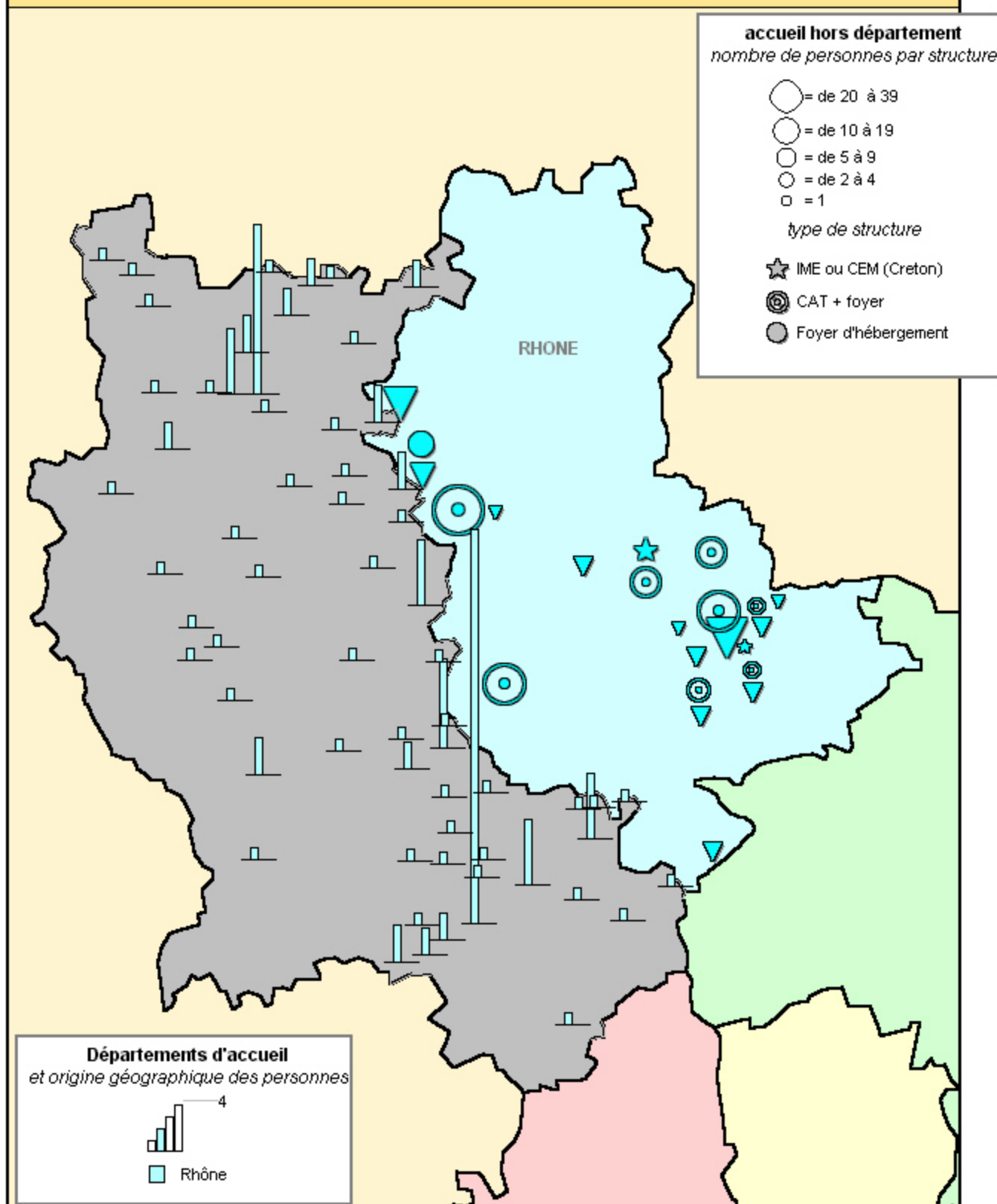
**Placements hors département
des adultes handicapés originaires de la Loire
Départements limitrophes (hors région)**



**Placements hors département
des adultes handicapés originaires de la Loire
Départements limitrophes (région Rhône-Alpes)**



Placements hors département des adultes handicapés originaires de la Loire Départements limitrophes (Rhône)



3. ANALYSE CRITIQUE DES ACCUEILS ET REORIENTATIONS SOUHAITABLES

Source : enquête CREAI Rhône-Alpes auprès des établissements

L'enquête comporte une partie destinée à recenser les réorientations de personnes accueillies apparaissant comme souhaitables en terme d'adéquation des réponses du dispositif aux besoins des usagers.

Les données sollicitées se rapportent à une description de la déficience principale et/ou d'un syndrome spécifique dont souffrent les personnes concernées, à une description de leur situation actuelle et de leur situation optimale, en terme d'activité, d'hébergement et de soutien, et à leur âge.

L'analyse des réorientations souhaitables est un bon indicateur de prévision à moyen terme des mouvements à l'intérieur du dispositif, pour autant que celui-ci soit susceptible d'y répondre.

Le nombre de personnes concernées est de 375 (environ 16% de l'ensemble).

On compte **254** réorientations souhaitables en terme d'**activité**,
225 en terme d'**hébergement**,
et **99** en terme de **soutien ou d'accompagnement**.

Pour 203 personnes, une double réorientation est souhaitable (activité + hébergement en ce qui concerne les FH, activité + soutien ...).

Les tableaux ci-dessous présentent les solutions envisagées comme souhaitables par les responsables d'établissements répondants.

Les chiffres indiqués portent sur des individus et non des places ETP (équivalent temps plein).

Légende :

↑	Réorientation souhaitable vers une structure accueillant des personnes moins lourdement handicapées
↓	Réorientation souhaitable vers une structure accueillant des personnes plus lourdement handicapées (aggravation de l'état de la personne du fait de l'âge, de l'état de santé...)
≠	Autre nature de réorientation

□ CONCERNANT L'ACTIVITÉ

ACTIVITÉ ACTUELLE	ACTIVITÉ OPTIMALE		ÂGE MOYEN
En Atelier Protégé (36)	Milieu ordinaire	7 ↑	34 ans
	CAT	27 ↓	41 ans
	SAJ	1 ↓	
	Maison retraite	1 ≠	
En CAT (165)	Milieu ordinaire	2 ↑	
	Atelier Protégé	4 ↑	26 ans
	SACAT	76 ↓	42 ans
	SAJ	71 ↓	44 ans
	FDT	1 ↓	
	Maison retraite	9 ≠	54 ans
	Secteur psychiatrique	1 ↓	
Établissement sanitaire	1 ≠		
En SACAT (24)	SAJ	17 ↓	41 ans
	FV	2 ↓	
	FDT / MAS	2 ↓	
	Maison Retraite	3 ≠	
En SAJ (29)	FV	22 ↓	37 ans
	FDT / MAS	4 ↓	
	Maison retraite	3 ≠	

254 personnes sont concernées par une réorientation en terme d'activité.

- Parmi elles, seulement **13** sont concernées par une **évolution favorable**.

Ces réorientations proposent un travail en milieu ordinaire pour 9 personnes actuellement en Atelier Protégé ou en CAT, et un Atelier Protégé pour 4 personnes actuellement en CAT.

L'âge moyen de ces personnes est de 32 ans.

Leur durée de séjour dans l'établissement actuel (AP ou CAT) est relativement faible : elle est inférieure à 4 ans en moyenne (2 adultes sont néanmoins accueillis en AP depuis 7 et 15 ans).

2 présentent un retard mental moyen, 6 une autre déficience intellectuelle, 2 une déficience du comportement et 2 une déficience sensitive.

- **224** adultes handicapés sont concernés par une **orientation vers une structure « plus lourde »**.

Les personnes actuellement accueillies **en établissement de travail protégé** (AP et CAT, soit 177 adultes) et dont la réorientation est souhaitable vers des structures de travail plus allégées

(CAT ou SACAT) ou vers des activités occupationnelles (SAJ) ont en moyenne 43 ans ; 70 % sont également en Foyer d'Hébergement.

Parmi les 30 % actuellement hébergés en famille ou en logement personnel, pour 4/5 d'entre eux, une réorientation vers un Foyer d'Hébergement ou un Foyer de Vie est souhaitable.

73 % présentent une déficience intellectuelle (principalement un retard mental moyen) et 8 % présentent des déficiences du psychisme (19 % de Non Réponse).

L'âge moyen des personnes actuellement en **SAJ ou en SACAT** (47 adultes) et pour lesquelles une réorientation en structure « plus lourde » (FV, FDT, MAS) est souhaitable, est de 37 ans.

45 soit 96 % présentent une déficience intellectuelle (principalement un retard mental moyen) et 2 une déficience motrice.

□ CONCERNANT L'HÉBERGEMENT

HÉBERGEMENT ACTUEL	HÉBERGEMENT OPTIMAL	ÂGE MOYEN / SYNDROME
En logement personnel (25) ↓ 25	FH	18 ↓ 41 ans
	FV	6 ↓ 41 ans
	FH social	1 ↓
En famille (132) ↑ 1 ↓ 125 ≠ 6	Logement personnel	1 ↑
	FH	104 ↓ 38 ans
	FV	19 ↓ 37 ans
	MAS	2 ↓ 2 polyhandicapés
	Maison retraite	1 ≠
	Établissement sanitaire	2 ≠
En FH (56) ↓ 39 ≠ 17	FV	31 ↓ 42 ans
	FDT/MAS	8 ↓ 37 ans
	Maison retraite	14 ≠ 56 ans
	Établissement sanitaire	3 ≠
En FV (8)	Maison retraite	5 ≠ 64 ans
	Établissement sanitaire	3 ↓
En MAS (4) ↑ 3 ≠ 1	Atelier Protégé + FH	2 ↑ 1 traumatisé crânien, 1 T21
	CAT + FH	1 ↑ 1 traumatisé crânien
	Maison retraite	1 ≠

Quand le syndrome spécifique a été mentionné dans le questionnaire, il est indiqué ci-dessus.

On compte 225 réorientations souhaitables en terme d'hébergement ; 203 d'entre elles sont accompagnées d'une réorientation en terme d'activité.

Les catégories d'établissement les plus citées pour un hébergement optimal sont les foyers d'hébergement et les foyers de vie.

Les réorientations souhaitables en FH concernent 122 personnes en situation de travail dans une structure de travail protégé et hébergées principalement dans leurs familles.

□ **CONCERNANT LE SOUTIEN, L'ACCOMPAGNEMENT**

SOUTIEN/SUIVI ACTUEL	SOUTIEN/SUIVI OPTIMAL	ÂGE MOYEN / SYNDROME	
Aucun (78)	SAVS	7	28 ans
	Service d'auxiliaire de vie	26	43 ans
	Service social	9	33 ans
	Secteur psychiatrique	36	40 ans (21 malades mentaux)
Par un SAVS (19)	Service d'auxiliaire de vie	6	43 ans
	Service social	1	
	Secteur psychiatrique	12	34 ans (10 malades mentaux)
Par un service social (2)	Secteur psychiatrique	2	

Parmi les personnes concernées par une réorientation en terme de soutien, un suivi par le secteur psychiatrique est souhaité pour 1 personne sur 2 et un suivi par un service d'auxiliaire de vie pour 1 personne sur 4.

□ **LES MOUVEMENTS INTRA-DISPOSITIF POUR ADULTES HANDICAPÉS INDIQUÉS COMME SOUHAITABLES**

	Sorties potentielles	Entrées potentielles
CAT	165	28
SACAT/ SAJ	53	165
FH	56	3 + 122*
FV	8	24 + 25*
FDT / MAS	4	17

* 122 entrées potentielles en FH et 25 en FV provenant de personnes actuellement hébergées hors dispositif (logement personnel ou famille).

Les **Foyers d'Hébergement** sont peu concernés par des entrées provenant du dispositif adultes handicapés (3). L'essentiel des entrées souhaitées vers cette structure (122) proviennent de personnes hébergées en milieu ordinaire (93% sont actuellement accueillis en CAT ou en Atelier Protégé).

D'autre part, 25 entrées en **Foyer Vie** proviennent de l'hébergement en milieu ordinaire (24 étant actuellement accueillis en SACAT ou SAJ).

L'accroissement de la dépendance conduit à demander l'hébergement spécialisé en sus de l'activité de jour.

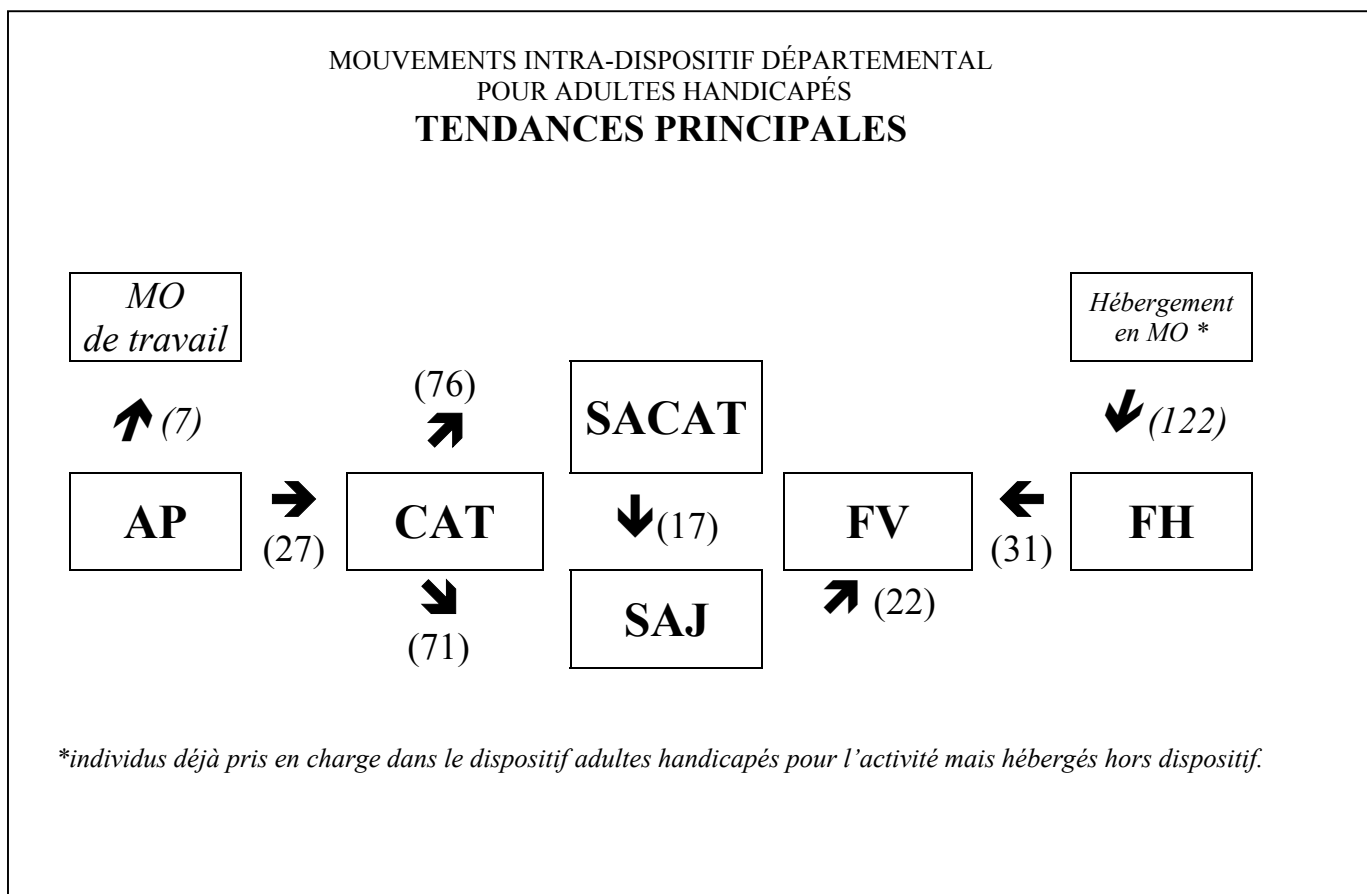
Malgré les 328 places créées dans le département depuis 1995, des **manques** persistent :

108 places ont été créées en SACAT/SAJ et **112 besoins potentiels** (165--53) internes au dispositif ne sont pas satisfaits ; 150 places en FV/SAJH ont été créées et **16** (24--8) besoins potentiels internes au dispositif ne sont pas satisfaits.

Comme en 1995, les réorientations souhaitables visent majoritairement des structures pour les personnes les plus dépendantes.

Les entrées souhaitées en structures de travail protégé (CAT et AP) sont par conséquent peu nombreuses dans l'analyse des mouvements internes car elles émanent très peu de personnes déjà accueillies dans le dispositif pour adultes handicapés.

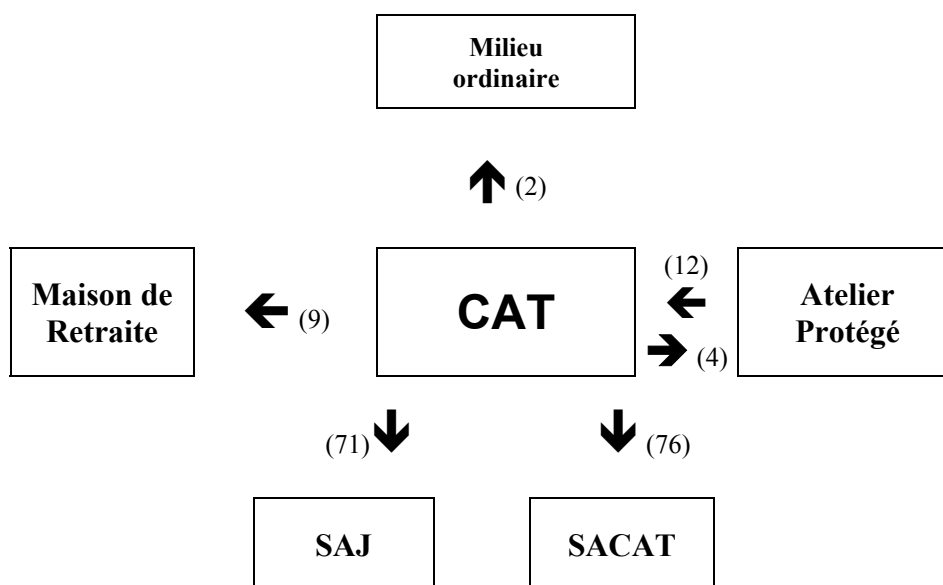
Pour ces deux catégories d'établissement, l'essentiel des entrées à venir relèvent des listes d'attente et sont traitées dans le chapitre les concernant.



4. SYNTHESE DES BESOINS

□ Les CAT

- En prenant en compte les réorientations souhaitables (concernant des personnes déjà prises en charge dans le dispositif pour adultes handicapés, cf. chapitre 3.1), 150 places (temps plein ou partiel) en CAT seraient libérées dans la mesure où ces réaménagements sont effectués ; le transfert se faisant principalement au profit d'orientations vers les SACAT ou SAJ :



Effectif actuel en CAT : 1205

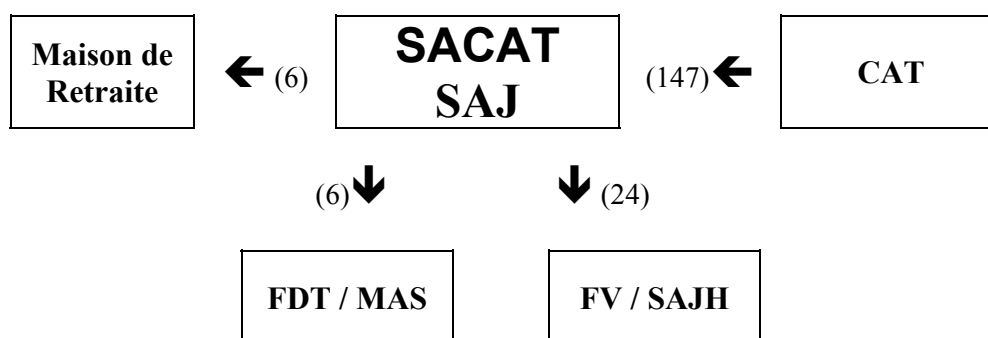
- Par ailleurs, le nombre de personnes en attente de placement en CAT (listes d'attente + CRETON) est de 427 (dont 106 en attente de place en CAT + FH).
- Il faut également prendre en compte les orientations annuelles prononcées par la COTOREP (cf. page 89) dont les sorties prévisibles des établissements pour enfants handicapés.

À titre indicatif :

- d'après l'Enquête ES 95, le flux provenant du dispositif médico-éducatif est de 56 jeunes adultes (hors attente de place) en 1995,
- 164 personnes handicapées sont accueillies en CAT dans un autre département que la Loire en 2000.

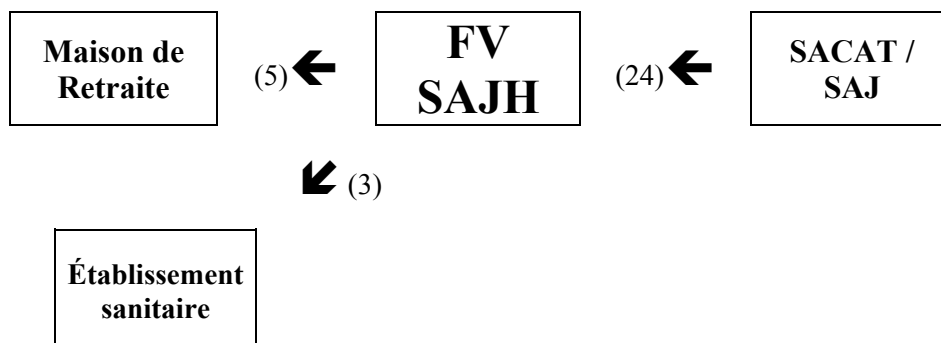
□ **Les SACAT, SAJ, FV et SAJH**

- En prenant en compte uniquement les réorientations souhaitables, 111 places en SACAT, SAJ ou Section Spécialisée de CAT (temps plein ou partiel) seraient nécessaires pour répondre aux seuls besoins internes du dispositif actuel :



Effectif actuel en SACAT, SAJ et Section Spécialisée de CAT : 264

- En prenant en compte les réorientations souhaitables, 16 places en FV ou SAJH seraient nécessaires :



Effectif actuel en FV, SAJH : 201

Dans les dossiers COTOREP, les SAJ, SAJH et Foyers de Vie sont regroupés sous la même dénomination : **Foyer Occupationnel (FO)**.

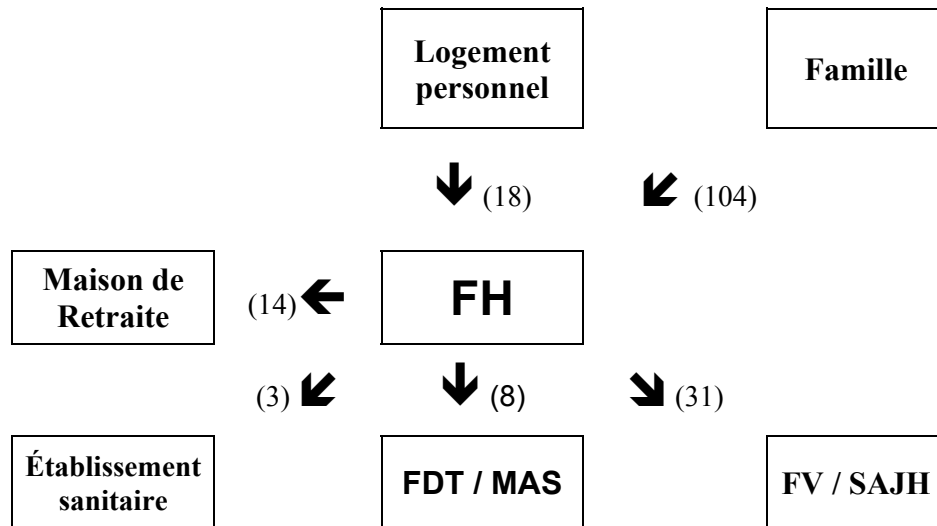
- Le nombre de personnes en attente de placement en FO (listes d'attente + CRETON) est de 128.

À titre indicatif :

- d'après l'Enquête ES 95, le flux provenant du dispositif médico-éducatif pour enfants handicapés vers les FO est de 6 jeunes adultes (hors attente de place) en 1995,
- 216 personnes handicapées originaires de la Loire sont accueillies en FO dans un autre département.

• Les FH

- En ne prenant en compte que les réorientations souhaitables, 66 places en FH seraient nécessaires pour répondre aux seuls besoins internes au dispositif :



Effectif actuel en FH : 478

Le placement en FH dépend étroitement du placement en structure de travail (AP, CAT et SACAT).

- Le nombre de personnes en attente de placement en FH (listes d'attente + CRETON) est de 123 (CAT + FH : 106, SACAT + FH : 17).

À titre indicatif :

- 164 personnes handicapées de la Loire sont accueillies hors département dans une structure de travail avec hébergement et 17 dans une structure d'hébergement seule.

□ Les FDT et MAS

- En prenant en compte uniquement les réorientations souhaitables, on aurait besoin de 8 places en FDT ou MAS pour répondre aux besoins internes au dispositif.
- L'effectif actuel en FDT et MAS est de 286
- Le nombre de personnes en attente de placement en FDT ou MAS (listes d'attente + CRETON) est de 185.

À titre indicatif :

- 13 personnes handicapées de la Loire sont accueillies hors département dans un FDT.

II. BESOINS SPECIFIQUES ET AMELIORATION DU DISPOSITIF EXISTANT

1. L'AVANCEE EN AGE DES PERSONNES HANDICAPEES

LES PERSONNES HANDICAPEES DE 45 ANS ET PLUS

À domicile

En octobre 2000, 168 personnes handicapées âgées entre 45 et 60 ans sont bénéficiaires de l'Allocation Compensatrice Tierce Personne à domicile dans le département de la Loire.

Dans le dispositif

On dénombre **487 personnes** accueillies dans le dispositif pour adultes handicapés âgées de 45 ans et plus, soit 1 personne sur 5.

L'âge moyen de cette population varie de 49 à 54 ans selon les catégories d'établissement. (voir Chapitre II).

LE VIEILLISSEMENT DES AIDANTS

Tout porteur de projet qui tente aujourd'hui d'élaborer une offre de service à destination des personnes handicapées adultes demeurées à la charge de leurs parents, à domicile, se heurte d'emblée aux difficultés liées à l'estimation quantitative des besoins sur un territoire donné.

Dans la plupart des cas, les besoins sont demeurés latents ou inexprimés. La première difficulté réside dans l'essai de dénombrement des situations existantes.

En France, d'une manière générale, la situation des personnes handicapées adultes restant, par choix ou nécessité, à charge de leurs parents est mal connue, tant quantitativement que qualitativement. Ce constat de méconnaissance est devenu particulièrement flagrant lorsque la problématique du vieillissement des personnes handicapées a pris de l'ampleur.

De nombreux travaux ont apporté des éclairages sur cette problématique dont l'incidence prévisible sur le dispositif d'accueil médico-social est évidente.

A défaut d'autres données disponibles, la question de la quantification des besoins latents des personnes handicapées restées à charge de leurs parents au domicile sera abordée par ce biais.

LES PERSONNES HANDICAPEES VIEILLISSANTES A DOMICILE

Le rapport du groupe de travail sur le vieillissement des personnes handicapées (mis en place dans ce cadre du CNCPH, Présidente Geneviève LAROQUE) indique, en 1997, dans son introduction que « s'il faut convenir que nous pouvons disposer d'informations sur les personnes accueillies en structure d'hébergement, elles demeurent insuffisantes sur celles qui vivent dans un domicile non collectif, dans leur famille ou chez des proches ».

Cette importante zone aveugle rend particulièrement peu fiables, en France, les projections en places nécessaires dans le dispositif d'accueil, du fait de la méconnaissance quasi totale de la prévalence de situations de personnes adultes handicapées vieillissantes à charge, à domicile, de parents eux-mêmes âgés.

Ces situations, sont compte tenu de l'âge des intéressés, ou plus encore de leurs parents, susceptibles de ruptures brutales du fait de la survenue de dépendances nouvelles, de problèmes de santé, ou de décès chez les aidants.

QUELQUES POINTS DE REPERES

En 1992, le CREAI de Bourgogne³ a réalisé des projections à l'horizon 2012 à partir des pyramides d'âge des personnes handicapées de la région selon leur mode de prise en charge. Sur 2 183 travailleurs handicapés, plus de la moitié soit 1 124 vivaient en milieu ordinaire, dont 653 en milieu familial. Anne DUSART estimait à 122 le nombre de personnes handicapées de plus de 40 ans vivant au domicile parental sans aucune prise en charge : parmi ces personnes, 41 étaient dans une situation de grande précarité du fait de l'âge très avancé des parents.

En 1996, une enquête menée dans le Haut-Rhin⁴ montre qu'en plus des 1 038 personnes handicapées mentales âgées de 40 à 60 ans hébergées dans le dispositif spécialisé, il reste 841 personnes de 40 à 60 ans, vivant au domicile familial. Parmi ces adultes, 48% sont à la charge de parents âgés de 70 ans et plus.

En 1997, sont parus les résultats⁵ d'une enquête réalisée sur plusieurs sites français visant d'une part à dénombrer de manière exhaustive le nombre de familles âgées ayant gardé à domicile, sans aide, un (ou plusieurs) descendant(s) handicapé(s), et d'autre part à connaître leur mode de vie au quotidien au travers d'entretiens menés auprès d'un échantillon des familles recensées.

Cette enquête, dont la méthodologie est lourde (enquête « par parrainage » compilant des informations redondantes transmises par de nombreux informateurs locaux) a produit des données utilisables à titre prospectif.

³ DUSART (A.) La vieillesse des personnes handicapées en Bourgogne à l'horizon 2012, CREAI Bourgogne, décembre 1992.

⁴ Rapport : vieillissement des handicapés mentaux. Etat des lieux et analyse de la prise en charge institutionnelle et à domicile. Observatoire Haut-Rhinois de l'Action Sociale, CREAI Alsace, avril 1996.

⁵ a) Fortes et Fragiles. Les familles vieillissantes qui gardent en leur sein un descendant handicapé. Synthèse rédigée par BREITENBACH (N). Fondation de France, novembre 1997. b) en Rhône-Alpes : A la rencontre de parents âgés ayant un adulte handicapé à charge à domicile, VOLKMAR (C.) CREAI Rhône-alpes.

Plusieurs sites ont été explorés :

- 2 sites ruraux (le canton de Lamastre en Ardèche et 5 cantons d'Ille-et-Vilaine),
- 2 sites urbains (la ville de Roanne dans la Loire, les villes de Sarcelles et Versailles dans le Val d'Oise et les Yvelines).

Les fréquences obtenues donnent à penser qu'en moyenne 6 ménages âgés sur 1 000 assurent la garde, seuls, d'un descendant handicapé lui-même vieillissant comme l'indique le tableau suivant :

Nombre de familles qui ont un adulte handicapé entièrement à charge en fonction du nombre de ménages dans lesquels le parent de références est âgé de 55 ans ou plus :

Zone rurale

Ille et Vilaine	6,2 cas/1 000 ménages dont le parent \geq 55 ans
Ardèche	12,75 cas/1 000

Zone urbaine

Roanne	3,06 cas/1 000
--------	----------------

Zone très urbanisée

Ile de France	1,74 cas/1 000
---------------	----------------

Une autre présentation permet d'évaluer le nombre d'adultes handicapés à la charge de parents âgés sur 1 000 habitants.

Zone rurale

Ille et Vilaine	1,10/1000 habitants
Ardèche	3,68/1000 habitants

Zone urbaine

Roanne	0,35/1000 habitants
--------	---------------------

Zone très urbanisée

Ile de France	0,18 (0,30 Sarcelles – 0,21 Val d'Oise 0,10 Versailles – 0,15 Yvelines)
---------------	--

Remarque :

L'étude a retenu l'âge minimum de 55 ans comme critère pour définir un « parent âgé ». La fourchette d'âge des descendants handicapés est donc comprise, dans l'étude, entre 20 et 59 ans.

*ESSAI D'EXTRAPOLATION AU PLAN DEPARTEMENTAL
A PARTIR DES RESULTATS DE CETTE ETUDE*

Un essai d'extrapolation au plan départemental des résultats obtenus à Roanne doit s'entourer des précautions suivantes :

- il faut tenir compte de la variation du taux des ménages âgés en fonction du caractère rural ou urbain du territoire considéré,
- d'autre part, il apparaît clairement que la prévalence croît dans les zones les plus rurales et décroît en milieu urbain.

Au regard des résultats obtenus à Roanne, cette estimation paraît constituer une hypothèse basse, compte tenu du caractère urbain de cette ville, sous évaluant le nombre des situations existant dans la Loire.

Il conviendrait sans doute de se rapprocher de la base retenue en Ille-et-Vilaine pour approcher un niveau d'extrapolation réaliste.

À partir de ces éléments, le calcul suivant est possible :

NOMBRE DE PERSONNES HANDICAPÉES ADULTES A LA CHARGE DE PARENTS VIEILLISSANTS	
	LOIRE
Population totale	746 288
Ratio pour 1000 habitants (Ille-et-Vilaine)	1,10
Nombre de descendants handicapés adultes à domicile	821

Base : recensement 1990

NOMBRE DE FAMILLES QUI ONT UN ADULTE HANDICAPÉ A CHARGE ET DONT LE PARENT DE RÉFÉRENCE A 55 ANS OU PLUS	
	LOIRE
Total des ménages	167 338
Nombre de ménages dont la personne de référence a 55 ans ou plus	75 460
Ratio pour 1000 ménages (Ille-et-Vilaine)	6,2
Nombre de familles en situation	468

Base : recensement 1990

Dans la Loire, avec toutes les précautions liées à de telles conjonctures sur une population de 746 288 habitants (INSEE recensement 1990), plus de 800 personnes handicapées (tous handicaps confondus) adultes étaient à la charge de familles avançant en âge.

Ce résultat sous-évalue très probablement la réalité.

Parmi ces personnes, nombre d'entre elles vont, par le biais de leur famille, exprimer des attentes d'interventions, dont les modalités, seules ou combinées, vont de la simple information à un accueil, en passant par diverses solutions intermédiaires, à domicile ou dans des lieux d'accueil spécifiques.

L'évaluation du nombre de personnes bénéficiaires de l'ACTP confirme ce calcul : en effet, 1034 personnes bénéficiaires ont été recensées en 2000.

2. AVIS DES RESPONSABLES DES ORGANISMES GESTIONNAIRES

*Source : questionnaires auprès des organismes gestionnaires
Analyse thématique des questionnaires renseignés au 20.02.01*

Les responsables des organismes gestionnaires ont été sollicités par questionnaire afin de faire connaître :

- **les modifications de l'offre de service** durant les cinq dernières années en réponse à des besoins repérés, en particulier les adaptations des actions relatives à l'insertion en milieu ordinaire de vie ou en milieu ordinaire de travail, à l'hébergement, au travail protégé, à l'accueil ou l'activité de jour et l'accueil d'adultes gravement dépendants ;
- **les projets** n'ayant pu aboutir au cours des cinq dernières années ;
- **leur identification et leur analyse des besoins actuels** des populations handicapées, en attirant l'attention sur les évolutions observées, les préoccupations qui actuellement semblent être insuffisamment prises en compte, et en faisant part de leurs propositions en équipements et/ou nouveaux services pour répondre à ces besoins ;
- **leurs principes d'orientation pour les 5 années à venir** (comme par exemple, la diversification des formules, les réflexions sur les objectifs et la complémentarité des différentes structures, la restructuration du dispositif géré, la redéfinition des formes et de la nature du service rendu).

MODIFICATION DE L'OFFRE DE SERVICE

INSERTION EN MILIEU ORDINAIRE DE VIE

C'est un axe que plusieurs organismes disent avoir retenu comme une priorité ou avoir renforcé. Des actions ont été mises en œuvre :

- création par un collectif d'associations d'un lieu de rencontre pour lutter contre l'isolement social des personnes handicapées,
- création, par un partenariat de 7 organismes gestionnaires, de l'association « Accompagnement aux Loisirs ».

Des actions d'accompagnement auprès des personnes sont dispensées afin d'offrir un étayage :

- développement de SAVS et mise en place d'accompagnements gradués selon les situations des personnes ;
- aide à l'accès à des activités sportives et culturelles.

INSERTION EN MILIEU ORDINAIRE DE TRAVAIL

C'est également un axe qui apparaît être privilégié :

- par le développement du détachement voire de placement de personnes handicapées en entreprise,
- avec un objectif d'insertion en milieu ordinaire de quelques personnes chaque année.

Une action de formation d'envergure vise tout le personnel de l'ensemble des CAT d'une association et les 900 travailleurs handicapés qui les fréquentent. Il s'agit de développer les aptitudes à l'évaluation, élaborer des dossiers professionnels personnalisés, de repérer le potentiel d'évolution des personnes, ceci afin de promouvoir la notion de trajectoire professionnelle pour les personnes handicapées.

HEBERGEMENT

Les modifications des modalités d'hébergement ont été effectuées à la fois pour favoriser l'accès à des logements indépendants mais aussi pour prendre en compte une aggravation de la dépendance.

Elles ont consisté en :

- un apport d'étayage pour l'installation et la vie dans un logement indépendant,
- ouverture d'appartements de transition pour l'accueil temporaire,
- « réserve » de places de dépannage pour répondre à l'urgence.

Des unités plus individualisées ont été privilégiées.

Il faut noter également la création de postes de maîtresse de maison.

TRAVAIL PROTEGE

Les modifications portent sur des créations ou des adaptations d'équipement, et des propositions de nouvelles activités qui permettent aux travailleurs handicapés de côtoyer le milieu ordinaire :

- création d'AP,
- création d'un CAT de type agricole (population accueillie : malades mentaux stabilisés),
- rénovation de CAT avec une attention particulière portée à l'ergonomie et aux conditions de travail des personnes handicapées,
- développement d'activités de service.

ACCUEIL OU ACTIVITE DE JOUR

De nouveaux accueils s'adressent à des travailleurs handicapés dont la dépendance s'est aggravée ainsi qu'à des personnes qui n'avaient pas eu encore accès à ces activités :

- propositions d'activités par un SAVS pendant le mi-temps non travaillé ;
- extension d'une section de jour pour des personnes accueillies en foyer ;
- proposition d'activités de jour pour des personnes en famille.

ACCUEIL D'ADULTES GRAVEMENT HANDICAPES (RELEVANT DE FDT OU MAS)

La recherche de nouvelles réponses pour des personnes dépendantes souffrant de syndromes spécifiques :

- redéploiement de places en faveur de personnes cérébro-lésées ;
- diversifier les réponses, définir de nouvelles réponses pour des personnes polyhandicapées ou cérébro-lésées ;
- recherche d'un nouveau site pour reconstruire une MAS avec un projet architectural mieux adapté.

Trois associations dédiées aux handicapés moteurs affirment un projet dont le précédent schéma avait déjà, semble t-il, tenu compte.

Il s'agit de 45 places en FDT destinées :

- à des personnes dont le handicap moteur est aggravé par le vieillissement et qui ne peuvent demeurer à domicile ;
- à des personnes moins lourdement handicapées qui ne bénéficieraient pas obligatoirement du forfait soin mais pour lesquels devrait être prévue une activité « occupationnelle ».

Un accueil de jour est prévu pour quelques personnes.

AUTRE

La mise en œuvre de coopérations inter associatives est actuellement recherchée.

PROJETS N'AYANT PAS ABOUTI

Les projets de création de structures n'ayant pas connu de suites :

- la création d'un FO,
- la création d'une interface entre AP et entreprise,
- la création d'un FV pour personnes handicapées par la maladie mentale,
- la création d'une MAPHA (maison d'accueil pour personnes handicapées âgées),
- la création d'une MAS et d'un SAJH (avis favorable mais la totalité des crédits de financement ne sont pas encore débloqués),
- la transformation en lieu de vie d'une petite structure FH/SAVS.

Par ailleurs, la totalité des capacités agréées n'a pas été financée pour :

- un CAT,
- une résidence pour personnes handicapées âgées.

IDENTIFICATION ET ANALYSE DES BESOINS ACTUELS

LES EVOLUTIONS OBSERVEES

Les principales évolutions constatées touchent aux conséquences du vieillissement d'une part et de la maladie mentale d'autre part.

Sont en effet soulignées :

- la fréquence des troubles psychiatriques associés aux déficiences mentales,
- les difficultés liées au vieillissement des personnes handicapées,
- la fragilité des situations d'autonomie,
- la présentation en sus d'un handicap physique ou mental, d'un handicap social.

Par ailleurs, du fait du développement du maintien en milieu ordinaire, les personnes « placées » sont quant à elles plus dépendantes qu'auparavant.

LES PREOCCUPATIONS

Les préoccupations sont redondantes avec l'évolution constatée.

Les difficultés encourues par les personnes souffrant de maladie mentale

- les limitations induites par la maladie mentale,
- les difficultés vécues par les personnes atteintes de maladie mentale.

Les difficultés engendrées par le vieillissement des personnes handicapées elles-mêmes et de leur entourage :

- l'augmentation du nombre de demandes de placement,
- l'augmentation également du temps de placement du fait de la moindre fréquence de séjours au domicile familial,
- le passage à la retraite des travailleurs handicapés,
- l'anticipation des réorientations qui vont s'avérer indispensables.

Par ailleurs, une collaboration difficile avec le secteur psychiatrique est constatée.

Font aussi l'objet de préoccupations :

- les difficultés des personnes cérébro-lésées,
- ainsi que des personnes séropositives.

PROPOSITIONS EN EQUIPEMENTS ET/OU NOUVEAUX SERVICES

Des créations ou des extensions de structures sont bien entendu suggérées :

- lieux de vie occupationnels,
- développement du travail à mi-temps en CAT et AP,
- développement des places en foyer,
- la création d'une MAPHA et de sections gérontologiques,
- attribution aux maisons de retraite d'une ligne budgétaire spéciale pour leur permettre de financer un accompagnement spécifique aux personnes handicapées,
- création de la MAS et du SAJH déjà agréés,
- création de places de SAJ, de SACAT et de CAT.

Il est également proposé un meilleur fonctionnement du dispositif par une mise aux normes ainsi que par l'établissement de conventions pour assurer un travail en réseau.

PRINCIPES D'ORIENTATION POUR LES 5 ANNEES A VENIR

La **préoccupation du vieillissement des personnes handicapées** conduit à demander une réflexion sur cette problématique.

Les propositions sont :

- de procurer une aide aux travailleurs handicapés fatigués, vieillissants,
- de procurer une prise en charge adaptée aux personnes handicapées vieillissantes,
- installer une complémentarité avec des équipes éducatives – relais ainsi qu'avec des établissements médicalisés.

S'agissant de l'**accompagnement**, apparaissent comme principes directeurs :

- une réflexion sur sa graduation,
- l'ouverture d'appartements collectifs pour offrir une meilleure immersion sociale,
- une réflexion sur la vie affective et sexuelle.

S'agissant de l'accueil des personnes atteintes par la **maladie mentale**, sont proposées :

- une organisation par un travail inter institutionnel de séjours de rupture,
- une recherche de collaboration avec le secteur psychiatrique.

Création de deux nouvelles structures pour **personnes très dépendantes** dont une polyvalente en faveur des personnes handicapées sur le plan moteur.

S'agissant du **travail protégé**, sont adoptés les principes de :

- rendre le travail protégé plus efficace sur le plan de la formation,
- adapter l'offre de formation aux nouveaux emplois.

Les principes d'orientation suivants sont aussi clairement affichés :

- rechercher des complémentarités chaque fois que cela est possible avec d'autres opérateurs,
- veiller à ne proposer que des unités de taille moyenne,
- développer et consolider la mise en place des projets individuels,
- favoriser la mobilité des personnes accueillies ainsi que du personnel,
- favoriser l'ouverture des établissements sur l'extérieur par la mise en place de partenariats et l'utilisation de dispositifs non spécialisés.

III. SYNTHÈSE DU DIAGNOSTIC

Cette étude montre, malgré l'augmentation de places depuis 1995, une pression forte auprès du dispositif pour adultes handicapés, demande à laquelle celui-ci, en l'état, ne peut répondre.

UNE DÉFAILLANCE QUANTITATIVE EN PLACES

Une défaillance quantitative est attestée par le nombre élevé de jeunes adultes relevant de l'amendement Creton, le nombre de personnes sur les listes d'attente des établissements, le taux de non-réalisation des orientations (de travail et/ou de placement) prononcées par la COTOREP. Les catégories d'établissement les plus touchées sont les CAT (avec pour un cas sur quatre une demande d'hébergement associée), les établissements pour les personnes les plus dépendantes (MAS, FDT), les SAJH, SAJ.

Une demande interne est soulignée également par les données issues de l'enquête « réorientations souhaitables » qui nous apportent un indicateur de la limite des prises en charge actuelles pour une partie de la population accueillie. Les mouvements intra-dispositifs souhaitables pour répondre à court terme à l'évolution de la situation des usagers montrent d'ores et déjà une demande d'hébergement pour des personnes actuellement accueillies dans le dispositif pour une activité mais non hébergées.

LES BESOINS D'ACCOMPAGNEMENT ET D'AIDE A DOMICILE

Si le nombre de personnes vivant à leur domicile et ayant besoin d'aide pour l'exercice d'activités essentielles de la vie quotidienne notamment dans le domaine de la mobilité peut être estimé à environ 7 000, le taux de satisfaction de ces besoins ainsi que les modalités de recours à cette aide sont actuellement méconnus. Il en est de même pour la configuration du ménage dans lequel vivent ces personnes.

Les études nationales mettent en lumière l'impact déterminant de la situation familiale de la personne aidée, avant celui du niveau de dépendance, quant au recours à une aide professionnelle. En effet, le rôle d'aidant principal est le plus souvent tenu par une personne de l'entourage.

Ces éléments nous indiquent toutefois un besoin potentiel d'aide à domicile voire d'accueil en urgence si la situation environnementale de la personne handicapée se dégrade ou si sa dépendance s'aggrave.

La question de l'accompagnement et du soin se pose avec acuité.

Ces dernières années, la nature de l'accompagnement proposé s'est modifiée pour offrir une réponse plus graduée, mieux adaptée à la situation des usagers, à leurs besoins particuliers d'étayage et/ ou de suppléance dans les actes usuels.

La prise en compte de ces besoins potentiels devrait conduire à en envisager l'extension à un plus grand nombre.

L'AVANCEE EN AGE DES PERSONNES HANDICAPEES

Le vieillissement des personnes handicapées est une préoccupation partagée par de nombreux opérateurs.

La recherche de solutions adaptées (spécialisées ou ordinaires), tant pour leur activité, leurs soins que pour leur hébergement s'impose. Cette recherche est déjà active. La proportion de personnes de plus de 45 ans parmi la population (21%) actuellement présente, incite à penser que cette tendance va se confirmer.

Un besoin en terme d'hébergement ou de modification de l'activité se manifeste déjà pour des travailleurs en atelier protégé.

Si actuellement seuls 7% des travailleurs en CAT travaillent à mi-temps, ce taux devrait s'accroître et obliger à penser des réponses complémentaires aux temps de travail allégé. Dès à présent des demandes d'hébergement spécialisé se manifestent pour des travailleurs vivant en famille ou dans un logement personnel. Sont aussi préconisées des réorientations vers une SACAT ou un SAJ pour près des 2/3 des travailleurs de plus de 45 ans.

La presque totalité des personnes de plus de 45 ans accueillies en SACAT, SAJ et sections spécialisées sont hébergées en foyer d'hébergement. Pour certaines d'entre elles, une réorientation est maintenant souhaitable pour une prise en charge plus importante de leur dépendance.

Près de la moitié des personnes actuellement accueillies en SAJH ou foyer de vie a plus de 45 ans.

Ces différents éléments obligent à anticiper les difficultés engendrées par l'avancée en âge des personnes handicapées elles-mêmes et de leur entourage.

D'UNE ECONOMIE CENTREE SUR L'ETABLISSEMENT A UN FONCTIONNEMENT EN RESEAU

Des prises en charge complémentaires actuellement mises en place au bénéfice des usagers impliquent la participation de partenaires de champs différents.

Des interventions extérieures à l'établissement sont déclarées pour délivrer des soins somatiques (selon le mode libéral) et des soins psychiques (pour ceux-ci les interventions thérapeutiques selon le mode libéral sont déclarées plus fréquentes que les interventions délivrées par le secteur psychiatrique). Jusqu'à maintenant ces interventions ne concernent qu'une faible proportion des usagers (près d'un usager sur trois en SAJH, et d'un travailleur sur six en CAT) alors que la fréquence de troubles psychiatriques associés aux déficiences mentales est observée.

Ces résultats montrent la nécessité de l'assouplissement et la diversification des modalités d'accueil, de soin et d'accompagnement. Les responsables des organismes gestionnaires ont attiré l'attention sur les difficultés de la mise en place des partenariats avec le secteur psychiatrique.

La définition, la matérialisation géographique et administrative ainsi que la formalisation de ces coordinations entre différents dispositifs s'avèrent indispensables pour apporter la garantie de continuité, de complémentarité des actions à mettre en œuvre en direction de l'usager.

L'armature commune à celles-ci devrait être celle des projets individuels qui orientent et organisent sur chacun des plans d'expérience (selon la classification de la CIH) de façon singulière pour chaque personne les actions à mettre en œuvre. En l'état actuel, les projets individuels sont pensés à l'intérieur de limites administratives, les actions s'appuient presque exclusivement sur l'économie de l'établissement.

L'utilisation de ressources extérieures à l'établissement semble rencontrer encore des obstacles. Si dans le département des organismes gestionnaires s'associent actuellement pour proposer de nouvelles actions ou monter des projets en commun, les échanges de ressources n'apparaissent pas encore suffisamment assurés.

Une mise en réseau permettrait de garantir une approche multidisciplinaire aux personnes. Impulser, promouvoir et garantir les initiatives et esquisses de réseaux de ressources de manière à en assurer la permanence, la fiabilité et la reproductibilité apparaît indispensable.

UNE OBSERVATION AUPRES DE LA COTOREP

L'étude des listes d'attente a pointé à la fois la question des procédures d'orientation par la COTOREP et la difficulté dans l'appréciation tant qualitative que quantitative des flux en direction du dispositif pour adultes handicapés.

Il semblerait en effet que parfois l'orientation professionnelle est demandée en même temps que l'AAH sans aide ou conseil pour constituer le dossier de demande ni évaluation des capacités liées aux situations de travail. Si la nature des demandes est bien évidemment induite par la structure de l'offre, ce phénomène est amplifié par cette procédure insuffisamment étayée.

En outre, une fois l'orientation prononcée par la COTOREP, la démarche de prise de contact avec les établissements n'est pas forcément facile pour le public concerné. Enfin, la durée d'attente pour une entrée en établissement de travail protégé semble démobiliser bon nombre d'entre eux. Sans un suivi de la situation des personnes concernées après la procédure d'orientation, l'estimation des demandes est rendue incertaine.

Une observation en continu des besoins exprimés auprès de la COTOREP et des réponses apportées participerait à une analyse de l'évolution quantitative et qualitative des besoins des personnes handicapées, ainsi qu'à celle de l'évaluation des possibilités de réponse du dispositif.

Doter les COTOREP d'un outil répondant à ces objectifs permettrait de repérer et d'évaluer avec précision l'adéquation des réponses apportées aux besoins exprimés mais aussi le nombre et le type de places qui peuvent faire défaut. Il serait un appui précieux à la planification, mais aussi à un ajustement régulier et pertinent des réponses du dispositif.

**QUATRIEME PARTIE : PLAN D’ACTION ET PRIORITES
POUR LES 5 ANNEES A VENIR**

LES PROPOSITIONS D'ACTION (2002 – 2007)

Le rôle d'un schéma départemental est de prévoir et de favoriser les évolutions du dispositif de prise en charge des personnes handicapées au cours des cinq prochaines années (2002 – 2007), permettant ainsi la programmation d'équipements nouveaux si nécessaire, et l'adaptation des formules d'accueil et des méthodes de travail.

Lors de la première réunion du Comité de Pilotage du 29 mars 2000 ont été définies les orientations de réactualisation du schéma départemental pour personnes handicapées adultes :

- ✓ **Améliorer et développer l'information**
 - Poursuivre la dynamique de concertation à travers la réactualisation du schéma
 - Développer et adapter l'information pour les personnes adultes handicapées et leur famille
 - Mieux connaître la population adulte handicapée ligérienne pour mieux répondre à ses besoins
 - Favoriser l'information et la communication des professionnels

- ✓ **Développer et adapter les services pour garantir la qualité de vie de la personne handicapée**
 - Favoriser l'intégration sociale des personnes handicapées
 - Accompagner la personne handicapée dans son choix de vivre à domicile seule ou en famille
 - Soutenir et renforcer l'insertion professionnelle des personnes adultes handicapées
 - Adapter, améliorer et développer les réponses facilitant au maintien ordinaire de vie
 - Garantir la qualité de l'accueil en établissement et des services offerts

- ✓ **Prendre en charge le vieillissement des personnes handicapées**
 - Diversifier les réponses face à une situation nouvelle

- ✓ **Favoriser la mise en place d'un dispositif souple et adaptable**
 - Coordonner les interventions et travailler en réseaux
 - Favoriser les passerelles, prévenir les ruptures
 - Pouvoir répondre aux situations d'urgence

Le bilan de l'existant ainsi que les réflexions issues des groupes de travail ont fourni les éléments de départ des propositions d'action. Elles vont se décliner sous forme de fiches actions tantôt générales, tantôt plus spécifiques et plus précises.

Le bilan de l'existant ainsi que les réflexions issues des groupes de travail ont fourni les éléments de départ des propositions d'action. Elles vont se décliner sous forme de fiches actions tantôt générales, tantôt plus spécifiques et plus précises.

Chaque groupe de travail, après avoir fait un certain nombre de constats, a apporté des propositions générales permettant de mieux appréhender la situation spécifique de chaque personne handicapée.

D'une manière générale, il ressort de la réflexion de l'ensemble des partenaires, quelque soit le thème abordé :

- une nécessité de centrer le dispositif de prise en charge autour de la personne handicapée et non le contraire,
- la nécessité d'informer la personne handicapée et sa famille sur le dispositif de prise en charge existant,
- la nécessité d'une coordination départementale autour de la personne handicapée, tant en matière sanitaire, d'aide à domicile, de logement, d'aide sociale...
- apporter des réponses plus souples et adaptées, permettant un passage plus simple et rapide d'un dispositif à un autre.

Les propositions sont présentées autour des orientations suivantes :

1 - Mieux informer les personnes handicapées et leur famille, ainsi que les professionnels

2 - Renforcer le soutien à domicile

3 - Faire face au vieillissement des personnes handicapées et de leurs familles

4 - Renforcer et diversifier l'offre d'accueil

1 - Mieux informer les personnes handicapées et leurs familles

FICHE ACTION N° 1 : Améliorer l'information et la coordination des aides destinées aux personnes handicapées adultes

Constats :

- La diversité de partenaires institutionnels et associatifs entraîne des sources multiples d'information
- Il n'existe pas de dispositif fédérateur, permettant une connaissance départementale du dispositif d'accueil de la personne handicapée
- Les personnes handicapées et leurs familles ont de grandes difficultés à se repérer

Objectifs :

- Centraliser toutes les informations relatives aux dispositifs d'aide et de prise en charge des personnes handicapées
- Centrer le dispositif autour de la personne handicapée et non l'inverse.

Moyens :

Création d'un service d'information et de coordination en faveur de la personne handicapée, de sa famille et des professionnels. **Il devra :**

1. Etre un centre d'information, constituant une base documentaire actualisée spécifique au handicap, pouvant répondre aux demandes du public et des professionnels.
2. Etre une centrale d'écoute, en répondant aux diverses attentes du public et des professionnels, et en orientant la personne vers l'interlocuteur capable de l'aider.
3. Etre une cellule de coordination regroupant tous les différents partenaires du secteur du handicap, permettant de prendre en compte au mieux les besoins de chaque personne handicapée, et de déterminer la meilleure solution à apporter.

Cette cellule aura pour mission :

- la coordination des aides à apporter
- la coordination des services impliqués
- l'accompagnement auprès d'adultes handicapés (suivi des services rendus)
- l'accompagnement auprès d'autres structures

Elle permettra de gérer les listes d'attente des établissements, avec l'aide de partenaires extérieurs si nécessaire.

1 - Mieux informer les personnes handicapées et leurs familles

FICHE ACTION N° 2 : Etablir un guide d'informations sur le dispositif mis en place dans le département autour de la personne handicapée

Constats :

- Une grande diversité de partenaires institutionnels et associatifs
- Une grande diversité de dispositifs
- Une méconnaissance des personnes handicapées, de leurs familles et des aides existantes (aides financières, aides techniques, ...)

Objectifs :

- Centraliser toutes les informations relatives aux dispositifs d'aide et de prise en charge des personnes handicapées, afin de faciliter leur diffusion et leur connaissance par les personnes handicapées et leurs familles

Moyens :

Création d'un guide unique départemental, présentant l'ensemble du dispositif relatif à la personne handicapée adulte : démarches administratives, aides, allocations, interlocuteurs, établissements d'accueil, etc...

Il regroupe toutes les informations communes à l'ensemble :

- des partenaires institutionnels (Cotorep, Caisses d'Allocations Familiales, Conseil Général, Direction Départementale du Travail et de la Formation Professionnelle, etc...)
- des partenaires associatifs (insertion professionnelle, hébergement, aide à la vie à domicile, services de soins à domicile, services d'aide à la vie sociale, etc...)

1 - Mieux informer les personnes handicapées et leurs familles

FICHE ACTION N° 3 : Développer l'accès à la communication aux personnes mal-voyantes

Constats :

- L'accès à l'information reste difficile pour les personnes mal-voyantes.

Objectifs :

- Permettre aux personnes mal-voyantes d'avoir accès aux informations collectives.

Moyens :

- 1 - Edition du magazine « Loire Magazine » en braille et sous forme de cassettes sonores, permettant ainsi l'accès des informations générales aux personnes mal-voyantes.
- 2 – Sensibilisation des autres partenaires institutionnels (communes, communauté de communes, ...) pour favoriser l'accès à leurs informations par les personnes mal-voyantes.

2 - Renforcer le soutien à domicile

FICHE ACTION N° 1 : Développer les services de soins à domicile pour les personnes handicapées

Constats :

- Saturation des réponses d'aide sanitaire par les para-médicaux
- Pas de services de soins à domicile pour les personnes handicapées
- L'aide sanitaire repose trop sur une seule personne. Les soins intègrent souvent une relation forte
- Pas de solution d'urgence adaptée.

Objectifs :

- Elargir l'offre des soins à domicile pour les personnes handicapées

Moyens :

1 – Réaliser un recensement des besoins des personnes handicapées vivant à domicile en matière de soins par les services de l'Etat

2 – Obtenir des places de Services de Soins Infirmiers à Domicile (S.S.I.A.D.) destinées aux personnes handicapées suffisantes pour couvrir les besoins estimés.

Il est à noter que le Département de la Loire vient d'obtenir, à titre expérimental, le financement de 10 places de SSIAD pour personnes handicapées en 2001.

2 - Renforcer le soutien à domicile

FICHE ACTION N° 2 : Elaborer des plans de soutien individualisés et coordonner les aides apportées (techniques et / ou humaines)

Constats :

- Pas de coordination officielle des aides et des partenaires (services d'aide à domicile, services de soins, services d'accompagnement à la vie sociale)
- Difficultés de mise en œuvre des différentes aides (sanitaire, à domicile, sociale) plus particulièrement en cas d'urgence

Objectifs :

- Maintenir la personne handicapée à domicile
- Favoriser autant que possible l'accès ou le retour au milieu ordinaire de vie
- Répondre plus facilement aux besoins des personnes handicapées et à l'urgence.

Moyens :

1 – Mise en place d'équipes pluri-professionnelles réalisant des plans de soutien, à l'instar des plans d'aide pour les personnes âgées.

Ces équipes auraient pour mission d'évaluer les besoins de la personne en fonction de son cadre de vie et de son entourage.

Le Département souhaite créer une équipe de professionnels, qui pourrait travailler en collaboration avec les services existants (par exemple : le site pour la vie autonome existant -Pilote 42)

2 - Création d'un réseau de coordination des soins et de l'accompagnement social de la personne handicapée adulte, permettant :

- une réponse adaptée à ses besoins,
- une coordination des différents acteurs de terrain,
- une articulation entre les services.

2 - Renforcer le soutien à domicile

FICHE ACTION N°3 : Améliorer l'accompagnement à la vie sociale des personnes handicapées vivant à domicile ou souhaitant vivre à domicile

Constats :

- Besoin important d'accompagnement
- Les personnes vivant à domicile souffrent souvent de la solitude et d'un certain enfermement
- Manque de réponses adaptées pour des personnes handicapées complètement isolées ou en situation d'échec d'intégration dans le monde de l'emploi.
- Réel problème d'accompagnement social pour des personnes handicapées ne pouvant plus travailler ou travaillant à mi-temps.
- Nécessité de soulager les familles ou les aidants

Objectifs :

- Maintenir la personne handicapée à domicile, en la sortant de son isolement social.
- Favoriser autant que possible l'accès ou le retour au milieu ordinaire de vie

Moyens :

1 - Définir de façon homogène, dans le cadre de réunions de concertation, les missions (ou suivis) réalisées par les services d'accompagnement à la vie sociale.

2 – Favoriser une dynamique de réseau entre les services d'accompagnement existants, par l'instauration de réunions régulières organisées par le Conseil Général, permettant un échange d'expériences, une réflexion commune sur les améliorations à apporter en terme d'accompagnement.

3 - Mettre en place une commission d'examen des plans de soutien individualisés (avec la participation des représentants d'usagers).

4 - Renégocier les conventions actuelles afin de prendre en compte les moyens nécessaires au développement de l'accompagnement à la vie sociale.

5 - Adapter la tarification spécifique en fonction des différents accompagnements.

6 - Développer l'accompagnement des personnes handicapées pour le maintien à domicile ou l'accès à une certaine autonomie, en intégrant les aspects loisirs.

3 – Faire face au vieillissement des personnes handicapées et leurs familles

FICHE ACTION N° 1 : Développement d'un dispositif de prise en charge des personnes handicapées vieillissantes

Constats :

- Le vieillissement des personnes handicapées est désormais à prendre en compte. On dénombre 487 personnes accueillies dans le dispositif pour adultes handicapés âgés de plus de 45 ans.
Sur ces 487 personnes, 50 travaillent en atelier protégé, 231 sont actuellement travailleurs de CAT, 58 en SACAT/SAJ, et 90 en Foyer de vie.
- Difficultés de maintenir les ex-travailleurs CAT en foyer d'hébergement dans les conditions actuelles de prises en charge.

Objectifs :

- Créer un dispositif centré sur la personne handicapée vieillissante.
- Privilégier autant que possible le maintien dans la vie ordinaire
- Diversifier les réponses face à une situation actuelle.

Moyens :

1 – Créer une diversité de solutions d'accueil en fonction des besoins réels de la personne handicapée.

Ci-joint un catalogue de possibilités.

2 – Adapter les structures existantes pour la prise en compte du vieillissement, en privilégiant le soutien aux actes essentiels de la vie quotidienne.

3 - Développer l'accompagnement social en habitat regroupé notamment pour les ex-travailleurs d'atelier protégé et de CAT.

4 – Adapter l'accueil familial. Le Département de la Loire envisage ce type d'accueil et a, d'ores et déjà mis en place de nouvelles modalités financières pour les familles d'accueil, plus avantageuses que les précédentes.

5 – Préparer la personne handicapée à sa nouvelle situation (arrêt d'activité) et au changement de structure, en maintenant pendant un certain temps un lien avec son ancienne structure. Il sera nécessaire de prévoir un temps d'accompagnement.

TABLEAU : PROPOSITIONS DE PRISES EN CHARGE DES PHV

3 - Faire face au vieillissement des personnes handicapées et leurs familles

FICHE ACTION N° 2 : Mise en place d'une instance d'évaluation pour les personnes handicapées vieillissantes

Constats :

- Difficultés d'évaluer la dépendance et le handicap.
- Difficultés de prise en charge des personnes handicapées vieillissantes dans les structures actuelles. Engorgement inévitable de celles-ci.
- Peu de solutions pour les personnes handicapées vieillissantes à domicile pour tenir compte également du vieillissement de la famille.

Objectifs :

- Orienter le mieux possible la personne handicapée vieillissante en fonction de ces besoins et de son état.

Moyens :

1 – Mettre en place et utiliser une grille d'évaluation de l'état de la personne handicapée vieillissante, à l'instar de la grille AGGIR pour les personnes âgées.

2 – Créer une commission d'évaluation qui aura pour mission de déterminer la meilleure solution à apporter en terme de prise en charge de la personne handicapée vieillissante.

Cette commission pourra être composée :

- du médecin conseil de la Direction de la Protection sociale,
- du médecin siégeant à la Cotorep,
- de professionnels travaillant dans des établissements d'hébergement, pour personnes handicapées et / ou pour personnes âgées,
- des professionnels de SAVS,
- de représentants du Département.

3 - Faire face au vieillissement des personnes handicapées et leurs familles

FICHE ACTION N° 3 : Médicaliser les places de foyers de vie ou autres structures accueillant des personnes handicapées vieillissantes

Constats :

Le vieillissement de la personne handicapée est accompagné très souvent de pathologies associées, non prises en compte aujourd'hui.

Objectifs :

Apporter à la personne handicapée vieillissante une prise en charge sanitaire nécessaire à son état de santé.

Moyens :

Négocier avec l'Etat et l'Assurance Maladie l'obtention d'un forfait-soin pour les personnes handicapées vieillissantes résidant en foyer de vie, en structures annexes à des foyers et maisons de retraite.

4 - Renforcer et diversifier l'offre d'accueil

FICHE ACTION N° 1 : Développer les offres d'accueil dans le Département de la Loire

Constats :

- Des besoins en place non satisfaits.
- Manque de souplesse dans le dispositif d'accueil actuel.
- Difficulté de réponse face à une situation d'urgence.

Objectifs :

- Recentrer l'accueil autour de la personne handicapée, de son choix d'accueil et de ses besoins réels, en ne favorisant pas systématiquement un hébergement en établissement si non nécessaire.
- Créer des passerelles entre les différentes structures, ce qui nécessite une interaction plus forte de l'ensemble des associations.
- Répondre à l'urgence de certaines situations.
- Permettre aux familles et aidants de souffler.
- Privilégier de façon incitative le domicile pour les personnes handicapées en atelier protégé et en partie en CAT.
- Elargir la gamme de l'offre d'accueil du Département de la Loire.

Moyens :

1 - Créer des places d'hébergement temporaire dans les établissements permettant de pouvoir répondre à l'urgence ou à une situation provisoire.

Il pourrait être envisagé la création dans un premier temps d'une place d'hébergement temporaire par établissement existant, sans moyens importants supplémentaires.

2 – Créer des unités de vie de petite taille, de type « foyers éclatés » disposant d'appartements relais, permettant un accompagnement plus important que celui offert traditionnellement par les SAVS, tout en gardant une certaine autonomie.

Le résidant acquitterait les charges d'hébergement et le Département prendrait en charge l'accompagnement à la vie quotidienne.

3 – Création de lieux d'accueil de jour, plus souples que les Sections d'Accueil de Jour (SAJ) existantes, permettant un accueil séquentiel à la demi-journée, journée, voire plus.

Les créations de ces nouveaux services ne pourront se réaliser sans la participation financière des personnes handicapées et/ou des familles

4 – Création de places d'accueil pour personnes handicapées vieillissantes, permettant ainsi la libération de places dans les foyers existants et l'accueil des « Cretons » dans des foyers pour adultes.

Les créations de places s'effectueront par appel à projets.

4 - Renforcer et diversifier l'offre d'accueil

FICHE ACTION N°2 : Conclure des conventions d'objectifs et de moyens avec les établissements accueillant des personnes handicapées

Constats :

- Nécessité de créer des places.
- Manque de relations contractuelles avec les associations.

Objectifs :

- Permettre la création du plus grand nombre de places d'accueil en structures spécialisées en veillant à la qualité des prises en charge et en responsabilisant les associations gestionnaires.

Moyens :

- 1 – Définir, de manière homogène à l'ensemble des structures du secteur, les différents types d'hébergement, en fonction de la personne accueillie.
- 2 – Signer une convention d'objectifs permettant :
 - une évolution négociée des budgets de fonctionnement,
 - une gestion plus autonome des budgets par les structures,
 - des créations de places à coût optimisé (par rapport aux besoins de prise en charge),
 - une mise en place d'une démarche qualité, intégrant notamment les objectifs en terme de formation des personnels,
 - une mise en place de critères d'évaluation de la prise en charge par les établissements.

4 - Renforcer et diversifier l'offre d'accueil

FICHE ACTION N° 3 : Renforcer les relations avec les secteurs de psychiatrie

Constats :

- Difficultés actuelles importantes dans les relations avec les secteurs de psychiatrie.
- Sentiment de la part des associations que les secteurs de psychiatrie ne répondent pas aux attentes des établissements dans le cadre d'une crise ou dans l'après crise.

Objectifs :

- Renforcer les liens avec les secteurs de psychiatrie.
- Permettre aux établissements d'avoir un interlocuteur attentif aux difficultés rencontrées.
- Permettre une réponse plus adaptée aux problématiques psychiatriques des résidents des établissements médico-sociaux.

Moyens :

1 – Connaître les besoins par la réalisation d'une enquête ayant pour objectif de déterminer :

- les troubles des résidents,
- la fréquence de crise de la part des résidents,
- les difficultés rencontrées dans les établissements.

2 – Elaborer avec les secteurs de psychiatrie des conventions clarifiant les relations.

3 – Favoriser les passerelles entre le secteur médico-social et les secteurs de psychiatrie (favoriser la communication entre les médecins ou infirmiers psychiatriques et les éducateurs, les échanges de personnel).

4 – Mettre en place des formations du personnel pour éviter la crise ou la contenir.

5 – Améliorer le suivi médical des personnes à domicile par les secteurs de psychiatrie.

GLOSSAIRE

AAH	Allocation Adultes Handicapés
ACTP	Allocation Compensatrice pour Tierce Personne
ADAPEI	Association Départementale des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés
ANPE	Agence Nationale Pour l'Emploi
AP	Atelier Protégé
APF	Association des Paralysés de France
CAF	Caisse d'Allocation Familiale
CAT	Centre d'Aide par le Travail
CDES	Commission Départementale de l'Éducation Spéciale
CEM	Centre d'Éducation Motrice
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CIH	Classification Internationale des Handicaps
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
COTOREP	Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
ETP	Équivalent Temps Plein
FDT	Foyer Double Tarification
FH	Foyer d'Hébergement
FO	Foyer Occupationnel
FV	Foyer de Vie
HID	Handicaps Incapacités Dépendance
IMC	Infirmes Moteur-Cérébral
IME	Institut Médico-Éducatif
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IRPRO	Institut de Rééducation Professionnel

MAPHA	Maison d'Accueil pour Personne Handicapées Âgées
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée (adultes handicapés)
MO	Milieu Ordinaire
MSA	Mutualité Sociale Agricole
NR	Non-Réponse
NSP	Ne Sait Pas
PDITH	Programme Départemental d'Insertion des Travailleurs Handicapés
POLYH	Polyhandicap /polyhandicapé
SACAT	Section Annexée à un CAT
SAJ	Section d'Activité de Jour
SAJH	Service d'Activité de Jour avec Hébergement
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SLAS	Service Logement Accompagnement Social