

DEPARTEMENT DES BOUCHES-DU-RHONE



**Schéma départemental en faveur des
personnes handicapées**

2017-2022



DÉPARTEMENT
**BOUCHES-
DU-RHÔNE**





Sommaire

Introduction	3
Etat des lieux	5
L'accueil des enfants et adolescents en situation de handicap	5
L'accueil des adultes en situation de handicap	7
Les entreprises adaptées	9
Les orientations	10
Informier et faciliter l'accès aux dispositifs	12
Action 1 : Renforcer l'accès à l'information des personnes handicapées et des proches aidants	12
Action 2 : Favoriser la coordination des acteurs	13
Poursuivre le développement de prévention	15
Action 1 : Permettre le repérage précoce des troubles envahissants du développement et troubles du spectre de l'autisme	15
Action 2 : Assurer un repérage des troubles du développement et troubles sensoriels pour les enfants à l'école	16
Action 3 : Faciliter l'accès au système de santé et de prévention des personnes malentendantes et sourdes	17
Adapter et améliorer l'offre de prise en charge	19
Action 1 : Organiser l'offre d'aide à domicile	19
Action 2 : Développer l'accueil familial des personnes handicapées	20
Action 3 : Optimiser les moyens existants	21
Soutenir les personnes handicapées et leurs aidants	23
Action 1 : renforcer le soutien aux proches aidants en créant et optimisant les places d'accueil	23
Action 2 : Diversifier l'offre d'aide et de répit pour les proches aidants	24
Action 3 : Promouvoir la qualité de vie des personnes handicapées dans les domaines culturels et sportifs	25
Action 4 : Renforcer l'accès et le maintien dans un logement autonome	26
Conclusions : projections	28





Introduction

Le Département des Bouches-du-Rhône s'inscrit résolument dans les diverses évolutions du champ du handicap et offre aujourd'hui, sur son territoire, un dispositif d'accompagnement des personnes handicapées dont il s'agit d'accompagner les mutations dans une exigence permanente de qualité.

Le Schéma Départemental est un outil d'aide à la décision. Il donne une **résonance territoriale aux orientations nationales** et définit, en concertation avec les acteurs et les usagers, les **stratégies départementales** qui seront mises en œuvre sur le territoire au cours des cinq prochaines années. L'enjeu de ce schéma est donc en premier lieu d'approfondir cette **démarche d'intégration des grands axes des politiques du handicap et de les adapter aux spécificités territoriales**.

Ce schéma est enfin à **mettre en perspective avec le schéma départemental en faveur des personnes âgées** élaboré parallèlement. La concomitance de certaines problématiques, l'intervention d'acteurs identiques (notamment les SAAD, dont le secteur connaît une profonde refondation quel que soit le public considéré) ou le poids de problématiques transverses (la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes notamment) invitent à concevoir les liens possibles entre ces deux thématiques tout en préservant la spécialisation des réponses apportées à chaque public.

La méthodologie retenue pour l'élaboration du schéma en faveur des personnes handicapées pour la période 2017-2022

Les schémas précédemment menés ont permis d'établir une **dynamique partenariale forte avec les acteurs du territoire** dans l'élaboration des politiques à destination des personnes handicapées à l'échelle départementale. Ce contexte doit faciliter la mise en œuvre des nouveaux dispositifs en lien avec la « réponse accompagnée pour tous ».

Le choix a été fait de **consulter les acteurs par voie de questionnaire**. La **diffusion large auprès d'établissements, de services et d'usagers** assure une consultation étendue, permettant de **dresser le portrait de l'offre, d'analyser les difficultés rencontrées par les établissements et services** et de **saisir directement les attentes des usagers**.

Dans le présent document, un diagnostic quantitatif, reposant sur une cartographie de l'offre et des besoins sur le territoire ainsi qu'une comparaison interdépartementale de l'offre, est complété par un diagnostic qualitatif, se fondant sur les résultats des questionnaires.

De plus, le schéma comprend une **déclinaison en orientations et actions du plan d'actions retenu** pour la période 2017-2022, rappelant pour chaque action les objectifs stratégiques, les éléments opérationnels de mise en œuvre ainsi que les indicateurs d'évaluation.





Questionnaires



1. Questionnaire à destination des services d'aides et d'accompagnement à domicile (SAAD)
2. Questionnaire à destination d'établissement accueillant des personnes handicapées adultes
3. Questionnaire à destination de personnes adultes handicapées vivant à domicile

Cartographie de l'offre et des besoins sur le territoire

1. Données socio-démographiques relatives aux personnes handicapées
2. Les bénéficiaires d'une prestation handicap
3. L'offre à destination des personnes handicapées



Comparaison interdépartementale de l'offre

Cette comparaison s'appuie sur ces **données concernant l'offre des ESSMS** sur le territoire départemental (source STATISS) pour l'année **2015**. Les Bouches-du-Rhône sont ainsi comparées :



- aux **autres Départements de la région** Provence-Alpes-Côte-d'Azur (Hautes-Alpes, Vaucluse, Alpes de Haute-Provence, Alpes Maritimes, Var)
- à **trois départements de taille relativement identique** (Hauts-de-Seine, Rhône, Nord) ainsi qu'à la moyenne en France Métropolitaine.



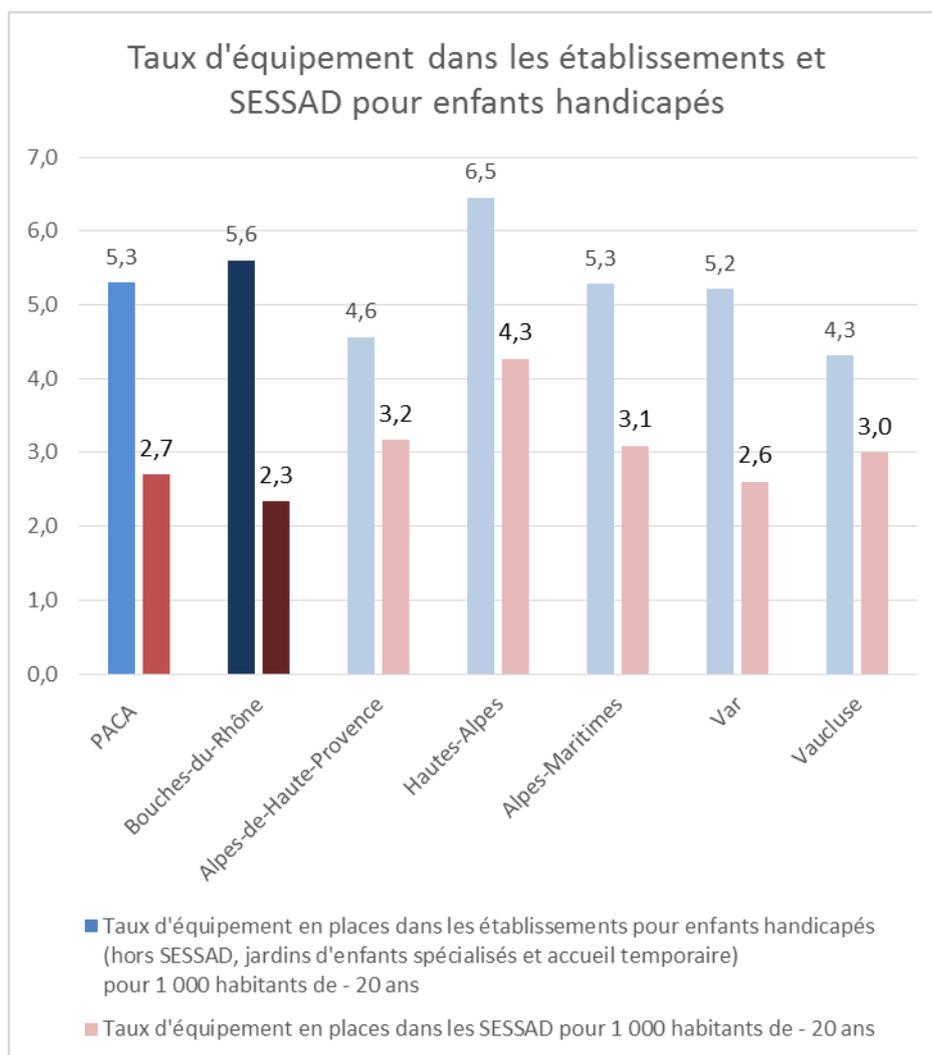


Etat des lieux

L'accueil des enfants et adolescents en situation de handicap



Les taux d'équipement des établissements et SESSAD pour enfants handicapés du Département sont semblables aux taux régionaux et comparables aux taux de la France Métropolitaine et des territoires de comparaison d'après les données STATISS en 2015. On dénombre en moyenne 5,6 places dans les établissements pour enfants handicapés, 3 places en SESSAD pour 1 000 habitants de moins 20 ans.





	France métropolitaine	Rhône	Hauts-de-Seine	Nord
Taux d'équipement en places dans les établissements pour enfants handicapés (hors SESSAD, jardins d'enfants spécialisés et accueil temporaire) pour 1 000 habitants de - 20 ans	6,57	6,06	4,91	7,18
Taux d'équipement en places dans les SESSAD pour 1 000 habitants de - 20 ans	3,00	2,22	2,12	3,11

Les taux d'équipement pour les différents établissements d'accueil des enfants handicapés des Bouches-du-Rhône sont similaires aux taux régionaux. A l'exception du taux d'I.E.M inférieur aux taux des territoires de comparaison, le Département semble comparable au Rhône, Hauts-de-Seine et Nord. Il dispose d'un meilleur taux d'équipement pour les enfants et adolescents polyhandicapés ainsi que pour les I.M.E (à l'exception du Département du Nord).

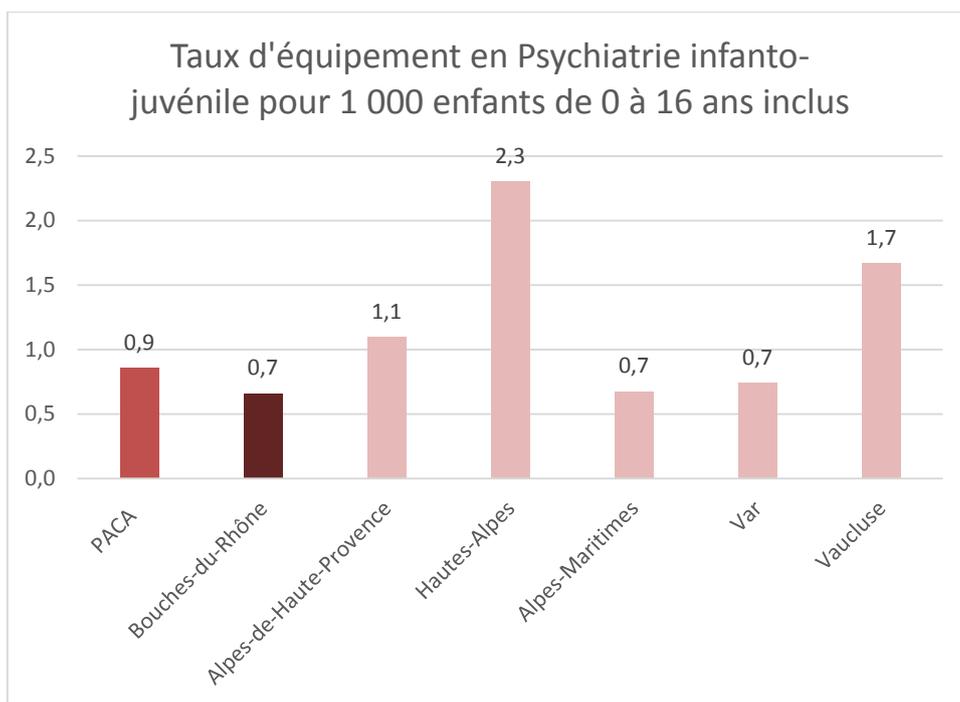
Établissements	Bouches du Rhône	Rhône	Hauts-de-Seine	Nord	PACA
Instituts médico-éducatifs (I.M.E.)	3,41	2,90	2,72	4,71	3,54
Établissements enfants ou adolescents polyhandicapés	0,59	0,21	0,21	0,09	0,50
Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (I.T.E.P.)	0,65	1,58	0,08	0,52	0,61
Instituts d'éducation motrice (I.E.M.)	0,17	0,70	0,93	0,88	0,17
Établissements pour jeunes déficients sensoriels	0,76	0,39	0,74	0,97	0,43
Établissements expérimentaux	0,04	0,29	0,23	0,01	0,05
Établissement d'accueil temporaire	0,03	0,15	0,00	0,00	0,01
Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)	2,33	2,22	2,12	3,11	2,70

Source : STATISS, 2015





Le taux d'équipement en psychiatrie infanto-juvénile est légèrement plus faible à l'échelle du département qu'au niveau régional (0,7 place pour 1 000 enfants de 0 à 16 ans inclus contre 0,9). Ces taux d'équipement sont sensiblement inférieurs aux moyennes de la France Métropolitaine et des territoires de comparaison (voir données ci-dessous).



	France métropolitaine	Rhône	Hauts-de-Seine	Nord
Taux d'équipement en Psychiatrie infanto-juvénile pour 1 000 enfants de 0 à 16 ans inclus	6,57	6,06	4,91	7,18

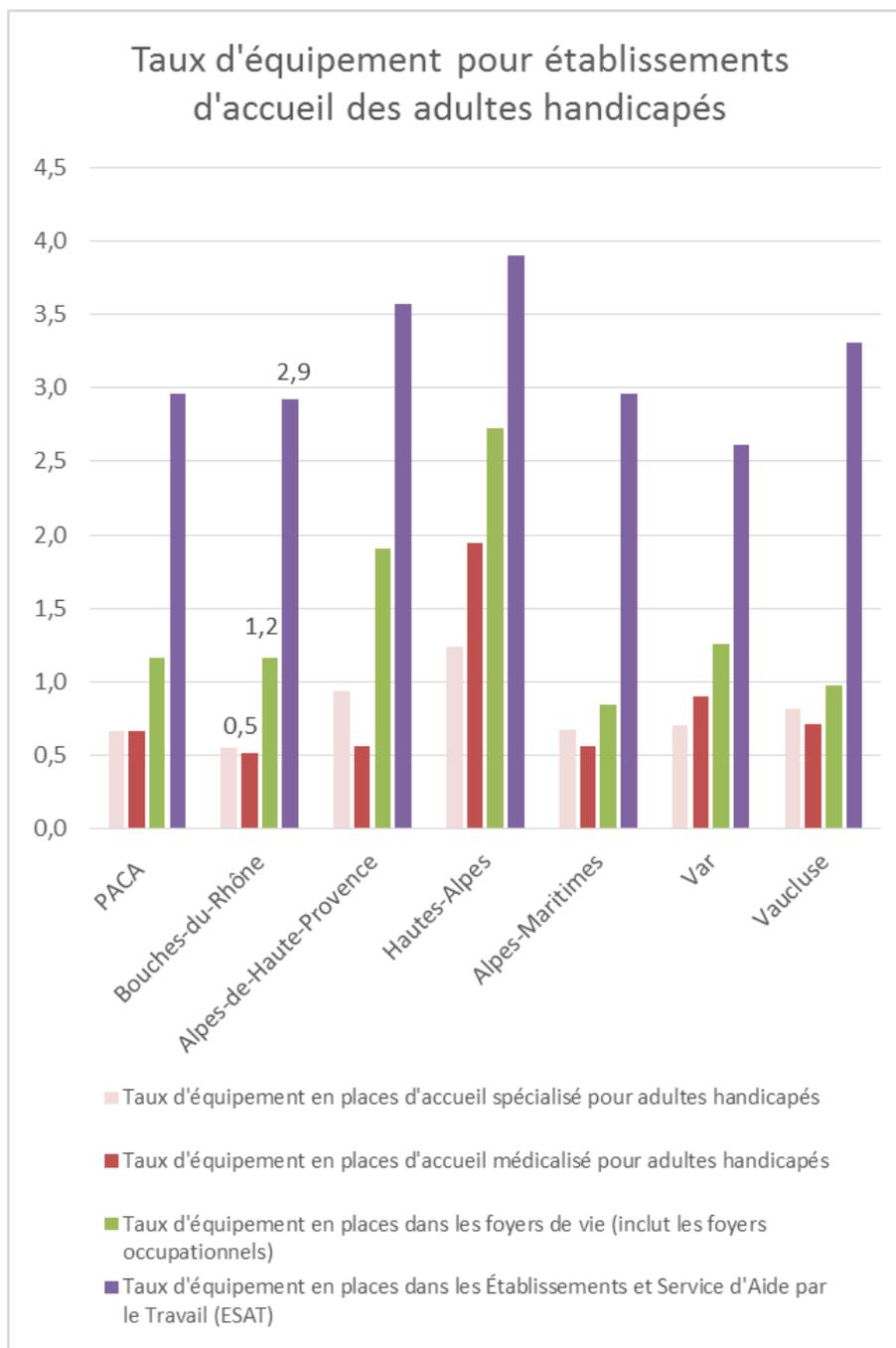
L'accueil des adultes en situation de handicap



Les taux d'équipement des établissements d'accueil pour les adultes handicapés sur le territoire sont proches des moyennes régionales et nationales

On dénombre 0,6 place d'accueil spécialisé pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans, 0,5 place d'accueil médicalisé, 1,2 place de foyers de vie et 2,9 places d'ESAT.





	France métropolitaine	Rhône	Hauts-de-Seine	Nord
Taux d'équipement en places d'accueil spécialisé pour adultes handicapés	0,80	0,48	0,22	0,86
Taux d'équipement en places d'accueil médicalisé pour adultes handicapés	0,74	0,92	0,45	0,54
Taux d'équipement en places dans les foyers de vie (inclut les foyers occupationnels)	1,48	1,98	0,80	1,60
Taux d'équipement en places dans les Établissements et Service d'Aide par le Travail (ESAT)	3,52	3,14	2,33	4,07

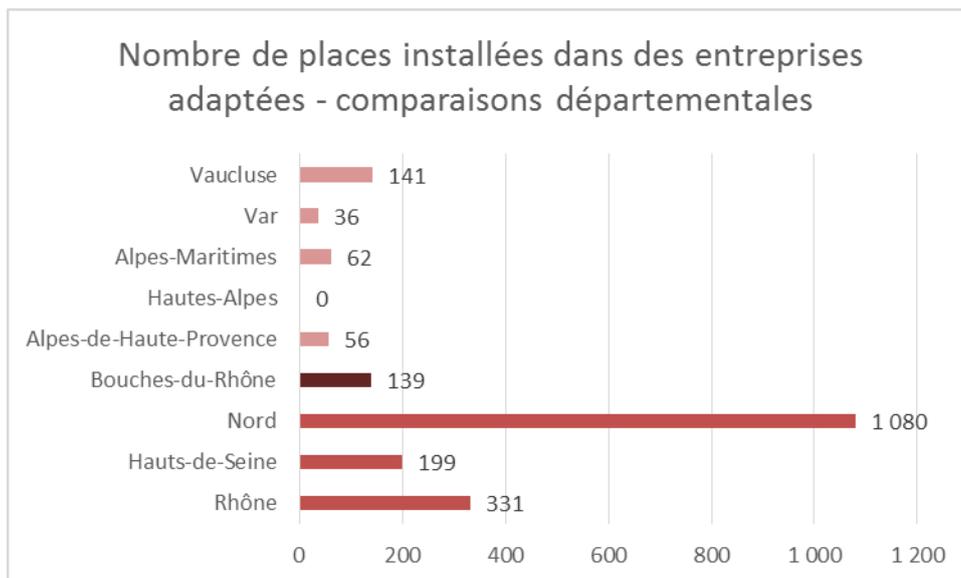




Les entreprises adaptées



En 2015, le Département compte 139 places installées dans des entreprises adaptées, soit un total légèrement inférieur aux territoires de comparaison des Hauts de Seine et du Rhône, voire très faible en comparaison avec le Département du Nord.





Les Orientations

Le département des Bouches-du-Rhône développe sa politique en faveur des personnes en situation de handicap. Ce schéma, qui couvrira la période 2017-2022, priorise les actions à mettre en oeuvre pour répondre au mieux aux besoins des personnes handicapées à partir des quatre grandes orientations : Informer, Prévenir, Améliorer, Soutenir.

Ce schéma en faveur des personnes handicapées est ainsi bien plus qu'une obligation à remplir. Volontairement court dans sa rédaction, il a été naturellement préparé en concertation avec les partenaires, à partir d'un état des lieux des politiques existantes et d'une évaluation des actions du précédent schéma.

Orientation 1: Informer et faciliter l'accès aux dispositifs

L'accès à une information de qualité est un enjeu majeur, compte-tenu de la complexité des dispositifs et la multiplicité des acteurs.

Le Conseil Départemental, par l'intermédiaire de son site internet, s'adresse aux personnes en situation de handicap ainsi qu'à leurs proches et met à leur disposition tous les documents qui leur sont dédiés. Il apporte des réponses de proximité aux personnes en situation de handicap et favorise la mise en oeuvre de leur projet de vie

Favoriser l'accès à l'information et aux droits et renforcer la lisibilité des dispositifs sont ainsi les priorités du schéma en structurant les relations entre les différents professionnels et en favorisant les coordinations et les coopérations des acteurs.

Orientation 2 : Poursuivre le développement de prévention

Poursuivre la politique de professionnalisation des intervenants et des acteurs, améliorer les mutualisations et collaborations entre les professionnels, et poursuivre la démarche de soutien aux proches aidants

Dans le cadre de sa politique de santé, le département participe au repérage et à la prise en charge des enfants handicapés.

Il s'agit d'une mission essentielle du département, mise en oeuvre dans le cadre de la politique publique de PMI et de santé qu'il convient de mettre en évidence dans le schéma départemental des personnes en situation de handicap.





Elle s'adresse aux enfants manifestant des troubles envahissant du développement et du spectre autistique, aux enfants en école maternelle afin de repérer les troubles du développement et les déficits sensoriels.

Enfin, le département mène une action importante d'accès aux consultations de dépistage et de planification qu'il organise pour les personnes malentendantes.

Orientation 3 : Adapter et améliorer l'offre de prise en charge

L'adaptation de l'offre de prise en charge passe par l'organisation territoriale de l'aide à domicile, en adaptant l'offre d'hébergement à l'évolution des besoins des personnes handicapées, en diversifiant l'offre d'accueil et en structurant l'offre et en développant l'accueil familial.

L'optimisation des moyens existants de prise en charge est une priorité du département afin de répondre aux besoins des personnes handicapées et participer à la réponse accompagnée pour tous.

Orientation 4 : Soutenir les personnes en situation de handicap et leurs aidants

Soutenir les personnes en situation de handicap en créant et utilisant mieux les places en structure d'accueil.

Diversifier l'offre de répit à domicile pour les aidants proches et promouvoir une qualité de vie dans des domaines culturels ou sportifs afin de répondre aux projets de vie des personnes en situation de handicap.





Orientation 1 : Informer et faciliter l'accès aux dispositifs

Action 1 : Renforcer l'accès à l'information des personnes en situation de handicap et de leurs proches aidants

CONTEXTE	
<p>La loi du 11 février 2005 fixe le principe d'une accessibilité généralisée, intégrant tous les handicaps. L'accessibilité qui ne se limite pas au bâti, concerne aussi l'information publique qui doit être adaptée afin que les personnes en situation de handicap y aient un égal accès.</p> <p>La mise en place d'une information de qualité, adaptée et personnalisée en direction des personnes en situation de handicap et de leurs proches aidants conditionne l'accès aux droits spécifiques à la compensation de la perte d'autonomie mais également l'accès aux droits des dispositifs de droit commun.</p> <p>Les personnes en situation de handicap et leurs aidants qui constituent un public fragile et vulnérable rencontrent des difficultés pour accéder à l'information.</p> <p>Une information de qualité, facile à comprendre et à utiliser quelles que soient les déficiences (auditives, visuelles ou intellectuelles) doit être mise à disposition du grand public.</p>	<p>PILOTAGE CD13</p> <p>ACTEURS IMPLIQUES CD13 MDPH CDCA Association IPH13 Associations</p>
OBJECTIFS OPERATIONNELS	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Développer l'accès à l'information et aux droits des personnes en situation de handicap et leurs proches aidants, dans une dynamique de proximité territoriale ➤ Favoriser l'intégration des personnes en situation de handicap ➤ Améliorer la fluidité des parcours des personnes en situation de handicap ➤ Mettre à disposition de l'information de qualité, facile à comprendre et à utiliser quelles que soient les déficiences liées au handicap 	
MISE EN ŒUVRE	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Poursuivre et concrétiser le volet territorial du Guide Handicontacts : <ul style="list-style-type: none"> • Travailler avec les acteurs sur les territoires afin de renseigner et orienter de manière adaptée et personnalisée 	





- Actualiser le Guide Handicontacts et l'adapter aux règles européennes pour une Information Facile à Lire et à Comprendre (FALC)
- Rechercher la création ou le renforcement d'outils d'informations, de campagnes d'informations en direction des aidants en vue d'une amélioration de leurs conditions de vie personnelle, sociale et professionnelle.
- Développer la complémentarité des sites internet de la MDPH et du CD13.
- Améliorer l'accueil par la mise en place d'une plateforme téléphonique.

INDICATEURS D'EVALUATION ET DE RESULTATS

- Nombre de territoires couverts par le Dispositif territorialisé d'accès à l'information Handicontacts
- Enquête de satisfaction menée auprès des publics

Action 2 : Favoriser la coordination des acteurs

CONTEXTE

Une bonne coordination des acteurs est un des éléments essentiels pour l'amélioration de la fluidité des parcours de vie des personnes handicapées. Pour être efficace, cette collaboration nécessite une bonne connaissance des compétences et des bonnes pratiques de tous les acteurs. Cette exigence implique aussi une organisation territoriale infra-départementale qui sera le socle d'un dispositif de proximité cohérent et lisible.

L'articulation des réseaux de professionnels et d'usagers (gestionnaires et/ou représentants des usagers) permet d'anticiper l'évolution de certaines situations et d'éviter les cas critiques.

Actuellement, l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH détermine un PPCH (un plan personnalisé de compensation du handicap) au vu des besoins quotidiens. Parfois, la multiplicité des intervenants autour de la personne peut induire des difficultés de coordination.

C'est pourquoi, les nouveaux dispositifs de proximité, tels les plateformes de service, doivent pouvoir apporter une amélioration à la situation actuelle. Les passerelles pour un parcours personnalisé s'inscrivent complètement dans la mise en œuvre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous » et du rapport de Denis Piveteau « zéro sans solution ».

PILOTAGE

CD13

ACTEURS IMPLIQUES

CD13

MDPH

CDCA

Association IPH13

Associations

Gestionnaires





OBJECTIFS OPERATIONNELS

- Améliorer la fluidité des parcours des personnes en situation de handicap
- Optimiser les ressources et les compétences existantes sur un territoire défini et reconnu par tous (les 6 Pôles territoriaux)
- Définir les champs d'intervention de chacun au travers notamment des référentiels pour une bonne articulation des services entre eux
- Poursuivre la culture territoriale par le partage du savoir-faire et des compétences
- Favoriser les modalités de partage d'informations entre les différents acteurs

MISE EN ŒUVRE

- Recensement de toutes les ressources et les compétences implantées sur chaque territoire (Pôle territorial)
- Actualisation du cahier des charges des SAMSAH et des SAVS
- Elaboration de référentiels des ESMS
- Mise en place d'un groupe de réflexion pluridisciplinaire et partenariale sur la notion de référent. Ce groupe de réflexion pourra être commun aux publics âgé et handicapé
- Développement sur l'ensemble des Hôpitaux du département du dispositif Handisanté
- Expérimenter un système de partage d'informations avec des partenaires

INDICATEURS D'EVALUATION ET DE RESULTATS

- Actualisation du cahier des charges des SAVS/SAMSAH
- Evaluation du nombre de situations critiques
- Réalisation de référentiels
- Nombre d'hôpitaux ayant passé une convention avec Handisanté
- Evaluation des informations partagées





Orientation 2 : Poursuivre le développement de prévention

Action 1 : Permettre le repérage précoce des troubles envahissants du développement et troubles du spectre de l'autisme

<p>CONTEXTE</p> <p>Le 3^{ème} plan autisme, reprenant les préconisations de la haute autorité de santé, a mis l'accent sur le dépistage précoce des troubles TED/TSA dans le cadre d'un triptyque repérage/diagnostic/intervention précoce.</p> <p>Les études de prévalence pour ce qui concerne le TED/TSA et en particulier l'autisme infantile relèvent une augmentation y compris en région PACA.</p> <p>En outre, les acteurs s'accordent quant à la nécessité d'une intervention précoce pour la prise en charge de ces troubles.</p> <p>OBJECTIFS OPERATIONNELS</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Favoriser les conditions d'un repérage précoce des troubles TED/TSA, en lien avec le centre de ressources autisme, les pôles de pédopsychiatrie et les acteurs de la prise en charge, <p>MISE EN ŒUVRE</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Repérer les enfants à risque de TED au sein de la population d'enfants de 24-30 mois fréquentant la PMI. ➤ Mettre en place un réseau de référents pour une 1ère approche diagnostique pouvant permettre un meilleur maillage territorial et renforcer à cet effet 4 CAMSP sur la période. ➤ Faire former les équipes de PMI par le CRA PACA. ➤ Réaliser une étude statistique globale à partir de la constitution d'une cohorte d'enfants repérés. <p>INDICATEURS D'EVALUATION ET DE RESULTATS</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Nombre d'enfants ayant bénéficié du repérage ➤ Nombre d'enfants orientés vers les référents de proximité. ➤ Nombre d'enfants orientés vers les CRA. ➤ Nombre de diagnostics retenus. 	<p>PILOTAGE</p> <p>CD13</p> <p>ACTEURS IMPLIQUES</p> <p>CD13. DPMISP</p> <p>ARS</p> <p>MDPH</p> <p>CRA PACA</p>
---	--





➤ Effectivité du renforcement des CAMSP

Action 2 : Assurer un repérage des troubles du développement et troubles sensoriels pour les enfants à l'école

CONTEXTE

La loi du 18 décembre 1989 relative à la Protection et à la Promotion de la Santé de la Famille et de l'Enfance définit les missions de la PMI, service du Département et notamment « des actions de prévention et de dépistage des troubles d'ordre physique, psychologiques, sensoriels et de l'apprentissage » (art. L2112-2 CSP) et « des actions de conseil aux familles pour la prise en charge de ces handicaps ». En outre, la loi du 5 mars 2007 relative à la protection de l'enfance a réaffirmé l'intérêt en matière de prévention du bilan de santé de tous les enfants de 3-4 ans réalisé par le service de Protection Maternelle et Infantile.

La DPMISP met en place des actions de santé dans toutes les écoles maternelles du département :

- Des actions de dépistage en direction de tous les enfants
- Des consultations médicales en présence des parents

Le bilan de santé à l'école doit permettre le dépistage des troubles du langage et du développement, de l'audition, de la vision ; il doit permettre aussi d'identifier les troubles psychologiques et les situations de risque de danger. Il est l'occasion pour les enseignants de faire part aux médecins de PMI des difficultés observées, pouvant perturber les apprentissages.

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- ✓ Assurer une mise en œuvre harmonisée et coordonnée du bilan de santé en école maternelle (Bilan Eval Mater) actuellement réalisé par les services de PMI,
- ✓ Systématiser le suivi des mesures d'orientations préconisées dans le cadre du bilan Eval Mater.

MISE EN ŒUVRE

- Organiser une formation-action des professionnels de PMI (développement enfant, outils repérage, mise en œuvre protocole)
- Déployer un dispositif harmonisé sur le Département

INDICATEURS D'EVALUATION ET DE RESULTATS

- Nombre d'enfants évalués
- Nombre d'orientations réalisées

PILOTAGE

CD13

ACTEURS IMPLIQUES

CD13

ARS

MDPH

Education nationale





➤ Nombre de retours d'orientations

Action 3 : Faciliter l'accès au système de santé et de prévention des personnes malentendantes et sourdes

CONTEXTE

La loi de 2005 sur l' « Egalité des droits et des chances et la participation à la citoyenneté des personnes handicapées » précise que « les services publics puissent fournir l'accès à la Langue des Signes à toute personne qui en fait la demande ».

Le dernier rapport de l'INPES sur la santé des sourds en France précise que l'accès au système de santé est retardé chez les personnes sourdes en comparaison à la population générale. Cette constatation concerne aussi les démarches de prévention (moins de consultation de suivi gynécologique, moins de femmes ayant réalisé un frottis dans les 3 dernières années...)

Le handicap en communication entraîne souvent l'accompagnement du patient sourd par un proche lors des consultations médicales, ce qui rompt la relation de confidentialité entre soignant et patient. A l'inverse, le recours aux soins dans le domaine de la santé sexuelle nécessite de prendre en compte l'intimité du patient dans le cadre d'une relation de confiance entre le soignant et le patient.

Ainsi, depuis 2012 les Centres de dépistage du VIH et hépatites virales (ex CDAG-CIDIST) en partenariat avec les centres de planification (CPEF) du département ont mis en place des consultations médicales de dépistage et de suivi gynécologique en Langue des Signes Françaises.

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- Améliorer l'accès aux soins de prévention dans le domaine de la santé sexuelle pour les personnes sourdes et malentendantes, par des consultations médicales en langue des signes.

MISE EN ŒUVRE

- Consultations en LSF de dépistage et traitement des infections sexuellement transmissibles au CeGIDD de la Joliette, sans rendez-vous.
- Présence sur place d'un médecin pratiquant la LSF et une

PILOTAGE
CD13

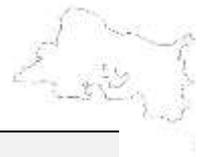
ACTEURS IMPLIQUES

CD13

ARS

MDPH





secrétaire

- Consultations en LSF de suivi gynécologique (contraception, suivi de grossesse et dépistage) au CPEF de la Joliette, sur rendez-vous.
- Présence d'une infirmière et d'un médecin pratiquant la LSF.

INDICATEURS D'EVALUATION ET DE RESULTATS

- Nombre de consultations en LSF au CeGIDD
 - Nombre de consultations en LSF au CPEF
-





Orientation 3 : Adapter et améliorer l'offre de prise en charge

Action 1 : Organiser l'offre d'aide à domicile

<p>CONTEXTE</p>	
<p>La loi ASV (Titre III-Chapitre 2) pose les principes d'une refondation de l'aide à domicile basée notamment sur le régime rénové de l'autorisation pour les SAAD ainsi que sur la compétence des départements à organiser et structurer l'offre sur leur territoire.</p> <p>Dans les Bouches-du-Rhône, 154 SAAD agréés ont, en janvier 2016, basculé dans le régime de l'autorisation. Près de 180 services sont aujourd'hui autorisés à intervenir auprès des bénéficiaires de l'APA et de la PCH, dont 24 habilités à l'aide sociale.</p> <p>Dans ce contexte, un grand chantier doit être ouvert pour identifier clairement l'offre disponible pour les personnes en situation de handicap ainsi que d'en déterminer les spécificités.</p>	<p>PILOTAGE</p> <p>CD13</p> <p>ACTEURS IMPLIQUES</p> <p>CD13</p> <p>MDPH</p> <p>SAAD</p> <p>Service de portage de repas</p> <p>SAVS</p> <p>SAMSAH</p>
<p>OBJECTIFS OPERATIONNELS</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Connaître l'offre médico-sociale existante à domicile sur l'ensemble du territoire ➤ Connaître les caractéristiques des SAAD et leurs besoins ➤ Organiser les interventions des services à domicile, à partir d'un diagnostic ➤ Elaborer un référentiel de l'aide à domicile dans les Bouches-du-Rhône ➤ Favoriser la mise en œuvre du Cahier des charges national des SAAD ➤ Faciliter les échanges entre les équipes pluridisciplinaires MDPH et les SAAD ➤ Actualiser le cahier des charges des SAVS et des SAMSAH 	
<p>MISE EN ŒUVRE</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Réaliser une étude sur l'offre existante sur le territoire départemental en matière d'aide à domicile, de portage de repas, d'aide-ménagère et de service de mobilité. ➤ Mise en œuvre d'une étude sur les SAAD existants et leurs 	





<p>besoins</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Construction d'une stratégie départementale territorialisée de l'aide à domicile ➤ Expérimentation des SPASAD ➤ A partir du référentiel national, définir un référentiel local notamment sur les articulations entre les différents professionnels. <p>INDICATEURS D'EVALUATION ET DE RESULTATS</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Réalisation de l'état des lieux de l'aide à domicile dans les Bouches-du-Rhône ➤ Réalisation du référentiel de l'aide à domicile dans les Bouches-du-Rhône ➤ Réalisation d'une organisation territoriale des SAAD ➤ Réalisation du bilan de l'expérimentation SPASAD 	
---	--

Action 2 : Développer l'accueil familial de personnes en situation de handicap

<p>CONTEXTE</p> <p>Dans un contexte économique induisant des contraintes financières, il est nécessaire de développer pour les personnes en situation de handicap des modes d'hébergement alternatifs à celui de l'accueil en établissement.</p> <p>A mi-chemin entre le domicile et l'hébergement en établissement, l'accueil familial à titre onéreux propose un cadre intermédiaire d'accueil des personnes en situation de handicap. La loi du 28 décembre 2015 d'adaptation de la société au vieillissement vise notamment à soutenir ce dispositif, à développer les modalités d'accueil et à renforcer la sécurité et la qualité de l'accueil.</p> <p>OBJECTIFS OPERATIONNELS</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Faire connaître ce dispositif auprès des personnes en situation de handicap et leurs aidants, et aussi auprès des potentiels futurs accueillants familiaux ➤ Mieux encadrer le dispositif de l'accueil familial ➤ Développer le nombre d'accueillants familiaux en milieu rural et urbain 	<p>PILOTAGE</p> <p>CD13</p> <p>ACTEURS IMPLIQUES</p> <p>Associations</p> <p>IPH13</p> <p>Gestionnaires d'ESMS</p> <p>Bailleurs sociaux</p> <p>MDPH</p>
--	---





- Développer l'accueil temporaire, de jour ou séquentiel en accueil familial
- Faciliter l'accès à des logements adaptés et de taille suffisante, notamment en milieu urbain

MISE EN ŒUVRE

- Communiquer sur l'accueil familial
- Elaboration d'un cahier des charges de l'accueil familial dans les Bouches-du-Rhône, définissant les droits et obligations des accueillants familiaux sur la base du référentiel national
- Mise en œuvre d'une formation de qualité des accueillants familiaux (formation initiale et continue)
- Expérimentation de l'accueil familial géré par une personne morale de droit public ou de droit privé
- Création des partenariats avec les bailleurs sociaux pour faciliter le développement de l'accueil familial, notamment en milieu urbain

INDICATEURS D'EVALUATION ET DE RESULTATS

- Enquête sur la connaissance de ce dispositif
- Réalisation d'un cahier des charges
- Nombre d'accueillants familiaux, répartition selon les modalités d'accueil et domiciliation des accueillants familiaux
- Nombre d'accueillants familiaux relevant d'une personne morale
- Enquête de satisfaction sur la formation des accueillants familiaux

Action 3 : Optimiser les moyens existants

CONTEXTE

Globalement, sur toutes les catégories d'ESMS, les besoins de prises en charge et d'accompagnement sur notre département sont supérieurs à l'offre existante. Cet écart entre la demande et l'offre s'inscrit dans un contexte où les contraintes financières qui s'imposent à tous les financeurs constituent un obstacle qui ne facilitera pas le rattrapage. C'est pourquoi, l'optimisation des moyens doit devenir le mode de fonctionnement pour répondre à la demande du rapport établi pour Denis Piveteau « Zéro sans solution ».

PILOTAGE
CD13





Cette nouvelle exigence vise à mobiliser sur un territoire l'ensemble des acteurs concernés pour créer les conditions nécessaires à la continuité des parcours des personnes handicapées et éviter les situations critiques.

Le nouveau concept de plateforme de services doit permettre de reconfigurer progressivement l'offre sociale et médico-sociale. Il répond à la fois aux attentes des usagers de bénéficier de parcours personnalisés et aux financeurs d'optimiser les moyens. Cela favorisera l'émergence et la mise en œuvre de projets innovants et personnalisés, tels que l'habitat regroupé.

Au-delà de ces nouvelles formes d'organisation, il convient de travailler sur une utilisation optimale des places existantes et favoriser le développement de projets solidaires.

ACTEURS IMPLIQUES

CD13

MDPH

ARS

Gestionnaires
ESMS

CDCA

IPH13

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- Rationaliser les dépenses
- Optimiser l'utilisation des places vacantes pour favoriser l'accueil temporaire
- Inciter les organisations territoriales à organiser une réflexion partagée avec les familles et les usagers pour faire émerger des propositions innovantes et solidaires.
- Inciter des projets innovants

MISE EN ŒUVRE

- Elaboration des CPOM (intégrant les orientations du schéma)
- Réalisation d'une Charte pour un accueil et un accompagnement solidaires
- Réflexion sur des modalités de fonctionnement de la mutualisation de la PCH

INDICATEURS D'EVALUATION ET DE RESULTATS

- Evolution du nombre de situations critiques
- Evolution du nombre de journées financées par la collectivité départementale
- Evolution du nombre de places dédiées aux PHV (EGP).





Orientation 4 : Soutenir les personnes en situation de handicap et leurs aidants

Action 1 : Renforcer le soutien aux proches aidants en créant et optimisant les places d'accueil

CONTEXTE

Dans le secteur du handicap, la reconnaissance du statut d'aidant est récente. Cette situation peut s'expliquer par l'accompagnement des parents auprès de leur enfant handicapé qui, malgré le passage de ce dernier à l'âge adulte, continuent à remplir leur rôle de parents. Aujourd'hui, les proches aidants non professionnels qui apportent une aide au quotidien revendiquent d'être reconnus dans ce statut d'aidant. Compte tenu des interventions menées par l'aidant, on ne peut pas envisager des situations de répit sans apporter des réponses concrètes aux besoins des personnes handicapées.

C'est pourquoi, pour répondre aux besoins de répit des familles il convient de veiller à maintenir les places d'accueil temporaire, à trouver des solutions pour optimiser les places existantes, à développer le fonctionnement en file active et à créer des places.

Concernant l'utilisation des places existantes, une gestion plus rigoureuse de ces dernières doit permettre d'apporter des solutions. Aussi, cette mesure nécessite d'être complétée par une étude visant à comparer le profil des usagers accueillis et/ou accompagnés avec les caractéristiques des bénéficiaires prévues lors de l'autorisation. Ce travail, mené progressivement sur l'ensemble des structures, doit contribuer à apporter des réponses aux personnes handicapées en attente de place adaptée ou sans solution. Une meilleure gestion de l'ensemble du dispositif d'accueil et d'accompagnement doit générer une optimisation des moyens favorisant le développement de solutions en faveur des personnes handicapées permettant aux aidants de bénéficier de soutien ou de répit.

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- Maintenir et développer l'accueil temporaire
- Créer des places supplémentaires
- Adapter les autorisations aux besoins actuels
- Réfléchir à un projet innovant pour renforcer le soutien aux proches aidants

PILOTAGE

CD13

ACTEURS IMPLIQUES

CD13

Gestionnaires

Associations ou
représentants de
parents





<ul style="list-style-type: none"> ➤ Faciliter les démarches administratives des aidants (procédures spécifiques et souples) ➤ Eviter les ruptures de prise en charge à domicile ou en établissement 	
<p>MISE EN ŒUVRE</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Réalisation d'une étude sur le profil des usagers accueillis ou accompagnés dans les ESMS ➤ Lancement de procédures d'appel à projets : <ul style="list-style-type: none"> • pour des solutions innovantes, • pour la création de structures adaptées et spécifiques (personnes handicapées vieillissantes) ➤ Développement des interventions d'équipes mobiles à domicile et en établissement 	
<p>INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE RESULTATS</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Nombre de journées au titre de l'accueil temporaire ➤ Nombre de places créées pour des personnes handicapées vieillissantes ➤ Evolution du nombre de personnes en situation de handicap sous amendement Creton, par comparaison de la création des places pour PHV. ➤ Projeter la création de structures innovantes facilitant le répit des proches aidants 	

Action 2 : Diversifier l'offre d'aide et de répit pour les proches aidants

<p>CONTEXTE</p> <p>Le souci principal de l'aidant est d'avoir la garantie que la personne en situation de handicap qu'il aide bénéficie d'une solution d'accueil et d'accompagnement pérenne et répondant à ses besoins.</p> <p>Par ailleurs, il convient de développer diverses formes de soutien à l'aidant : accueil de jour ou temporaire de l'aidé afin de décharger l'aidant (Orientation 4 Action 1), accès à une information de qualité (Orientation 1 Action 1), soutien, écoute et formation de l'aidant. De nombreux freins psychologiques et organisationnels constituent des obstacles à la mise en</p>	<p>PILOTAGE CD13</p> <p>ACTEURS IMPLIQUES</p>
---	---





œuvre d'actions en direction des aidants.	CD 13 Associations ARS
OBJECTIFS OPERATIONNELS	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ecouter et soutenir l'aidant afin que sa situation d'aidant ne l'empêche pas de prendre en compte sa santé et ses propres difficultés ➤ Former l'aidant afin de l'aider à construire un projet personnalisé tenant compte à la fois de l'intérêt de l'aidé et de celui de l'aidant. 	
MISE EN ŒUVRE	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Créer une maison des aidants ➤ Soutenir les associations développant des actions en faveur des aidants 	
INDICATEURS D'EVALUATION ET DE RESULTATS	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Réalisation de la maison des aidants ➤ Nombre d'aidants ayant fréquenté la maison des aidants ➤ Nombre de projets associatifs soutenu par le département ➤ Nombre d'aidants ayant participé à des projets associatifs. 	

Action 3 : Promouvoir la qualité de vie des personnes en situation de handicap dans les domaines culturels et sportifs

CONTEXTE	PILOTAGE
L'accès à la vie sociale et citoyenne pour les personnes en situation de handicap est l'une des ambitions affichées par la loi du 11 février 2005.	CD13
L'accès aux activités sportives, culturelles et de loisirs est une attente forte des personnes en situation de handicap. Cela contribue à leur intégration sociale et leur permet de vivre pleinement leur citoyenneté.	
Plusieurs acteurs et institutions interviennent dans ces domaines de compétences. Le Département mène depuis plusieurs années une politique volontariste dans ce domaine au travers des actions menées par le Service départemental des personnes handicapées. De même, la mise en place de la démarche Ensemble en Provence initiée par le Conseil	ACTEURS IMPLIQUES CD13





départemental depuis 2007 contribue fortement à cette politique visant à favoriser l'accès à la culture, au sport et aux loisirs des personnes qui en sont le plus éloignées et en particulier aux usagers du service public départemental.

CDCA
Associations
IPH13

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- Permettre la participation à la vie citoyenne et l'accès à la vie sociale
- Lutter contre l'isolement
- Faciliter l'accès à la culture, au sport et aux loisirs à des personnes en situation de handicap vivant à domicile ou en établissement
- Améliorer la lisibilité de la démarche Ensemble en Provence auprès des acteurs intervenant auprès de personnes en situation de handicap

MISE EN ŒUVRE

- Elaborer un état des lieux des dispositifs et des aides existants
- Développer des actions collectives et partenariales

INDICATEURS D'EVALUATION ET DE RESULTATS

- Réalisation de l'état des lieux
- Nombre d'actions mises en place

Action 4 : Renforcer l'accès et le maintien dans un logement autonome

CONTEXTE

La loi du 11 février 2005 fixe le principe d'une accessibilité généralisée, intégrant tous les handicaps.

Les personnes en situation de handicap expriment majoritairement leur souhait de vivre dans un logement de façon autonome.

La lutte contre l'isolement et la politique de prévention doivent s'appuyer sur le développement de modes d'habitat adapté aux personnes en situation de handicap.

L'adaptation de l'habitat et du cadre de vie sont une condition essentielle pour permettre aux personnes handicapées de vivre à leur domicile et

PILOTAGE
CD13

**ACTEURS
IMPLIQUES**





<p>préserver une bonne qualité de vie ainsi qu'un accès à la vie sociale et citoyenne.</p> <p>Les actions menées par les SAVS et les SAMSAH auprès des personnes handicapées à domicile contribuent à favoriser ce choix de vie.</p> <p>OBJECTIFS OPERATIONNELS</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Permettre aux adultes en situation de handicap de bénéficier d'un logement autonome ➤ Lutter contre l'isolement ➤ Permettre aux personnes de rester autonomes dans un environnement adapté <p>MISE EN ŒUVRE</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifier dans le cadre du projet de vie de la personne les acteurs et les professionnels à mobiliser dès l'entrée dans les lieux afin de fixer les actions à mener dans le cadre du maintien à domicile et d'une bonne intégration dans l'environnement social du quartier ➤ Inscrire cette action dans les projets de vie ➤ Favoriser la création ou l'identification de lieux de socialisation dans le quartier ➤ Lancer une procédure d'appel à projets pour la création de places en SAVS et SAMSAH / Garantir l'équité territoriale ➤ Favoriser les extensions de faible capacité de SAVS et SAMSAH <p>INDICATEURS D'EVALUATION ET DE RESULTATS</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Nombre de projets de vie intégrant cette action 	<p>CD13</p> <p>ARS</p> <p>MDPH</p> <p>CDCA</p> <p>Associations</p>
---	--





Conclusion : projections

L'objectif d'un travail de projection consiste à déterminer les besoins (nombre de places) au sein des différentes structures accueillant des personnes handicapées : Foyers de vie (FV), Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM) et Foyers d'Hébergement (FH)

L'horizon défini est 2022, soit 5 années après la date de disponibilité des dernières données.

L'échelle d'analyse est le département considérant que le cloisonnement au sein des territoires PH n'a que peu d'impact sur la prise en charge d'une personne handicapée venant d'un autre secteur du département.

Le travail réalisé repose sur une analyse longitudinale, c'est-à-dire un suivi d'une part des personnes handicapées actuellement en structures, d'autre part de celles pouvant y rentrer dans les prochaines années. Pour faire ce suivi, l'exercice consiste à identifier les entrées (personnes en attentes, changements de structures,...) ainsi que les sorties à venir (changements de structures, décès,...).

Il s'agit d'un exercice théorique et des précautions sont à prendre :

1. *Le travail est fondé sur des données rétrospectives relatives à une seule année du fait de la non disponibilité de certaines données sur une période antérieure plus longue. De ce fait, il n'est pas possible de savoir si les données transmises font état de phénomènes pérennes ou spécifiques à l'année en question.*
2. *Les données ne permettent pas de faire un suivi longitudinal exact par classe d'âge.*
3. *L'exercice est réalisé pour l'ensemble des places en considérant tous les types d'hébergement*
4. **Le nombre de personnes handicapées présentes en T+5 est rapporté aux places actuellement à disposition à l'échelle départementale. Le delta positif correspond ainsi aux places à ouvrir pour répondre aux besoins. Il convient de ne pas considérer les chiffres exacts mais plutôt l'ordre de grandeur, certains phénomènes comme les décès par exemple ne pouvant pas être pris en compte de façon optimale (données non disponibles) générant potentiellement une surestimation des besoins indiqués dans le présent document.**

Ce travail d'analyse prospective de l'offre pour répondre à l'ensemble des besoins permet ainsi de déterminer que :

- ✓ **320 places devraient être créées en foyers de vie d'ici 5 ans**
- ✓ **650 places devraient être créées en MAS ou FAM**

Il s'agit, pour chaque catégorie de structure, d'une cible haute qui permettrait de répondre à l'ensemble des besoins.

Les éléments de précision sur les projections figurent en annexe.





ANNEXES





Sommaire des annexes

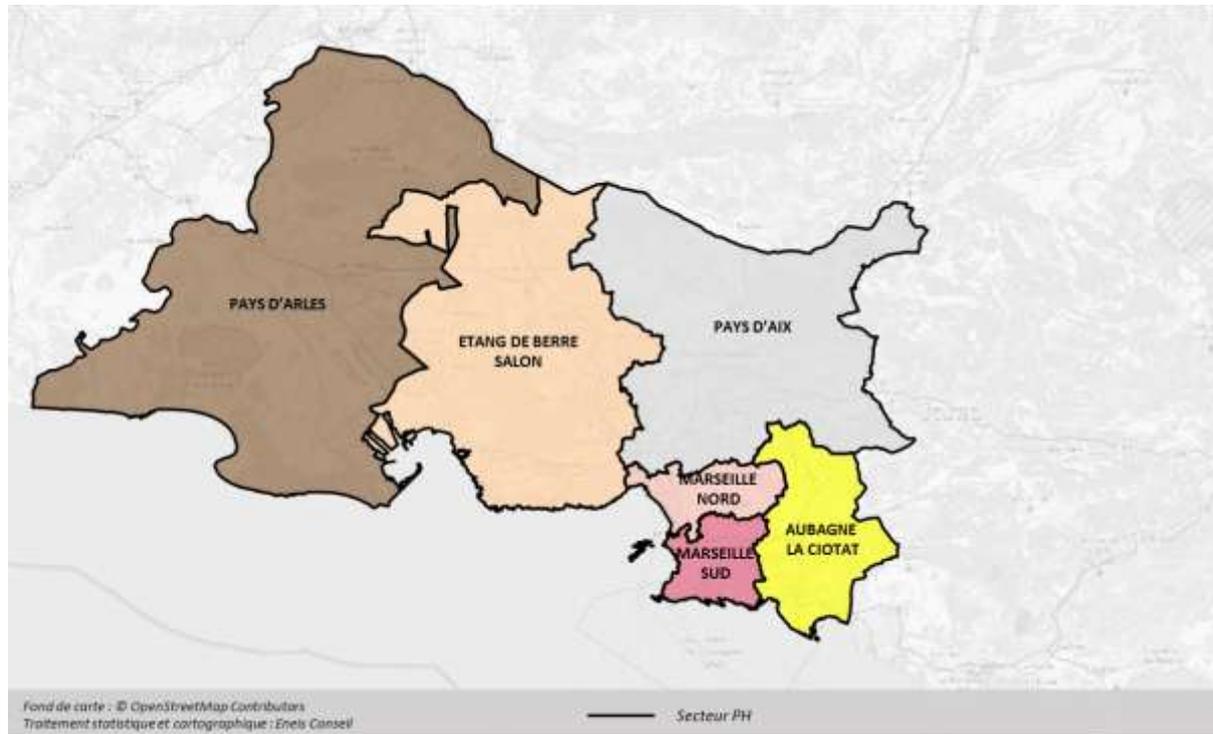
Diagnostic quantitatif	3
Données socio-démographiques	3
Bénéficiaires d'une prestation handicap	6
L'offre à destination des personnes handicapées	10
Diagnostic qualitatif	16
Dispositif favorisant le maintien à domicile des personnes handicapées	16
L'accueil des enfants et des adultes handicapés en établissement	33
Diversification des formes d'accueil pour répondre à la pluralité des besoins	39
Développement des politiques de soutien de d'accompagnement aux aidants	40
Outils en faveur de l'information et de la coordination des acteurs	43
Politique d'insertion professionnelle et de participation à la vie dans la cité	47
Projections – Eléments de précision	50
Précisions sur les projections – Etat des lieux	51
Précisions sur les questionnaires	53
Glossaire	58





Diagnostic quantitatif

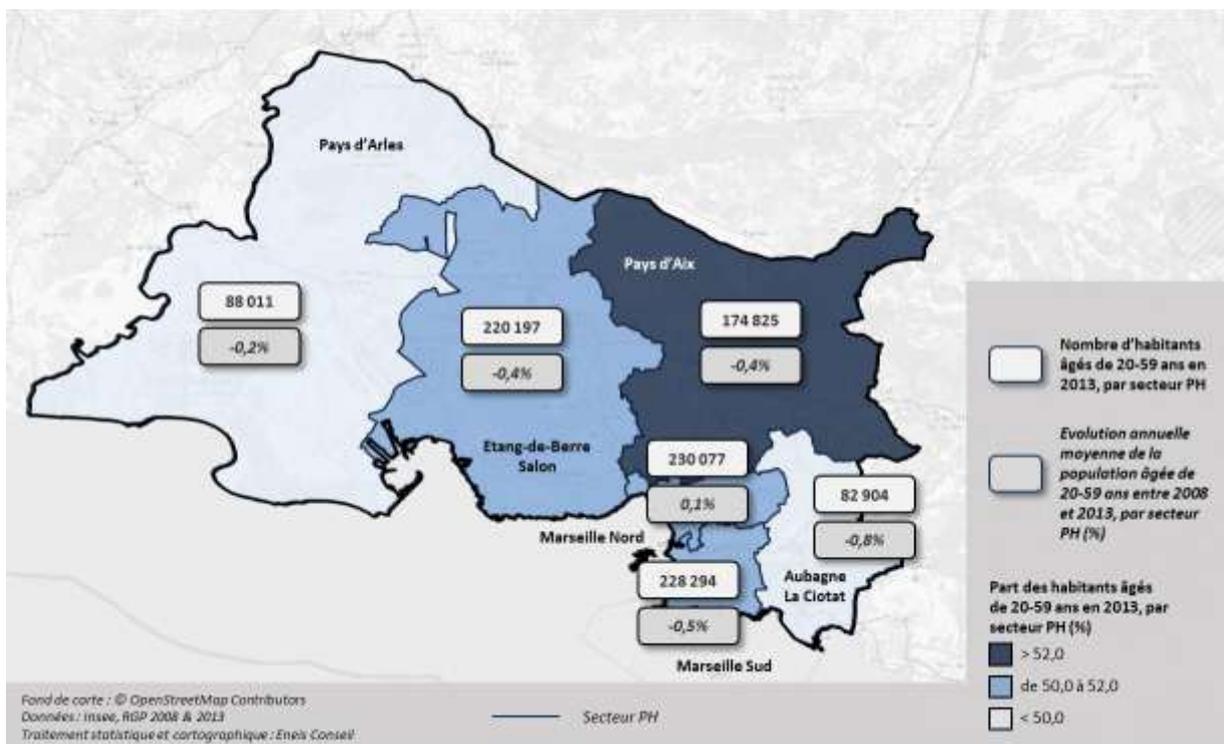
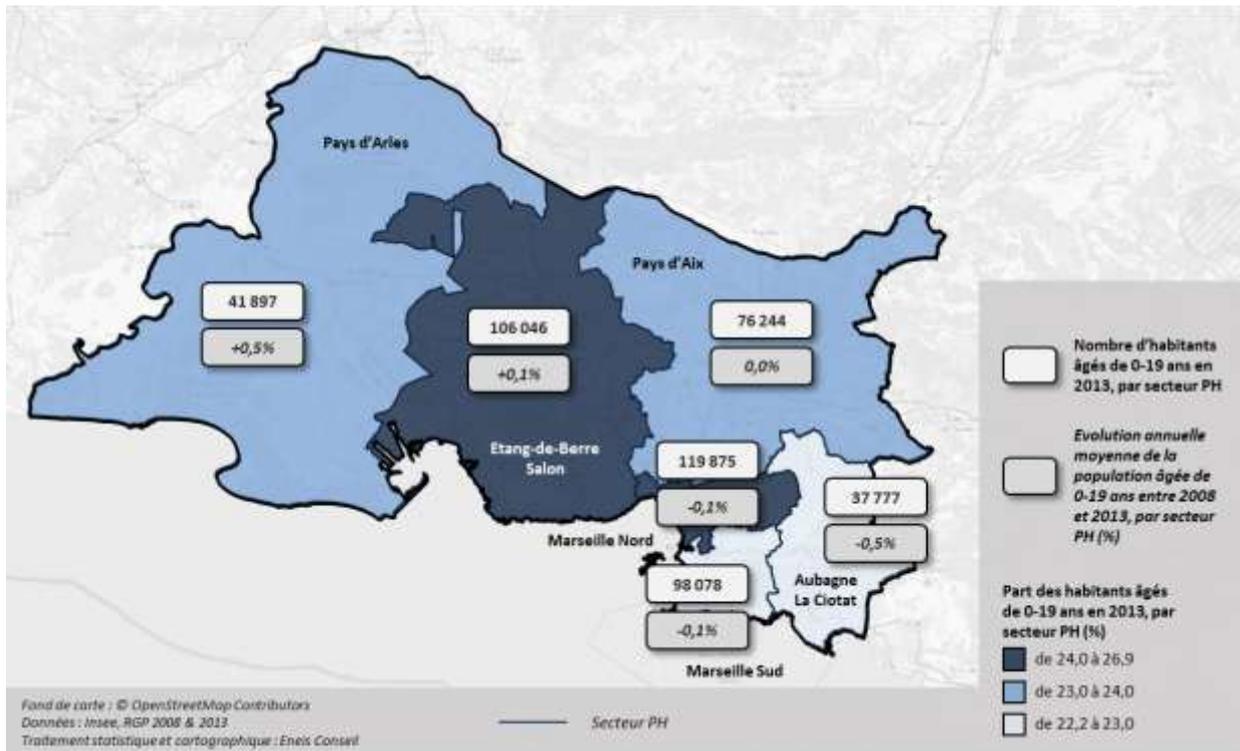
Les cartes ci-après sont présentées à l'échelle des 6 secteurs d'intervention personnes handicapées du Département.

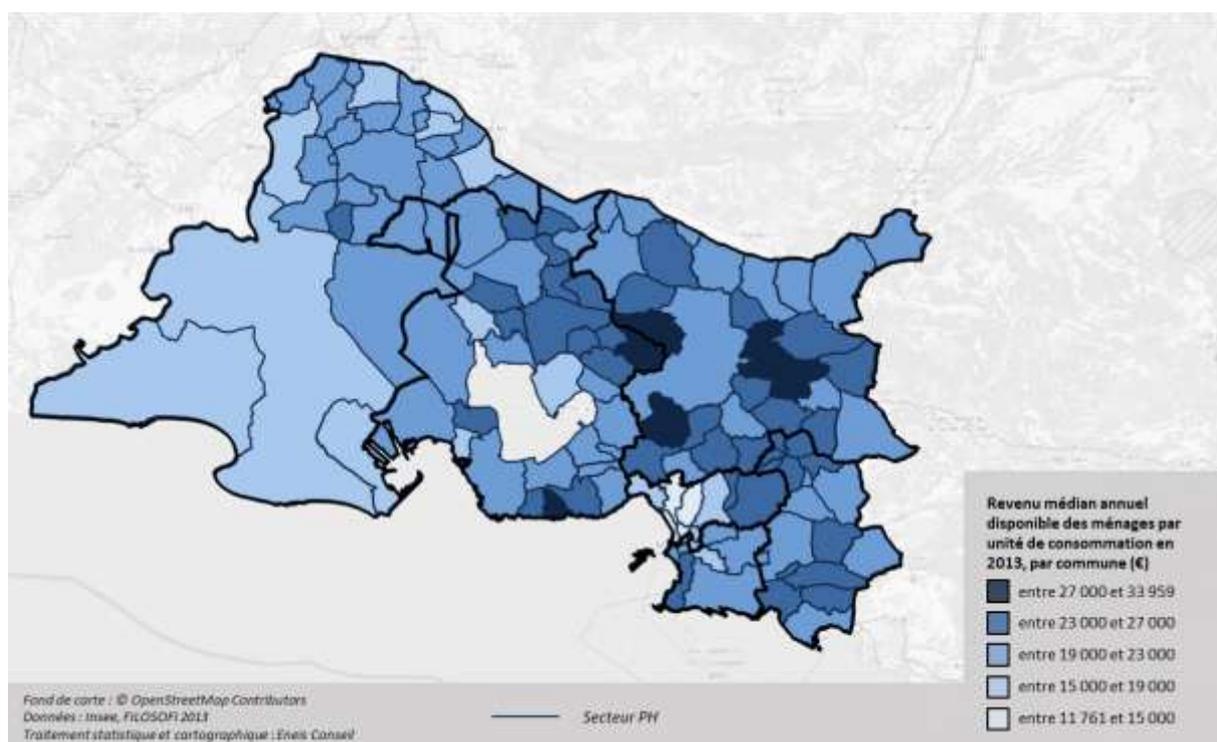
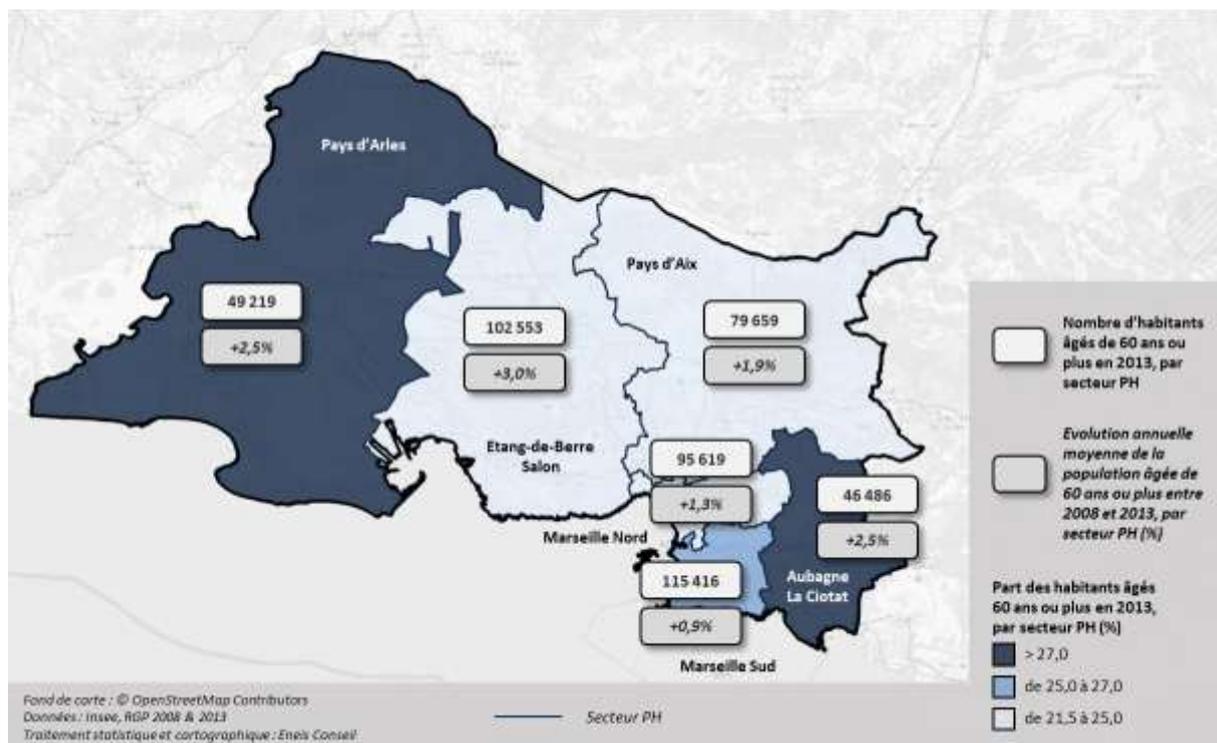


Les données socio-démographiques relatives aux personnes handicapées

Plusieurs données socio-démographiques peuvent être retenues pour dresser le portrait du territoire et ainsi mettre en évidence les enjeux concernant les personnes handicapées. Sont donc présentées, sous forme de cartographie, les données suivantes : l'évolution et la part dans la population totale des personnes âgées de 0 à 19 ans, de 20 à 59 ans, de plus de 60 ans ainsi que le revenu médian annuel des ménages.







Les cartographies précédentes mettent en évidence les territoires ayant une proportion de jeunes importantes situés au centre du Département : **le secteur Etang-de-Berre Salon (24%) et Marseille Nord connaissent les parts les plus importantes de moins de 20 ans**, légèrement supérieures aux autres secteurs (avec une moyenne de 24,1% sur le territoire). **La**





population âgée de 0 à 19 ans stagne entre 2008 et 2013 sur le territoire départemental (+0,0%).

Le **nombre de personnes âgées de 20 à 59 ans diminue sur l'ensemble des secteurs du territoire** (en moyenne -0,3%), à l'exception de Marseille Nord (+0,1%). **Le Pays d'Aix concentre la part la plus importante de cette tranche d'âge** (52,9% de la population) contre une moyenne de 51,4% à l'échelle départementale.

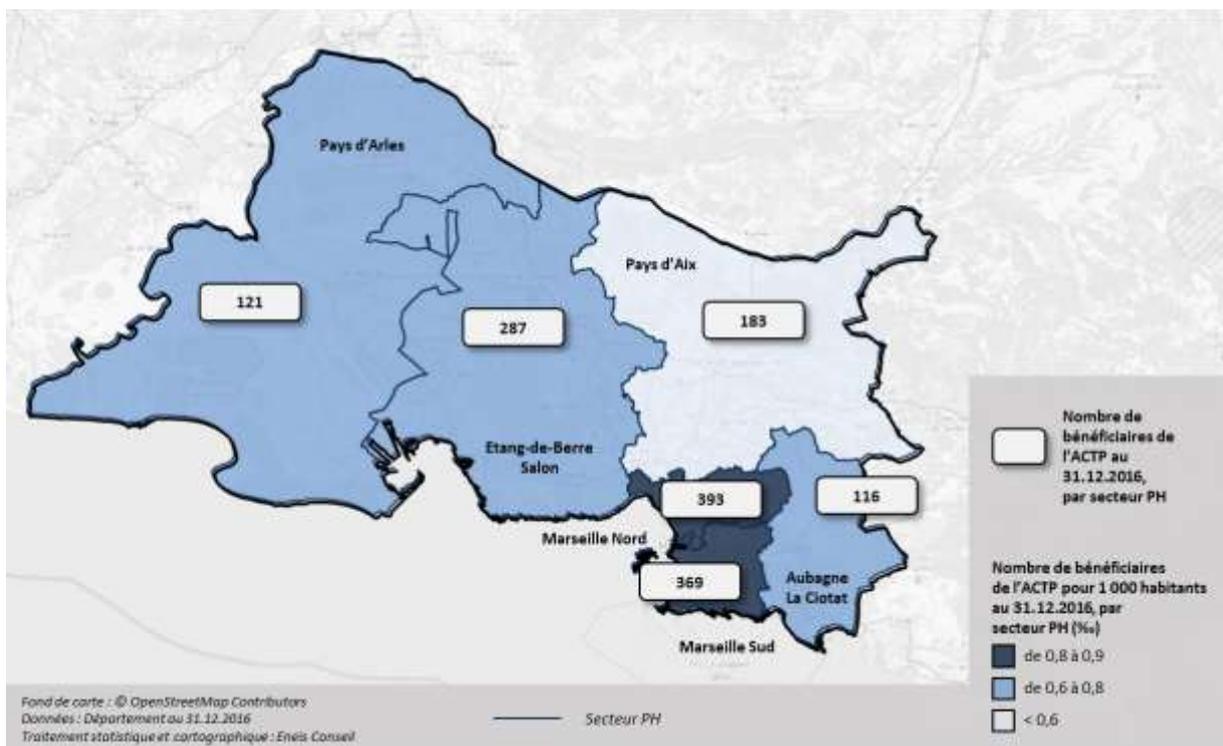
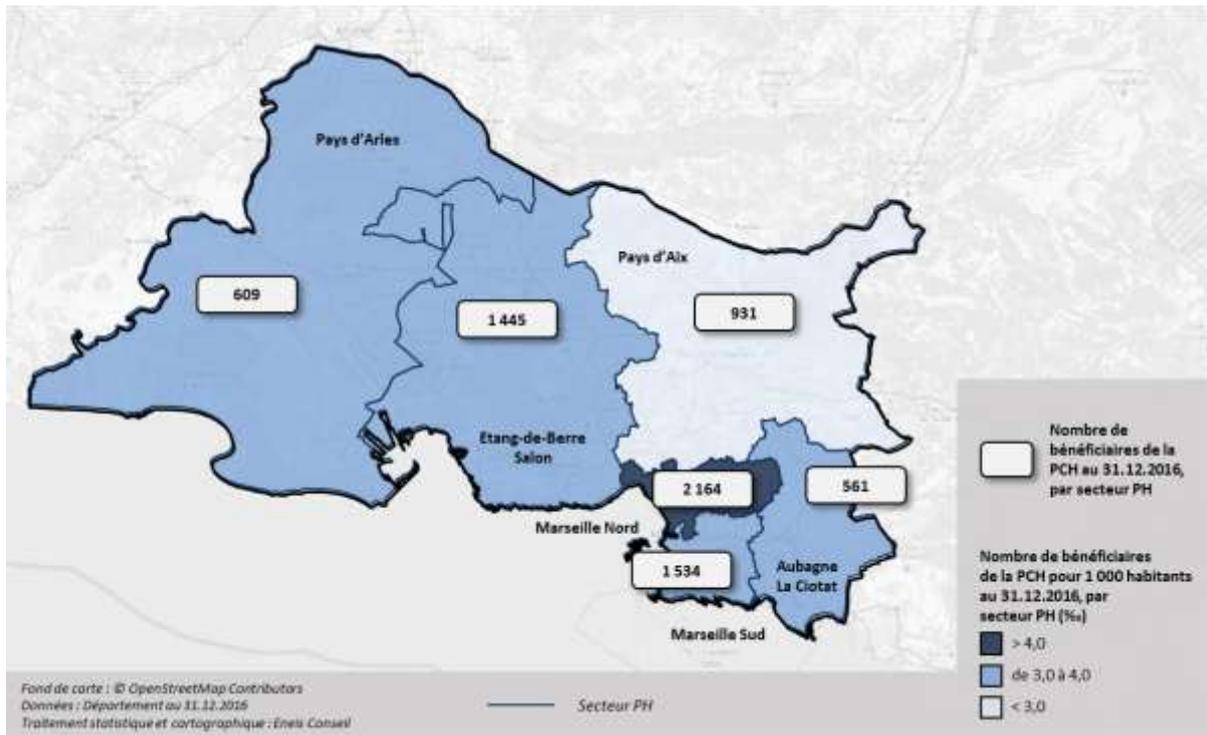
S'observe par ailleurs **un phénomène de gérontocroissance** à l'échelle du département, à savoir une augmentation du nombre de personnes âgées. Cette dynamique est particulièrement visible sur le **secteur d'Etang-de-Berre Salon** (+3,0%). Ces évolutions ne doivent cependant pas masquer la diversité des proportions de personnes âgées dans la population totale sur le territoire. Le **Pays d'Arles** voit sa population âgée augmenter moins rapidement que sur l'Etang-de-Berre Salon (+2,5% d'augmentation du nombre de personnes âgées de plus de 60 ans entre 2008 et 2013) mais sa **population est composée à 27,5% de personnes de plus de 60 ans**. Cette part est similaire sur le secteur d'Aubagne La Ciotat (27,8%).

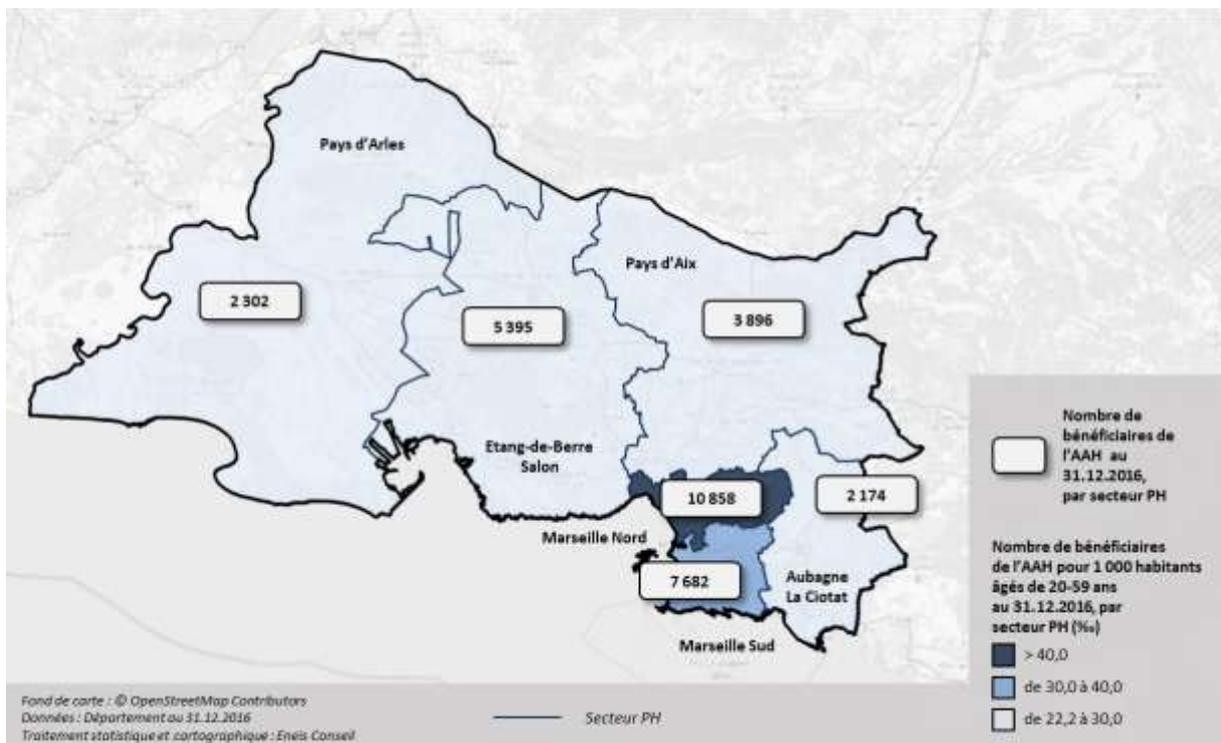
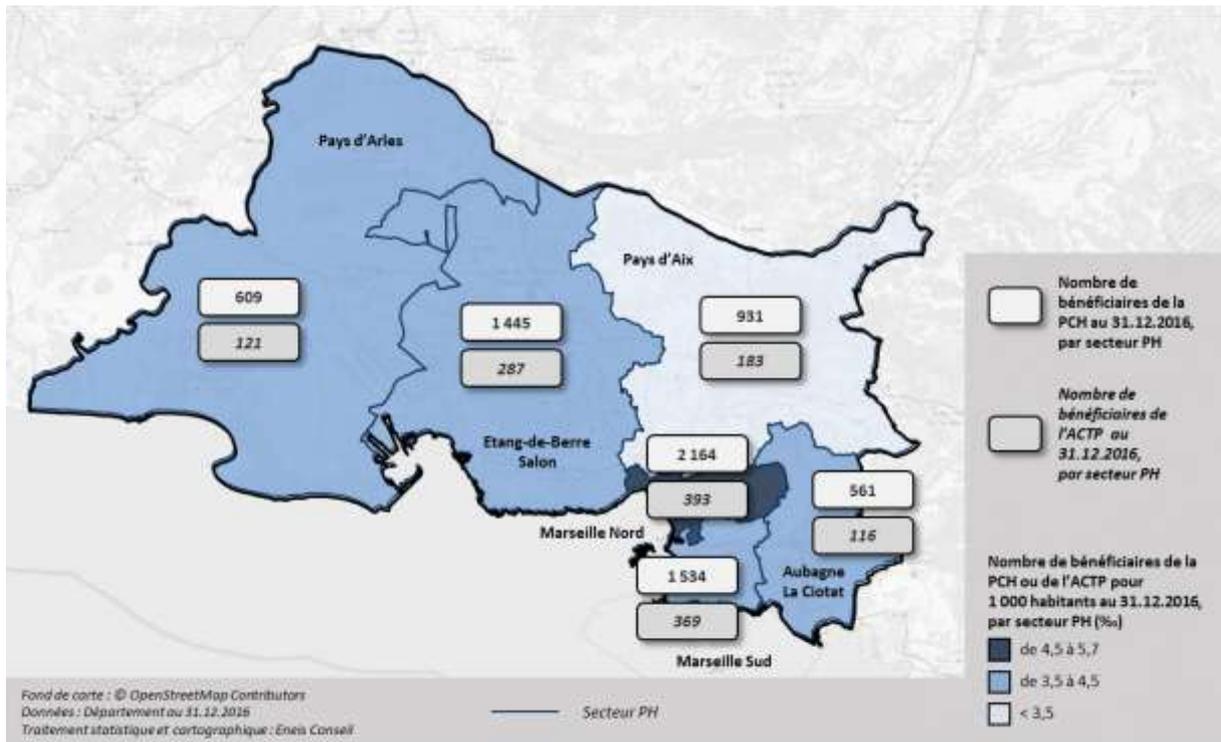
Les habitants des Bouches-du-Rhône disposent de **revenus médians variables selon la commune considérée**. Les **communes limitrophes d'Aix-en-Provence** présentent les **revenus médians les plus élevés** (plus de 27 000 euros par unité de consommation) tandis que **la partie Nord de Marseille présente un revenu médian inférieur à 15 000 euros** (soit un revenu médian significativement plus faible que la moyenne nationale de 19 785,5 euros en 2015).

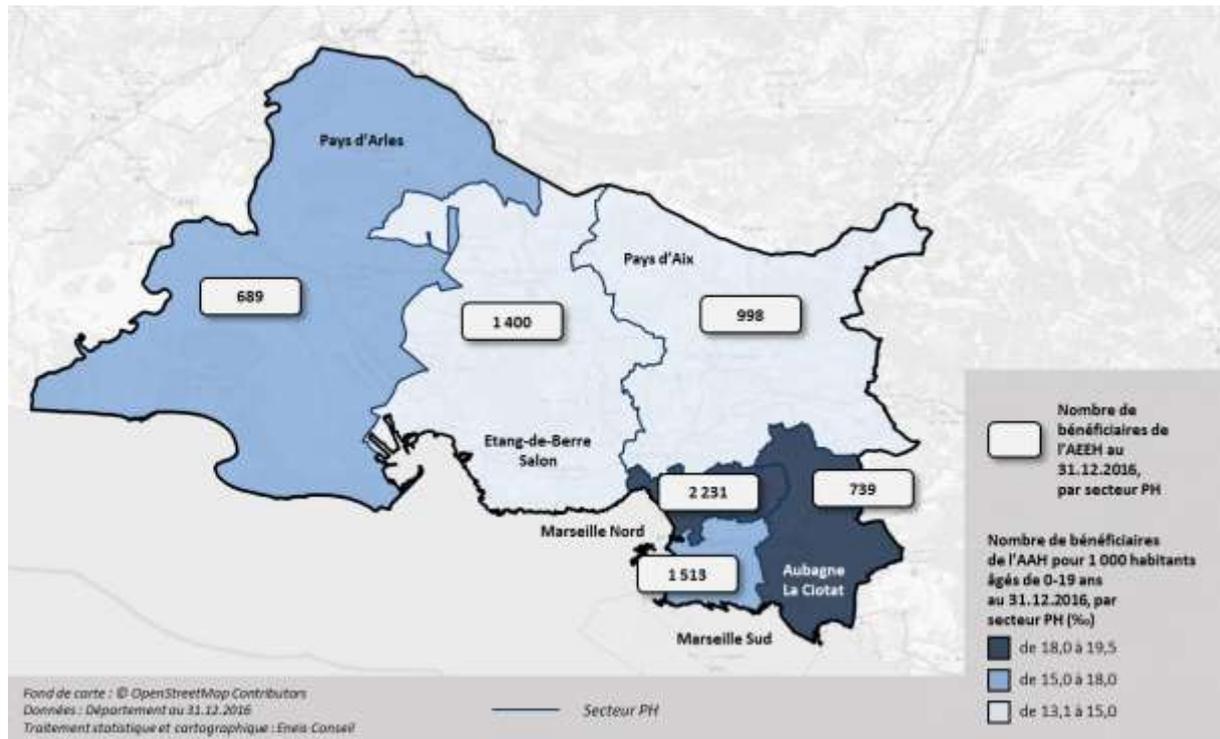
Les bénéficiaires d'une prestation handicap

Les cartes suivantes mettent en évidence la répartition géographique des bénéficiaires d'une prestation handicap (PCH, ACTP, AAH, AEEH).









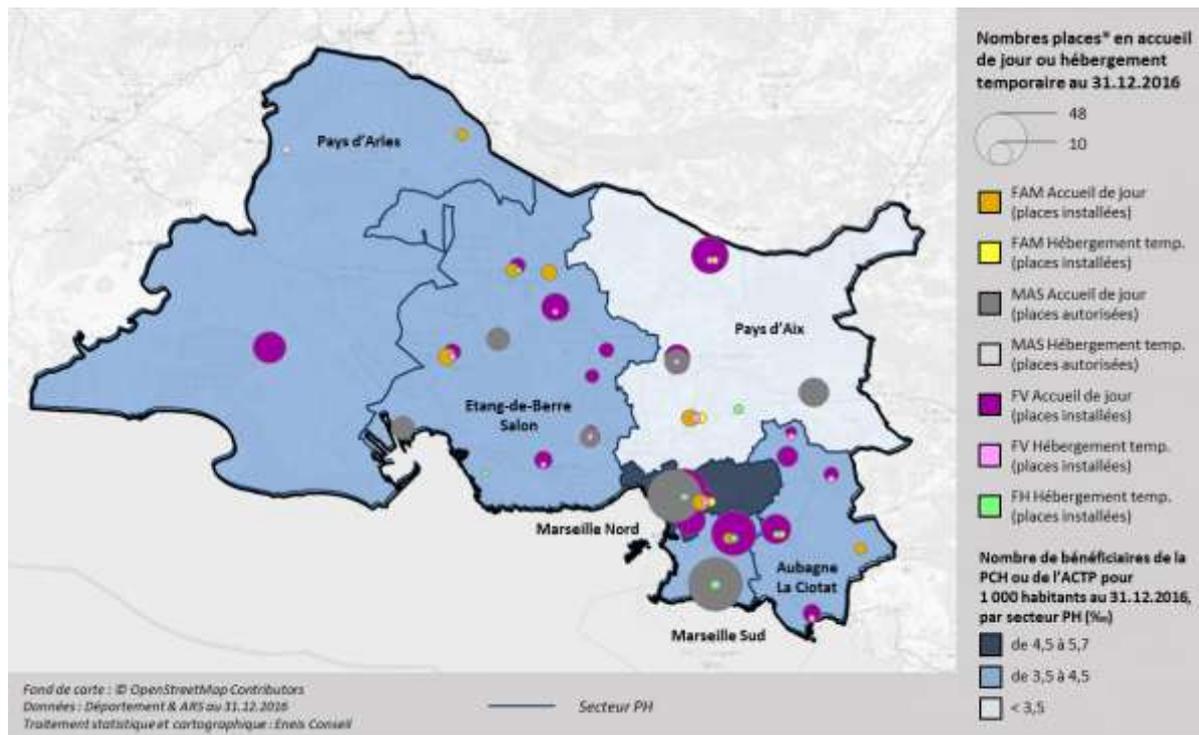
Le secteur de Marseille Nord compte le plus grand nombre de bénéficiaires de la PCH pour 1 000 habitants (4,86) ainsi que le plus grand nombre de bénéficiaires de l'ACTP (0,88). A noter que le secteur de Marseille Sud compte un nombre similaire de bénéficiaires de l'ACTP (0,84 bénéficiaires pour 1 000 personnes). Les moyennes départementales s'établissent à 3,63 bénéficiaires de la PCH pour 1 000 habitants et 0,74 pour l'ACTP.

La répartition de l'AAH fait écho aux situations économiques de territoires, avec une concentration nettement plus importante sur les territoires de Marseille Nord (47,2 bénéficiaires pour 1 000 habitants de 20-59 ans) et Marseille Sud (33,6).

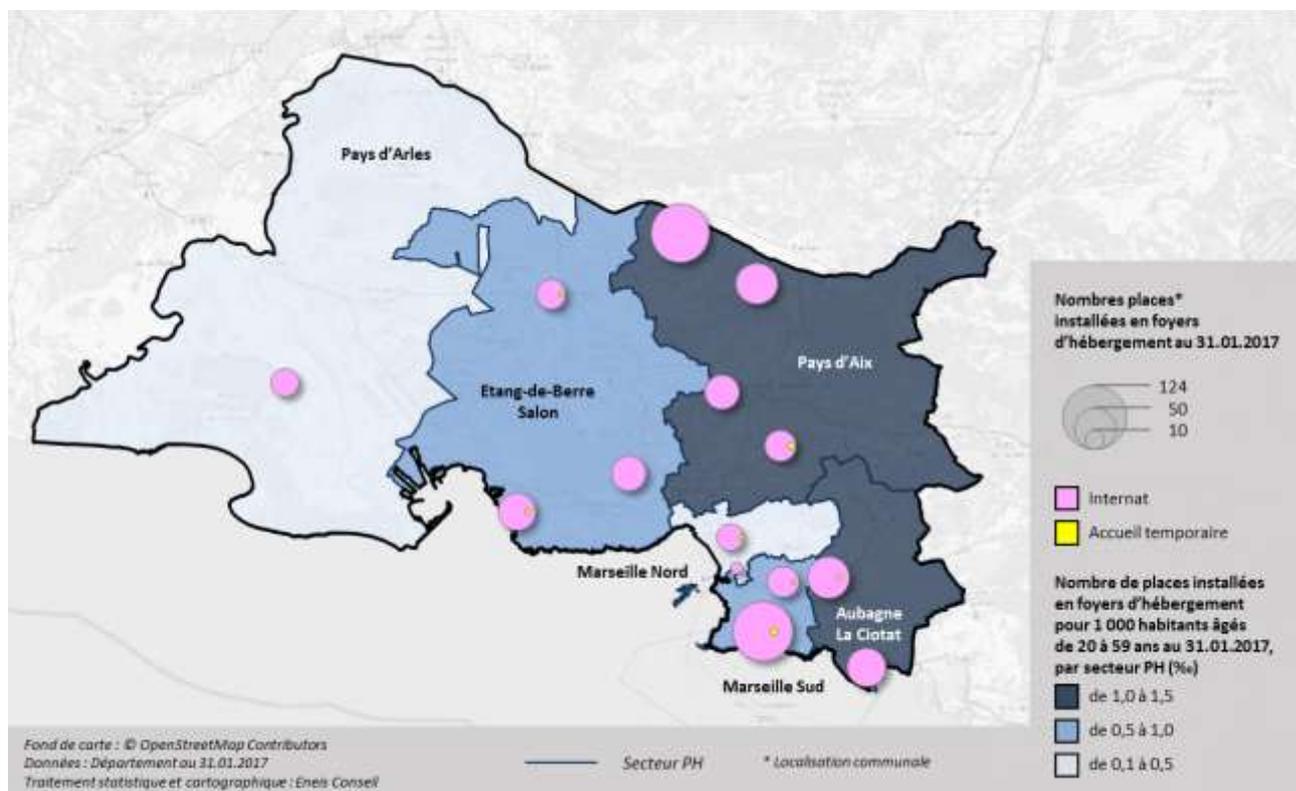
Les secteurs d'Aubagne et de Marseille Nord comptent davantage de bénéficiaires de l'AAEH (respectivement 19,6 et 18,6 bénéficiaires pour 1 000 habitants de 0-19 ans).

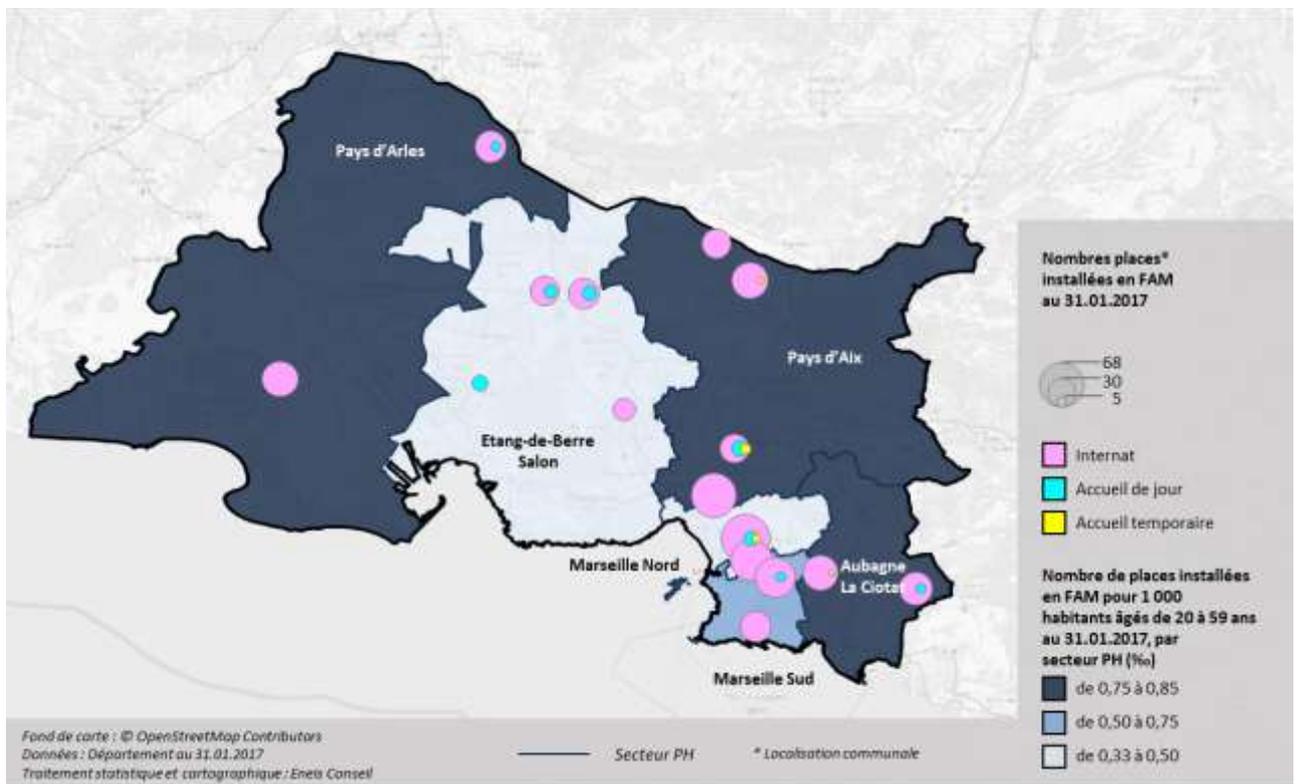
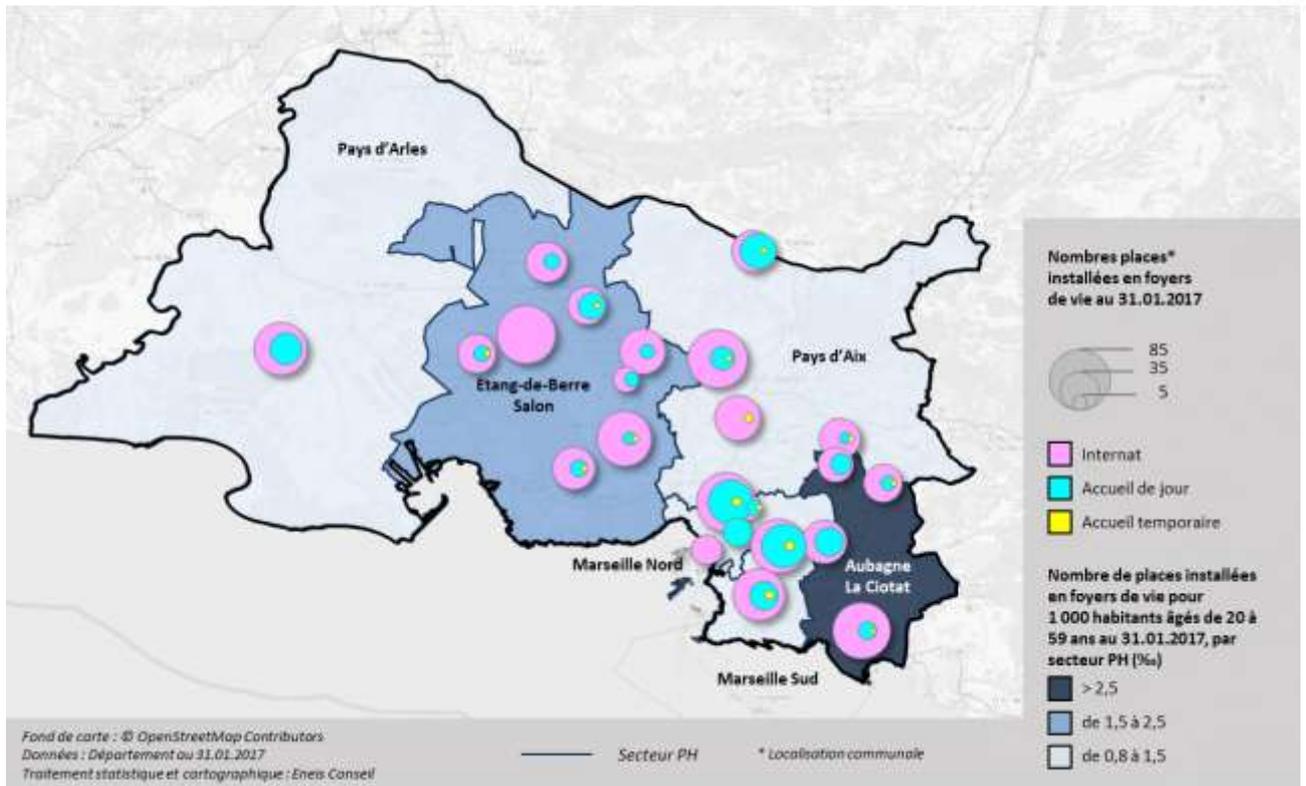
Le nombre de bénéficiaires de la PCH ou de l'ACTP est par ailleurs à mettre en regard avec le nombre de places de jour ou d'accueil temporaire sur le territoire, afin d'identifier les potentiels besoins non couverts.

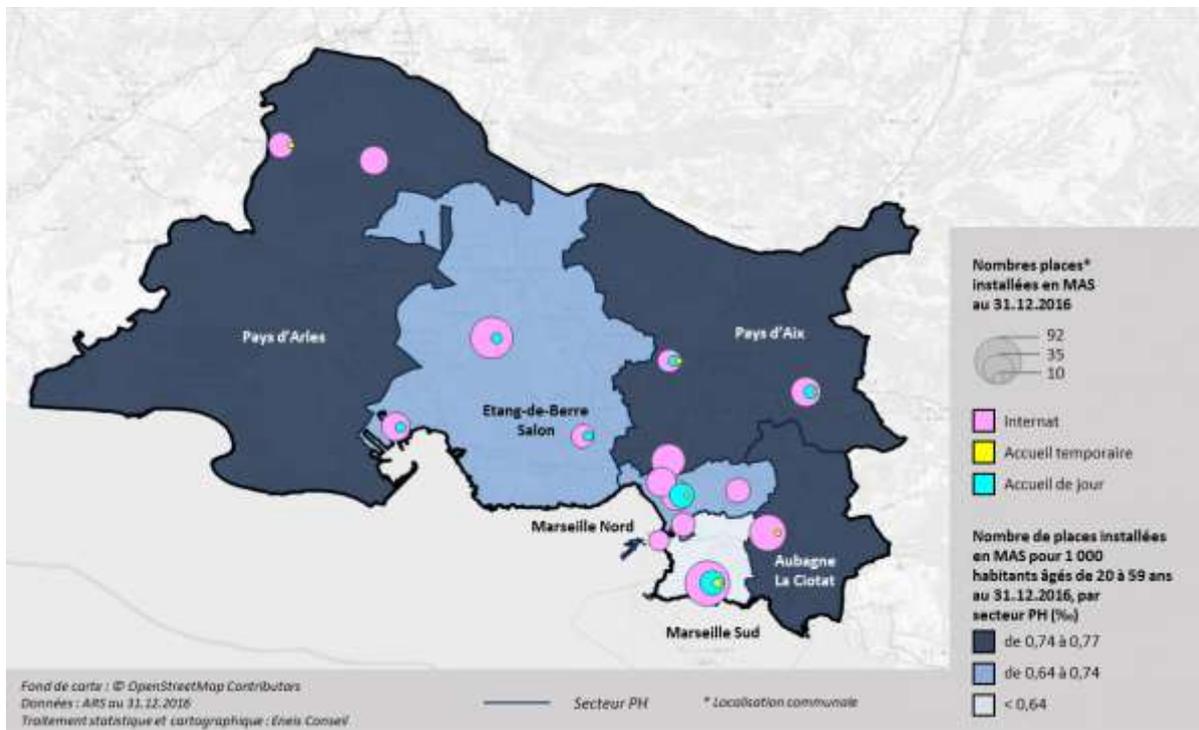
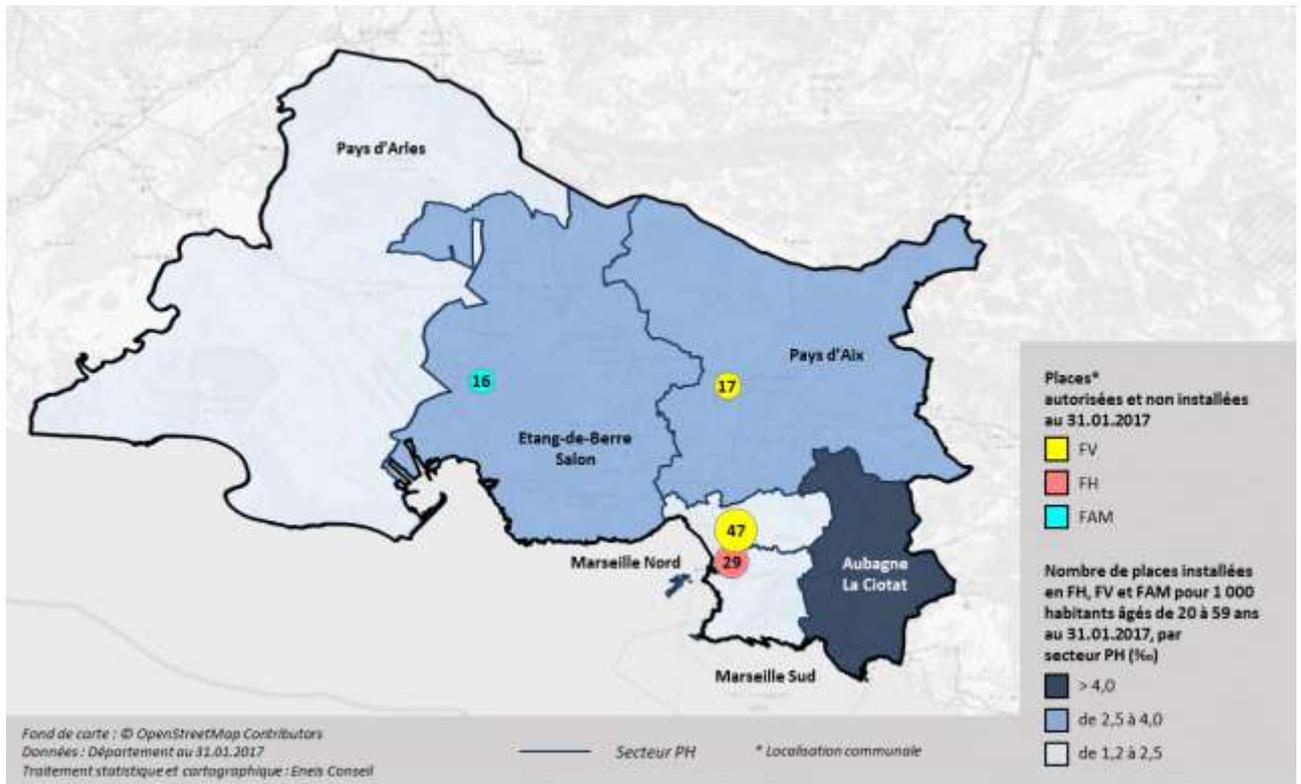


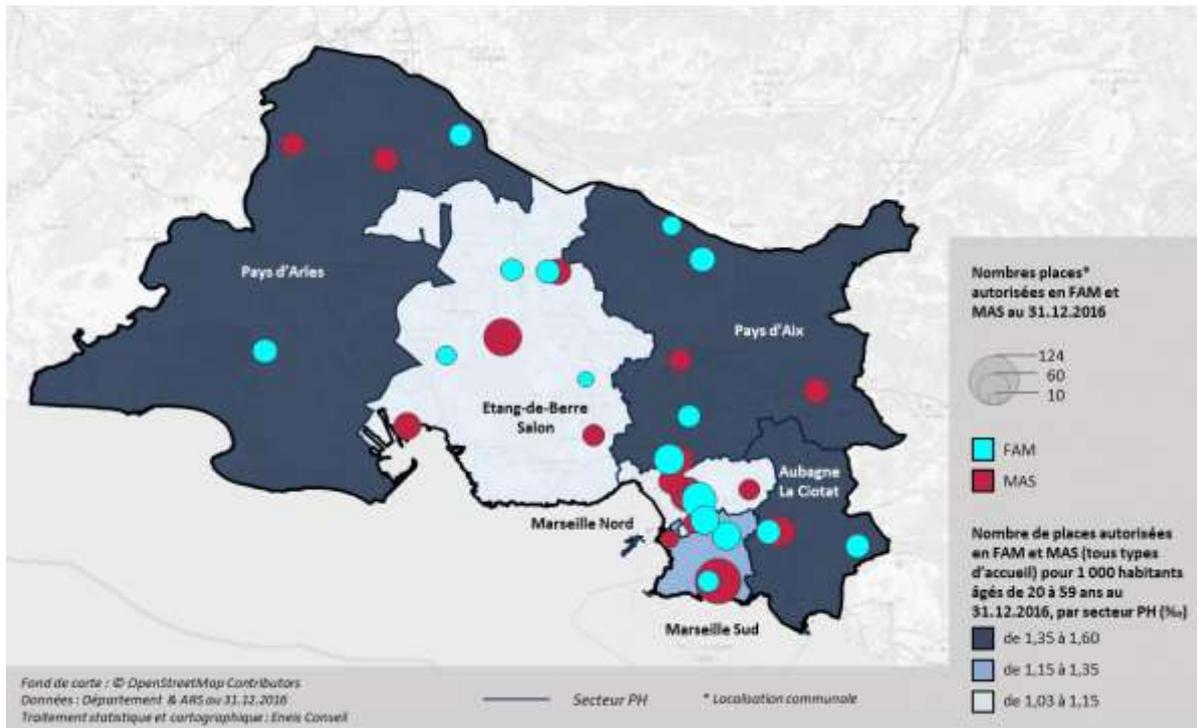


L'offre à destination des personnes handicapées









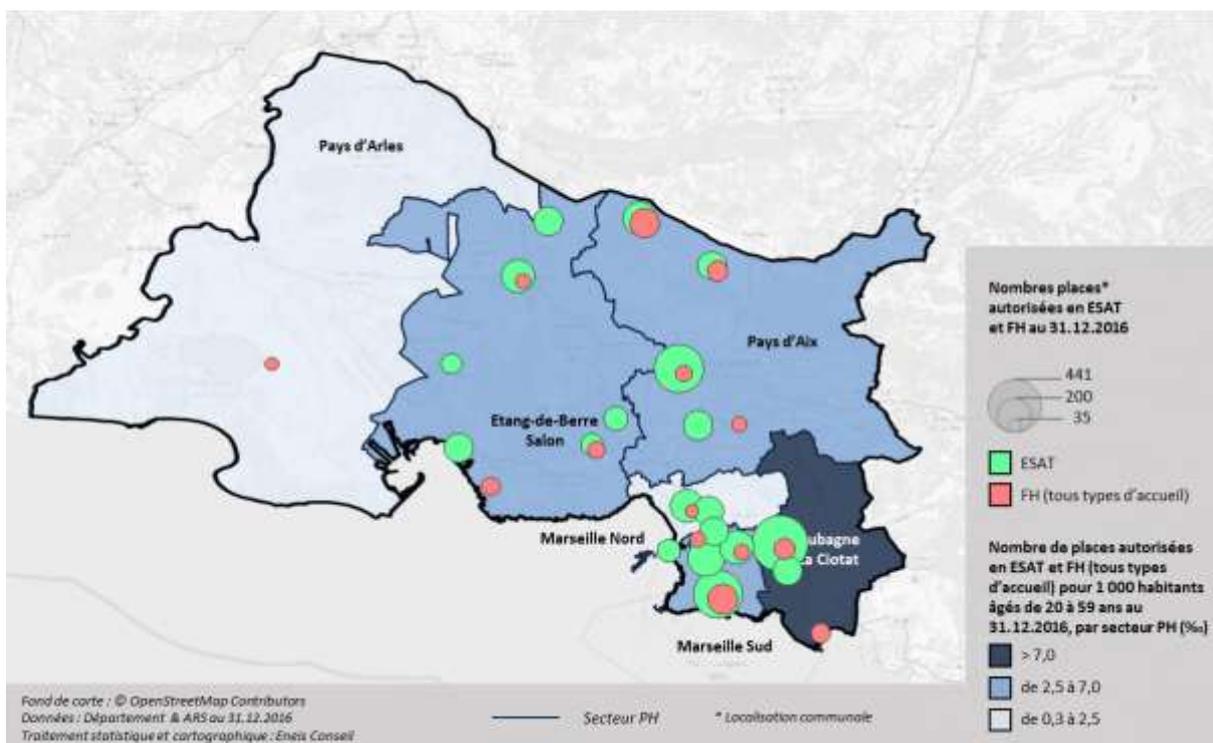
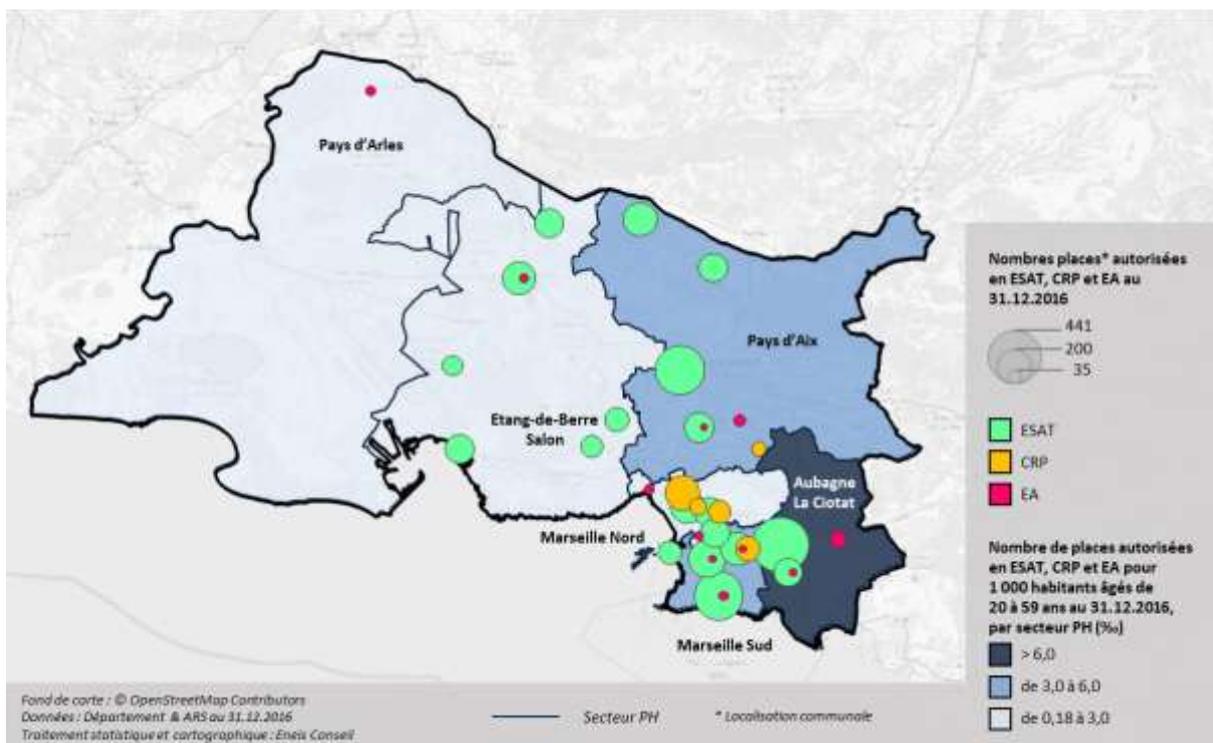
Les secteurs du Pays d'Aix et d'Aubagne La Ciotat comptent le plus grand nombre de places installées en foyers hébergement pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans (respectivement 1,45 et 1,38). A noter à l'inverse un nombre très faible de places pour les secteurs du Pays d'Arles et de Marseille Nord (respectivement 0,30 et 0,13).

Le secteur d'Aubagne La Ciotat compte également le plus grand nombre de places en foyers de vie (3,4 places pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans), légèrement supérieur à celui d'Etang-de-Berre Salon (2,0). Les secteurs de Marseille Nord (0,8) et Marseille Sud (1,0) sont les moins bien dotés du Département pour ce type d'accueil.

Concernant les FAM, les territoires les moins équipés sont les secteurs Etang-de-Berre Salon (0,4) et Marseille Nord (0,3), soit un nombre de places installées pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans légèrement inférieur à la moyenne départementale qui s'élève à 0,6.

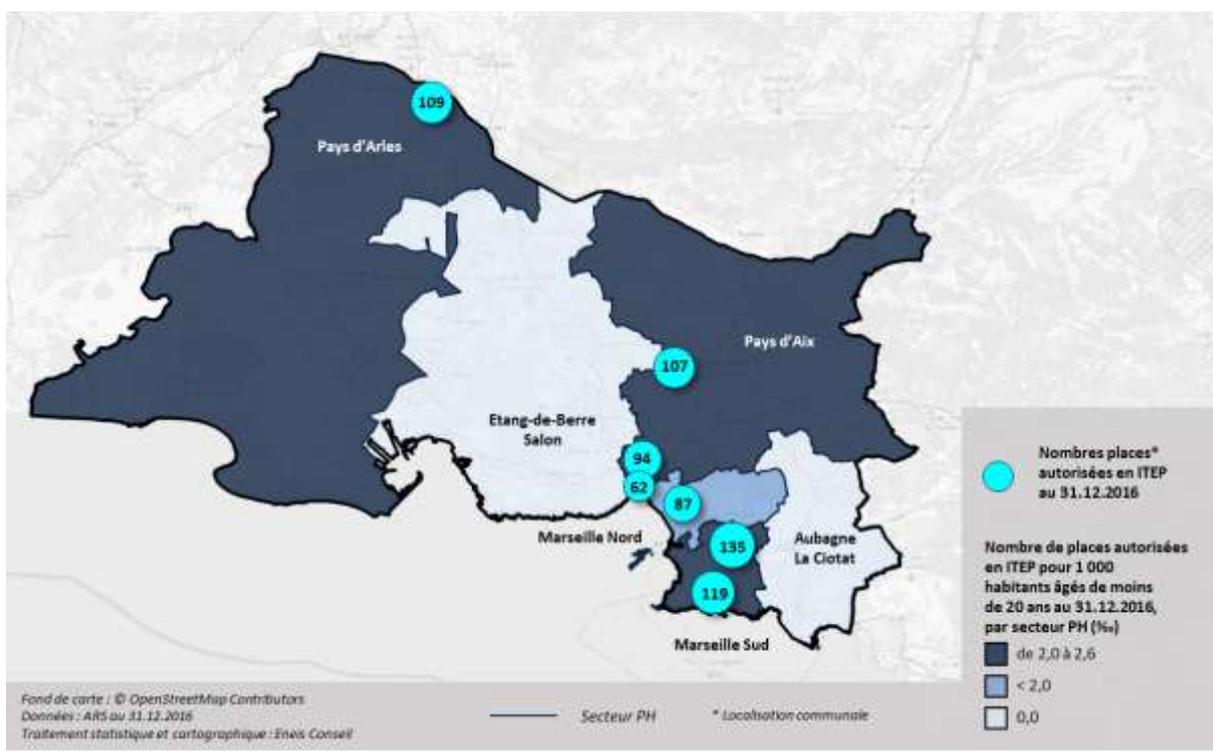
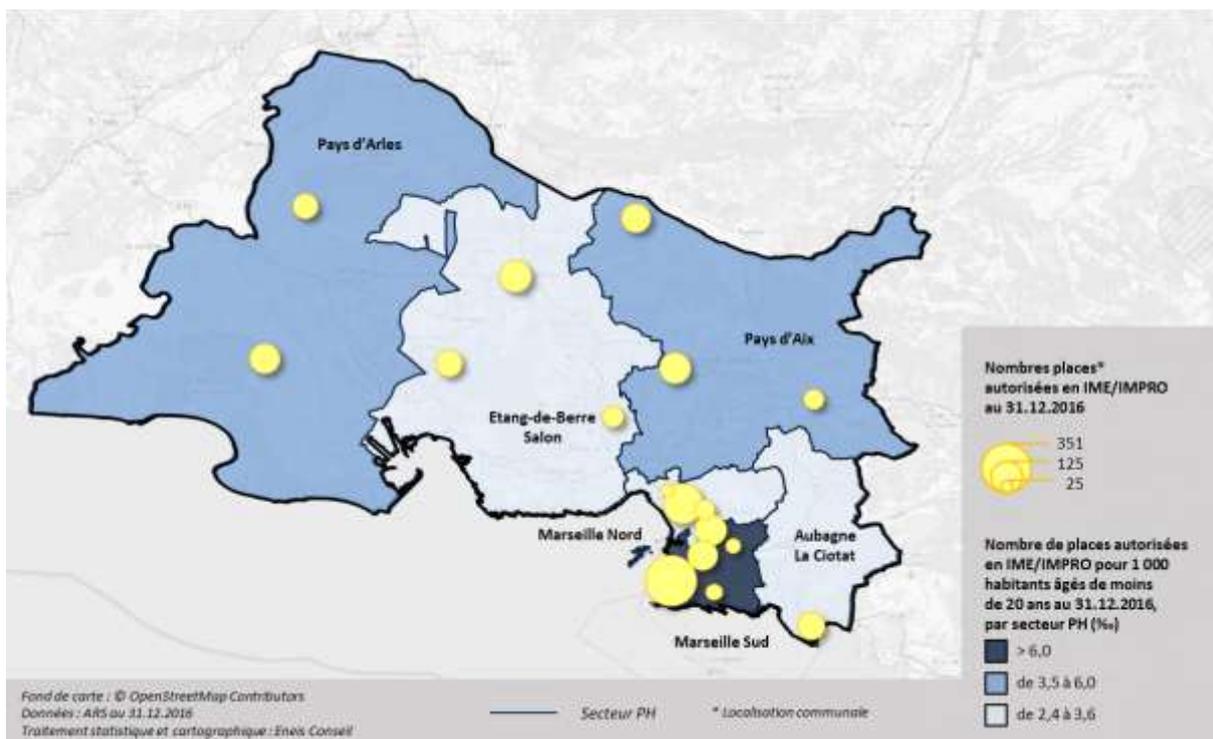
Le nombre de places installées en MAS est homogène sur les différents territoires (variant de 0,63 pour Marseille Nord à 0,77 pour le Pays d'Arles).





Le secteur d'Aubagne La Ciotat, comptant le plus grand nombre de places installées en FH, FV et FAM (5,61 places pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans contre une moyenne départementale de 2,65) compte également le plus grand nombre de places autorisées en ESAT, CRP et EA (8,2 places pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans). Le Pays d'Arles ne compte que 0,3 places en ESAT, CRP et EA pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans, soit significativement moins que sur l'ensemble du département (en moyenne, 3,7 places).





Marseille Sud concentre le plus grand nombre de places autorisées en IME/IMPRO au regard de sa population âgée de moins de 20 ans (6,87 contre une moyenne départementale de 3,87). Les secteurs d'Aubagne La Ciotat et Etang-de-Berre Salon ne comptent aucune place en ITEP. Les autres secteurs comptent environ 2,6 places pour 1 000 habitants de 0 à 19 ans (sauf Marseille Nord qui n'en compte que 1,24)





Diagnostic qualitatif

Les précédents schémas portés par le Département des Bouches-du-Rhône ont favorisé la mise en œuvre **d'une politique départementale du handicap aboutie et en mesure de s'adapter aux évolutions juridiques**. Pour poursuivre la démarche entreprise, il convient de réaliser un diagnostic qualitatif global des offres départementales en termes d'accueil et d'accompagnement des personnes en situation de handicap et de leurs proches.

Dans cette partie sont présentés :

- les enquêtes par questionnaire dressant les portraits des services, établissements et usagers et mettant en lumière les attentes et besoins de chaque type d'acteurs
- des éléments de bilan, rappelant quelques grandes réalisations du Département ces dernières années et permettant de disposer d'une vision globale de l'offre départementale sur le territoire.



I) Les dispositifs favorisant le maintien à domicile des personnes en situation de handicap

Le Département s'est engagé depuis longue date dans le soutien à domicile des personnes en situation de handicap, menant diverses actions d'information et de communication en la matière.

Eléments de bilan des précédents schémas :

Le Département a organisé une **Journée départementale de l'autonomie et de l'accompagnement au domicile** du 2 octobre 2014 sur les thèmes suivants :

- Participation au développement économique et local,
- Soutenir le lien social,
- Mieux penser l'habitat adapté,
- Promouvoir la prévention.

En termes de qualité à domicile, le Département s'est engagé dans la poursuite du Label Handéo :

- Création du guide des SAAD labélisés Handéo
- Réalisation d'un catalogue des formations continues sur les thématiques du handicap pour les SAAD,
- Intégration de l'information « labellisé Handéo » dans la liste des SAAD par le département.





- Couverture par les SAAD labellisés Handéo de la totalité du territoire du département et de tous types de handicap

Les services d'aides à domicile, un relais du Département pour favoriser le maintien à domicile

La gestion de la politique de maintien à domicile est un enjeu majeur pour le Département. Outre des évolutions majeures des SAVS et des SAMSAH qui ont été introduites suite à l'élaboration d'un cahier des charges, **le pilotage du secteur du service d'aide à domicile est amené à relever de nouveaux défis.**

Ainsi, dans les Bouches-du-Rhône, **154 SAAD agréés ont basculé dans le régime de l'autorisation.** Ils sont au total **180 à intervenir auprès des bénéficiaires de l'APA et de la PCH et 24 sont habilités à l'aide sociale.**

Les enquêtes par voie de questionnaire réalisées sur le territoire permettent de dresser le portrait des services d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant auprès d'adultes ou d'enfants handicapés. L'intervention de SAAD concerne le plus souvent des personnes handicapées adultes : à noter néanmoins que le secteur privé à but lucratif réalise 50% des heures à destination des enfants, contre 14,7% en moyenne, tous publics confondus (adultes handicapés et personnes âgées).

Certaines limites dans le suivi à domicile sont rencontrées par les SAAD, comme le mettent en évidence les refus d'intervention signalés par les répondants au questionnaire. Répondre à l'ensemble de la demande sur le territoire suppose en effet :

- Pour les SAAD, de **disposer de suffisamment de personnel** pour répondre aux besoins, face aux difficultés de recrutement que connaît ce secteur
- De disposer de plus d'un **personnel qualifié pour accompagner des personnes très dépendantes** ou bien souffrant d'une pathologie ou d'un handicap lourd
- Au niveau départemental, de mettre en œuvre une organisation de l'offre permettant de couvrir l'intégralité du territoire

La question du refus d'intervention appelle donc une **stratégie d'organisation territoriale de l'aide à domicile** pour assurer une **équité de prise en charge** et éviter les « zones blanches » (les répondants se concentrent en effet dans les grandes agglomérations, interrogeant la couverture en service dans les espaces de moindre densité de peuplement).

Le manque de personnel est cité comme première raison de refus de prise en charge par les répondants. Ainsi, pour assurer une couverture territoriale, prendre en charge les publics les plus dépendants mais également assurer la qualité du service offert, les SAAD ont besoin de **s'appuyer sur un personnel intervenant qualifié et accompagné dans les difficultés quotidiennes** qu'il peut rencontrer.

Or le secteur connaît des problématiques importantes en la matière. Il s'agit en premier lieu de **difficultés de recrutement** (notamment de personnel qualifié), pour une profession peu reconnue. Le temps partiel, fréquent dans le secteur de l'aide à domicile, contribue de plus à la **précarisation du métier d'intervenant à domicile**, qui connaît un niveau faible de rémunération.





Face à ces difficultés, les SAAD répondants au questionnaire citent fréquemment dans leurs attentes vis-à-vis du schéma la question de la **reconnaissance des intervenants à domicile** et le **besoin d'une meilleure formation**.

Cependant le **suivi des intervenants par les personnels encadrants est relativement développé** comme le mettent en évidence les résultats des questionnaires (elles sont le plus souvent trimestrielles). Mais elles ne suffisent pas à réduire les **difficultés inhérentes aujourd'hui au secteur de l'aide à domicile** (difficultés dans la prise en charge des personnes suivies, sentiment d'isolement...). Il est à noter que le secteur connaît un **taux d'absentéisme élevé**.

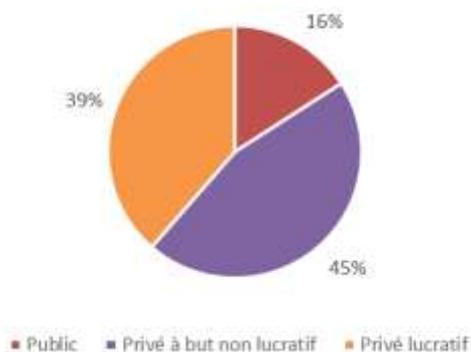


Enquête auprès des services d'aide et d'accompagnement à domicile

Profil des répondants

- **145 services** ont répondu au questionnaire dont une **majorité de SAAD privés à but non lucratif** (66 soit 45%).
- Près de la moitié (54%) des SAAD sont situés dans les agglomérations de Marseille (66 SAAD, dont 15 dans le 8ème arrondissement) et d'Aix-en-Provence (15 SAAD).
- En 2015, **9 606 354,99 heures** ont été réalisées (majoritairement par des services prestataires) auprès de **46 962 bénéficiaires** par les services répondants

Répartition des répondants par structure juridique



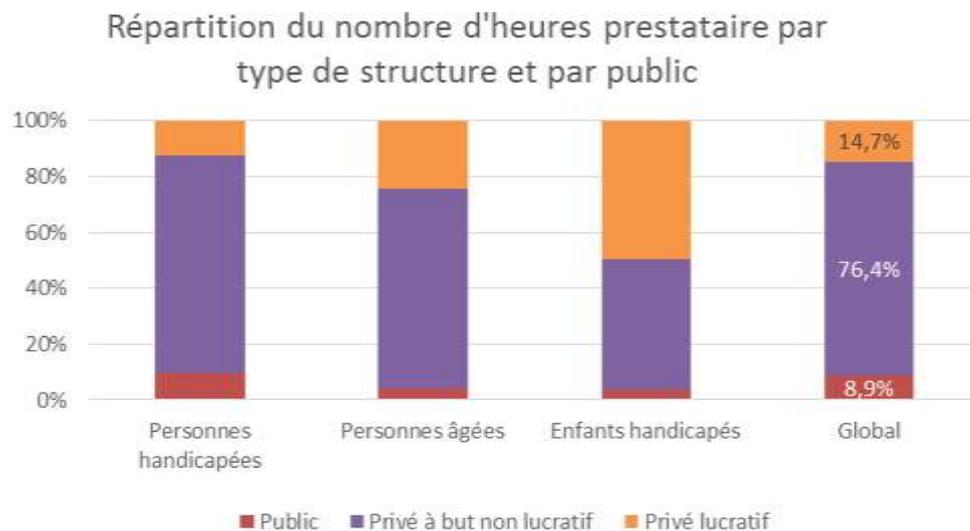
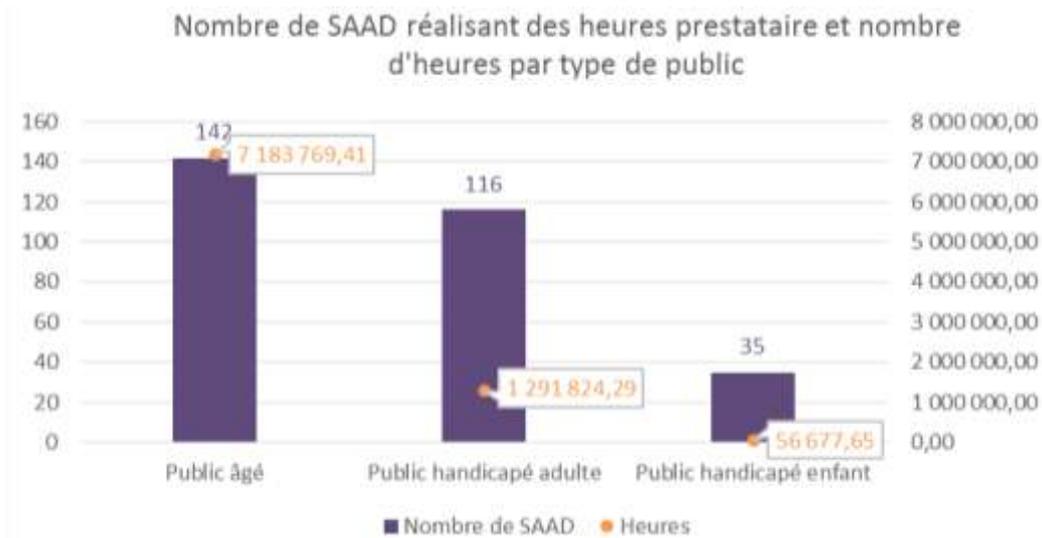
Répartition des heures réalisées en 2015 par mode



Activité – prestataire

- Tous SAAD confondus, près de **8,5 millions d'heures prestataires ont été réalisées** en 2015, le mode prestataire étant donc majoritaire parmi les services répondants (87,42% en service prestataire).
- Les **SAAD ayant une activité prestataire interviennent majoritairement auprès du public âgé** (142 services réalisant 7,2 millions d'heures).
- Ces heures de services prestataires sont réalisées à **76,4% par des structures privées à but non lucratif**.
- A noter que le **privé lucratif réalise près de 50% des heures à destination des enfants handicapés**.

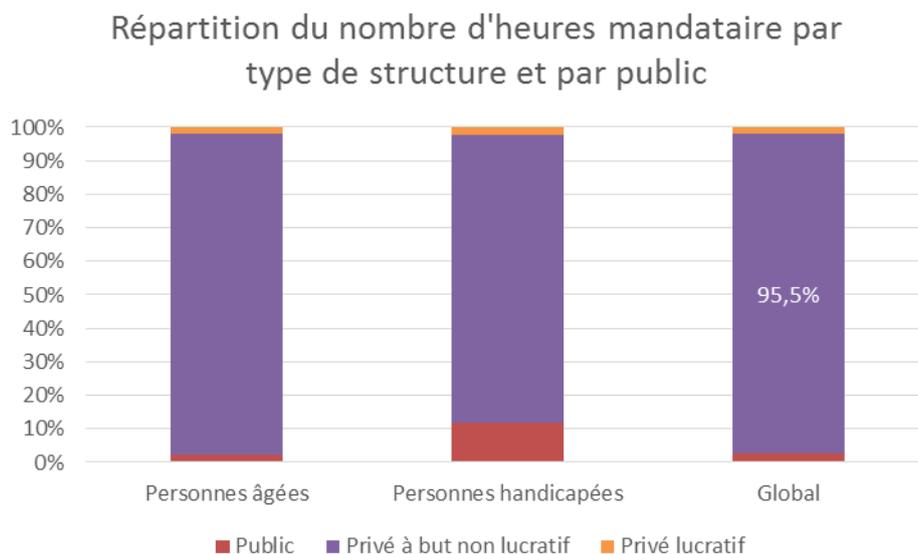
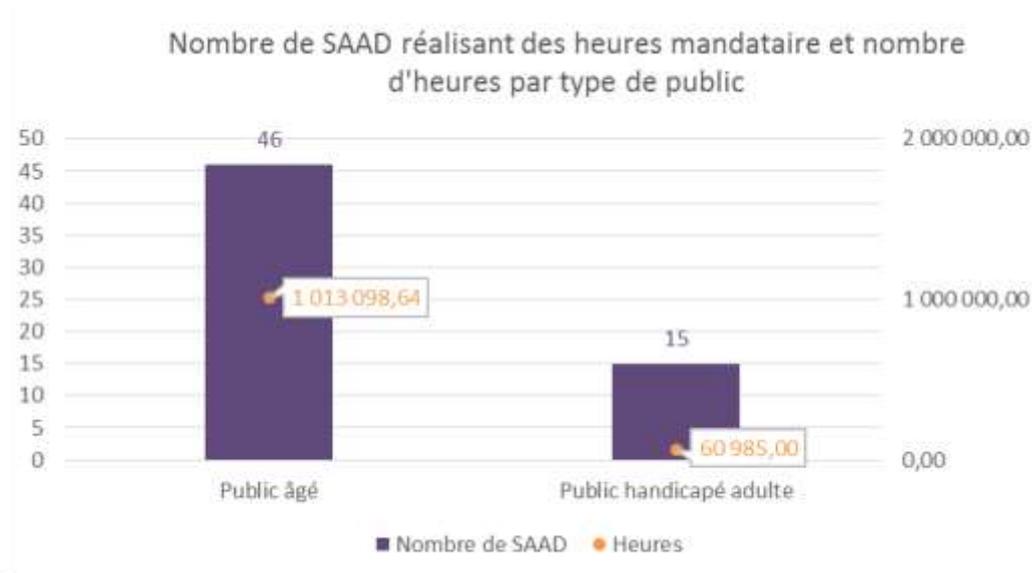




Activité - mandataire

- Les **SAAD en service mandataire ont réalisé près d'1,1 million d'heures en 2015**. Ces heures sont majoritairement réalisées auprès du **public âgé (1,0 million d'heures)**. En revanche ils n'interviennent pas auprès des enfants handicapés.
- Les heures des services mandataires sont **très largement réalisées par des structures privées à but non lucratif (95,5%)**.
- Les **structures publiques réalisent 12% des heures en mandataire auprès des personnes handicapées** (contre moins de 2% des heures réalisées auprès des personnes âgées), dénotant une présence plus marquée du secteur public auprès du public handicapé.

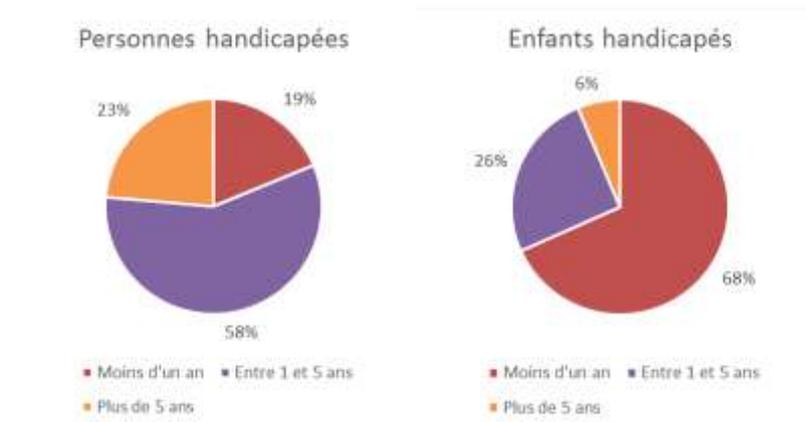




Caractéristiques des usagers

- Les répondants dénombrent **46 962 usagers de leurs services en 2015 dont 2 701 en situation de handicap (en majorité des adultes)**.
- La durée de prise en charge des services est variable selon le public concerné :
 - Une majorité de prise en charge dure **entre 1 et 5 ans pour les adultes handicapés**,
 - **Pour les enfants**, 68% des prises en charge durent **moins d'un an**





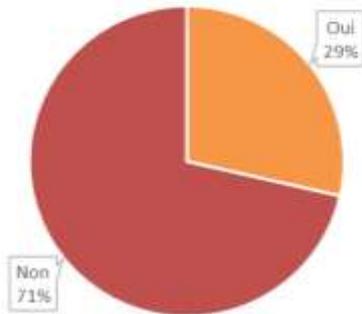
Refus d'intervention

- Un **tiers des SAAD a refusé des prises en charge** au cours de l'année 2015.
- Selon les répondants, les refus d'intervention sont avant tout imputables au **manque d'effectifs au sein des services** (ou bien au manque de personnel qualifié), ce qui est à mettre en relation avec les difficultés de recrutement rencontrées par le secteur de l'aide à domicile.
- La **localisation du domicile d'intervention** hors du champ d'intervention du SAAD est le deuxième motif déterminant pour les refus.
- Enfin, **l'existence d'une pathologie ou d'un handicap trop lourd** est le troisième refus de prise en charge, ce qui interroge sur les solutions proposées pour les personnes en situation complexe à domicile.





Refus de prises en charge en 2015



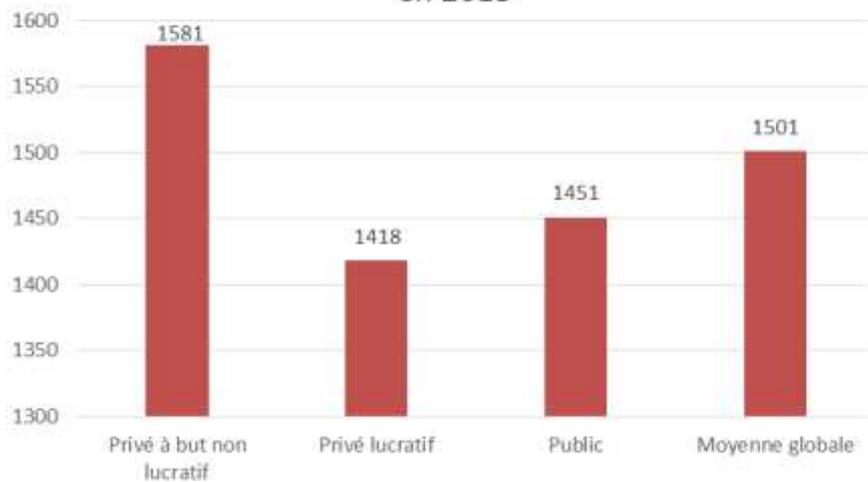
Motifs de refus de prise en charge en 2015



Personnel intervenant

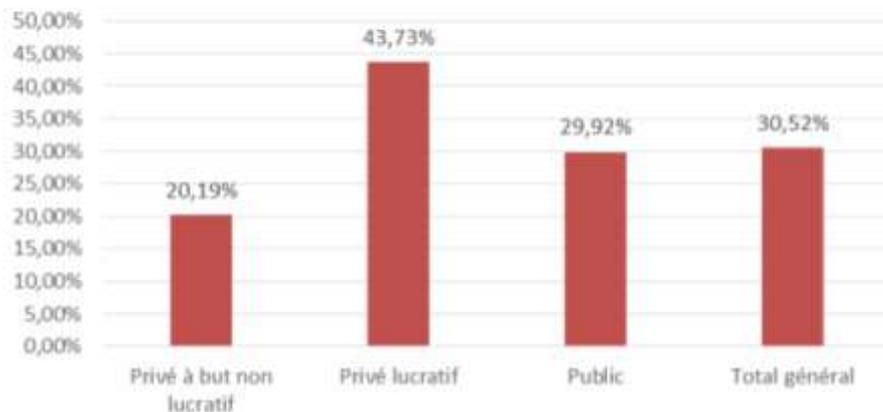
- Les SAAD ayant répondu comptent **11784,48 ETP** en 2015. La moitié des SAAD comptent moins de 21 ETP. En moyenne, environ **1 500 heures ont été réalisées par ETP** au cours de l'année. A noter que ce ratio est plus élevé pour les SAAD privés à but non lucratif.
- Le **taux moyen de qualification de 30,52%** sur l'ensemble des SAAD masque des disparités importantes (7 SAAD avec plus de 80% de qualification et 29 SAAD avec moins de 10% dont 15 sans aucune qualification déclarée).
- Un **meilleur niveau de qualification** des intervenants est observable dans le **secteur privé lucratif** (43,73% soit près de 13 points supérieurs à la moyenne).

Ratio heures réalisées / ETP par type de structure en 2015





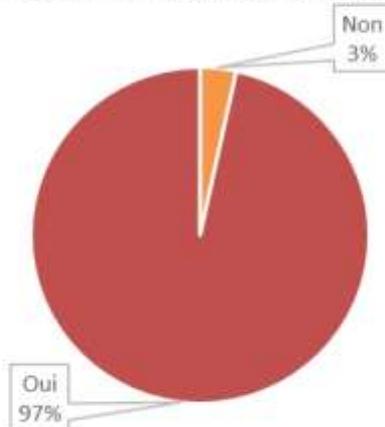
Comparaison des taux de qualification par type de structure

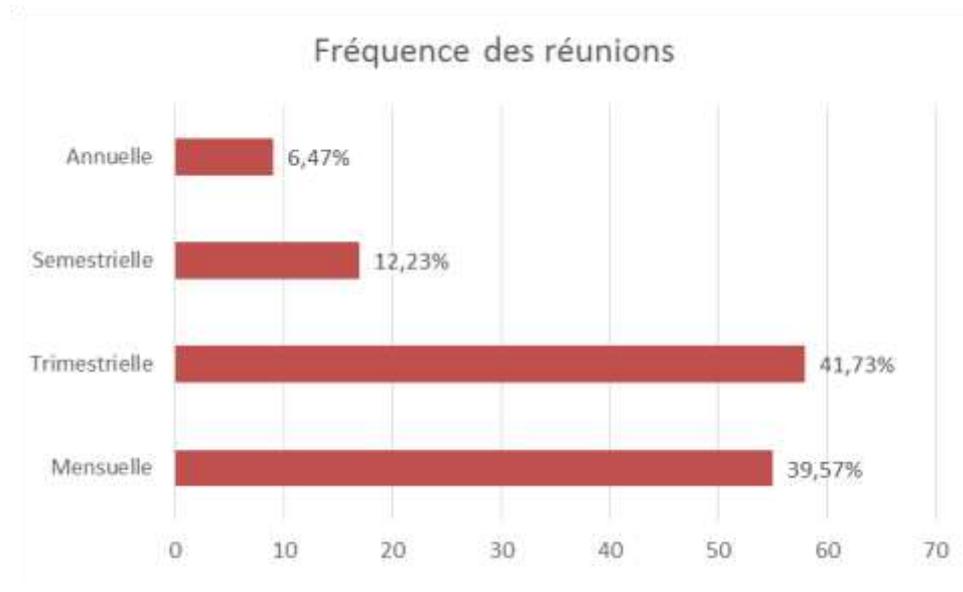


Accompagnement du personnel

- **97% des SAAD organisent des réunions d'échange d'information et de pratique** avec leur personnel d'intervention.
- **Ces réunions sont organisées en majorité au moins une fois par trimestre**
- Le **taux moyen d'absentéisme de 9,69** masque des écarts importants (allant jusqu'à 52% d'absentéisme).

Organisation de réunions d'échange d'information et de pratique avec le personnel d'intervention





Le plus souvent, les bénéficiaires interrogés dans le cadre du questionnaire ont **recours à plusieurs services simultanément** (en particulier, SAAD et SAMSAH). Cette situation invite à considérer **l'expérimentation d'un SPASAD**. En effet, ce type de service permettrait l'intervention d'un seul professionnel et éviterait les problématiques de coordination et d'échanges d'information entre services.

Les répondants au questionnaire ont manifesté leur satisfaction vis-à-vis des services sollicités avec néanmoins **une attente particulière en termes de continuité des interventions** (gestion des remplacements), de **possibilité d'intervention des services à des horaires atypiques** (week-ends, jours fériés, nuits...) ainsi que sur le **nombre d'intervenants**, constituant ainsi trois axes possibles d'amélioration de la qualité d'intervention des SAAD sur le territoire.



Enquête auprès des personnes en situation de handicap vivant à domicile

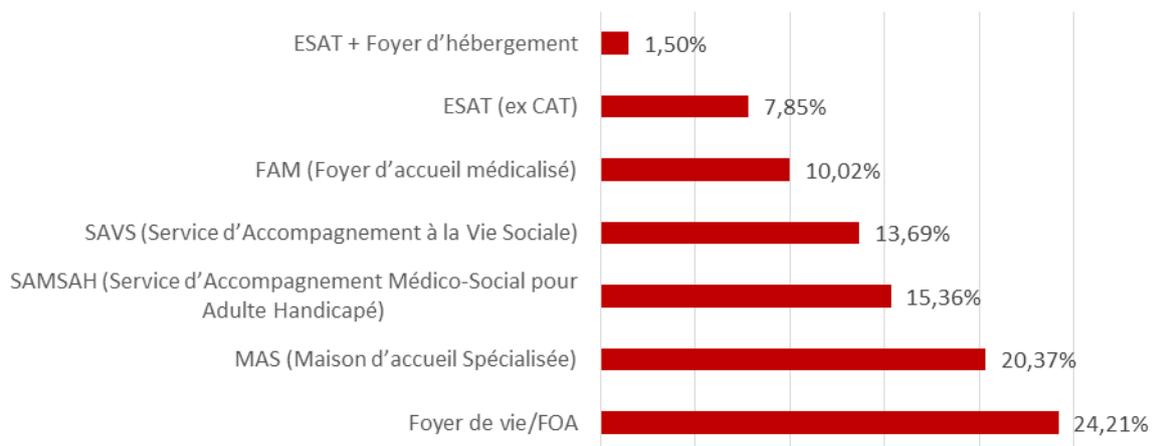
Orientations MDPH

- **Seulement 30,50% des répondants bénéficient d'une orientation MDPH** (soit 599 personnes). Il s'agit le plus souvent d'une orientation vers un foyer de vie/FOA ou une maison d'accueil spécialisée (MAS).





Répartition des orientations de la MDPH



- Le **défaut de places** est le motif le plus souvent cité par les personnes ayant justifié la non-mise en œuvre de leur orientation MDPH.
- Sont également cités comme motifs le manque de structures ou de postes (6,17%) et l'absence de besoin (4,94%).

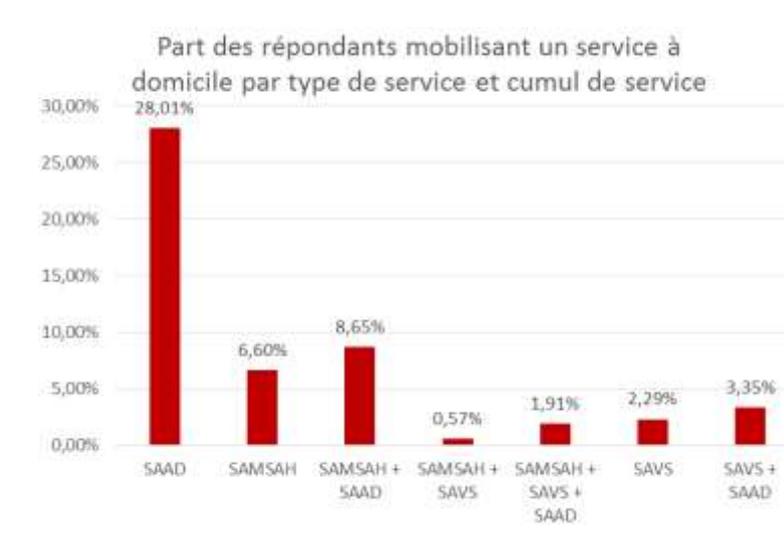
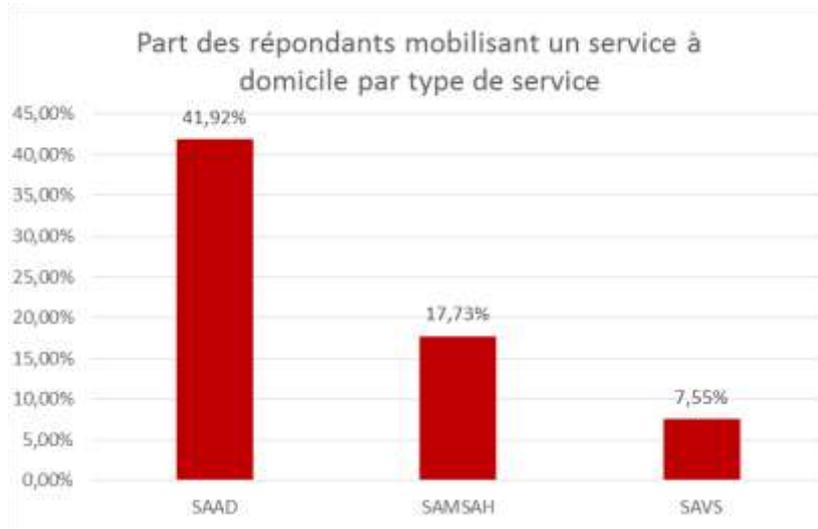
NB : seulement 81 personnes ont répondu à cette question alors que 599 bénéficient d'une orientation.



Recours à un service à domicile

- Un peu **plus de la moitié des personnes** (51,39%, 1 075 personnes) interrogées déclarent **bénéficier d'une intervention d'un service à domicile** (SAAD, SAMSAH, SAVS).
- Les SAAD sont les services les plus mobilisés (par 41,92% des répondants au questionnaire).
- Un **tiers des répondants sollicitent exclusivement un SAAD** (28,01%). Les **situations de répondants bénéficiant de l'intervention de plusieurs services sont fréquentes** (notamment SAMSAH et SAAD, concernant 8,65% des répondants).





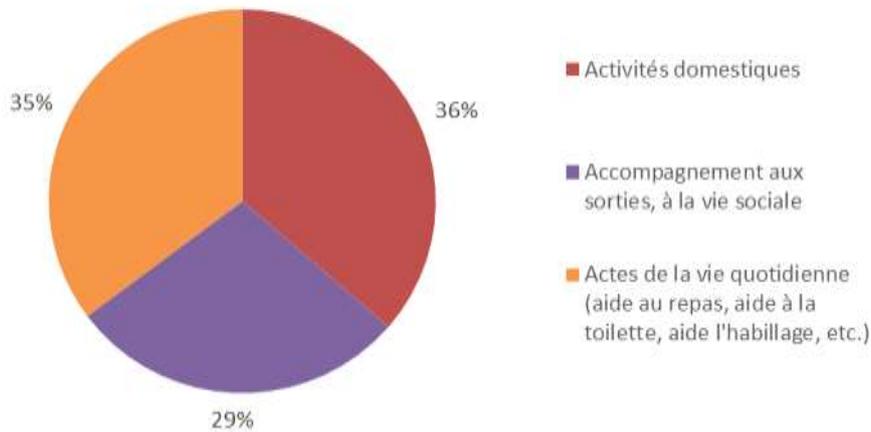
Recours à un service à domicile – SAAD

- Parmi les 724 réponses concernant le choix des SAAD, les critères les plus souvent cités sont **la connaissance de l'intervenant à domicile (29,42%)** et **la recommandation du service par un tiers (26,23%)**.
- Sont aussi mentionnées, dans une moindre proportion, la qualité de la relation humaine (2,96%) et la qualité du service (1,60%).





Activités réalisées par les SAAD



Critères de choix du SAAD

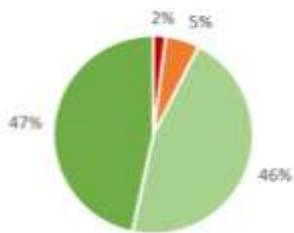


- Les bénéficiaires de SAAD ont recours à l'accompagnement dans les activités domestiques, les actes de la vie quotidienne, les sorties et la vie sociale de façon équilibrée. Il est à noter **qu'un quart de bénéficiaires de SAAD a recours aux trois activités.**
- Les bénéficiaires de SAAD expriment une **satisfaction globale à l'égard de la qualité de service** sur les 6 critères développés ci-dessous (*la qualité de travail de l'intervenant, les qualités relationnelles de l'intervenant, les interventions pendant les week-ends, les vacances, 7 jours sur 7, les congés et les jours fériés, le nombre d'intervenants différents, la continuité des interventions en cas de remplacement et le respect des horaires*).
- Néanmoins, la part de bénéficiaires non satisfaits ou peu satisfaits est plus importante concernant **les jours d'intervenants, le nombre d'intervenants et la continuité des interventions.**

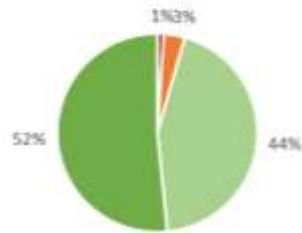




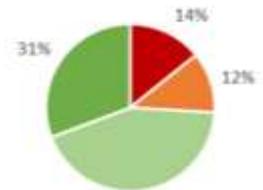
La qualité du travail de l'intervenant



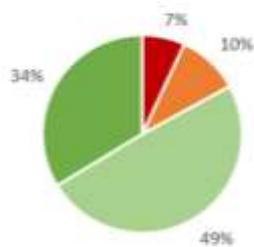
Les qualités relationnelles de l'intervenant



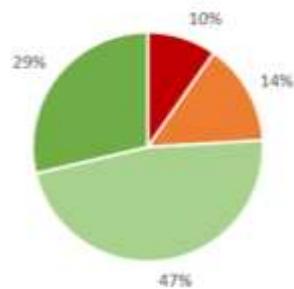
Interventions week-end, vacances, 7/7, congès et jours fériés



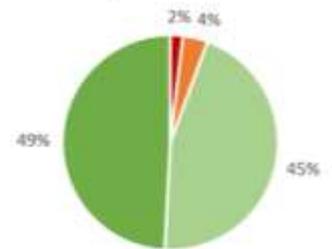
Le nombre d'intervenants différents



La continuité des interventions



Le respect des horaires



■ Pas satisfaisant ■ Peu Satisfaisant
■ Satisfaisant ■ Très satisfaisant

■ Pas satisfaisant ■ Peu Satisfaisant
■ Satisfaisant ■ Très satisfaisant

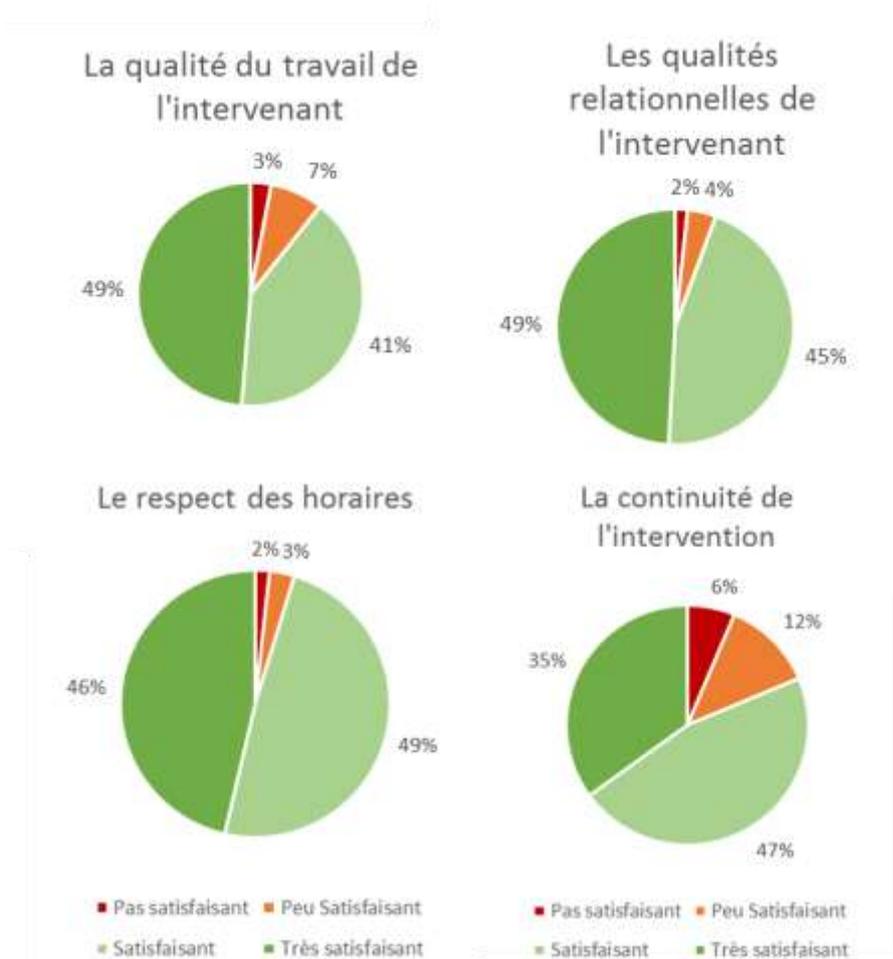
■ Pas satisfaisant ■ Peu Satisfaisant
■ Satisfaisant ■ Très satisfaisant





Recours à un service à domicile – SAMSAH

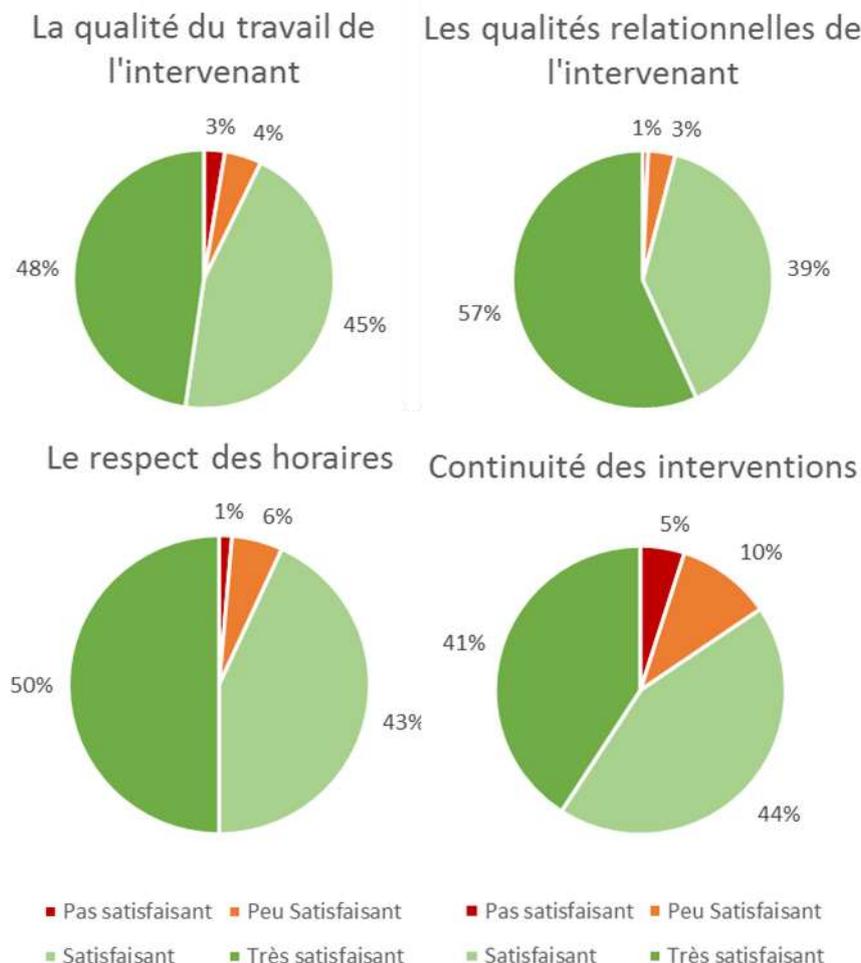
- Parmi les bénéficiaires de SAMSAH, **45% bénéficient d'une aide humaine.**
- Si les bénéficiaires sont **globalement satisfaits** de la qualité de service des SAMSAH, comme pour les SAAD, la **question de la continuité de l'intervention en cas de remplacement est plus souvent considérée comme problématique.**





Recours à un service à domicile – SAVS

- 7,55% des répondants bénéficient d'un SAVS.
- De façon similaire aux SAAD et SAMSAH, les résultats concernant la satisfaction des bénéficiaires mettent en lumière **l'enjeu de continuité des interventions en cas de remplacement des intervenants.**



Les enjeux

- Mieux connaître les intervenants à domicile auprès des personnes handicapées (quelle offre, quelles caractéristiques, quels besoins... ?)
- Coordonner les multiples acteurs au service d'un parcours fluide des personnes handicapées (différents intervenants à domicile, professionnels de la MDPH...) pour assurer continuité et qualité des prises en charge
- Favoriser la démarche d'amélioration de la qualité par l'ensemble des intervenants à domicile





L'adaptation du logement au handicap

Au cours des précédents schémas, le Département a mené diverses actions favorisant l'adaptation du logement.

Éléments de bilan des précédents schémas :

- Convention avec le CREEDAT (centre régional d'ergothérapeutes : études, diagnostics, adaptations techniques)
- Financement de la plateforme Handitoit
- Mutualisation de la PCH

Dépendant du type de handicap (voir annexes-questionnaire sur le profil des répondants), l'adaptation du logement permet de favoriser le maintien à domicile. Elle suppose le plus souvent un accompagnement des personnes pour déterminer la solution la plus adaptée à la situation de handicap (intervention d'ergothérapeute). Ainsi, la part importante des répondants déclarant ne pas savoir à qui s'adresser pour aménager leur domicile révèle un réel besoin d'accompagnement des personnes en la matière.

Une majorité de répondants déclare que leur logement est adapté à leur handicap. Néanmoins, les questionnaires mettent en évidence que le coût des travaux est un frein important dans la réalisation de ces derniers.

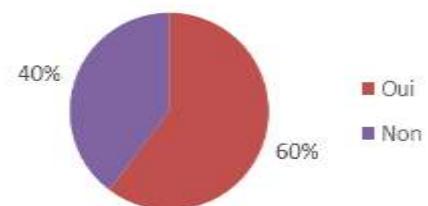


Enquête auprès des personnes en situation de handicap vivant à domicile

Adaptation du logement

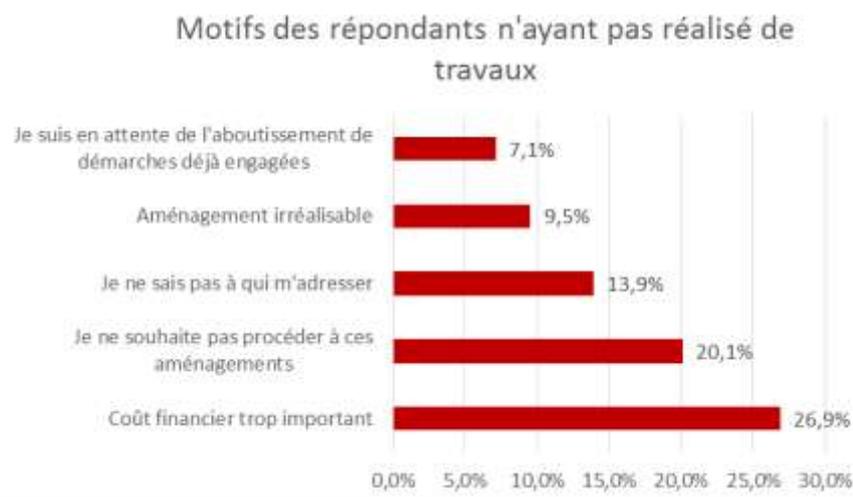
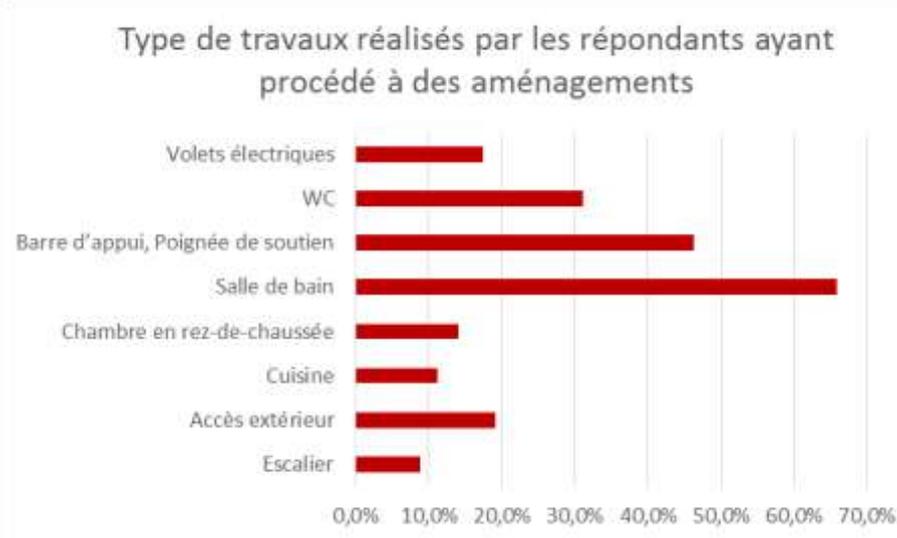
- Une **majorité de répondants considère que son logement est adapté à son handicap** (60%).
- 65,9% des répondants ayant mené des travaux dans leur logement ont **aménagé leur salle de bains**. D'autres aménagements que ceux cités ci-dessous ont été mentionnés par les répondants : système lumineux (1,0%), lit médicalisé (1,2%), élargissement (1,7%)...
- La **moitié seulement des répondants a effectivement réalisé des travaux dans son logement**, laissant envisager ainsi un **besoin d'aménagement du logement non couvert**.
- Le **coût financier des travaux** est le premier frein à la réalisation de ceux-ci. Les répondants ont pu également citer le fait d'être locataire (3,7%) ou

Considérez-vous que votre logement est adapté à votre handicap ?





hébergé (1,1%).



Les enjeux

- Favoriser l'adaptation du logement pour permettre le maintien à domicile des personnes en situation de handicap
- Accompagner les personnes désireuses d'adapter leur logement (accompagnement administratif vers les dispositifs de droit commun...)





II) L'accueil des enfants et des adultes handicapés en établissement

Au regard des résultats des enquêtes par questionnaire, le manque de places constitue la première difficulté de l'accueil des personnes handicapées sur le territoire des Bouches-du-Rhône (première raison du refus d'accueil en établissement, voir infra). Compte tenu des contraintes financières actuelles, une **solution par simple rattrapage du nombre de places ne saurait être suffisante**. Il s'agit dès lors, dans la perspective de la Réponse accompagnée pour tous de **raisonner par parcours et non par place**, afin d'assurer des **prises en charge adéquates et de qualité**. L'objectif premier est donc la fluidification des parcours pour éviter les ruptures de prise en charge. Le nombre important de personnes maintenues à défaut dans des établissements non adaptés fait écho à la nécessité d'instaurer cette logique de parcours.

La nécessité d'élaborer un parcours du bénéficiaire est d'autant plus prégnante pour certains publics fragiles. Le Département a ainsi porté au cours des dernières années une attention particulière aux publics rencontrant des difficultés de prises en charge, à savoir **les personnes handicapées vieillissantes** et les **jeunes adultes**.

Eléments de bilan des précédents schémas :

1) Les personnes handicapées vieillissantes

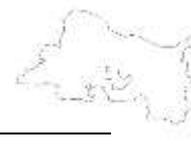
- Etude Pass'Agés par IPH13
- Projet d'EHPAD d'accueillir des PHV,

Bilan en 2015 de 110 personnes en situation de handicap accueillies en EHPAD et foyers logement.

2) Les jeunes en situation de handicap

- Groupes de travail de IPH13 sur la thématique des 16-25 ans
- Création au sein de la MDPH d'un service pour les 16-20 ans qui favorise un travail de partenariat plus étroit avec les ESMS, l'Education Nationale, mais également Cap-Emploi et les missions locales. Ce service a été étendu en 2016 aux 20-25 ans.



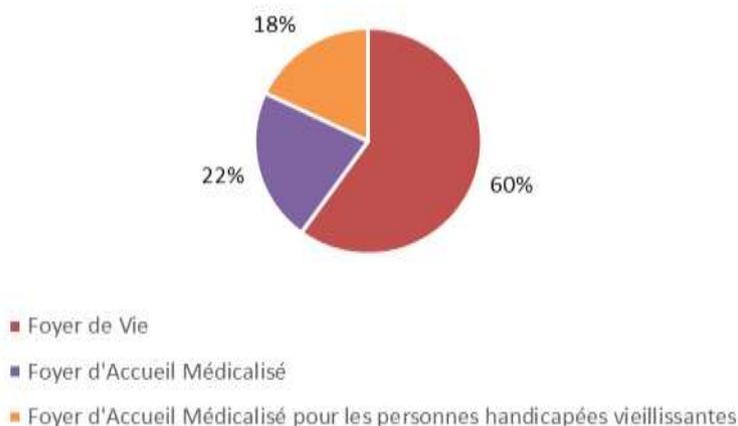


Enquête auprès des établissements accueillant des personnes handicapées adultes

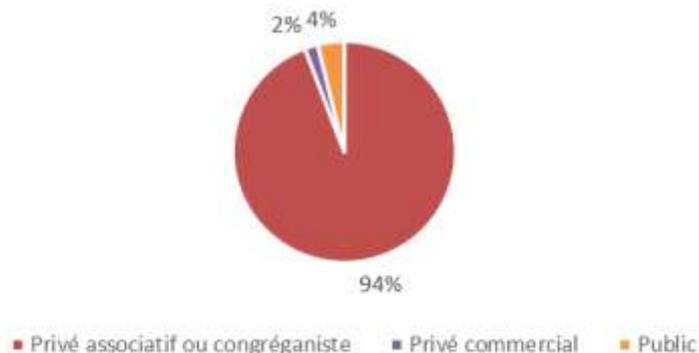
Profil des répondants

- **50 établissements** ont répondu au questionnaire (foyers de vie, foyers d'accueil médicalisé, foyers d'accueil médicalisé pour les personnes handicapées vieillissantes). Ce sont **majoritairement des foyers de vie** (32 établissements, soit 62%) dont près de la moitié sont situés dans les **grandes agglomérations** (17 à Marseille, 4 à Aix-en-Provence et 4 à Arles).
- Ces établissements sont de taille variable et accueillent entre 6 résidents (FAM Les Abeilles, Arles) et 94 résidents (Foyer de Vie le Mas St Pierre, Arles) en 2015 soit **en moyenne 37 résidents par établissement**.
- A l'exception d'un établissement privé commercial (FV Saint-Chamas) et de deux établissements publics (FAM PHV et FAM, Puy-Sainte-Réparade), les répondants sont des **établissements privés associatifs**.

Répartition des répondants par type de structure



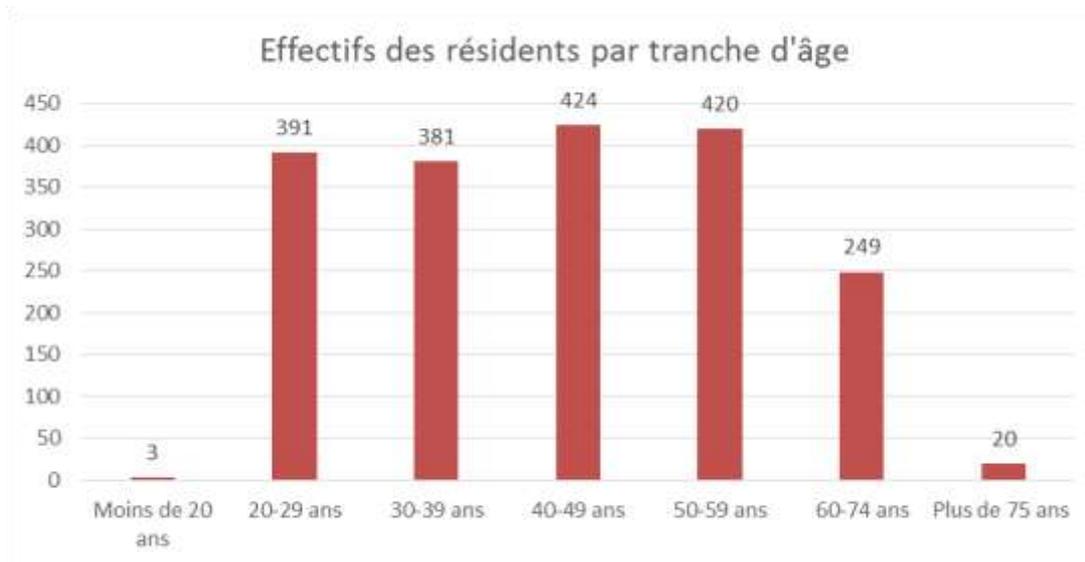
Répartition des répondants par statut juridique





Caractéristiques des résidents

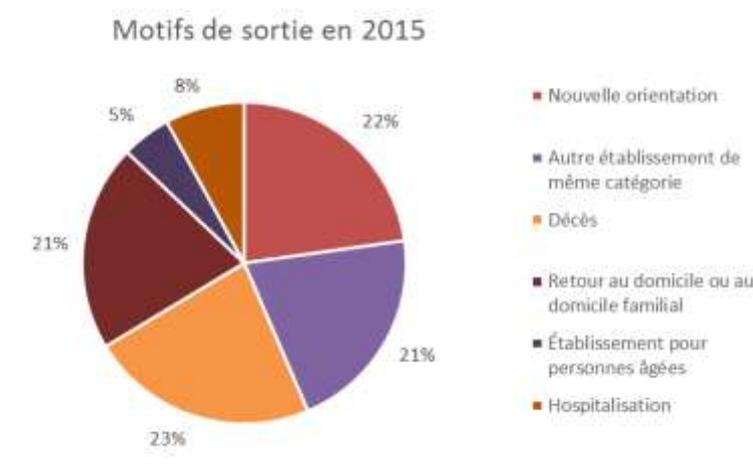
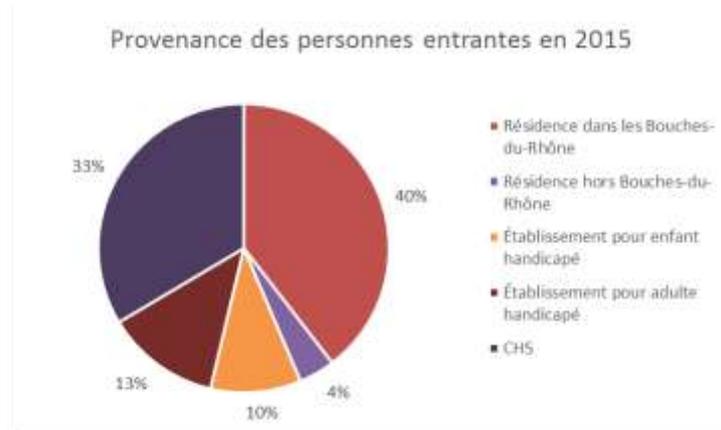
- Les établissements répondants disposent de **1 957 installées** soit un taux d'installation de 99,19% (dont 2 places en sureffectif autorisées en accueil de jour dans l'un des foyers de vie de Marseille).
- Au sein de ces places, on dénombre **310 places en accueil de jour** et **31 places en hébergement temporaire**.
- **1 888 personnes** sont accueillies au 31 décembre 2015 (*répartition par âge ci-dessous*). A noter que certains établissements accueillent des formes de handicap très rares (expliquant un recrutement régional voire national).



Entrées et sorties en 2015

- On dénombre **95 entrées** en 2015 pour **102 sorties** tous établissements confondus. Les personnes entrant en établissement en 2015 proviennent **majoritairement de leur foyer**
- Les **sorties se répartissent de façon presque homogène** entre les nouvelles orientations (22%), le changement d'établissement de même catégorie (21%), le décès de la personne (23%) ou son retour au domicile (21%).





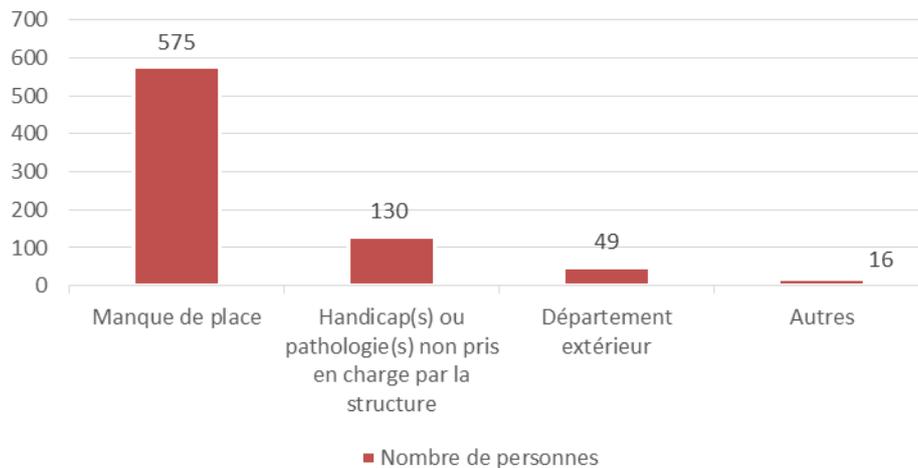
Attente et refus d'admission

- **956 personnes étaient sur listes d'attente** au 31 décembre 2015. Seulement 4 établissements déclarent n'avoir personne sur liste d'attente.
- **15 places étaient vacantes** (dont 5 en FAM et 10 en FV) au 31 décembre 2015.
- **78,0% des établissements ont refusé des admissions en 2015** auprès d'un total de **770 personnes** pour les raisons suivantes :





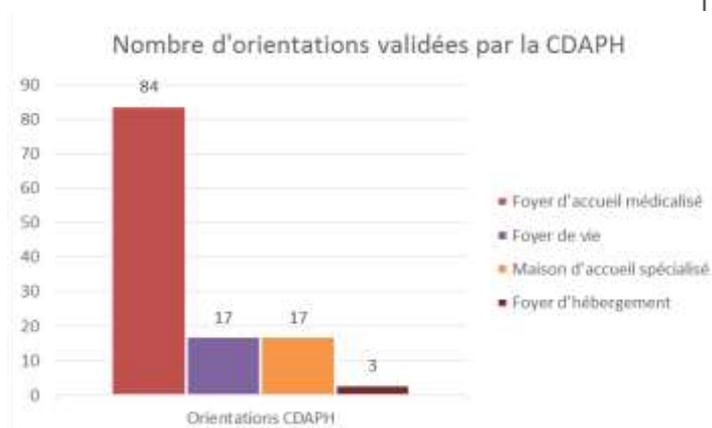
Refus d'admission en 2015



- 40,3 % des admissions refusées pour cause de manque de places sont formulées par des établissements situés à Marseille (54,70% en ajoutant les établissements d’Aix et Arles, alors que les établissements de ces trois villes représentent un peu moins de la moitié des établissements ayant répondu).
- D’autres raisons ont été citées dans une moindre mesure par les établissements (absence de réponses de la personne, personnes trop jeunes, admission au sein d’un autre établissement, personnes « non stabilisées »...)

Orientations CDAPH et agréments

- La **moitié des établissements interrogés déclare avoir des personnes maintenues** au sein de leur structure par défaut (121 résidents au total).
- Aucune orientation en SAVS ou SAMSAH ne fait l’objet d’un maintien dans un établissement.
- **10 établissements parmi les répondants (20%) ont envisagé de faire évoluer leur établissement** pour recevoir des personnes avec des handicaps différents de leur agrément initial.



Réponses libres des établissements concernant l'évolution envisagée de leur agrément pour :

- *Les traumatisés crâniens et cérébro-lésés*
 - *Passage de FV à FAM, pour les PHV*
 - *Personnes présentant des troubles autistiques,*
 - *Personnes venant d'ESAT ne pouvant travailler,*
 - *Psychoses et TED*
 - *Déficiences motrices et déficiences associées*
 - *Déficience auditive et troubles associés*
 - *Passage de FV à FAM (déficience visuelle + troubles associés dont TED et PHV)*
 - *Cumul déficience intellectuelle et déficience motrice*
-
- *ESAT*





Les enjeux



- Accompagner le changement de paradigme, en passant d'une logique de places à une logique de parcours.
- Maintenir l'exigence de qualité et l'efficacité de gestion des établissements accueillant des adultes en situation de handicap.
- Favoriser le développement de nouvelles modalités d'accueil pour répondre à la multiplicité des besoins des usagers (accueil temporaire, accueil familial...)





III) Une diversification des formes d'accueil pour répondre à une pluralité de besoins

Face à l'insuffisance de places déclarée par les répondants au questionnaire, à la difficile adéquation en offre et demande de prise en charge, il semble nécessaire de **diversifier les formes d'accueil pour répondre à une pluralité de besoins** dans un contexte d'évolution du paradigme d'accompagnement (logique de parcours de la RAPT).

L'objectif sous-jacent à la diversification des formes d'accueil, opérée au cours des dernières années par le Département, est de mieux répondre aux projets de vie des individus par une offre plus flexible et s'adaptant aux attentes des personnes handicapées. De plus, ces hébergements alternatifs à l'accueil sont des solutions moins coûteuses pour le Département, dans un **contexte de forte pression financière**.

Conscient de la nécessité de proposer des offres adaptées au parcours de chacun, le Département a lancé une **dynamique de création de places d'accueil de jour au cours du précédent schéma**. La loi ASV du 28 décembre 2015 invite à poursuivre cet effort, notamment par le développement de l'accueil familial.



Les enjeux

- Proposer des alternatives à l'accueil en établissement d'hébergement pour répondre aux projets de vie de chacun
- Encourager l'innovation dans les formes d'accueil proposées (notamment accueil temporaire et accueil de jour)
- Favoriser en particulier le développement de l'offre d'accueil familial, porté par la loi ASV





IV) Le développement des politiques de soutien et d'accompagnement aux aidants

Le handicap d'un individu affecte l'ensemble de son entourage, qui peut constituer sa principale voire exclusive forme de soutien. Les dernières évolutions juridiques ont contribué à la **reconnaissance progressive du rôle du proche aidant** dans l'accompagnement des personnes handicapées. Il s'agit dès lors de considérer également ce public et de lui proposer des solutions de répit afin d'éviter tout risque d'épuisement, de souffrance psychologique ou d'isolement social.

Le soutien aux aidants passe donc dans un premier temps par l'offre existante de places d'accueil temporaire ainsi que leur bonne gestion. Ce soutien tient également dans l'offre d'une écoute et d'un accompagnement dans le cadre d'actions spécifiquement destinées aux aidants (comme cela peut être prévu dans le cadre de la Conférence des Financeurs) : soutien psychologique individuel, groupes de paroles, café des aidants...

Le **soutien aux aidants est une préoccupation de longue date du Département** qui a mené de nombreuses actions en ce sens au cours des dernières années.

Eléments de bilan des précédents schémas :

- Construction du projet du volet territorial du guide « Handicontact »
- Places d'accueil de jour créées
- Journée départementale des aidants du 6 octobre 2015 • Qu'est-ce qu'être aidant aujourd'hui ? Les éléments suivants ont pu être débattus :
 - *Un début de reconnaissance du statut d'aidant,*
 - *Quelles réponses actuelles aux demandes et besoins d'aides des aidants ?*
 - *Les besoins spécifiques des aidants : les écouter pour mieux comprendre ce qu'ils font et comment ils font*
 - *Les facteurs de réussite de soutien aux aidants : quels sont les principaux leviers ?*
 - *Les relations familles/professionnels, aidants/professionnels : quelle place pour l'aidant en établissement et à domicile tout au long du parcours de soin et de vie de la personne aidée ?*
 - *Comment concilier sa vie professionnelle et son rôle d'aidant ?*
 - *Comment concilier sa vie d'aidant avec sa vie personnelle et sociale ?*

Les actions menées par le Département s'appuyaient notamment sur le renforcement de la communication (Journée départementale des aidants). Il est en effet important de mentionner la difficulté pour un proche aidant de se reconnaître comme tel : l'accompagnement d'une personne en situation de handicap peut en effet être perçu comme relevant d'un devoir familial et individuel, pour lequel il n'est pas légitime de recourir à une offre publique. L'avancée législative en matière de soutien aux aidants doit permettre de **faire reconnaître ce rôle et les difficultés** qui lui sont associées **au sein de la société** mais aussi **par les aidants eux-mêmes**.





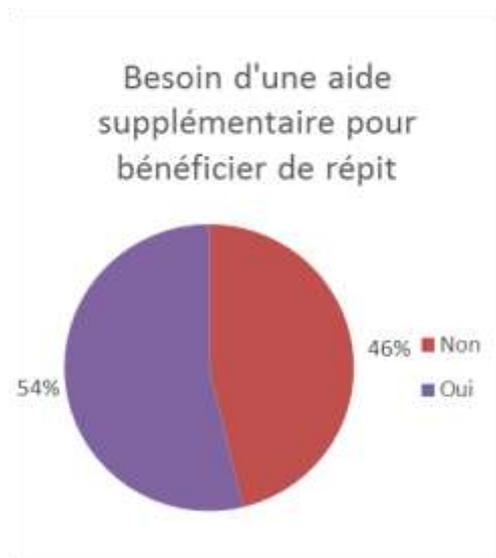
Enquêtes auprès des personnes handicapées adultes vivant à domicile

Aide supplémentaire

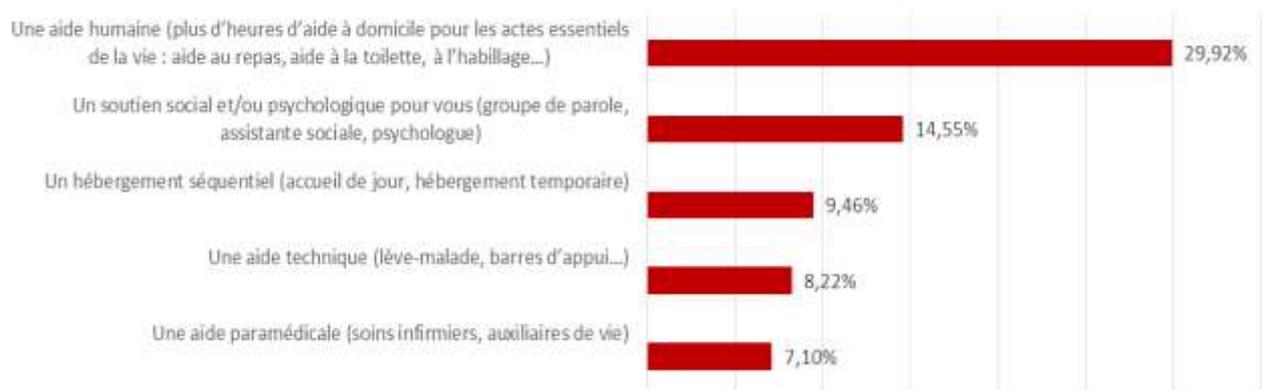
- **29,92% des personnes déclarant avoir un besoin d'aide supplémentaire** pour bénéficier de répit déclarent avoir besoin d'une aide humaine.

NB : Cette question destinée aux aidants a été complétée par tous les types de répondants possibles (personnes elles-mêmes, personnes avec l'aide de professionnels). Les réponses exprimées (1 691 sur les 2 092 répondants) doivent donc être prises avec précaution, ne représentant pas exclusivement les besoins des aidants mais potentiellement aussi les besoins non couverts des personnes en situation de handicap qui auraient répondu en leur nom à cette question.

- 1,01% des répondants citent la présence d'un interprète comme autre besoin d'aide.



Type d'aide supplémentaire





Les enjeux

- Poursuivre les efforts entrepris pour favoriser la reconnaissance du rôle d'aidant (par la société et par les aidants eux-mêmes)
- Favoriser le développement de solutions de répit aux aidants





V) Des outils en faveur de l'information et de la coordination des acteurs

Les politiques publiques en faveur des personnes handicapées ont vu apparaître au cours des dernières années la notion de « projet de vie ». Aussi, l'accompagnement des personnes en situation de handicap passe par la formulation d'un parcours, fondé sur l'information et la coordination des acteurs. Cette démarche est au cœur du rapport Piveteau et de la « Réponse Accompagnée pour tous ». L'avenant au schéma pour la période 2014-2015 s'inscrivait déjà dans cette dynamique en visant notamment à « penser la coordination des acteurs autour du projet de vie ».

L'importance de la coordination, accrue par la future mise en œuvre de la RAPT, suppose donc un **décloisonnement entre les secteurs**, une **interconnaissance des acteurs** et une **dynamique de travail partenarial étroit**.

De plus, l'accompagnement de personnes en situation de handicap exige de penser l'information en termes d'accessibilité. Cette démarche, déjà mise en œuvre par le Département au travers d'Handicontacts, doit être poursuivie et notamment en termes d'accessibilité au numérique.

Les résultats des enquêtes par questionnaire mettent en évidence un niveau de collaboration encore modéré des services d'aides à domicile. Néanmoins, concernant l'information à destination des publics, la forte identification de la MPDH par les répondants est à souligner. La fréquente identification des médecins généralistes invite à renforcer la collaboration avec les acteurs sanitaires, relais potentiellement importants d'information à destination des personnes handicapées et acteurs du repérage de situations complexes. Le Département est d'ores et déjà engagé dans cette démarche via Handisanté, centre d'appui à la coordination des parcours de santé (visant à améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap).

Eléments de bilan des précédents schémas :

- Une convention avec « ICOM'Provence » pour favoriser l'accessibilité au numérique
- Une aide à la formulation du projet de vie initiée par IPH13 avec la MDPH
- Un objectif d'information et l'accès aux droits soutenu par la rédaction et la mise en ligne du guide « Handicontacts »



Enquêtes auprès des services d'aides et d'accompagnement à domicile

Coordination avec les autres acteurs

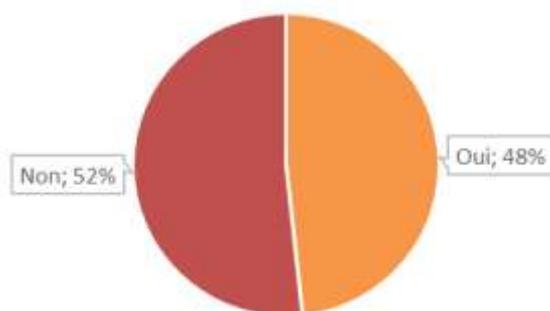
- La **moitié des SAAD collabore avec un réseau de santé ou une plateforme territoriale d'appui**.
- La **collaboration avec les acteurs libéraux médico-sociaux et paramédicaux est généralisée** (un seul SAAD déclare ne pas travailler avec ces acteurs).



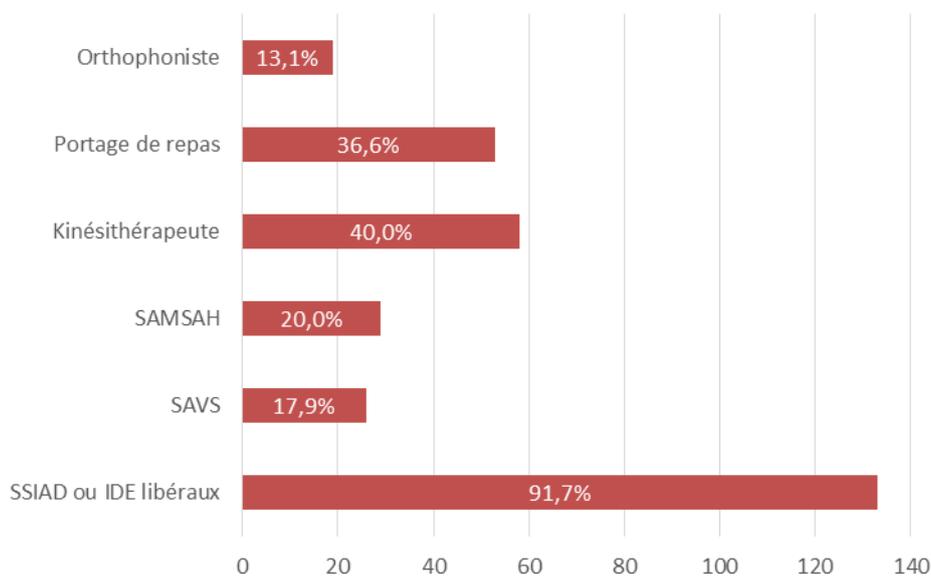


- D'autres acteurs avec lesquels les SAAD collaborent ont été cités par les répondants : HAD, cliniques, pôle activité service, AS, pharmacien, ergothérapeutes, France Alzheimer, médecins, gériatre, hôpitaux, ESA, CCAS, téléassistance, service tutélaire, MDS...

Collaboration avec un réseau de santé ou une plateforme territoriale d'appui



Collaborations principales des SAAD avec les acteurs médico-sociaux et paramédicaux

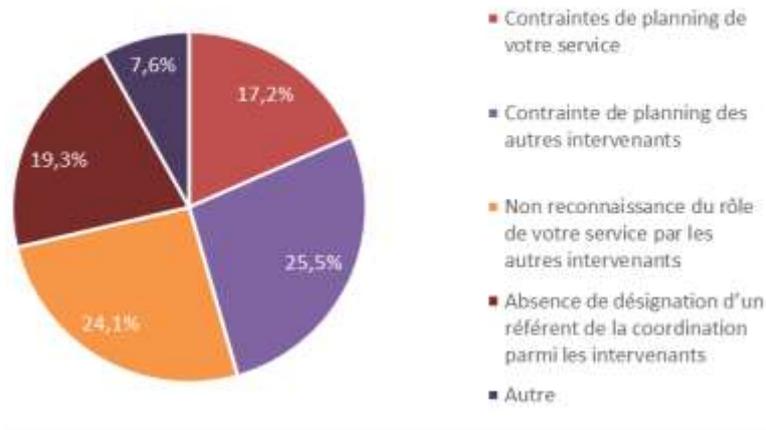


- **6,2% seulement des SAAD déclarent qu'il n'y a pas de freins** dans leurs collaborations avec les autres acteurs. Ces freins sont identifiés de façon relativement équilibrée entre les contraintes de planning, la non-reconnaissance du rôle du service et l'absence de désignation d'un référent de la coordination.
- D'autres raisons ont pu être avancées par les répondants : une absence de mise en relation, un agrément récent ou un démarrage récent d'activité, un manque de réunions interprofessionnelles, une méconnaissance des autres services...

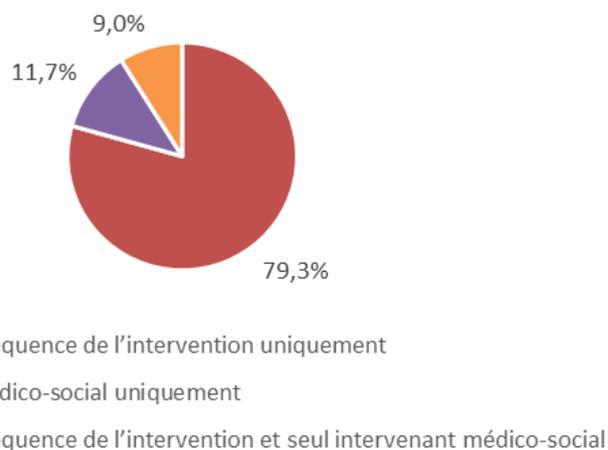




Freins principaux à la coordination



Pour quelles situations estimez-vous être le bon référent de la coordination ?



Enquêtes auprès des personnes handicapées adultes vivant à domicile

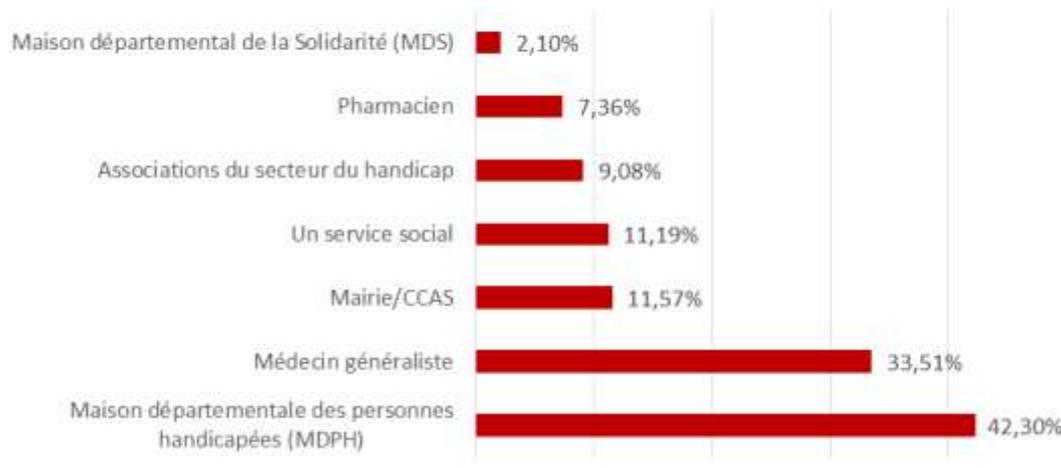
Interlocuteurs identifiés

- Les deux principaux interlocuteurs identifiés par les répondants pour demander de l'information ou des conseils sont la **MDPH** (citée par 42,30% des répondants) et les **médecins généralistes** (33,51%).





Interlocuteurs des répondants



- Les répondants ont mentionné d'autres interlocuteurs possibles et en particulier **l'entourage proche** (la famille pour 5,12% des répondants et les amis pour 0,81%). Dans une moindre mesure, les répondants ont pu également identifier internet comme une source d'information (1,20%) ainsi que les infirmiers (1,29%) et les SAAD (0,91%).



Les enjeux

- Renforcer l'interconnaissance, la collaboration et le travail entre acteurs dans la perspective de la RAPT
 - Poursuivre les efforts d'information et d'orientation de la MDPH, acteur bien identifié par les usagers
 - Favoriser les liens avec le secteur sanitaire, relais d'information et de repérage des situations complexes des personnes handicapées comme de leurs aidants





VI) Les politiques d'insertion professionnelle et de participation à la vie dans la Cité

Les politiques publiques à destination des personnes en situation de handicap visent à favoriser leur accompagnement et leur prise en charge dans le cadre d'un parcours le plus adapté possible à leur projet de vie. Il s'agit dès lors de penser le parcours d'un individu dans ses différentes composantes et notamment, de **favoriser l'intégration et la participation à la vie dans la Cité de tous.**

Eléments de bilan des précédents schémas :

- Une journée départementale du handicap « Vivre ensemble » du 18 octobre 2013 (*Première journée dédiée au handicap dans le but essentiel de rassembler un large public et ainsi contribuer à porter un autre regard sur la différence. Cette rencontre a permis de réunir jeunes et seniors handicapés ou non ainsi que les associations partenaires*)
- Favoriser l'intégration scolaire, l'insertion sociale par l'accès aux sports, aux loisirs, à la culture et à la citoyenneté : mission portée par le Service Départemental des Personnes Handicapées (SDPH) et les associations, avec une ligne financière en adéquation avec les objectifs
- Lutter contre l'isolement social : intégration du public handicapé dans la démarche « Ensemble en Provence »
- Journées handicitoyennes en 2015 : action de sensibilisation sur le handicap des collégiens

Les résultats des questionnaires mettent en évidence **l'importance de la question du transport** pour les personnes en situation de handicap (voir aussi annexes – questionnaire).



Enquêtes auprès des personnes handicapées adultes vivant à domicile

Activité professionnelle

- **7,74% des répondants déclarent avoir une orientation MDPH** pour travailler en ESAT (soit 162 personnes). Parmi eux, **44% exercent une activité professionnelle en ESAT** (72 personnes).
- Les raisons principales de non-activité citées par les répondants sont **l'absence de places disponibles dans l'activité souhaitée** ou **à proximité du domicile de la personne.**

NB : Seulement 57 personnes ont répondu au motif de non-activité sur les 90 personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle malgré l'obtention d'une orientation MDPH.

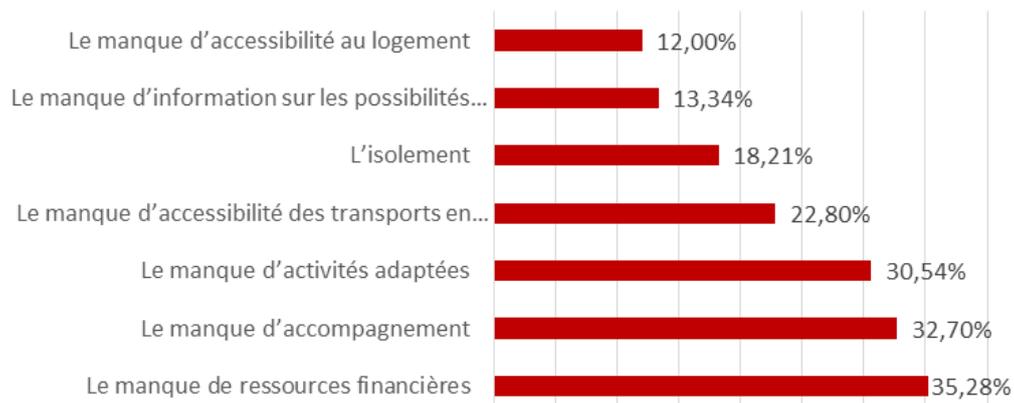




Vie sociale

- Les répondants identifient en premier lieu le **manque de ressources financières** comme frein à la réalisation de sorties, le **manque d'accompagnement ou d'activités adaptées** n'étant citées qu'en seconde et troisième position. 22,8% des répondants mentionnent le **manque de transports adaptés**.
- Certains répondants ont pu citer d'autres freins (la maladie pour 2,2% d'entre eux, l'état physique et moral pour 2,01% ou encore un manque d'interprète pour les personnes souffrant de déficience auditive).

Freins des sorties



Les enjeux

- Lutter contre l'isolement social des personnes en situation de handicap et de leurs aidants





- Permettre l'intégration au sein de la Société de tous les citoyens, et notamment par l'insertion professionnelle
- Disposer d'une meilleure connaissance des dispositifs existants en faveur de la mobilité afin d'élaborer des solutions en termes de service de transport.





Projections : éléments de précision

Nombre de personnes actuellement en FV	1150
(A) Sorties éventuelles d'ici 5 ans (réorientations déjà prévues)	87
(B) Sorties théoriques à venir (hors réorientations déjà prévues)	43
(C) Sorties éventuelles d'ici 5 ans (décès)	3
TOTAL Personnes présentes dans 5 ans à partir du stock actuel présent en FV	1018
Personnes actuellement en attentes	
Nombre de cretons	93
Nombre de jeunes déjà bénéficiaires d'une orientation	68
(D) Nombre de jeunes non bénéficiaires d'une orientation mais potentiellement à venir	146
(E) Nombre de personnes en attente, hors cretons et jeunes déjà orientés	449
TOTAL Personnes actuellement en attente (ou attente à venir)	756
TOTAL Personnes présentes susceptibles d'être en FV dans 5 ans	1774
Nombre total de places actuellement	1 448
Nombre de places à créer FV (tous types d'hébergement) d'ici 5 ans	+326

Éléments de précisions

- (A) : 87 sorties de FV vers des FAM déjà prévues (données Département)
- (B) : 101 personnes âgées de 60 ans ou plus actuellement. Parmi elles, 25 ont déjà une orientation en FAM soit 76 personnes restantes parmi lesquelles on considère 3 décès théoriques (ceux âgés actuellement de 75-79 ans). Aux 73 personnes restantes, on estime que 25% vont être réorientées en FAM soit 18 personnes. A ces 18 personnes on ajoute 25% des effectifs âgés actuellement de 55-59 ans et susceptibles d'être réorientés en FAM dans les prochaines années soit un total de 43 personnes.
- (C) : chiffre théorique. Pas de données permettant de faire des hypothèses plus fiables.
- (D) : 715 jeunes actuellement en établissement et non bénéficiaires d'une orientation. Il est considéré que la moitié fera l'objet d'une orientation dans les prochaines années soit 358 jeunes. A ces derniers, il est également considéré que 41% seront orientés en FV soit 146 jeunes.
- (E) : Personnes en attentes hors cretons et jeunes déjà orientés (610 au total – 93-68). Sont considérées également les personnes actuellement en FH et âgés de plus de 60 ans.

Nombre de personnes actuellement en FAM	514
Sorties éventuelles d'ici 5 ans (réorientations déjà prévues)	0
Sorties théoriques à venir (hors réorientations déjà prévues)	0
(A) Sorties éventuelles d'ici 5 ans (décès)	11
TOTAL Personnes présentes dans 5 ans à partir du stock actuel présent en FAM	503
Personnes actuellement en attentes	
Nombre de cretons	32
Nombre de jeunes déjà bénéficiaires d'une orientation	34
(B) Nombre total de jeunes non bénéficiaires d'une orientation mais potentiellement à venir	73
(C) Nombre total de personnes en attente hors cretons et jeunes déjà orientées	559
(D) Nombre de personnes non bénéficiaires d'une orientation mais potentiellement à venir	43
TOTAL Personnes actuellement en attente (ou attente à venir)	741
TOTAL Personnes présentes susceptibles d'être en FAM dans 5 ans	1 244
Nombre total de places actuellement	590
Nombre de places à créer en FAM (tous types d'hébergement) d'ici 5 ans	+654





Éléments de précisions

- (A) : chiffre théorique. Pas de données permettant de faire des hypothèses plus fiables relatives à la probabilité de décéder.
- (B) : 715 jeunes actuellement en établissement et non bénéficiaires d'une orientation. Il est considéré que la moitié fera l'objet d'une orientation dans les prochaines années soit 358 jeunes. Il est également considéré que 21% seront orientés en FAM soit 73 jeunes.
- (C) : Personnes en attente hors cretons et jeunes déjà orientés (625 au total – 32-34). Ce chiffre comprend les 87 personnes déjà orientées et venant d'un FV ainsi que potentiellement celles en attente âgées de 60 ans ou plus et actuellement en FH.
- (D) : 43 personnes venant potentiellement d'un FV.

Précisions des projections – état des lieux

Foyers de vie

	TOTAL actuel	Répartition	dont hors BDR (A)	TOTAL actuel dans les BDR (B)	Cretons	Jeunes actuellement en structures pour enfants et bénéficiaires d'une orientation	Jeunes actuellement en structures pour enfants mais non bénéficiaires d'une orientation (C)	Personne en attentes hors cretons et orientations (D)
15-19 ans	1	0,1%	0	1		68		
20-24 ans	120	9,5%	11	109	90			
25-29 ans	170	13,4%	16	154	3			
30-34 ans	149	11,7%	14	135				
35-39 ans	140	11,0%	13	127				
40-44 ans	134	10,6%	13	121				
45-49 ans	160	12,6%	15	145				
50-54 ans	174	13,7%	16	159				
55-59 ans	108	8,5%	10	98				
60-64 ans	74	5,8%	7	67				
65-69 ans	26	2,0%	2	24				
70-74 ans	9	0,7%	1	8				
75-79 ans	3	0,2%	0	3				
80 ans ou plus	1	0,1%	1					
TOTAL	1 269	100,0%	119	1 150	93	68	715	449

Éléments de précisions

- (A) : Il est fait l'hypothèse que la répartition par âge des personnes en FV hors département est similaire à la globalité. De ce fait les différentes proportions sont réappliquées aux 119 personnes hors département. A partir des effectifs obtenus par âge (A), il est possible de déterminer les effectifs par âge dans le département (B)
- (B) : Effectifs calculés à partir de la colonne « Total » moins les effectifs de la colonne (A)
- (C) : Il s'agit du nombre total d'enfants auquel est retranché le nombre d'enfants ayant déjà bénéficié d'une orientation (882-167, tous types d'établissements confondus). Le nombre d'enfants en FV issu de ces 715 sera explicité sur la page suivante.
- (D) : Personnes en attentes hors cretons et jeunes déjà orientés (610 au total – 93-68).





Foyers d'accueil médicalisés

	TOTAL actuel	Répartition	dont hors BDR (A)	TOTAL actuel dans les BDR (B)	Cretons	Jeunes actuellement en structures pour enfants et bénéficiaires d'une orientation	Jeunes actuellement en structures pour enfants mais non bénéficiaires d'une orientation (C)	Personne en attente hors cretons et orientations (D)
15-19 ans	0	0,0%	0	0		34		
20-24 ans	39	6,4%	6	33	27			
25-29 ans	49	8,0%	8	41	5			
30-34 ans	35	5,7%	5	30				
35-39 ans	40	6,6%	6	34				
40-44 ans	37	6,1%	6	31				
45-49 ans	68	11,2%	11	57				
50-54 ans	72	11,8%	11	61				
55-59 ans	76	12,5%	12	64				
60-64 ans	88	14,4%	14	74				
65-69 ans	49	8,0%	8	41				
70-74 ans	33	5,4%	5	28				
75-79 ans	10	1,6%	2	8				
80 ans ou plus	13	2,1%	2	11				
TOTAL	609	100,0%	95	514	32	34	715	472

Éléments de précisions

- (A) : Il est fait l'hypothèse que la répartition par âge des personnes en FAM hors département est similaire à la globalité. De ce fait les différentes proportions sont réappliquées aux 95 personnes hors département. A partir des effectifs obtenus par âge (A), il est possible de déterminer les effectifs par âge dans le département (B)
- (B) : Effectifs calculés à partir de la colonne « Total » moins les effectifs de la colonne (A)
- (C) : Il s'agit du nombre total d'enfants auquel est retranché le nombre d'enfants ayant déjà bénéficié d'une orientation (882-167, tous types d'établissements confondus). Le nombre d'enfants en FV issu de ces 715 est explicité dans la partie « Projections » (voir ci-dessus).
- (D) : Personnes en attente hors cretons, jeunes déjà orientés et personnes adultes déjà orientées venant d'un FV (625 au total – 32-34-87).





Précisions questionnaires

Précautions méthodologiques

Les réponses aux questionnaires ont fait l'objet d'un retraitement (suppression de doublons, retraitement de données incohérentes...). De plus, certaines questions ont pu être mal interprétées par les répondants (des répondants non concernés par certaines questions, des réponses libres incohérentes...) ou faire l'objet de peu de réponses.

*Les résultats présentés sont donc à **prendre avec précaution** : ils ont avant tout une **valeur indicative** et ne sauraient être une représentation parfaitement exacte et exhaustive des situations des établissements, services et usagers.*

Enquête auprès des services d'aide et d'accompagnement à domicile

SAAD : Attentes en termes de priorités d'actions

NB : les réponses libres des répondants ont fait l'objet d'une analyse synthétisée ci-dessous. Les attentes sont classées par ordre de récurrence des réponses (des plus fréquentes au moins mentionnées).

- Fournir de meilleurs financements des heures, une revalorisation des plans d'aides (augmentation du nombre d'heures), et apporter une meilleure solvabilisation de la demande
- Permettre des prises en charge dans des délais plus rapides notamment en réduisant les délais de traitement des dossiers
- Permettre une meilleure reconnaissance des intervenants à domicile et favoriser leur professionnalisation
- Favoriser la reconnaissance de l'aidant dans les plans d'aide
- Améliorer l'enjeu des transports et faciliter l'accompagnement véhiculé des personnes suivies
- Disposer d'une plus grande coordination avec le CD (plus de réunions d'informations par exemple).

Enquête auprès des personnes en situation de handicap vivant à domicile

Profil des répondants

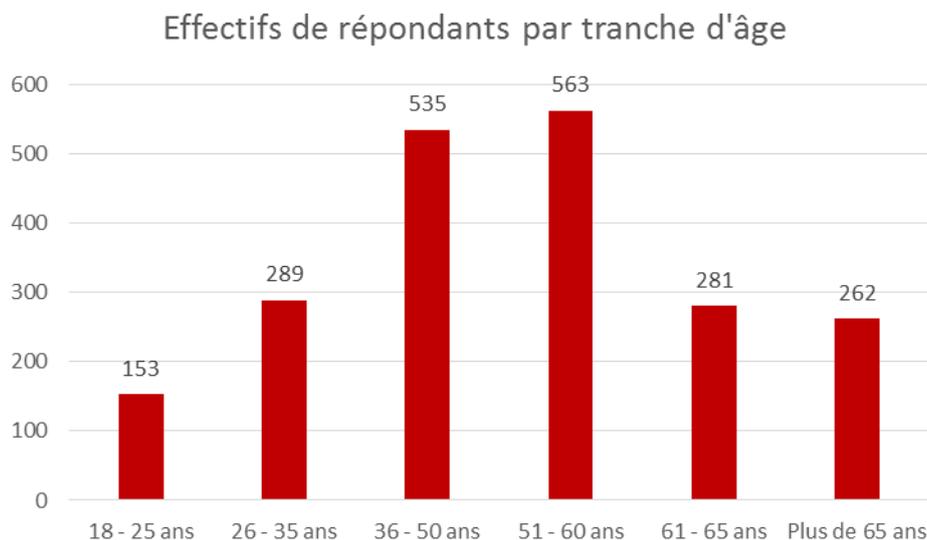
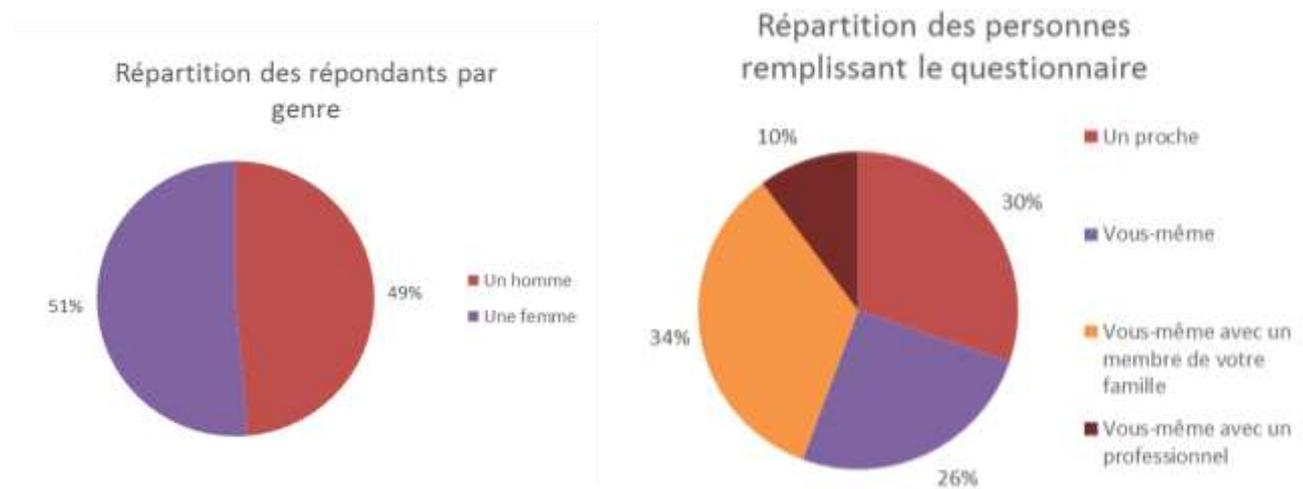
- On dénombre **2 092 répondants** pour ce questionnaire.





NB : le terme de « répondant » désigne ici les personnes en situation de handicap ayant répondu au questionnaire. A noter que les personnes ayant concrètement répondu au questionnaire ne sont pas uniquement des répondants (voir répartition ci-dessous). La nécessaire assistance d'un tiers peut influencer les réponses qui sont donc à prendre avec précaution.

- L'échantillon de répondants est **quasiment paritaire** (51% de femmes, 49% d'hommes)
- Les personnes en situation de handicap ayant répondu à ce questionnaire sont le plus souvent âgées de **36 à 50 ans** et de **51 ans à 60 ans**.



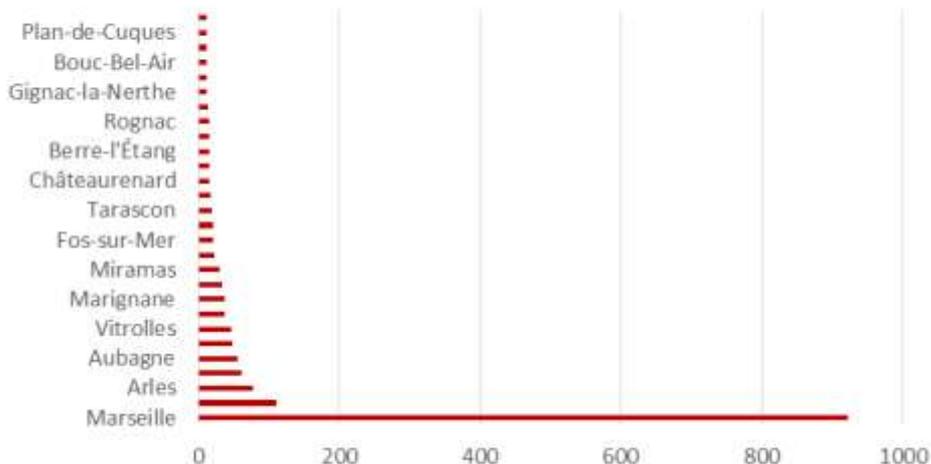
Lieu et mode de vie

- 46% des répondants vivent dans la seule ville de **Marseille**.



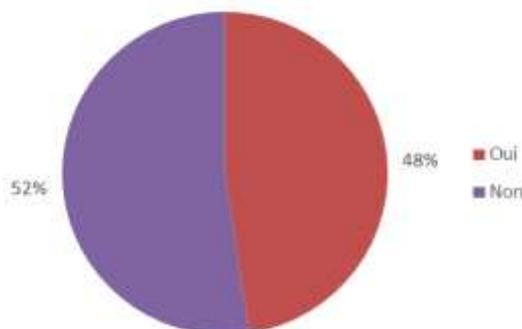


Effectifs des répondants par commune



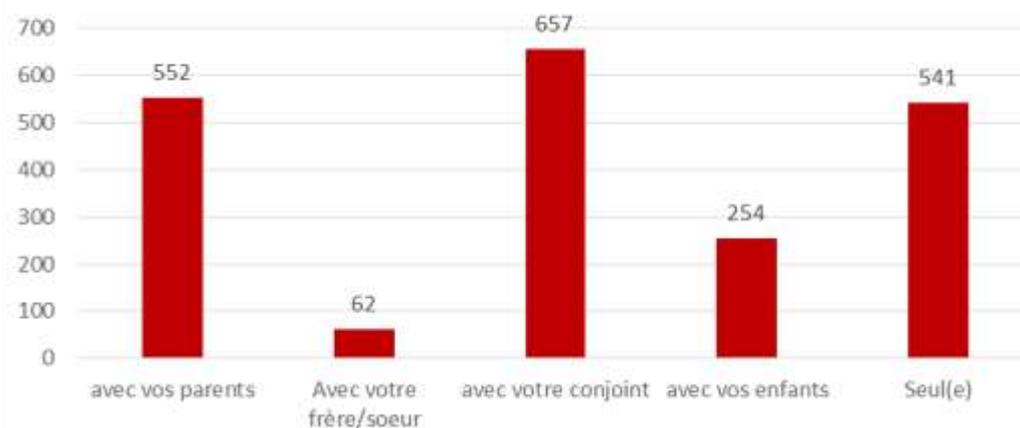
- La moitié des répondants (48%) déclare avoir des enfants : ils sont près de 254 à déclarer vivre avec eux (soit 12% environ).

Avez-vous des enfants ?



- Les répondants ont souvent pu déclarer vivre à la fois avec leur conjoint et leurs enfants ou encore avec d'autres proches (oncles, cousins, amis...), la **vie au sein d'une famille** étant donc la situation majoritaire des répondants.

Vous vivez...





- Certains répondants ont mentionné **vivre avec leur famille et simultanément dans un établissement spécialisé** (MAS, FV...).

Nature du handicap

- La **déficience motrice est le premier type de handicap** touchant les répondants (38,85% des répondants).

NB : certains répondants ont mentionné plusieurs types de handicap sans se référer aux catégories « plurihandicap ou surhandicap ». Les proportions de ces catégories ci-dessous ne sont donc pas pleinement représentatives de ces situations.



Enquête auprès des établissements accueillant des personnes handicapées adultes

Attentes en termes de priorités d'actions

NB : les réponses libres des répondants ont fait l'objet d'une analyse synthétisée ci-dessous. Les attentes sont classées par ordre de récurrence des réponses (des plus fréquentes au moins mentionnées).

- Améliorer la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes en proposant notamment un accompagnement à la retraite





- Améliorer la prise en charge des jeunes dits en « amendement Creton », favoriser la création de places pour ces jeunes
- Développer des solutions intermédiaires et innovantes pour fluidifier la prise en charge
- Approfondir la coordination avec le secteur sanitaire, notamment pour les pathologies DV, les troubles comportementaux et TED
- Mieux prendre en compte l'enjeu de transports pour les personnes handicapées.





Glossaire

AAH : allocation aux adultes handicapés

ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne

AEEH : allocation d'éducation de l'enfant handicapé

APA : allocation personnalisée d'autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : assistant social

CCAS : centre communal d'action sociale

CDAPH : commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

CDCA : comité départemental de la citoyenneté et de l'autonomie

ESA : équipe spécialisée Alzheimer

ESAT : établissement et service d'aide par le travail

ESMS : établissements et services sociaux et médico-sociaux

FAM : foyer d'accueil médicalisé

FOA : foyers occupationnels pour adultes

FV : foyer de vie **FH** : foyer d'hébergement

HAD : hospitalisation à domicile

MAS : maison d'accueil spécialisée

MDPH : maison départementale des personnes handicapées

PCH : prestation compensatoire du handicap

PCH : prestation de compensation de handicap

PHV : personnes handicapées vieillissantes

RAPT : Réponse Accompagnée Pour Tous

SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile

SAMSAH : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale

SPASAD : service polyvalent d'aide et de soins à domicile

TED : troubles envahissants du développement

SESSAD : Service d'adaptation spéciale et de soins à domicile

IME/IMPRO : Institut médico-éducatif / Institut médico-professionnel

CRP : Centre de rééducation professionnelle

EA : Entreprise adaptée

ITEP : Institut thérapeutique et éducatif pédagogique

