



## ***DEPARTEMENT DES ALPES DE HAUTE-PROVENCE***

### ***Schéma Départemental***

### ***De l'organisation sociale et médico-sociale***

#### ***Volet 1 :***

#### ***L'action en faveur des Personnes Handicapées***

***2006-2010***

## **SOMMAIRE**

<b>Préambule</b> .....	<b>5</b>
<b>Glossaire</b> .....	<b>7</b>
<b>1. Le contexte</b> .....	<b>9</b>
<b>1.1. un cadre législatif évolutif</b> .....	<b>9</b>
Le contexte législatif .....	9
La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 et ses incidences .....	10
Les orientations régionales.....	11
<b>1.2. Les spécificités géographiques et socio-démographiques</b> .....	<b>12</b>
Le relief et l'urbanisation .....	12
Les indicateurs démographiques .....	14
La démographie médicale et paramédicale .....	16
<b>1.3. La territorialisation de l'action sociale</b> .....	<b>17</b>
<b>2. Méthodologie retenue</b> .....	<b>17</b>
<b>2.1. La concertation avec l'ensemble des partenaires</b> .....	<b>17</b>
Le comité de pilotage .....	17
Les groupes de travail .....	18
Les investigations par questionnaire .....	18
<b>3. L'évaluation de la population concernée</b> .....	<b>19</b>
<b>3.1. L'analyse démographique comparée</b> .....	<b>19</b>
le CREAL.....	19
la CDES et la COTOREP.....	19
<b>3.2. La répartition théorique des personnes handicapées</b> .....	<b>20</b>
<b>4. Le dispositif actuel : les équipements et services</b> .....	<b>22</b>
<b>4.1. Comparaison avec les niveaux d'équipement régionaux</b> .....	<b>22</b>
<b>4.2. Les établissements et services actuels</b> .....	<b>22</b>
<b>4.3. Les établissements et services de l'enfance</b> .....	<b>24</b>
Les services pour la petite enfance.....	24
Les services d'accompagnement .....	25
Les établissements pour enfants .....	26
<b>La scolarisation des enfants handicapés</b> .....	<b>27</b>
<b>Les enfants accueillis hors des Alpes de Haute-Provence</b> .....	<b>28</b>
<b>Les enfants en attente de réponse adaptée</b> .....	<b>28</b>
<b>Conclusion</b> .....	<b>29</b>
<b>4.4. Les établissements et services pour adultes</b> .....	<b>30</b>
Le travail adapté.....	30
Les foyers d'hébergement annexe de centre d'aide par le travail .....	31
Les foyers de vie ou foyers occupationnels (FO).....	32
Les foyers d'accueil médicalisé (FAM) .....	32
Les maisons d'accueil spécialisé (MAS).....	33
Les services d'accompagnement .....	33
Les autres services participant au maintien à domicile .....	34
Les familles d'accueil .....	35
Les autres accueils.....	35
<b>4.5. Les interventions départementales en faveur des personnes handicapées</b> .....	<b>35</b>
l'aide sociale légale .....	35

les interventions départementales diverses.....	36
<b>5. L'analyse des besoins .....</b>	<b>37</b>
<b>5.1. Pour des établissements ou services qui existent.....</b>	<b>37</b>
<b>5.2. Pour des établissements ou services nouveaux.....</b>	<b>37</b>
accueil temporaire .....	37
foyers éclatés.....	38
services d'accompagnement à la vie sociale .....	38
services d'accompagnement à la vie professionnelle .....	39
Sections annexes de CAT (SACAT).....	39
service d'accompagnement médico-social aux adultes handicapés (SAMSAH) .....	40
<b>5.3. Pour des besoins non satisfaits par des établissements ou services existants : .....</b>	<b>40</b>
<b>5.4. Pour un développement des réseaux .....</b>	<b>41</b>
<b>5.5. Pour des informations, une organisation et une communication meilleures qui facilitent la vie quotidienne des personnes handicapées.....</b>	<b>41</b>
<b>5.6. Pour un maillage du territoire permettant un accès de proximité.....</b>	<b>42</b>
<b>6. Les propositions des groupes de travail.....</b>	<b>42</b>
<b>Pour un maillage des services et un territoire accessible : .....</b>	<b>42</b>
<b>Réfléchir au travail en réseau et au maillage du territoire. ....</b>	<b>43</b>
<b>Proposer un dispositif adapté tout au long de la vie de la personne handicapée et de sa famille. ....</b>	<b>44</b>
<b>7. Les orientations de la politique départementale.....</b>	<b>45</b>
<b>7.1 Donner leur place aux personnes handicapées dans la cité, comme à tout autre citoyen ..</b>	<b>45</b>
7.1.1 - Informer, communiquer pour faire disparaître la crainte de la différence et le rejet qu'elle génère ..	45
7.1.2 - Favoriser et soutenir l'accueil précoce, la scolarisation et la formation des enfants handicapés .....	45
7.1.3 - Favoriser l'accès aux services publics, aux commerces, à la culture, aux sports et aux loisirs .....	45
7.1.4 – Permettre à toute personne handicapée de se déplacer et promouvoir l'accès aux transports pour tous .....	45
7.1.5 - Développer l'offre de logements accessibles en promouvant la « qualité d'usage pour tous » .....	45
<b>7.2 Prendre en compte les divers trajets de vie des personnes et favoriser notamment les parcours professionnels.....</b>	<b>45</b>
7.2.1 - Affirmer et soutenir l'évolution professionnelle des personnes handicapées, en développant l'accompagnement professionnel et social.....	45
7.2.2 - Développer des formules nouvelles et évolutives de travail adapté et d'aide par le travail.....	45
<b>7.3 Encourager et soutenir l'autonomie des personnes qui le souhaitent et de leur famille ....</b>	<b>45</b>
7.3.1 - Accompagner et soutenir les aidants, dès l'annonce du handicap et tout au long de la vie .....	45
7.3.2 - Développer l'ensemble des services d'accompagnement et d'aide aux personnes.....	45
7.3.3 - Développer les partenariats et synergies en favorisant les réseaux : de santé, d'échanges et de concertation, notamment entre les secteurs sanitaire et médico-social .....	45
<b>7.4 Compléter l'offre de services et d'accueils institutionnels en cohérence avec le développement de la vie à domicile et avec l'évolution des besoins .....</b>	<b>46</b>
7.4.1- Diversifier les réponses en matière d'accueil, notamment pour l'accueil de jour ou temporaire.....	46
7.4.2 - Rechercher les meilleures réponses au besoin de prise en charge des personnes handicapées vieillissantes .....	46
7.4.3 - Rechercher des solutions alternatives à la prise en charge institutionnelle pour une autonomie plus grande.....	46
7.4.4 - Adapter les prestations aux besoins des enfants et aux demandes des familles .....	46
7.4.5 - Rechercher les meilleures réponses au besoin de prise en charge des enfants handicapés du fait de graves troubles du comportement .....	46
7.4.6 – Adapter les capacités d'accueil des établissements et services et poursuivre les créations nécessaires .....	46

<b>7.5 Favoriser la poursuite de la concertation en lien avec la mise en œuvre et l'évaluation du schéma.....</b>	<b>46</b>
7.5.1 - Organiser un dispositif départemental de concertation et coordination .....	46
<b>FICHES ACTIONS.....</b>	<b>47</b>
<b>7-1 Donner leur place aux personnes handicapées dans la cité, comme à tout autre citoyen ...</b>	<b>47</b>
7.1.1 - Informer, communiquer pour faire disparaître la crainte de la différence et le rejet qu'elle génère ..	47
7.1.2 - Favoriser et soutenir l'accueil précoce, la scolarisation et la formation des enfants handicapés .....	48
7.1.3 - Favoriser l'accès aux services publics, aux commerces, à la culture, aux sports et aux loisirs .....	50
7.1.4 – Permettre à toute personne handicapée de se déplacer et promouvoir l'accès aux transports pour tous .....	52
7.1.5 - Développer l'offre de logements accessibles en promouvant la « qualité d'usage pour tous » .....	54
<b>7.2 Prendre en compte les divers trajets de vie des personnes et favoriser notamment les parcours professionnels.....</b>	<b>56</b>
7.2.1 - Affirmer et soutenir l'évolution professionnelle des personnes handicapées, en développant l'accompagnement professionnel et social.....	56
7.2.2 - Développer des formules nouvelles et évolutives de travail adapté et d'aide par le travail.....	58
<b>7-3 Encourager et soutenir l'autonomie des personnes qui le souhaitent et de leur famille .....</b>	<b>60</b>
7.3.1 - Accompagner et soutenir les aidants, dès l'annonce du handicap et tout au long de la vie .....	60
7.3.2 - Développer l'ensemble des services d'accompagnement et d'aide aux personnes.....	62
7.3.3 - Développer les partenariats et synergies en favorisant les réseaux de santé, d'échanges et de concertation, notamment entre les secteurs sanitaire et médico-social .....	64
<b>7-4 Compléter l'offre de services et d'accueils institutionnels en cohérence avec le développement de la vie à domicile et avec l'évolution des besoins .....</b>	<b>66</b>
7.4.1- Diversifier les réponses en matière d'accueil, notamment pour l'accueil de jour ou temporaire.....	66
7.4.2 - Rechercher les meilleures réponses au besoin de prise en charge des personnes handicapées vieillissantes.....	68
7.4.3 - Rechercher des solutions alternatives à la prise en charge institutionnelle pour une autonomie plus grande.....	70
7.4.4 - Adapter les prestations aux besoins des enfants et aux demandes des familles .....	72
7.4.5 - Rechercher les meilleures réponses au besoin de prise en charge des enfants handicapés du fait de graves troubles du comportement .....	74
7.4.6 – Adapter les capacités d'accueil des établissements et services et poursuivre les créations nécessaires .....	76
<b>7-5 Favoriser la poursuite de la concertation en lien avec la mise en œuvre et l'évaluation du schéma.....</b>	<b>77</b>
7.5.1 - Organiser un dispositif départemental de concertation et coordination .....	77
<b>Conclusion .....</b>	<b>79</b>
<b>Tableaux annexes.....</b>	<b>81</b>

## Préambule

*Un schéma, c'est une photographie de l'existant et un projet à la fois ambitieux et réaliste, porté par l'ensemble des acteurs qui oeuvrent dans le champ du handicap.*

*C'est cette vision qui nous a portés quand, avec l'Etat, le Conseil Général a décidé de lancer le nouveau schéma départemental en faveur des personnes en situation de handicap.*

*Fruit d'une travail partenarial, particulièrement fructueux regroupant monde associatif, Conseil Général, Etat, ce schéma a pour ambition d'améliorer la vie de nos concitoyens.*

*Dans le prolongement de la loi du 11 février 2005, ce schéma a pour ambition de permettre aux personnes concernées de choisir leur projet et leur mode de vie. A cette fin il est proposé un plan d'actions pour les années 2006-2010 qui est l'expression de valeurs partagées autour du respect de la dignité de l'autonomie et de la liberté de choix des personnes en situation de handicap.*

*Afin de poursuivre ce travail collectif, un comité de suivi émanation du Conseil départemental consultatif des personnes handicapées (CDCPH), sera le garant de la mise en œuvre de ce schéma.*

Le Président du Conseil Général

Le Préfet

Jean Louis BIANCO

Jacques Million

Lors de sa séance plénière le 5 mai 2005, le **Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale de Provence-Côte d'Azur-Corse** a émis l'avis suivant sur le volet Personnes handicapées 2006-2010 du schéma départemental de l'organisation sociale et médico-sociale des Alpes-de-Haute-Provence.

Le comité a fait les observations suivantes :

*Sur la cohérence avec les orientations régionales* : le comité a relevé que le schéma reprend les orientations régionales pour la prise en charge des personnes handicapées dans la région PACA en tenant compte des spécificités locales. Seul le troisième axe de la partie enfance handicapée, qui porte sur les enfants maintenus en structures inadéquates ou à domicile, ne donne pas lieu à l'identification d'un besoin départemental ;

*Sur les enfants maintenus en structures inadéquates* : en ce qui concerne cet axe des orientations régionales, le comité a souligné que le maintien des enfants présentant des troubles graves du comportement en maison d'enfants à caractère social pouvait poser des difficultés à ces structures ; il a cependant reconnu que le nombre d'enfants présentant des troubles du comportement ou des psychoses n'était pas suffisamment important dans le département des Alpes-de-Haute-Provence pour envisager la création de structures spécifiques ;

*Sur le rapprochement avec le département des Hautes-Alpes* : eu égard à ces particularités démographiques du département des Alpes-de-Haute-Provence et à la proximité des deux départements alpins, le comité a considéré que la poursuite des rapprochements avec le département des Hautes-Alpes serait bénéfique à l'organisation de la prise en charge des personnes handicapées dans les deux départements ;

*Soutien des CAMSP et des CMPP* : le comité a relevé que le schéma préconise la poursuite du soutien aux CAMSP et aux CMPP ; considérant que ces structures étaient insuffisamment dotées en personnel et qu'elles étaient trop éloignées des familles de certains enfants concernés dans le département des Alpes-de-Haute-Provence, le comité a estimé qu'un soutien devait aussi être apporté à des structures mieux dotées et susceptibles d'apporter une réponse de proximité ; mais il a pris acte des difficultés de satisfaire le besoin de proximité vu la configuration du département et la répartition de sa population ;

*Sur la concertation* : le comité s'est félicité de la concertation des acteurs de terrain pour l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du schéma. Et il a insisté sur la nécessité d'associer à cette concertation les petites associations qui peuvent offrir des réponses de proximité.

## Glossaire

<b>A.A.H.</b>	allocation aux adultes handicapés
<b>A.C.T.P</b>	allocation compensatrice pour tierce personne
<b>A.GE.F.I.P.H</b>	Association de gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapés
<b>A.S.E</b>	aide sociale à l'enfance
<b>AT</b>	Atelier protégé
<b>A.V.S</b>	auxiliaire de vie scolaire
<b>C.A.M.S.P</b>	centre d'actions médico-sociales précoces
<b>CASF</b>	Code de l'action sociale et de la famille
<b>CAT</b>	Centre d'aide par le travail
<b>C. D C..P.H.</b>	Comité départemental consultatif des personnes handicapées
<b>C.D.E.S</b>	commission départementale de l'éducation spéciale
<b>CFAS</b>	Centres de formation d'apprentis spécialisé
<b>C.F.T.M.E.A.</b>	classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent
<b>CH</b>	centre hospitalier
<b>CHS</b>	centre hospitalier spécialisé
<b>CHU</b>	centre hospitalier universitaire
<b>C.I.H.</b>	classification internationale des handicaps
<b>CLIS</b>	Classe d'intégration scolaire (primaire)
<b>C.M.P.</b>	centre médico - psychologique
<b>C.M.P.P</b>	centre médico-psycho-pédagogique
<b>C.O.T.O.R.E.P.</b>	Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
<b>C.R.E.A.I.</b>	centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptée
<b>C.R.O.S.M.S.</b>	comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale
<b>D.D.A.S.S.</b>	direction départementale des affaires sanitaires et sociales
<b>D.D.J.S.</b>	direction départementale de la jeunesse et des sports
<b>D.D.T.E.F.P</b>	direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
<b>« DYS »</b>	Ensemble des troubles portant sur des dysfonctionnements : dyslexie, dysphasie, dysorthographe, ...
<b>E.E.A.P.</b>	Etablissement pour enfants et adolescents polyhandicapés
<b>E.S.V.A.D.</b>	équipe spécialisée pour une vie autonome à domicile
<b>E.V.S.</b>	Educateur de vie scolaire
<b>FAM</b>	Foyer d'accueil médicalisé
<b>FCAT</b>	Foyer d'hébergement pour travailleurs de CAT
<b>FI.N.E.S.S.</b>	fichier national des établissements sanitaires et sociaux
<b>FO</b>	Foyer de vie ou occupationnel
<b>G.I.P.</b>	groupement d'intérêt public
<b>I.M.C.</b>	infirmier moteur cérébral
<b>I.M.E</b>	Institut médico-éducatif
<b>I.R.</b>	Institut de réadaptation
<b>ITEP</b>	Institut thérapeutique et pédagogique
<b>L.S.F - L.P.C. :</b>	langue des signes française - langage parlé complété
<b>MAS</b>	Maison d'accueil spécialisé
<b>M.D.P.H.</b>	maison départementale des personnes handicapées
<b>M.E.C.S</b>	maison d'enfant à caractère social (ou sanitaire selon le contexte)
<b>PDITH</b>	Programme départemental d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés

<b>P.M.I</b>	.protection maternelle et infantile
<b>SACAT</b>	Section annexe de CAT
<b>S.A.F.E.P.</b>	service d'accompagnement familial et d'éducation précoce
<b>SAJ</b>	Service d'accueil de jour
<b>SAMSAH</b>	service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
<b>S.A.S.T.H.</b>	service d'accompagnement et de suivi des travailleurs handicapés
<b>S.A.V.S.</b>	service d'accompagnement à la vie sociale
<b>S.E.E.S.</b>	section d'éducation et d'enseignement spécialisés
<b>S.E.S.S.A.D.</b>	service d'éducation spéciale et de soins à domicile
<b>S.S.I.A.D.</b>	service de soins infirmiers à domicile
<b>S.S.E.F.I.S.</b>	service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire
<b>S.T.A.T.I.S.S.</b>	statistiques et indicateurs de la santé et du social (publication DREES)
<b>U.E.R.O.S</b>	unités d'évaluation, de réentrainement et d'orientation sociale et professionnelle
<b>U.P.I.</b>	unité pédagogique d'intégration (collège)
<b>U.R.I.O.P.S.S.</b>	union régionale et interfédérale des organismes privés sanitaires et sociaux

# 1. Le contexte

## 1.1. un cadre législatif évolutif

### Les enjeux de la décentralisation et des nouvelles compétences du Département

Poursuivant l'esprit des premières lois de décentralisation, la loi du 13 août 2004 a confirmé ce département dans son rôle de chef de file de l'action sociale.

Le présent schéma s'inscrit donc dans le cadre du nouveau schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale tel prévu par les lois 2002-2 du 2 janvier 2002 et 2004-809 du 13 août 2004.

La nouvelle loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a également considérablement modifié le dispositif en s'organisant autour de quatre axes :

- garantir aux personnes en situation de handicap le libre choix de leur projet de vie grâce à la compensation des conséquences de leur handicap
- permettre leur participation effective à la vie sociale ;
- placer la personne handicapée au centre des dispositifs qui la concernent ;
- encourager la prévention et la recherche en matière de handicap.

Le département est maintenant, en concertation avec l'Etat qui demeure un partenaire essentiel, le pivot de l'action en faveur des personnes handicapées. Responsable du schéma, il préside le GIP « Maison Départementale des Personnes Handicapées » (MDPH) qui coordonne le dispositif et en assure la gestion et il verse la nouvelle prestation de compensation du handicap (PCH).

Il se doit donc d'avoir une politique qui prend en compte une dimension à la fois de planification, d'organisation et de coordination avec l'Etat.

### ***Le contexte législatif***

L'organisation du dispositif social et médico-social en direction des personnes handicapées relève de la compétence du département au titre des articles L121-1 et L312-4 et 5 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) en vigueur :

Art L121-1 : « Le département définit et met en oeuvre la politique d'action sociale, en tenant compte des compétences confiées par la loi à l'Etat, aux autres collectivités territoriales ainsi qu'aux organismes de sécurité sociale. Il coordonne les actions menées sur son territoire qui y concourent.

Il organise la participation des personnes morales de droit public et privé mentionnées à l'article L. 116-1 à la définition des orientations en matière d'action sociale et à leur mise en oeuvre. »

L312-4 et 5 : « Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale, établis pour une période maximum de cinq ans

1° Apprécient la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population ;

2° Dressent le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante ;

3° Déterminent les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale et, notamment, ceux nécessitant des interventions sous forme de création, transformation ou suppression d'établissements et services et, le cas échéant, d'accueils familiaux ;

4° Précisent le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services, ainsi qu'avec les établissements de santé ou tout autre organisme public ou privé, afin de satisfaire tout ou partie des besoins ;  
5° Définissent les critères d'évaluation des actions mises en oeuvre dans le cadre de ces schémas.

Un document annexé au schéma peut préciser, pour sa période de validité, la programmation pluriannuelle des établissements et services sociaux et médico-sociaux qu'il serait nécessaire de créer, de transformer ou de supprimer afin de satisfaire les perspectives et objectifs définis. »

Art L312-5 : « Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale sont élaborés ... au niveau départemental, lorsqu'ils portent sur les établissements et services mentionnés aux 1° à 4°, a du 5° et 6° à 11° du I de l'article L. 312-1, autres que ceux devant figurer dans les schémas nationaux.

Le schéma départemental est adopté par le conseil général après concertation avec le représentant de l'Etat dans le département et avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale.

Les schémas départementaux et les schémas régionaux sont transmis pour information au comité régional de l'organisation sanitaire et au comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale. »

### ***La loi n°2005-102 du 11 février 2005 et ses incidences***

Cette loi nouvelle pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées introduit dans le Code de l'action sociale et des familles (CASF) la définition du handicap :

« Art. L. 114. - Constitue un handicap toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

La réforme qu'elle met en place repose sur 3 principes fondamentaux :

- garantir le libre choix de son mode de vie, par le droit à compensation du handicap et un revenu minimum d'existence,
- favoriser la vie sociale et citoyenne par le principe de l'accessibilité générale (des locaux publics et de la chaîne du déplacement,
- placer les personnes au centre du dispositif en créant un lieu unique pour l'information et le traitement des aides.

En complément de ces principes, des modalités plus concrètes sont également déterminantes :

- la fin programmée des « barrières de l'âge » c'est à dire des droits à prestations différents pour les enfants, pour les adultes de 20 à 60 ans et pour les personnes âgées de plus de 60 ans,
- le principe de la définition d'un plan d'aide individuel, élaboré en considérant la projet de vie de la personne handicapée par lequel elle exprime ses besoins et ses aspirations,
- les précisions apportées dans le code de l'éducation pour la scolarisation des enfants handicapés et leur droit à un parcours de formation, autant que sur la formation de tous les enseignants,
- le renforcement des mesures relatives à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés,
- les précisions, apportées dès la loi, à la mise en oeuvre de l'accessibilité tous azimuts : bâtiments, transports et technologies de l'information.

La Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), dont le statut est un groupement d'intérêt public (GIP), est présidée par le Président du Conseil Général. Créée depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006, elle est ce lieu unique d'information et de traitement des dossiers.

La commission des droits de l'autonomie (CDA) qui y siège est composée de représentants des organismes financeurs et des associations d'usagers. Elle remplace les anciennes Commission départementale de l'éducation spéciale (CDES) et Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) dans leurs attributions et détermine les droits à compensation des personnes, sur proposition d'un plan d'aide personnalisé établi par une équipe pluridisciplinaire, à partir d'un référentiel national.

La prestation de compensation est constituée par les aides accordées au titre de ce plan d'aide personnalisé, qui sont déclinées en aides techniques, humaines, animales ou financières.

Le financement des aides aux personnes est profondément modifié : la prestation de compensation du handicap est versée par le département, dont la charge financière est en partie compensée par la participation versée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Pour une meilleure compréhension, les termes en vigueur avant la loi du 11 février 2005 et pendant l'élaboration du schéma sont encore employés, complétés par les définitions nouvelles.

### ***Les orientations régionales***

En application de l'article L312-5 du CASF, « le représentant de l'Etat fait connaître, au plus tard six mois avant l'expiration du précédent schéma, au président du conseil général les orientations que le schéma doit prendre en compte pour les établissements et services mentionnés aux 2°, 4°, a du 5°, 8° et 10° du I de l'article L. 312-1 ainsi que pour ceux mentionnés à l'article L. 162-24-1 du code de la sécurité sociale pour les prestations prises en charge par l'assurance maladie. »

Ces orientations, déterminées en mars 2004, visent à « proposer une stratégie coordonnée de l'Etat dans sa coopération avec les conseils généraux et définir les axes prioritaires qui présideront à la répartition des moyens de l'Etat et de l'assurance maladie entre les départements de la région. »

Quatre thèmes sont mis en exergue dans ces orientations régionales, dont la mise en oeuvre nécessite très souvent un travail en collaboration entre les services de l'Etat et le département :

- 1- L'obligation de scolarisation et l'intégration dans l'établissement scolaire le plus proche, qui nécessite une planification des moyens de l'Etat pour les aides humaines (auxiliaires de vie scolaire). Les moyens techniques relatifs à l'accessibilité des locaux et des transports relèvent des collectivités territoriales.
- 2- Une offre de parcours professionnel complet permettant de favoriser la transition du milieu du travail protégé ou adapté au milieu ordinaire, avec la garantie d'un retour possible.
- 3- Un effort d'augmentation et d'adaptation de l'offre de services et de places en établissements, au sein de dispositifs les plus variés possibles, incluant notamment le développement de l'accompagnement et des accueils à temps partiels.
- 4- La simplification des démarches, que la création de la MDPH (maison départementale des personnes handicapées) participera à mettre en oeuvre.

Pour les enfants handicapés, quatre axes stratégiques ont été retenus :

- promouvoir, pour l'intégration scolaire, une réelle collaboration dans la planification des structures et services quel que soit leur ministère de rattachement et dans leur articulation pour favoriser l'efficacité par complémentarité ;
- Assurer une réelle prise en charge des adolescents en grande difficulté, notamment par la création de liens conventionnels avec la pédopsychiatrie et avec les conseils généraux ;
- Réfléchir à la réalisation de prises en charge adaptées pour les jeunes lourdement handicapés notamment psychotiques, maintenus ou orientés vers des solutions inadéquates (domicile ou établissements de santé) ;
- Promouvoir et renforcer les partenariats et dispositifs facilitant l'intégration professionnelle : relations entre les unités pédagogiques d'intégration et les instituts médico-éducatifs (UPI et IME) ou entre le PDITH (Programme départemental d'insertion des travailleurs handicapés) et l'AGEFIPH (Agence pour l'emploi, la formation et l'insertion des personnes handicapées) ou par les Centres de formation d'apprentis spécialisé (CFAS)

Pour les adultes handicapés, quatre axes ont été retenus :

- Promouvoir et soutenir l'accès à l'emploi, depuis l'orientation et la rééducation professionnelle en favorisant les évolutions professionnelles
- Prendre en compte le vieillissement des personnes et les besoins quantitatifs et qualitatifs qui en découlent ;
- Adapter la prise en charge des personnes lourdement handicapées, avec le besoin de définir les populations accueillies en FAM et en MAS, de répondre au besoin des personnes handicapées du fait de troubles mentaux ;
- Réfléchir à l'articulation entre le maintien à domicile et l'accueil en établissement, en considérant le choix de vie des personnes et les fonctions de relais en cas de crise passagère.

Les moyens proposés pour mettre en œuvre ces orientations :

- des outils : « utiliser des indicateurs communs, articuler les schémas départementaux, mettre en place des tableaux de bord, élaborer des conventions pluriannuelles d'objectifs, intégrer les établissements et services médico-sociaux dans les réseaux de santé »,
- des actions : « mieux connaître les handicaps, revoir la couverture géographique de la région, mettre en œuvre le programme départemental de prévention de la maltraitance, prévenir les dysfonctionnements associatifs ».

Le programme interdépartemental d'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie, prévu par l'article 58 de la loi ci-après, devra trouver sa cohérence avec le schéma régional autant qu'avec les schémas départementaux.

## **1.2. Les spécificités géographiques et socio-démographiques**

### ***Le relief et l'urbanisation***

Le département des Alpes de Haute-Provence présente certaines particularités dont il est important de tenir compte dans toute analyse ou proposition qui vise à un aménagement de l'espace, à la création ou au développement de services.

Il est, avec les Hautes Alpes, l'un des deux plus petits départements de la Région PACA en nombre d'habitants mais il est le plus grand en superficie. Il compte 144 508 habitants répartis sur une superficie de 6 925 km<sup>2</sup>, soit une densité de population de 21 habitants/km<sup>2</sup> (données INSEE - situation au 1/01/2003), alors que la densité moyenne régionale est de 149 et la densité moyenne nationale de 110.

Le département est très montagneux, avec des vallées étroites et un habitat plutôt dispersé. Seules les vallées de la Durance et de la Bléone ont un tissu urbain, autour des villes de MANOSQUE, de SISTERON et CHATEAU-ARNOUX et de DIGNE LES BAINS.

12 communes seulement comptent plus de 2 000 habitants, dont 1 seule (BARCELONNETTE) dans la partie est du département.

*La carte des densités de population montre les différences de peuplement entre les communes et secteurs, qu'il conviendra de rapprocher des unités territoriales d'action sociale et des centres médico-sociaux.*

### ***Les temps de trajet***

La faible densité de la population ne permet pas l'existence d'équipements collectifs de transports pour desservir l'ensemble du territoire.

Les reliefs accroissent également les temps de trajets.

Les temps de parcours nécessaires sont les suivants, en choisissant le trajet le plus rapide, pour atteindre :

- MARSEILLE, retenu en considérant l'accès à un CHU (centre hospitalier universitaire) pour des consultations ou des soins spécialisés, 3,5% des communes sont situées à moins d'une heure de trajet, 50% à moins d'1h30 et 22,5% soit 45 communes sont situées à 2 heures de trajet au moins.
- DIGNE, chef-lieu du département où se situent de nombreux services. 61 communes (31%) sont situées à moins de 35 mn mais 16,5% en sont éloignées de plus d'1 heure, à savoir les secteurs proches de BARCELONNETTE et St PAUL-SUR-UBAYE, de BAYONS et TURRIERS, de CERESTE, SIMIANE-LA-ROTONDE et BANON ou la région de CASTELLANE, à l'est et au nord.

## Les indicateurs démographiques

Indicateurs	Alpes de Haute-Provence		PACA		France entière	
	2000	2003	2000	2003	2000	2003
Taux de natalité (naissances pour 1000 hab.)	11,09	10,1	12,09	11,8	13,2	12,7
Taux de mortalité (décès pour 1000 hab.)	10,67	11,3	10,12	10,1	9	9,2
Taux de fécondité (naissances pour 1000 femmes de 15 à 49 ans)	50,89	47,4	51,14	50,5	53,7	53,1
Taux de mortalité infantile (décès avant 1 an pour 1000 naissances)	4,50	5	4,50	3,7	4,54	4,3
Indice de vieillissement (Nombre de personnes de plus de 65 ans pour 100 personnes de moins de 20 ans)	83,61	85,4	76,04	77,5	62,9	65
Taux de variation de 2000 à 2003-	+ 2,80%		+ 2,89%		+ 1,51%	
Taux de variation annuel 2000 à 2003	0,81%		0,95		+0,50%	

Source : INSEE –DREES/ STATISS 2005

## La répartition par tranches d'âge

Population totale	144 508		4 665 051		59 634 980	
Enfants de moins de 6 ans	9 699	6,71%	324 053	6,95%	8 211 668	13,77%
Enfants de 6 à 16 ans	19 931	13,79%	620 370	13,30%	6 161 979	10,33%
jeunes 18 à 25 ans	10 516	7,28%	447 865	9,60%	4 618 398	7,74%
Adultes de 20 à 59 ans	72 850	50,41%	2 453 700	52,60%	32 345 741	54,24%
Seniors de 60 à 74 ans						
Seniors de plus de 75 ans	13 887	9,61%	420 985	9,02%	4 467 364	7,49%

Source : INSEE –DREES/ STATISS 2005

La croissance de la population départementale est due au solde migratoire positif mais elle reste à considérer en relation avec un **indice de vieillissement élevé**.

## Variation de la population par tranche d'âge

selon les classes d'âge significatives	AHP		PACA		France	
	évolution 2000-2003		évolution 2000-2003		évolution 2000-2003	
	nombre	%	nombre	%	nombre	%
Population totale	3 931	2,80%	130 869	2,89%	886 223	1,51%
Enfants de moins de 6 ans	454	4,91%	12 331	3,96%	154 930	3,59%
Enfants de 6 à 16 ans	298	1,52%	7 714	1,26%	-91 828	-1,11%
jeunes 18 à 25 ans	522	5,22%	20 477	4,79%	28 838	0,47%
adultes de 20 à 59 ans	1 784	2,51%	75 559	3,18%	732 395	2,32%
Seniors de 60 à 74 ans	196	0,84%	5 172	0,77%	-184 588	-2,34%
Seniors de plus de 75 ans	1 108	8,67%	31 908	8,20%	361 906	8,50%

L'examen de la pyramide des âges confirme cette tendance au vieillissement, qui doit être prise en compte pour définir les actions et les politiques départementales :

La population âgée de plus de 75 ans est en proportion supérieure à la moyenne nationale et même à la proportion régionale alors que la part des jeunes de 18 à 25 ans est inférieure à ces mêmes moyennes.

Dans la population active, qui représente juste la moitié de la population bas-alpine, la part des 20 à 39 ans est nettement inférieure à celle des 40 à 59 ans.

L'examen de l'évolution de la population par tranche d'âge depuis 1982 montre que la classe jeune, celle des moins de 20 ans, a bien augmenté depuis 1990 (+5,2%). Cependant cette évolution très favorable est en partie compensée par la moindre croissance du nombre des actifs de 20 à 59 ans (+3,7%) ce qui met en évidence la difficulté à retenir les jeunes actifs faute de travail sur place. Par ailleurs l'augmentation du nombre de personnes de plus de 60 ans (+14,2%) est encore importante.

Les tranches d'âge qui augmentent le plus, en nombre comme en proportion, sont les 54-59 ans et les 15-24 ans.

### *Prévision d'évolution de la population départementale*

Selon l'INSEE, l'accroissement observé depuis 1982 devrait se poursuivre jusqu'en 2030, dans la région et dans le département dans une moindre mesure.

Les habitants des Alpes de Haute-Provence seraient ainsi 153 350 en 2030, soit près de 10% plus nombreux qu'aujourd'hui. Ces projections ne tiennent pas compte des évolutions industrielles récentes ( ITER – TGV) qui devraient être favorables à l'ensemble de la région.

## La démographie médicale et paramédicale

### Professionnels de santé libéraux et salariés au 1/01/2004

	AHP		PACA		France	
population 2003	144 508		4 665 051		59 634 980	
	Nombre	Densité en %	Nombre	Densité en %	Nombre	Densité en %
médecins généralistes	289	0,20%	9 044	0,19%	99 647	0,17%
médecins spécialistes	193	0,13%	10 431	0,22%	103 840	0,17%
infirmiers	914	0,63%	39 945	0,86%	288 211	0,48%
masseurs-kinésithérapeutes	208	0,14%	6 734	0,14%	58 642	0,10%
orthophonistes	31	0,02%	1 654	0,04%	15 357	0,03%
orthoptistes	6	0,00%	301	0,01%	2 507	0,00%
ergothérapeutes	12	0,01%	315	0,01%	4 996	0,01%
psychomotriciens	19	0,01%	348	0,01%	5 619	0,01%
psychiatres	22	0,015%	1 330	0,029%	14 553	0,02%

Source : INSEE –DREES/ STATISS 2005

La densité est exprimée par rapport à la population départementale.

L'insuffisance en nombre des professionnels de santé est particulièrement ressentie en ce qui concerne les psychiatres, les infirmiers ainsi que les orthophonistes et orthoptistes.

Même si pour certaines professions, la densité de professionnels est supérieure à la moyenne nationale, l'extrême dispersion de la population départementale rend nécessaire plus qu'ailleurs la prise en compte de la répartition des usagers pour assurer une certaine proximité des services.

Trois cantons n'ont pas de médecin généraliste, six n'en ont qu'un. Ces cantons, comme les secteurs à forte activité saisonnière, sont considérés comme fragiles, et la situation peut très vite devenir difficile pour les habitants en cas d'absence ponctuelle ou prolongée de l'un des intervenants.

Ces données confirment les besoins ressentis et exprimés par l'ensemble des acteurs dans le département : manque d'infirmiers notamment pour assurer les soins à domicile, manque de professionnels spécialisés dans les troubles du langage.

Le besoin en pédopsychiatres et des psychiatres revêt également une acuité inquiétante (densité inférieure de moitié à celle de la région qui relève déjà ce besoin dans ses orientations) particulièrement à un moment où la prise en charge des personnes handicapées du fait de troubles psychiques et psychosomatiques devient très préoccupante.

Les données départementales masquent une très grande disparité entre les secteurs, en fonction de leur densité de population et de leur attractivité : les secteurs de MANOSQUE et de BARCELONNETTE connaissent des situations extrêmement différentes.

De plus dans des zones comme l'Ubaye, le petit nombre de professionnels fait que chaque départ a une incidence lourde et que la situation évolue avec une très grande rapidité.

### **1.3. La territorialisation de l'action sociale**

La Direction de la solidarité départementale a engagé en 2004 une réorganisation de son fonctionnement, en déconcentrant une part importante de ses actions pour un meilleur service de proximité aux usagers.

Ainsi les CMS (centres médico-sociaux) sont regroupés en sept unités territoriales d'action sociale (UT).

Le territoire de chacune de ces unités territoriales a été déterminé en prenant en compte les contraintes relatives à la population, aux moyens de communication et aux temps de trajet, aux villes-centre et à leur zone d'attraction.

Par leur action déjà effective et la réalité qu'elles ont sur le terrain, ces unités territoriales constituent un cadre préexistant réaliste qu'il convient de réinvestir pour la mise en œuvre d'actions cohérentes territorialement dans le cadre de ce schéma et de l'action en faveur des personnes handicapées.

Sont jointes en annexe, la carte des communes du département avec les limites des unités territoriales ainsi qu'un tableau relatif à la population de ces unités territoriales.

## **2. Méthodologie retenue**

La méthode retenue s'est voulue rigoureuse pour établir une évaluation quantitative et qualitative de l'offre et de la demande d'établissements et de services pour personnes handicapées. Elle avait également pour ambition d'associer aux débats le plus grand nombre de représentants des personnes handicapées, de leurs familles, de leurs associations et des établissements ou services.

Cependant, il est important de noter que des difficultés objectives demeurent pour bien connaître les personnes et identifier les besoins dans le secteur du handicap. La mise en place du lieu unique constitué par la Maison Départementale des Personnes Handicapées et la Commission des droits de l'autonomie (CDA) permettra certainement d'améliorer notablement le recueil d'informations en la matière.

### **2.1. La concertation avec l'ensemble des partenaires**

#### ***Le comité de pilotage***

La composition du comité de pilotage du schéma (COPIL) a été définie par le Comité départemental consultatif des personnes handicapées (CDCPH) lors de la réunion du 9 janvier 2004.

Ce COPIL a été constitué pour accompagner la mise en œuvre du schéma.

Constitué autour de la commission permanente du CDCPH, il en comprend les membres et associe des représentants des associations. Celles-ci ont créé un collectif pour suivre les travaux préparatoires du schéma et déterminer des positions communes en concertation.

Le COPIL s'est réuni à quatre reprises et notamment pour valider la méthode de travail puis les axes majeurs de développement qui fondent les orientations et les actions présentées dans ce schéma.

Après une première présentation du projet le 6 décembre 2005, le CDCPH a délégué sa commission permanente pour préciser et affiner les orientations et les fiches-actions. Cette concertation a été mise en oeuvre lors de 4 réunions en janvier et février 2006 pour arrêter ces propositions.

### ***Les groupes de travail***

Quatre thématiques ont été retenues autour desquelles se sont constitués les groupes de travail :

- éducation et travail
- accessibilité et transports
- aides à domicile et services d'aide à la personne
- établissements et services

Leurs travaux ont permis d'enrichir la réflexion, de débattre et échanger pour proposer des actions qui définiront la politique départementale dans le cadre d'une concertation fructueuse.

A l'issue de ces 10 journées, des axes majeurs de développement local se sont dégagés, qui ont été retenus par le COPIL du 1er juillet 2005 pour organiser les fiches-actions.

### ***Les investigations par questionnaire***

Mieux connaître les personnes handicapées ainsi que leurs attentes et l'appréciation qu'elles ont de leur situation actuelle, la confronter à celle des professionnels est un élément important pour définir les orientations de la politique départementale.

Cette enquête a été menée à partir de 5 questionnaires. L'exploitation des résultats de cette enquête a participé aux conclusions de ce schéma.

Ces questionnaires ont été adressés :

- aux personnes handicapées vivant à domicile
- aux personnes handicapées en établissement
- aux familles de personnes handicapées
- aux établissements et services
- aux associations gestionnaires ou non d'établissements.

Un sixième questionnaire relatif aux demandes d'admission a été adressé aux établissements. Son objectif était d'avoir une vision plus précise des mouvements prévisibles dans les 2 années à venir, ces mouvements pouvant également être retenus comme un élément d'appréciation du besoin en places.

### **3. L'évaluation de la population concernée**

De l'avis général, des outils communs sont nécessaires pour une connaissance plus exhaustive du nombre des personnes handicapées, de leurs besoins et des prestations à leur servir.

En effet la diversité des formes du handicap et la disparité dans la perte d'autonomie concourent à rendre complexe le repérage en nombre des personnes handicapées.

Par ailleurs les données de la COTOREP et de la CDES sont difficilement exploitables en l'état.

La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) devra permettre une connaissance plus fine de la population concernée par le handicap dans ses diverses formes.

#### ***3.1. L'analyse démographique comparée***

Une appréciation se réalise habituellement par extrapolation des données des enquêtes nationales rapportées à la population locale.

Au niveau régional, le CREAI (Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées) a réalisé en 2004 une étude sur « l'évaluation du nombre de personnes handicapées vieillissantes et leurs aidants non professionnels en PACA ». Parallèlement la DRASS a publié une « enquête auprès des établissements et services pour enfants et adultes handicapés au 31 décembre 2001 ».

Ces informations peuvent être rapprochées et comparées à celles transmises par la CDES, et la COTOREP.

Par ailleurs, 1 741 personnes bénéficient de l'allocation d'adulte handicapée (AAH) au titre de l'année 2004.

#### ***le CREAI***

Selon le CREAI, le département compterait plus de 8 500 personnes handicapées, présentant 1 ou 2 déficiences, tous âges confondus, soit environ 650 enfants de moins de 20 ans, 3 150 adultes de 20 à 59 ans et 4 700 personnes de plus de 60 ans.

#### ***la CDES et la COTOREP***

Selon le bilan 2004 de ces organismes d'évaluation et d'orientation, 6 753 personnes, tous âges confondus, ont fait l'objet d'une décision.

En considérant la part des décisions de rejet et des renouvellements, il y aurait environ 700 enfants handicapés dans les Alpes de Haute-Provence, nombre qu'il convient de rapprocher des données nationales rapportées à la population départementale des moins de 20 ans, qui conclut à 651 enfants bas alpins handicapés.

Ces chiffres sont donc cohérents pour estimer que le nombre d'enfants handicapés dans le département est de l'ordre de 650 à 700.

Pour les adultes et selon le bilan d'activité 2004 de la COTOREP, 6 067 personnes âgées de plus de 20 ans ont fait l'objet d'une décision favorable (en diminution par rapport à 2003, où elles étaient 6 873). Cependant s'il n'est pas possible de connaître la part des personnes âgées de plus de 60 ans, elles ne devraient pas représenter la moitié des décisions prises.

### **3.2. La répartition théorique des personnes handicapées**

La répartition proposée est calculée à partir des données CREAL, rapportées à la population des secteurs concernés. Ainsi l'ensemble des personnes présentant des déficiences sont prises en compte.

#### **Par secteur géographique et par âge**

Unité Territoriale	Pop totale	Total PH	de 0 à 19 ans	%/pop PH totale	de 20 à 59 ans	%/pop PH totale	plus de 60 ans	%/pop PH totale
Vallée de l'Ubaye (Barcelonnette)	10 855	574	49	8,5%	229	39,9%	296	51,6%
Digne les Bains	26 878	1 442	113	7,8%	575	39,9%	754	52,3%
Forcalquier	17 059	1 075	71	6,6%	358	33,3%	646	60,1%
Riez-Oraison	17 106	1 221	80	6,6%	413	33,8%	728	59,6%
Manosque	33 813	1 785	135	7,6%	656	36,8%	994	55,7%
Vallée du Verdon (St André les Alpes)	9 415	592	35	5,9%	208	35,1%	349	59,0%
Carrefour Bléone-Durance (Sisteron)	30 479	1 777	131	7,4%	664	37,4%	982	55,3%
total	144 508	8 466	614	7,3%	3 103	36,7%	4 749	56,1%

Ces chiffres concernent les personnes handicapées : nombre total sur le territoire concerné et part par tranche d'âge dans cette population.

Cette répartition théorique a pour objectif de repérer les lieux de vie habituels des personnes handicapées, afin de prendre en compte le souhait de rapprocher les services de ces lieux de vie. Cette répartition est nécessairement proportionnelle à la répartition de la population totale.

Il conviendra de rapprocher cette répartition de celle des établissements et services existants.

A noter que :

- Les jeunes handicapés de moins de 20 ans sont les plus nombreux (plus de 20% de la classe d'âge) sur les unités territoriales de Manosque, Bléone-Durance ainsi qu'à Digne;
- les adultes de 20-59 ans sont nombreux aussi dans des secteurs qui ne sont pas très urbanisés, notamment dans les vallées de l'Ubaye et du Verdon ;
- les plus de 60 ans représentent près de 60% de la population handicapée dans les unités territoriales de St André les Alpes et Forcalquier ainsi que sur la partie sud de Riez-Oraison.

## **Par type de handicap**

Selon les études menées par le CREAI, environ 200 enfants souffriraient d'une ou de 2 déficiences sévères. Les handicaps les plus nombreux sont, par ordre décroissant :

- les handicaps mentaux : 80
- les troubles du comportement : 63 dont 17 autistes et 46 psychotiques ;
- les paralysies cérébrales : 60
- les handicaps sensoriels : 22 sourds profonds et 22 non voyants
- les trisomiques : 32

Selon cette même étude, environ 3 150 adultes souffriraient de handicaps, dans les proportions suivantes :

- déficiences physiques : 946
- déficiences motrices : 931
- déficiences mentales 621
- déficiences ou maladie mentale et physique associée : 401
- déficiences sensorielles : 185

## 4. Le dispositif actuel : les équipements et services

### 4.1. Comparaison avec les niveaux d'équipement régionaux

Taux d'équipement pour 1000	AHP	PACA	France
Etablissements pour enfants	5,83	7,06	8,66
Etablissements pour adultes			
Atelier protégé	0,77	0,15	0,53
CAT	3,57	2,67	3,07
foyers de vie (FO) et foyer d'accueil médicalisé (FAM)	1,24	1,05	1,46
maison d'accueil spécialisé (MAS)	0,66	0,48	0,51

Statiss 2004

Au regard du niveau d'équipement en PACA le département des Alpes de Haute-Provence se situe de manière favorable.

### 4.2. Les établissements et services actuels

NB : Enquête et appellations en début 2005

Etablissement ou service	Nom	Organisme gestionnaire	Ville siège	Places autorisées
<b>Enfance</b>				
I.M.E.	La Durance	APAJH	CHATEAU ARNOUX	68
I.M.E.	Les Oliviers	ADAPEI	CHATEAU ARNOUX	45
EEAP	Tony LAINE	APAJH	MONTFORT	16
SESSAD	La Durance	APAJH	CHATEAU ARNOUX	60
SESSAD	Les Oliviers	ADAPEI	CHATEAU ARNOUX	21
SESSAD	Les Ecrins	URAPEDA	MANOSQUE	15
CAMSP	CAMSP de DIGNE	Centre Hospitalier	DIGNE	(a)
CAMSP	CAMSP de MANOSQUE	ARI (Association régionale pour l'intégration)	MANOSQUE	(a)
CMPP	CMPP de DIGNE	Centre Hospitalier	DIGNE	(a)
CMPP	CMPP de MANOSQUE	ARI (Association régionale pour l'intégration)	MANOSQUE	(a)
<b>Adultes</b>				
Atelier Protégé	"Bléone-Durance"	ADAPEI	CHATEAU ARNOUX	15
Atelier Protégé	"Lou Jas"	APAJH	CHATEAU ARNOUX	12
Atelier Protégé	De la vallée des Duyes	APVD	BARRAS	15
Atelier Protégé	Marville-Provence	La Résidence sociale	SISTERON	11
CAT	Ateliers du Fournas	ADAPEI	CHATEAU ARNOUX	128

CAT	Paul Martin	APPASE	DIGNE LES BAINS	71
CAT	Domaine de la Haute Lèbre	ARI	REVEST DU BION	61
FCAT	Paul Martin	APPASE	DIGNE LES BAINS	22
FCAT	La Simonette	ADAPEI	FORCALQUIER	16
FCAT	Les Tourelles	ADAPEI	MANOSQUE	18
FCAT	Le Regain	ARI	REVEST DU BION	50
foyer de vie	Borisol	ADAPEI	FORCALQUIER	5
foyer de vie	Le Sequoia	ADAPEI	MANOSQUE	5
foyer de vie	CAS (Centre d'accueil spécialisé)	CAS (Centre d'accueil spécialisé)	FORCALQUIER	73
foyer de vie	L'Ermitage		MANE	10
FAM	CAS (Centre d'accueil spécialisé)	CAS (Centre d'accueil spécialisé)	FORCALQUIER	15
FAM Autorisé et non installé	FAM	ADAPEI	PEYRUIS	20
MAS	CAS (Centre d'accueil spécialisé)	CAS (Centre d'accueil spécialisé)	FORCALQUIER	48
accueil de jour	Les Cyprès	ADAPEI	CHATEAU ARNOUX	10
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile		DIGNE	
SAVS	Service de soutien et accompagnement	ADAPEI	MANOSQUE	30
SAVS	ESVAD (Equipe Spécialisée pour une Vie Autonome)	APF	MANOSQUE	40
SAVS	Unité d'Accompagnement en milieu Rural	ARI	REVEST DU BION	10
SAMSAH	CAS (Centre d'accueil spécialisé)	CAS (Centre d'accueil spécialisé)	FORCALQUIER	10
SAVS	Paul MARTIN	APPASE	DIGNE	10
foyer de vie	Foyer d'accueil temporaire L'Hacienda	GIMC	SAINT PONS	10

(a) Ces services n'ont pas de capacité autorisée, leur dotation leur permet de gérer des files actives de personnes qu'ils prennent en charge.

### **4.3. Les établissements et services de l'enfance**

Un schéma départemental de l'enfance et de l'adolescence handicapée a été réalisé en 1999 par l'Etat. Le département a adopté son schéma départemental en faveur de l'enfance et de la famille en 2001.

En application du principe de reconnaissance de la personne et de son handicap indépendamment de son âge, tel que posé par la loi du 11 février 2005 avec la suppression de la barrière de l'âge, il a été décidé d'étendre le présent schéma au secteur de l'enfance.

Le dispositif médico-social en faveur des enfants comprend l'ensemble des établissements et services et répond aux besoins des enfants quelles que soient les déficiences.

#### ***Les services pour la petite enfance***

Les **CAMSP (centre d'actions médico-sociales précoces)** sont autorisés conjointement par l'Etat et le Conseil Général, qui les cofinancent à 80% pour l'Etat et 20% pour le Conseil Général.

Créés à DIGNE par le Centre hospitalier et à MANOSQUE par l'ARI (Association régionale pour l'intégration), ils assurent actuellement le suivi d'environ 80 enfants par an sur chaque site, ce qui se révèle insuffisant pour répondre aux demandes de consultations et de diagnostic.

Ces demandes concernent un nombre croissant d'enfants souffrant de névroses infantiles et de troubles graves du comportement et de la personnalité, qui représentent les 2/3 des diagnostics posés. Le dépistage généralisé permet de prendre en charge ces enfants de manière précoce.

Au vu de ces besoins, un financement complémentaire a été accordé en 2005 à ces 2 CAMSP pour leur permettre d'assurer le suivi d'une vingtaine d'enfants supplémentaires.

Depuis 2002, une **ESSAIP** (équipe de soins spécialisés autour des interactions précoces) fonctionne au sein du CAMSP de MANOSQUE. Elle a pour mission « l'accompagnement thérapeutique des relations parents-enfants lorsque celles-ci, par leur caractère pathogène, risquent de mettre en péril l'enfant ».

Les **CMPP (centre médico-psycho-pédagogique précoce)** et **CMPI (centre médico-psychologique-infantile)** participent à la politique de santé mentale et sont financés par l'assurance maladie.

Les CMPP accueillent des enfants et adolescents présentant des troubles psycho-affectifs, psychomoteurs, orthophoniques. Ils assurent le dépistage, le soutien éducatif, la rééducation ou la prise en charge thérapeutique.

Les CMPI prend en charge des enfants et adolescents souffrant de troubles psychiques. Ils assurent une fonction thérapeutique psychiatrique et un soutien psychologique.

Le Centre Hospitalier de Digne assure dans ce cadre des consultations permanentes orientées vers les jeunes enfants à DIGNE, SISTERON et CHATEAU ARNOUX.

Pour les adolescents, des « points d'écoute » ont été ouverts en milieu scolaire, à DIGNE et à SISTERON. Un autre lieu d'accueil pour adolescents est ouvert à MANOSQUE, appelé « Repères ».

Le CMPP de MANOSQUE, géré par l'ARI (Association régionale pour l'intégration), bénéficie des autres services offerts par l'association et implantés dans les départements limitrophes.

Comme pour la petite enfance, un nombre croissant d'enfants souffrent de névroses infantiles et de troubles graves du comportement et de la personnalité, qui rendent nécessaires l'accroissement des moyens dans les années qui viennent.

### ***Les services d'accompagnement***

Les **SESSAD (services d'éducation spéciale et de soins à domicile)** assurent une prise en charge pluridisciplinaire et ambulatoire, au domicile, dans leurs locaux et en liaison avec les structures scolaires qui accueillent ces enfants. Ils sont financés par l'assurance maladie.

Les deux SESSAD implantés à CHATEAU-ARNOUX interviennent sur l'ensemble du département des Alpes de Haute-Provence. Ils suivent actuellement 71 enfants présentant des handicaps intellectuels, moteurs, visuels ou associés. Une section de 10 places pour la prise en charge de troubles « DYS » récemment autorisée, prendra en charge les enfants atteints de dyslexie, dysphasie, dyspraxie et dyscalculie.

L'âge moyen des enfants suivis par les SESSAD est de 11 ans, 55 enfants sont âgés de 8 à 15 ans, 4 sont âgés de plus de 15 ans.

Ces enfants sont pour la plupart originaires des Alpes de Haute-Provence. Parmi eux, 50 sont scolarisés en milieu ordinaire et peuvent avoir besoin d'une auxiliaire de vie scolaire ; 10 sont scolarisés en CLIS ou UPI.

La concertation avec les partenaires n'a pas fait apparaître de demande de création de places supplémentaires en SESSAD hormis celles attendues pour les enfants « DYS » et pour renforcer la prise en charge des enfants présentant des troubles graves du comportement.

Par ailleurs l'URAPEDA PACA (Union régionale des associations de parents d'enfants déficients auditifs) a créé à GAP une structure interdépartementale, qui offre une prise en charge précoce et adaptée aux enfants des Alpes de Haute-Provence et des Hautes Alpes. Elle dispose de deux implantations dans ce département : à DIGNE et MANOSQUE.

Cette structure qui suit 33 enfants comprend un **SAFEP** (service d'accompagnement familial et d'éducation précoce) pour les enfants de moins de 3 ans et un **SSEFIS** (service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire) pour les enfants en âge scolaire et jusque 20 ans.

13 enfants bas alpins y sont suivis, dont 2 en internat à GAP, les enfants sont scolarisés en milieu ordinaire à proximité de leur domicile familial.

## ***Les établissements pour enfants***

Les **IME (instituts médico-éducatifs)** accueillent en internat ou en journée, des jeunes de moins de 20 ans, présentant des déficiences principalement intellectuelles, accompagnées de troubles associés, notamment des troubles de la personnalité ou du comportement. Ils leur assurent une scolarisation adaptée avec des enseignants spécialisés détachés de l'Education Nationale et une éducation spécialisée avec un soutien thérapeutique et visent à accroître les capacités d'apprentissage et d'autonomie de ces jeunes.

Les **EEAP (établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés)** visent les mêmes objectifs pour des jeunes présentant un handicap grave associant déficiences motrice et mentale qui entraînent une restriction extrême de l'autonomie et de la communication. Le besoin de soins et de rééducation de chaque jeune est important et la prise en charge de chacun doit être assurée par l'établissement de manière continue toute l'année.

Dans tous les cas, la prise en charge repose sur l'élaboration d'un projet individuel qui inclut accompagnement éducatif et pédagogique, thérapeutique et psychothérapeutique ainsi que des actions de soin, de rééducation et d'apprentissages pré-professionnel ou professionnel.

Les jeunes âgés de plus de 20 ans peuvent continuer à y être accueillis, dans l'attente d'une réponse adaptée à leur situation, au titre de « l'amendement CRETON » (qui permet le maintien dans les établissements de l'enfance de jeunes adultes) .

Les deux IME du département accueillent 114 jeunes et l'EEAP Tony LAINE en accueille 16. La moyenne d'âge est de 14 ans à l'EEAP et de 15 ans dans les 2 IME, avec 5 jeunes de plus de 20 ans.

A noter que dans les cinq prochaines années, environ 10 jeunes sortiront chaque année de ces établissements. Environ 10 d'entre eux pourraient s'insérer dans le milieu ordinaire du travail, environ 30 autres de ces jeunes adultes s'orienteraient vers les entreprises adaptées ou le centre d'aide par le travail (CAT). Les 10 autres, sans capacité de travail, seront pris en charge par leur famille ou en établissement. En tout état de cause ils auront besoin d'être accompagnés dans leur quotidien. 95 % de ces jeunes résident dans le département et rechercheront donc un lieu de travail ou de vie dans les Alpes de Haute-Provence.

Ces établissements ne fonctionnent pas toute l'année. En effet, les IME suivent à peu près le rythme scolaire et l'EEAP ferme au mois d'août.

Pendant les périodes de fermeture, lorsque la famille ne peut accueillir les enfants, ces établissements ont recours aux assistantes maternelles agréées. Ils peuvent faire appel aux assistantes maternelles agréées par le département voire les former à l'accueil spécialisé.

Lorsque des enfants handicapés sont confiés au service de l'aide sociale à l'enfance, les assistantes familiales du département suppléent la famille et accueillent à ce titre les enfants.

Depuis 2005, lors de l'agrément des assistantes maternelles, une information leur est donnée sur la possibilité de travailler comme famille d'accueil pour les établissements de l'enfance handicapée.

Les **ITEP (institut thérapeutique, éducatif et pédagogique)** accueillent des jeunes : enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont

l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages.

Aucune place n'est autorisée à ce jour, pour répondre à ce besoin, la création d'un ITEP de 30 places dont 6 en SESSAD est en cours d'autorisation.

### ***La scolarisation des enfants handicapés.***

En application de la loi, formalisée par l'article L 111-1 du code de l'éducation, tous les enfants doivent pouvoir être scolarisés, dans le respect du choix fait par leur famille, au plus près de leur domicile et en considérant la réponse la plus adaptée à leur besoin.

Art L111-1 : « L'éducation est la première priorité nationale. Le service public de l'éducation est conçu et organisé en fonction des élèves et des étudiants. Il contribue à l'égalité des chances. .... Le droit à l'éducation est garanti à chacun afin de lui permettre de développer sa personnalité, d'élever son niveau de formation initiale et continue, de s'insérer dans la vie sociale et professionnelle, d'exercer sa citoyenneté. »

Les articles 19 et 20 de la loi n°2005-102 du 11 février 2005 ont inscrit ce droit pour les jeunes enfants et jeunes personnes handicapées, à travers une série de dispositions législatives nouvelles dans le code de l'Education, et en ont renforcé l'importance à travers l'établissement de référence :

« Tout enfant, tout adolescent présentant un handicap ou un trouble invalidant de la santé est inscrit dans l'école ou dans l'un des établissements mentionnés à l'article L. 351-1, le plus proche de son domicile, qui constitue son établissement de référence. Dans le cadre de son projet personnalisé, si ses besoins nécessitent qu'il reçoive sa formation au sein de dispositifs adaptés, il peut être inscrit dans une autre école ou un autre établissement mentionné à l'article L. 351-1 par l'autorité administrative compétente, sur proposition de son établissement de référence et avec l'accord de ses parents ou de son représentant légal. Cette inscription n'exclut pas son retour à l'établissement de référence. »

Ainsi l'enseignement spécialisé constitue une part minoritaire dans la scolarisation des élèves handicapés, la plupart d'entre eux peuvent bénéficier et bénéficient d'un enseignement en milieu ordinaire.

Dans les Alpes de Haute-Provence, 51 élèves bénéficient du financement de leur transport pour leur permettre de suivre une scolarité en milieu ordinaire. Pour la plupart, ils suivent une scolarité tout à fait normale.

Pour les enfants dont le handicap mental a été reconnu mais qui présentent néanmoins des capacités d'intégration en milieu scolaire ordinaire, ont été créées les **CLIS (classes d'intégration scolaire)** qui offrent ces conditions spécifiques au sein des écoles primaires et les **UPI (unités pédagogiques intégrées)** qui poursuivent le même objectif au sein des collèges.

A la rentrée 2005, l'Education Nationale a mis en place dans les Alpes de Haute-Provence :

- 6 CLIS : 2 à Digne-les-Bains, 2 à Manosque, 1 à CHATEAU ARNOUX et 1 à SISTERON. Elles accueillent environ 70 enfants, avec un effectif maximal de 12 élèves par classe.
- 2 UPI : 1 à CHATEAU ARNOUX et 1 à SAINTE-TULLE. Elles accueillent environ 10 élèves chacune.

Selon ses propres estimations des besoins, l'Inspection Académique envisage de créer une UPI nouvelle à Digne dès 2006 et n'exclut pas d'ouvrir dans l'avenir une CLIS supplémentaire sur un secteur qui reste à définir.

Cependant il n'existe pas de dispositif permettant d'assurer la poursuite de la scolarisation des jeunes en situation de handicap à la sortie de l'UPI ou l'accompagnement des jeunes apprentis handicapés en milieu ordinaire ou vers des formations qualifiantes de type centre spécialisé de formation des apprentis.

Pour les enfants dont les déficiences physiques, sensorielles, mentales ou comportementales rendent la scolarité difficile, des postes d'**auxiliaires de vie scolaire (AVS)** ont été créés afin de leur apporter aide nécessaire dans leurs déplacements à l'intérieur de l'établissement scolaire et les accompagner dans certains actes de la vie quotidienne.

Ces auxiliaires sont recrutés sur contrat pour 3 ans, renouvelable une fois et précise chaque année en fonction des enfants suivis. Ils bénéficient de 60 heures de formation.

En juin 2005, 33 personnes assuraient 20 ETP (poste équivalent temps plein) d'auxiliaires de vie scolaire auprès de 112 enfants soit :

- 26 personnes pour des suivis individuels ;
- 6 personnes en CLIS ;
- 1 personne en UPI.

A cette même date, le besoin en auxiliaires de vie scolaire supplémentaires est estimé par l'Inspection d'Académie à 6 ETP ou 12 personnes pour 9 enfants en maternelle, 1 élève de primaire et 2 collégiens ou lycéens.

### ***Les enfants accueillis hors des Alpes de Haute-Provence.***

Une quarantaine d'enfants sont accueillis dans des établissements extérieurs aux Alpes de Haute-Provence, pour certains à défaut d'une structure adaptée à leur besoin. Beaucoup d'entre eux présentent une déficience intellectuelle moyenne. 27 d'entre eux sont âgés de plus de 16 ans et pourraient souhaiter revenir dans les Alpes de Haute-Provence .

### ***Les enfants en attente de réponse adaptée***

Dans l'attente de place en établissement ou en SESSAD, les familles assurent l'hébergement et la prise en charge de leur enfant, même s'il bénéficie par ailleurs de suivis éducatif ou pédo-psychiatrique.

Enfin il semblerait qu'un certain nombre d'enfants dont la déficience est reconnue ne bénéficient pas d'une prise en charge adéquate.

Dans la plupart des cas, ces enfants sont ou peuvent être scolarisés en milieu ordinaire sous réserve de transport scolaire adapté ou d'accessibilité des locaux scolaires ou d'auxiliaire de vie scolaire.

## **Conclusion**

Pour les établissements et services en faveur de l'enfance handicapée, le niveau d'équipement et de couverture des besoins est relativement satisfaisant.

Le besoin de création de places supplémentaires en IME est évalué aujourd'hui à 5 places, le besoin de places en EEAP est couvert de manière satisfaisante.

Avec la création de l'ITEP pour les enfants ayant des troubles du comportement, le dispositif sera utilement complété.

Cependant l'évaluation quantitative de ces besoins est délicate du fait d'importantes fluctuations du nombre d'enfants concernés d'une année à l'autre.

Une question sensible demeure : la prise en charge des jeunes pendant les périodes de fermeture qui constitue un souci et un besoin réel pour les familles.

L'augmentation de l'activité des CAMSP est importante notamment du fait de la part croissante des troubles du comportement et de la personnalité. Elle doit faire l'objet d'une étude précise afin d'en déterminer les causes et les conséquences pour un futur proche.

La demande d'un accompagnement de la scolarisation en milieu ordinaire et de la poursuite de la scolarisation après l'UPI ou le SESSAD constitue un point important du constat.

#### **4.4. Les établissements et services pour adultes**

Le taux d'équipement du département en matière d'établissements sociaux et médico-sociaux se situe à un bon niveau, par comparaison avec la Région et la France entière. Les structures existantes s'adressent prioritairement aux personnes déficientes intellectuelles.

Cependant, il est important de constater qu'actuellement, la personne adulte handicapée est souvent confrontée au choix entre le seul foyer en habitat collectif avec un déroulement de journée organisé pour tous et l'habitat individuel ou familial avec un accompagnement d'intensité modeste.

Les personnes originaires d'autres départements occupent 96 places (37%) dans les établissements d'hébergement, alors que 33 personnes handicapées des AHP sont accueillies dans des établissements de même type hors du département, faute de place disponible.

Il convient également de considérer, hormis les 5 personnes handicapées âgées de plus de 60 ans, la situation des 21 autres personnes handicapées qui sont hébergées, par défaut, en maison de retraite, quelque soit leur âge : 6 d'entre elles ont moins de 50 ans.

L'analyse de leur situation personnelle montre que 4 d'entre elles pourraient accéder à un emploi au moins dans le secteur protégé, si elles bénéficiaient d'un accompagnement à la vie quotidienne.

#### ***Le travail adapté***

La loi du 11 février 2005 met en avant en son chapitre II « Emploi, travail adapté et travail protégé » (articles 23 à 40) le principe de non-discrimination dans la sphère du travail et modifie la définition du secteur professionnel protégé selon les termes issus de la loi n°75-534 du 30 juin 1975 pour créer le secteur du travail adapté. Elle redéfinit les établissements de travail de l'ancien secteur du travail protégé, et crée « les entreprises adaptées », alignées sur le milieu ordinaire, et présente les établissements et services d'aide par le travail comme des milieux de travail par défaut.

Cependant l'enquête a été réalisée sur la base des structures et appellations de travail protégé antérieures à cette loi, et présente donc les structures actuelles dans le département des Alpes de Haute-Provence selon les anciens termes.

Ces structures offraient 313 postes de travail au 30 juin 2005.

La loi, dans son article, réaffirme le droit au travail et notamment au maintien dans le poste de travail occupé avant la situation de handicap.

Cependant le secteur du travail protégé étudié dans le cadre de ce schéma concerne principalement les personnes dont les déficiences, notamment intellectuelles, limitent les capacités de travail, quelque soit l'adaptation des postes de travail.

Les ateliers protégés sont devenus des entreprises adaptées. Ils offrent un lieu de travail adapté aux personnes dont le handicap ne leur permet pas d'assurer un poste de travail en milieu ordinaire mais dont les capacités de travail restent significatives.

Le besoin en places supplémentaires serait de l'ordre d'une dizaine de places en 5 ans mais en sachant que ce faible nombre de personnes concernées amène à relativiser l'appréciation prospective du besoin et donne une importance plus grande à la situation de chacun des jeunes handicapés qui arrivent à l'âge adulte.

L'analyse de la population des CAT montre que 15 personnes pourraient évoluer vers un atelier protégé au cours des 2 prochaines années, avec un accompagnement adapté suffisant pour assurer le succès de cette progression.

Les CAT (centre d'aide par le travail) accueillent des personnes dont les capacités de travail faibles « inférieures au tiers des capacités normales de travail » ne leur permettent pas de mener une vie professionnelle en milieu normal. Ces établissements offrent une activité professionnelle et des conditions de travail aménagées ainsi qu'un accompagnement de type éducatif.

Dans le département, les CAT accueillent 260 personnes, dont 180 originaires des Alpes de Haute-Provence, les autres sont issues d'autres départements.

24 de ces travailleurs vivent en couple, ce qui est à prendre en considération pour le choix de vie et l'hébergement à proposer ; 134 travailleurs de CAT vivent à domicile, seuls ou au sein de leur famille, avec des aides extérieures (58 personnes) ou sans autre aide (76).

L'âge moyen des travailleurs de CAT est de 39 ans, 72 d'entre eux sont âgés de plus de 45 ans et 13 auront atteint 60 ans en 2009, 24 seulement bénéficient d'un temps partiel.

La part importante de travailleurs relativement âgés est à relier d'une part aux demandes de travail allégé ou à temps partiel et d'autre part à un besoin de prise en charge pour suppléer l'aide des parents. Cette situation amène nécessairement à s'interroger sur les meilleures réponses possibles à leur apporter.

L'évolution du besoin en nombre de places pour l'ensemble du secteur du travail adapté est faible, de l'ordre d'une dizaine de places. En outre, ce besoin est à mettre en relation d'une part avec la création possible de services nouveaux comme les SACAT (section annexe de CAT) par exemple et d'autre part avec les capacités de travail des jeunes handicapés qui vont quitter les IME pendant cette période. Or l'expérience montre que des différences très importantes sont constatées d'une année à l'autre.

De même l'appréciation relative du nombre de places entre les ateliers protégés et les CAT peut être fortement modifiée par la mise en place d'un accompagnement à la vie sociale des personnes, c'est-à-dire un accompagnement de la gestion de leur vie sociale quotidienne, qui leur permette de conserver leur emploi.

### ***Les foyers d'hébergement annexe de centre d'aide par le travail***

Créés en annexe des CAT, ces foyers (FCAT) constituent le domicile des travailleurs de CAT. Ils fonctionnent en dehors des temps de travail et doivent assurer un accueil continu des personnes. En effet la moitié de ces personnes ont perdu la plupart de leurs liens familiaux ou amicaux en dehors de leur lieu de vie et de travail.

Ils accueillent dans le département 109 personnes, dont 29 âgées de moins de 30 ans et 22 âgées de plus de 50 ans.

87 résidents de ces foyers, soit 80%, sont originaires des Alpes de Haute-Provence et les autres viennent pour la plupart de la région PACA.

Il ressort de l'enquête menée que les mouvements d'entrée et de sortie sont rares : moins de 10 sorties dans les 2 prochaines années. Les départs sont toujours envisagés en fonction de la retraite ou d'une évolution de l'autonomie : vers un foyer de vie ou un FAM pour 2 personnes et vers une vie autonome accompagnée pour 3 autres personnes.

Les demandes concernant les jeunes adultes sortant d'IME (12) ajoutées aux demandes d'admission actuelles (12) représenteraient un besoin nouveau de 14 places à l'horizon 2007 qui pourrait être extrapolé à 30 dans les 5 ans du fait d'une demande d'entrées supérieure aux sorties prévisibles.

Les demandes d'entrée en foyer sont à considérer en relation avec les demandes de soutien au maintien à domicile et l'offre d'accompagnement à la vie sociale et quotidienne.

### ***Les foyers de vie ou foyers occupationnels (FO)***

Les **foyers de vie** (ou foyer occupationnel) accueillent des personnes qui ne peuvent travailler du fait de la gravité de leur handicap, qui ont peu d'autonomie mais qui n'ont pas besoin de soins.

Les quatre foyers de vie du département comptent 91 places installées. L'âge moyen des résidents est de 36 ans, et 16 personnes ont plus de 45 ans. Ce vieillissement constitue une contrainte forte pour l'élaboration des projets d'établissement et d'évolution des foyers.

37 personnes seulement sont originaires des AHP, alors que 10 Bas Alpins sont accueillis dans des foyers de vie hors du département.

Le foyer de Forcalquier présente un fonctionnement tout à fait original : il associe un hébergement en famille d'accueil avec des activités de jour en foyer et répond bien au besoin de certaines personnes qui ne peuvent guère s'adapter à la vie en collectivité par la nature même de leur handicap souvent psychique.

Les besoins en places supplémentaires seraient de l'ordre d'une dizaine de places dans les 2 prochaines années et d'une vingtaine dans les 5 ans, si l'on tient compte de places occupées par des résidents hors département.

En outre l'évaluation de ce besoin peut évoluer en relation avec le développement de l'accueil de jour exposé ci-après, qui pourrait avoir une incidence sur le besoin de places en internat.

### ***Les foyers d'accueil médicalisé (FAM)***

Le **foyer d'accueil médicalisé** (FAM) est destiné à des personnes lourdement handicapées qui requièrent une aide pour la plupart des actes de la vie quotidienne et justifient de soins médicaux conséquents. Il est autorisé et financé conjointement pour les soins par l'Etat (30%) et pour l'hébergement et l'accompagnement par le département (70%), selon les parts respectives retenues.

Un FAM de 20 places est autorisé et en cours de réalisation. Un seul FAM est ouvert dans les Alpes de Haute-Provence depuis 2003 ; il est géré par le Centre d'Accueil Spécialisé (CAS) de Forcalquier.

D'une capacité de 15 places, le FAM accueille 9 personnes âgées de plus de 55 ans ; issues du CAS mais dont la perte d'autonomie ne permet pas le maintien en FO.

Ce vieillissement des résidents constitue ici aussi un axe fondamental pour l'adaptation du projet d'établissement aux besoins et attentes des résidents.

7 personnes seulement sont originaires du département alors que le besoin en places est important : plusieurs jeunes sont placés en FO hors du département faute de place en FAM dans le département. Le besoin en places supplémentaires serait de l'ordre de 10 places dans les 2 prochaines années et d'une vingtaine dans les 5 ans.

L'arrivée à l'âge adulte des jeunes de l'EEAP Tony LAINE et l'aggravation du handicap des résidents de FO vieillissants expliquent ce besoin et représentent 8 des demandes à l'horizon 2007.

### ***Les maisons d'accueil spécialisé (MAS)***

La **maison d'accueil spécialisé (MAS)** prend en charge des personnes lourdement handicapées qui n'ont pu acquérir une autonomie personnelle et qui nécessitent une surveillance médicale et des soins constants.

Une seule MAS existe dans le département : ouverte depuis 1985, elle fait partie du pôle médico-social du CAS de Forcalquier.

D'une capacité de 48 places, elle accueille 11 personnes âgées de plus de 55 ans et 6 de moins de 30 ans seulement. 37 personnes sont originaires du département alors que faute de place, 1 jeune adulte au moins est accueilli hors du département dans un foyer non médicalisé. Ici aussi le vieillissement est une réalité forte à prendre en compte.

Le besoin en places supplémentaires serait de l'ordre de 10 places dans les 2 prochaines années et d'une vingtaine dans les 5 ans en fonction du nombre et de l'évolution des personnes connues, jeunes et adultes.

### ***Les services d'accompagnement***

Les services d'accompagnement ont été mis en place dans le département plus récemment. Ils concernent plus de 50 personnes et 10 personnes supplémentaires bénéficient d'un suivi à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2005 avec la mise en place du SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés) de FORCALQUIER.

Le **service de soutien et d'accompagnement (SSA)** organisé par l'ADAPEI pour les travailleurs du CAT « les Ateliers du Fournas » est, dans ses objectifs et interventions, un SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale).

Il a été créé pour apporter un soutien à ces travailleurs handicapés de CAT en les accompagnant sur leur lieu de vie pour assurer leurs obligations administratives courantes, organiser leur vie quotidienne et leur temps libre sans être isolés, gérer ponctuellement leurs relations avec le milieu professionnel ou leur environnement familial et social.

Ce service est financé par le département sous forme d'une dotation globale annuelle, il suit environ 40 personnes et assure notamment la mise en place des aides au domicile (soins infirmiers, aide-ménagère ou auxiliaire de vie).

**L'Unité d'accompagnement en milieu rural**, organisée pour les travailleurs du CAT de REVEST DU BION, a été créée en annexe du foyer d'hébergement pour suivre 10 personnes vivant en milieu ordinaire afin de les accompagner vers une autonomie de vie la plus grande possible. Il est financé par un tarif journalier fixé par le département

Le développement de services d'accompagnement à la vie sociale et de soutien à domicile permettrait sans doute à certains travailleurs handicapés capables d'une autonomie dans leur vie quotidienne de pouvoir vivre dans une structure d'habitat non collective.

### ***Les autres services participant au maintien à domicile***

Les **services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)** comme les **services d'auxiliaires de vie** sont financés par l'assurance maladie et interviennent auprès des personnes âgées et des personnes handicapées. Ces services sont indispensables pour permettre le maintien à domicile des personnes qui ne sont pas physiquement autonomes.

Le besoin est fortement exprimé d'un renforcement de leur présence et de l'augmentation de l'amplitude horaire de leurs interventions pour permettre davantage de vie sociale pour les personnes handicapées qui ont besoin de leurs services. Cette demande est partagée par l'ensemble des personnes dépendantes, quelque soit l'origine et la cause de leur perte d'autonomie.

Aujourd'hui il existe 8 places de SSIAD pour personnes handicapées.

Une **Equipe pluridisciplinaire spécialisée pour la vie autonome à domicile (ESVAD)** a été créée par l'Association des paralysés de France (APF) en 2000, avec le soutien du département. Cette structure particulière assure plus particulièrement l'accompagnement des personnes handicapées physiques et cérébro-lésées pour faciliter leur projet personnel de vie à domicile : aide à l'aménagement du lieu de vie, service social spécialisé, service d'auxiliaire de vie.

Ce service a accompagné, ponctuellement ou plus durablement, 213 personnes en 2004. Il est financé par le département et par l'assurance maladie. L'ESVAD a également une activité d'équipe technique d'évaluation labellisée (ETEL). Il souhaiterait étendre son activité.

Le **site pour la vie autonome (SVA)** a été créé en 2003, il coordonne les actions et financements des partenaires institutionnels pour les aides techniques et les aménagements de logements. Il est appelé à se modifier profondément dans le cadre de la mise en œuvre de la loi du 11 février 2005.

Une commission des financeurs, réunie mensuellement, examine les demandes d'aides déposées et détermine les conditions de financement de leurs projets. Les financements sont assurés par l'Assurance maladie, l'Etat, le Conseil Général et selon les cas, par l'AGEFIPH (Association de gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées), l'ANAH (Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat) ou les mutuelles, qui interviennent selon leurs règles propres.

En 2004, 98 dossiers ont été présentés et 90 ont bénéficié d'une aide. Les demandes en 2005 ont été de plus en plus complexes et onéreuses, notamment pour les aménagements de domicile.

Les dossiers présentés sont généralement préparés par une **ETEL (équipe technique d'évaluation labellisée)**. Les 8 ETEL qui fonctionnent dans les Alpes de Haute-Provence dépendent d'associations. Elles sont généralement composées d'un médecin, d'une assistante sociale, d'un travailleur social et d'un technicien spécialisé.

### ***Les familles d'accueil***

Le placement familial spécialisé du CAS de Forcalquier, évoqué précédemment dans le cadre des foyers de vie, compte 29 familles d'accueil, agréées par le Président du Conseil Général pour « recevoir à leur domicile, à titre onéreux, » des personnes handicapées adultes comme le prévoit le Code de l'action sociale et des familles (articles L441-1 à L443-12 R 441-1 à D 442-3). 54 adultes handicapés résident dans ces familles.

Les autres accueillants familiaux sont agréés par le Conseil Général pour l'accueil de personnes âgées.

### ***Les autres accueils***

Le **service d'accueil de jour (SAJ)** reçoit pendant la journée des personnes adultes handicapées qui ne peuvent travailler. Il propose, comme le foyer de vie, des activités qui visent à stimuler les capacités cognitives, à maintenir ou développer les acquis et à favoriser une vie sociale ouverte sur l'extérieur avec des activités culturelles.

Un service est organisé, pour une dizaine de personnes, à CHATEAU-ARNOUX à proximité immédiate du CAT. Il fonctionne comme un accompagnement et une aide pour des personnes vivant en famille. Il est financé par un prix de journée arrêté et versé par le Conseil Général. Il répond souvent à une situation transitoire avant l'entrée en foyer de vie.

Le développement d'un accueil de jour complémentaire à l'activité d'hébergement dans les foyers de vie comme dans les foyers de CAT, constitue une piste de réflexion en soutien au maintien à domicile.

Le besoin de création de places d'accueil de jour est fortement ressenti et exprimé assez fréquemment, tant comme aide aux personnes handicapées que comme soutien aux aidants familiaux.

## ***4.5. Les interventions départementales en faveur des personnes handicapées***

### ***l'aide sociale légale***

CASF Art L121-1 : « Les prestations légales d'aide sociale sont à la charge du département dans lequel les bénéficiaires ont leur domicile de secours, à l'exception des prestations énumérées à l'article L. 121-7. »

La mise en place des nouveaux dispositifs d'aide et de compensation du handicap va modifier profondément et rapidement les pratiques et les interventions du département.

Jusqu'à présent les personnes handicapées bénéficient d'une allocation compensatrice lorsqu'elles ont besoin de l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie courante. Cette ACTP (allocation compensatrice pour tierce personne) est également versée pour les personnes hébergées en foyer lors des retours en famille.

Elles peuvent également bénéficier d'une prise en charge financière pour les services d'aide-ménagère, de repas en foyer-restaurant et pour leur hébergement institutionnel.

### ***les interventions départementales diverses***

Le département finance au titre de ses aides extra-légales ou facultatives, les projets présentés dans le cadre du site pour la vie autonome, selon les règles qu'il s'est données, à savoir :

- Pour l'acquisition d'appareillage médical spécialisé, une participation complémentaire de 10% du prix d'achat dans la limite de 750 €
- Pour l'adaptation de leur logement, une participation de 50% des dépenses engagées, dans la limite de 3 800 €
- Pour l'achat de véhicule aménagé ou l'aménagement de véhicule, une participation de 50% des dépenses engagées, dans la limite de 1 500 €
- Pour la mise en place d'un système de téléalarme, une participation au coût de l'abonnement mensuel à hauteur de 50% dans la limite de 15,24€.

Ces aides seront à reconsidérer dans leur mode d'attribution dans le cadre des nouvelles compétences et procédures qui se mettent en place avec la MDPH.

## **5. L'analyse des besoins**

Pour présenter une estimation des besoins en équipements et services qui réponde aux souhaits des personnes concernées, plusieurs éléments sont à prendre en compte.

L'absence de données fiables tant sur le nombre que sur les déficiences des personnes en situation de handicap est une réalité partagée par tous les départements ; la mise en place de la maison départementale des personnes handicapées permettra, à terme, de créer les conditions pour mieux connaître et suivre les personnes en situation de handicap quelque soit leur âge.

La prise en considération du projet de vie de chaque personne, à mettre en application dès 2006, pour définir les aides à lui apporter dans le cadre de la prestation de compensation permettra également de mieux connaître leurs attentes et d'infléchir les actions à mener.

### ***5.1. Pour des établissements ou services qui existent***

Les besoins en places ont été exprimés en considérant la situation actuelle : vie à domicile le plus souvent sans accompagnement social ou hébergement permanent et collectif. Les personnes concernées comme leur famille ne peuvent guère exprimer une demande pour des solutions alternatives dont elles n'ont pas connaissance.

Ainsi pour répondre au vieillissement, et ceci dès avant l'âge de la retraite, les besoins sont principalement exprimés en considérant l'offre institutionnelle actuelle.

### ***5.2. Pour des établissements ou services nouveaux***

Ces besoins ont été exprimés soit dans les groupes de travail soit dans les questionnaires. A la différence des besoins exprimés concernant les établissements et services qui existent, ceux-ci sont restés à l'état de souhaits et n'ont pas été quantifiés.

Cependant il est évident que ces réponses concernent les mêmes personnes et qu'elles viennent donc remplacer en partie les besoins exprimés précédemment.

La plupart de ces prestations ou services nouveaux constituent des solutions alternatives et intermédiaires à l'hébergement permanent et à la vie en collectivité.

### ***accueil temporaire***

Aux termes du décret n°2004-231 du 17 mars 2004 relatif à la définition et à l'organisation de l'accueil temporaire des personnes handicapées et des personnes âgées :

« L'accueil temporaire vise à développer ou maintenir les acquis et l'autonomie de la personne accueillie et faciliter ou préserver son intégration sociale. (...) Il vise, selon les cas :

- a) A organiser, pour les intéressés, des périodes de répit ou des périodes de transition entre deux prises en charge, des réponses à une interruption momentanée de prise en charge ou une réponse adaptée à une modification ponctuelle ou momentanée de leurs besoins ou à une situation d'urgence ;
- b) A organiser, pour l'entourage, des périodes de répit ou à relayer, en cas de besoin, les interventions des professionnels des établissements et services ou des aidants familiaux, bénévoles ou professionnels, assurant habituellement l'accompagnement ou la prise en charge.

Cette demande est exprimée fréquemment, tant par les personnes handicapées et les familles que par les établissements existants.

Organiser un tel service permettrait d'offrir des temps d'accueil aux personnes et des temps de repos aux familles et aidants habituels, sans entraîner un bouleversement complet de la vie quotidienne qui reprend son cours ensuite.

De même cet accueil temporaire, comme l'accueil de jour, peut offrir des solutions temporaires ou transitoires en cas de crise ou d'urgence tant relative à la situation de la personne elle-même qu'à celle de ses proches (accident, maladie par exemple).

Créer des places ou des unités d'accueil temporaire en annexe des établissements existants d'hébergement permanent semble la solution la plus adaptée en matière d'organisation et de gestion d'un fonctionnement discontinu. En outre la répartition sur le territoire départemental serait facilitée.

### ***foyers éclatés***

Cette demande exprime le désir de trouver des solutions plus souples à l'hébergement des personnes handicapées, plus dynamiques également et davantage ouvertes sur la vie de la cité.

Ce principe se fonde sur un regroupement d'appartements proches, organisés autour d'un point de rencontre et de services communs où s'organise l'accompagnement de la vie quotidienne, dans l'objectif de favoriser à terme l'accès à une vie sociale encore plus autonome. Les conditions précises restent à déterminer dans le cadre de projets.

Ce mode de logement s'adresse à des adultes avec de bonnes capacités d'autonomie et de progrès quelles que soient leurs capacités de travail.

### ***services d'accompagnement à la vie sociale***

Ces services sont désormais formalisés et réglementés, depuis le Décret 2005-223 du 11 mars 2005.

L'accompagnement à la vie sociale vise à aider les personnes dans la gestion de leur vie sociale et leur permettre de s'intégrer dans une vie ordinaire, privée et professionnelle, y compris lorsqu'elles vivent en appartements regroupés.

Ces services constituent un prolongement des actuels services d'accompagnement, formalisés et organisés dans le cadre de conventions passées avec le Conseil Général, pour préciser les modalités de fonctionnement et de financement.

Ces services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) peuvent être organisés par des établissements ou services existants, ils s'adressent à des personnes handicapées qui peuvent vivre de manière autonome mais qui ont besoin de soutien dans certains domaines (administratif ou organisationnel notamment) ou d'un accompagnement pour développer leur vie sociale.

Ils s'adressent à toutes les personnes en situation de handicap dès lors qu'elles disposent d'une réelle capacité d'autonomie, mais sans lien avec leur capacité de travailler.

L'aide apportée par ces services peut se substituer à la demande d'hébergement en foyer qui est dans un certain nombre de cas, justifiée par l'isolement ou la crainte ressentie par les parents devant la vie autonome qui présenterait un danger pour leur enfant handicapé sans un soutien assuré.

### ***services d'accompagnement à la vie professionnelle***

Ces services existent partiellement via le réseau Cap Emploi et l'AGEFIPH (Agence pour l'emploi, la formation et l'insertion des personnes handicapées). Ils font appel à des opérateurs spécialisés. Ainsi par exemple 20 adultes sourds sont accompagnés dans leur formation et leur emploi par l'URAPEDA PACA (Union régionale des associations de parents d'enfants déficients auditifs).

Pendant quand ils concernent des personnes handicapées, ils sont généralement liés à la réalisation d'un projet professionnel précis, en milieu ordinaire et strictement limité dans le temps. Or il apparaît que l'intégration et l'adaptation professionnelles des personnes handicapées, surtout lorsque leur déficience est intellectuelle ou psychique, sont longues et méritent d'être accompagnée dans la durée pour réussir, sans qu'il soit besoin de rappeler que cette intégration professionnelle est la clef de l'intégration sociale.

Ce besoin d'accompagnement professionnel concerne tous les secteurs du travail et toutes les situations de changement professionnel : en secteur adapté comme en milieu ordinaire de travail et même sur des postes de travail adaptés. Il s'agit d'accompagner la personne pour favoriser son insertion professionnelle en liaison et en parallèle avec sa vie sociale

En outre et en tout état de cause, une certaine garantie de retour à la prise en charge antérieure est à organiser pour permettre l'évolution professionnelle des personnes en situation de handicap.

Le rôle et l'action des plusieurs partenaires sont à mobiliser et coordonner, dans le cadre de projets concertés pour créer ce service et permettre que davantage de personnes handicapées réussissent leurs projets et parcours professionnels.

Les modalités de financement d'un tel accompagnement sont à élaborer dans un cadre conventionnel.

Ces services complètent le nécessaire accompagnement social de longue durée des travailleurs handicapés, pour leur permettre de mener une vie sociale et quotidienne en corrélation avec le temps de travail.

### ***Sections annexes de CAT (SACAT)***

Les **Sections annexes de CAT (SACAT)** ont pour objectif de favoriser le temps de travail partiel pour des personnes handicapées et d'organiser en complément des activités d'accompagnement à visée professionnelle ou sociale. Elles s'adressent aussi bien à des travailleurs de CAT dont les capacités ou possibilités de travail deviennent incompatibles avec le rythme du temps complet qu'à des personnes dont les capacités professionnelles peuvent être développées vers un travail à temps plein en CAT.

Elles permettent de répondre à l'évolution des personnes handicapées dont l'espérance de vie s'accroît. De ce fait le vieillissement des travailleurs handicapés amène à rechercher des réponses nouvelles, en liaison avec leur capacité de travail.

Parallèlement les jeunes adultes qui sortent des structures de l'enfance ou du système éducatif peuvent et doivent avoir des possibilités d'évoluer dans leur carrière.

Dans les deux cas participer au monde du travail est primordial pour garantir l'intégration sociale, les droits et l'autonomie de la personne handicapée et les SACAT peuvent y participer en favorisant les évolutions ou le maintien dans un poste de travail.

Les modalités de création, de fonctionnement, les relations avec les CAT comme avec les structures d'hébergement et services d'accompagnement constituent un chantier intéressant à réaliser.

### ***service d'accompagnement médico-social aux adultes handicapés (SAMSAH)***

Créés dans leur principe par le Décret 2005-223 du 11 mars 2005, les services d'accompagnement médico-social aux adultes handicapés (SAMSAH) correspondent à la prise en charge à domicile de personnes lourdement handicapées qui ont un besoin d'aide, d'accompagnement et de soins pour permettre leur maintien à domicile.

Ils tendent à offrir à des personnes lourdement handicapées un choix de vie non collectif sans nier leur important besoin d'aide, différent cependant du besoin d'aide et d'accompagnement des personnes qui ne nécessitent pas de soins.

Le financement en est assuré conjointement par l'assurance maladie et le département, dans des conditions précisées par l'ordonnance du 1<sup>er</sup> décembre 2005 (article R 314-105 du CASF).

### ***5.3. Pour des besoins non satisfaits par des établissements ou services existants :***

Ces diverses solutions en équipements et services nouveaux ne permettent cependant pas encore de répondre à toutes les situations mais elles y participent.

Ainsi, par exemple :

- un hébergement en foyers éclatés ou en appartements regroupés avec un service d'accompagnement social peut constituer une réponse pertinente pour des personnes en situation de handicap psychique ;
- l'accès au SAVS pour des personnes handicapées ne pouvant travailler, qui ne relèvent pas nécessairement d'un FO mais qui ont besoin d'être suivies dans leur vie sociale et soutenues dans certains domaines peut leur permettre de mener une vie autonome dans de bonnes conditions ;
- pour les personnes handicapées vieillissantes ou retraitées, des réponses variées doivent être encore recherchées pour leur offrir des réponses adaptées qui ne passent pas nécessairement par un recours à la vie en institution.

Il est important de maintenir les liens et contacts avec le cadre de vie antérieur pour favoriser de bonnes conditions de vie et éviter la perte de capacités et compétences. Ainsi la maison de retraite spécialisée n'est pas nécessairement la seule réponse envisageable. Des solutions alternatives fondées sur l'organisation formalisée de relations partenariales entre établissements peuvent être trouvées.

Assurer une prise en charge 24h/24 ou 365 jours par an de certaines personnes, enfants ou adultes, en établissement ou à domicile est aussi un objectif pour lequel des solutions nouvelles devront également être recherchées en mobilisant toutes les coordinations et concertations.

#### ***5.4. Pour un développement des réseaux***

La mise en œuvre de relations plus proches et coordonnées au sein de réseaux constitue également un besoin fortement exprimé dans les groupes de travail et un axe important de réflexion et de travail.

Ces réseaux s'entendent notamment pour coordonner, organiser et rendre plus efficaces les actions et interventions d'une part des secteurs médico-social et sanitaire, et d'autre part des domaines personnes handicapées et personnes âgées.

Le développement des pratiques coordonnées en réseaux peut être une piste pour permettre d'apporter davantage de réponses, par un maillage de proximité des personnes dans le contexte départemental d'extrême dispersion de la population.

Ce développement des réseaux s'appuiera sur des organisations structurées par des conventions partenariales. Ces réseaux pourront notamment être organisés et financés dans le cadre des réseaux de santé.

#### ***5.5. Pour des informations, une organisation et une communication meilleures qui facilitent la vie quotidienne des personnes handicapées***

Cette demande est récurrente de la part des familles et des personnes, pour rompre leur isolement.

Accéder à une information plus facile et disponible pour tous, quel que soit le lieu ou le handicap, pour bénéficier de meilleures conditions de vie au quotidien est primordial tant en ce qui concerne la nature des informations que les moyens de la diffuser.

Sensibiliser l'ensemble des citoyens pour mieux faire connaître les personnes en situation de handicap permet aussi de lutter contre la discrimination.

L'accueil des enfants handicapés dans les structures collectives dès leur plus jeune âge constitue ainsi une demande forte, avec son corollaire qui est de permettre aux parents de vivre comme les autres familles.

Généraliser les conditions d'accessibilité est aussi un leitmotiv dans les attentes exprimées avec le souhait que tous les citoyens en bénéficient dans tous les lieux publics, les bâtiments, les logements et l'ensemble de la chaîne du déplacement et des transports.

Sensibiliser chacun à cette indispensable généralisation de l'accessibilité de tous les équipements, notamment publics, qui bénéficie à tous les citoyens est une demande aussi forte et fréquente. Cette accessibilité généralisée et banalisée devient ainsi un service normal rendu à toute la population.

### **5.6. Pour un maillage du territoire permettant un accès de proximité**

Accéder partout dans le département aux informations comme aux services nécessaires aux personnes est une autre une demande forte.

Un maillage du territoire est à rechercher et mettre en place notamment grâce au développement des réseaux d'action concertée, organisée à partir de services ou d'établissements existants constitués en pôle.

Cette interaction entre réseaux constitués et services accessibles permettra également de pallier les insuffisances constatées en nombre de certains professionnels

## **6. Les propositions des groupes de travail**

Quatre groupes de travail thématiques ont été constitués, regroupant administrations, professionnels, personnes handicapées et/ou leurs représentants. Ils ont élaboré plusieurs constats, recensé les besoins nécessitant des réponses nouvelles et proposé des pistes d'actions pour le présent schéma départemental dont la synthèse est la suivante :

### ***Pour un maillage des services et un territoire accessible :***

Pour permettre l'accessibilité à la vie sociale et le déplacement des personnes handicapées :

◇ Un transport pour tous :

Considérant les caractéristiques des Alpes de Haute-Provence : un département de moyenne montagne étendu, avec une faible densité de population, un habitat rural et dispersé ... ;

considérant le droit des personnes handicapées à accéder aux transports et à se déplacer ainsi que leur besoin d'équipement spécifique et/ou d'accompagnement, mais aussi leur faible nombre,

la réflexion en vue de la réalisation d'un schéma directeur des transports départemental, voire régional, prenant en compte l'accessibilité des personnes handicapées et combinant transports publics et dispositifs spécifiques est incontournable selon l'idée majeure de développer des transports pour tous.

◇ Une accessibilité pour tous :

L'accès à la vie sociale et citoyenne est un droit majeur des personnes handicapées même s'il demande a priori des adaptations spécifiques, il doit devenir un outil et non un obstacle à l'insertion des personnes handicapées.

Pour une conception globale de l'accessibilité :

Une accessibilité prévue pour tous, et non réservée aux personnes handicapées ;

Une accessibilité tout au long de la chaîne de vie et de déplacement des personnes, en lien avec les transports ;

Une accessibilité sous tous ses aspects : conceptuelle (architecture...), matérielle (équipements spécialisés...), adaptée (accueil, accompagnements...), virtuelle (informatique...);

Une accessibilité partagée et réflexe qui concerne tous les acteurs de la vie citoyenne et sociale.

### ***Réfléchir au travail en réseau et au maillage du territoire.***

Organisé autour de trois thèmes centraux :

La complémentarité incontournable avec le secteur sanitaire :

En considérant la faiblesse des moyens du secteur psychiatrique et de la pédopsychiatrie ;

En considérant le nombre insuffisant de professionnels diplômés dans certaines disciplines : psychiatres, orthophonistes, infirmiers ... et les difficultés corrélatives pour recruter des professionnels et apporter des soins aux usagers ;

En considérant la désertification de certains territoires qui induit à déterminer une politique de soins selon la logique de la proximité ou des regroupements de compétences dans des pôles santé (lesquels doivent être accessibles par les transports...)

La complémentarité nécessaire avec le secteur « personnes âgées ».

Le secteur des personnes âgées est déjà structuré et organisé pour apporter les soins et les services aux personnes ;

Le secteur des personnes handicapées a quant à lui développé des compétences dans l'accompagnement spécialisé de ces personnes ;

Dans le cadre de la politique de maintien à domicile qui est à promouvoir en fonction des souhaits et des potentialités des personnes et de leur famille, la combinaison des services, établissements et associations de personnes handicapées comme maître d'œuvre du projet en s'appuyant sur le dispositif personnes âgées est certainement à rechercher et coordonner.

Le travail en réseau et un maillage du département :

Les associations représentatives des personnes handicapées travaillent déjà en réseau au sein de leur collectif départemental ;

Les établissements et services du handicap travaillent bien souvent en synergie au moins par type de handicap ;

La diversité et le nombre des associations, services... rend le dispositif complexe ;

Le besoin de connaissance, de reconnaissance, de coopération et de coordination est évident pour permettre une optimisation des moyens et des volontés, et ce, dans une dimension plus large que celle des seuls besoins des personnes handicapées, mais pour l'ensemble des thématiques de la vie de tous et de l'aménagement du territoire.

***Proposer un dispositif adapté tout au long de la vie de la personne handicapée et de sa famille.***

Prévention et dépistage,  
Petite enfance,  
Scolarité et éducation,  
Activité professionnelle,  
Soins (adaptés),  
Vie sociale, loisirs, sports, vacances, culture...,  
Perspectives des personnes handicapées vieillissantes,  
Aide aux aidants...

Les groupes de travail ont également relevé la nécessité de :

Développer une meilleure lisibilité du dispositif en faveur des personnes handicapées,  
Créer de nouveaux services en adéquation avec l'évolution des souhaits et besoins des personnes handicapées et à l'évolution des pratiques.

Enfin, les groupes de travail thématique ont longuement évoqué les perspectives dégagées et attendues avec la Maison Départementale des Personnes Handicapées et ils ont fait part de leur espérance dans ce dispositif nouveau et central comme réponse aux besoins recensés.

En l'état des informations d'alors, mais néanmoins confirmées par la loi du 11 février 2005 et les décrets du 20 décembre 2005, cette Maison devrait permettre à la fois d'évaluer plus précisément les besoins, en quantité et en qualité, de permettre une meilleure expression des personnes handicapées et de leurs représentants, de sensibilise l'environnement aux problématiques du handicap, de coordonner les dispositifs et de permettre le suivi du schéma départemental.

## **7. Les orientations de la politique départementale**

### ***7.1 Donner leur place aux personnes handicapées dans la cité, comme à tout autre citoyen***

***7.1.1 - Informer, communiquer pour faire disparaître la crainte de la différence et le rejet qu'elle génère***

***7.1.2 - Favoriser et soutenir l'accueil précoce, la scolarisation et la formation des enfants handicapés***

***7.1.3 - Favoriser l'accès aux services publics, aux commerces, à la culture, aux sports et aux loisirs***

***7.1.4 – Permettre à toute personne handicapée de se déplacer et promouvoir l'accès aux transports pour tous***

***7.1.5 - Développer l'offre de logements accessibles en promouvant la « qualité d'usage pour tous »***

### ***7.2 Prendre en compte les divers trajets de vie des personnes et favoriser notamment les parcours professionnels***

***7.2.1 - Affirmer et soutenir l'évolution professionnelle des personnes handicapées, en développant l'accompagnement professionnel et social***

***7.2.2 - Développer des formules nouvelles et évolutives de travail adapté et d'aide par le travail***

### ***7.3 Encourager et soutenir l'autonomie des personnes qui le souhaitent et de leur famille***

***7.3.1 - Accompagner et soutenir les aidants, dès l'annonce du handicap et tout au long de la vie***

***7.3.2 - Développer l'ensemble des services d'accompagnement et d'aide aux personnes***

***7.3.3 - Développer les partenariats et synergies en favorisant les réseaux : de santé, d'échanges et de concertation, notamment entre les secteurs sanitaire et médico-social***

**7.4 Compléter l'offre de services et d'accueils institutionnels en cohérence avec le développement de la vie à domicile et avec l'évolution des besoins**

**7.4.1- Diversifier les réponses en matière d'accueil, notamment pour l'accueil de jour ou temporaire**

**7.4.2 - Rechercher les meilleures réponses au besoin de prise en charge des personnes handicapées vieillissantes**

**7.4.3 - Rechercher des solutions alternatives à la prise en charge institutionnelle pour une autonomie plus grande**

**7.4.4 - Adapter les prestations aux besoins des enfants et aux demandes des familles**

**7.4.5 - Rechercher les meilleures réponses au besoin de prise en charge des enfants handicapés du fait de graves troubles du comportement**

**7.4.6 – Adapter les capacités d'accueil des établissements et services et poursuivre les créations nécessaires**

**7.5 Favoriser la poursuite de la concertation en lien avec la mise en œuvre et l'évaluation du schéma**

**7.5.1 - Organiser un dispositif départemental de concertation et de coordination**

## FICHES ACTIONS

LOGO CG04	<b>7-1 Donner leur place aux personnes handicapées dans la cité, comme à tout autre citoyen</b>
<b>7.1.1 - Informer, communiquer pour faire disparaître la crainte de la différence et le rejet qu'elle génère</b>	

### Constat

L'enquête réalisée dans le cadre du schéma confirme le sentiment vécu et ressenti par les personnes handicapées et leur famille : quelle que soit la nature du handicap : physique, sensoriel, mental ou psychique, la différence avec les autres citoyens génère une discrimination de fait.

Le principe de non discrimination, d'accès à la citoyenneté passe nécessairement par une meilleure connaissance comme préalable à tout changement des mentalités, et donc par une information et une communication institutionnelles.

### Objectifs

Connaître les personnes handicapées et leurs potentiels et apprendre à vivre ensemble  
Lutter contre les discriminations et faire changer les mentalités  
Faire connaître les lieux, personnes, moyens ou services qui peuvent apporter un soutien

### Moyens

Lancer ou soutenir des campagnes d'information et sensibilisation, notamment en crèche ou en milieu scolaire en partenariat avec l'Education Nationale

Réaliser une plaquette d'information grand public

Promouvoir des événements qui associent personnes valides et handicapés, à organiser en partenariat avec les associations représentatives, après appel à projets

Créer un site internet interactif d'informations (en créant un groupe de travail ad hoc)  
Mettre en valeur, soutenir les formations à l'accueil des personnes handicapées dans le cadre des formations professionnelles

### Pilote

Conseil Général  
Associations  
MDPH

### Partenaires

Education Nationale  
Conseil Régional (via le Schéma régional des formations)

### Evaluation

Réalisation de projets (campagnes, événements, formations)  
Réalisation et diffusion de la plaquette  
Réalisation du site  
Enquête sur la participation à la vie sociale

LOGO CG04	<b>7.1. Donner leur place aux personnes handicapées dans la cité, comme à tout autre citoyen</b>
<b>7.1.2 - Favoriser et soutenir l'accueil précoce, la scolarisation et la formation des enfants handicapés</b>	

## **Constat**

Dès la naissance et l'annonce du handicap, l'accueil des enfants handicapés doit être organisé pour permettre leur socialisation avec les autres enfants. Cet accueil au milieu des autres constitue également un outil pour favoriser la citoyenneté et lutter contre la discrimination.

Les premiers lieux de socialisation concernés sont les structures d'accueil de la petite enfance, crèches et haltes-garderies, dès avant l'école maternelle.

Bien que le droit à la scolarisation pour tous les enfants soit inscrit dans la loi depuis 1975, sa réaffirmation a paru nécessaire au législateur dans la loi du 11 février 2005, ce qui montre la difficulté de la mettre en application. Ce droit à la scolarisation et à la formation s'entend de la maternelle à l'université en incluant la formation professionnelle.

## **Objectifs**

Permettre aux enfants handicapés et à leur famille d'accéder aux mêmes services et cursus que toutes les familles

Favoriser le développement maximal de toutes les capacités et de tous les potentiels des enfants handicapés et particulièrement par la scolarisation ordinaire quel que soit leur handicap, afin qu'ils deviennent des citoyens actifs socialement et professionnellement

L'insertion en milieu scolaire ordinaire et l'enseignement en établissement spécialisé doivent être tous deux développés en complémentarité, afin de respecter, dans l'intérêt de l'enfant, le choix de vie des familles et permettre un parcours de formation diversifié.

## **Moyens**

Accompagner l'annonce du handicap en développant l'information sur les soutiens institutionnels

Prévoir, dans la formation des assistants familiaux et maternels, une formation spécifique à l'accueil des enfants quel que soit leur handicap.

Sensibiliser et former les professionnels des structures d'accueil de la petite enfance à l'accueil des très jeunes enfants handicapés : crèches, haltes-garderies ainsi que ceux des structures d'accueil des enfants, notamment les centres de loisirs sans hébergement (CLSH)

Soutenir l'élaboration des actions d'information et de formation de tous les enseignants à

l'accueil des élèves handicapés dès la maternelle et à tous les niveaux de scolarisation et de formation.

Favoriser le travail en partenariat entre les SESSAD et l'Education Nationale

Créer une cellule d'appui pour conseiller les professionnels de la petite enfance

Encourager la création de classes pédagogiques intégrées en fonction des besoins recensés : CLIS et UPI, y compris en lycée

Développer, au sein des SESSAD, des modalités de prise en charge adaptée pour les adolescents qui quittent les UPI en vue de favoriser leur préparation à l'insertion professionnelle, notamment par l'accompagnement des jeunes handicapés en apprentissage.

Créer au sein du CDCPH, une commission « scolarisation des enfants », de type Handiscol.

Poursuivre, selon les besoins avérés, la création de postes d'auxiliaires de vie scolaire (AVS) et d'éducateurs de vie scolaire (EVS)

#### **Pilote**

Conseil Général  
DDASS  
Education Nationale

#### **Partenaires**

CDCPH  
Relais assistantes maternelles  
Associations

#### **Evaluation**

Nombre d'enfants accueillis hors de leur famille  
Augmentation du nombre d'enfants scolarisés  
Nombre de personnes formées  
Nombre de projets personnalisés de scolarisation  
Nombre de jeunes intégrant le milieu ordinaire de travail

LOGO CG04	<b>7-1 Donner leur place aux personnes handicapées dans la cité, comme à tout autre citoyen</b>
<b>7.1.3 - Favoriser l'accès aux services publics, aux commerces, à la culture, aux sports et aux loisirs</b>	

## **Constat**

Malgré une réglementation mise en place dès la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975, l'accès à une vie sociale et citoyenne ordinaire demeure difficile et largement insuffisant pour ces personnes.

La loi du 11 février 2005 rappelle et renforce le principe de l'accessibilité totale des lieux ouverts au public, de la chaîne du déplacement, de l'ensemble des moyens et techniques de communication. Elle précise que « toute personne handicapée doit pouvoir accéder, circuler, recevoir les informations qui sont diffusées dans les lieux ouverts au public.[ces informations] doivent être diffusées par des moyens adaptés aux différents handicaps. » Elle prévoit des échéances et des sanctions dans plusieurs domaines.

En effet il ne peut y avoir de vie sociale et d'exercice de la citoyenneté pour tous que si l'environnement au sens le plus large est accessible.

Il convient désormais de penser l'accessibilité de manière globale et générale, dans cette notion de chaîne du déplacement et d'accessibilité générale, en incluant les handicaps sensoriels et l'accès à l'information.

## **Objectifs**

Permettre l'accès aux informations, aux services et aux équipements publics et privés pour tous les handicaps

Organiser l'accessibilité en termes de continuité

Intégrer l'accessibilité comme critère de qualité architecturale dans tous les projets publics

## **Moyens**

Adopter des procédures départementales de concertation et d'information ainsi qu'une charte de l'accessibilité des bâtiments publics et ouverts au public, sur proposition du CDCPH

Diffuser le plus largement les normes minimales et les règles souhaitables pour l'accessibilité et pour compenser tous les types de handicaps

Lancer des appels à projets remarquables pour leur accessibilité et valoriser, en les faisant connaître, les projets réalisés, notamment en transports et tourisme

Soutenir des projets d'accessibilité à la culture, aux sports et aux loisirs en prenant en

compte les divers modes de communication spécifiques

Soutenir les projets d'accessibilité aux handicaps sensoriels dans les services publics

Adapter les sites internet des collectivités à tous les handicaps

Sensibiliser et former à l'accueil et à l'accompagnement des personnes handicapées

**Pilote**

Conseil Général

Collectivités locales

**Partenaires**

Préfet

Prestataires de services publics et privés

DDJS

DDE

**Evaluation**

Nombre de projets réalisés

Plaquette d'information sur les lieux et les réseaux accessibles

**7.1.4 – Permettre à toute personne handicapée de se déplacer et promouvoir l'accès aux transports pour tous**

**Constat**

Dans le département des Alpes de Haute-Provence, rural et montagneux, avec une très faible densité de population, les déplacements sont difficiles et les transports publics rares et restent peu accessibles aux personnes handicapées.

Les collectivités territoriales, organisatrices des transports publics, ont l'obligation de construire un schéma directeur des transports incluant l'accessibilité pour les personnes handicapées ou à mobilité réduite. Date d'échéance : 12 février 2008.

Les transports scolaires ne sont pas en mesure d'assurer systématiquement le transport des élèves à mobilité réduite, cependant des réponses sont apportées dès que le besoin est avéré et assurées à moyen terme.

Les établissements médico-sociaux sont ponctuellement amenés à assurer les transports scolaires nécessitant des véhicules adaptés, ce qui n'est pas de leur compétence.

**Objectifs**

Rendre accessibles tous les transports en commun avant le 12 février 2015, comme le prévoit la loi.

Dans l'attente et dans les secteurs non desservis, répondre ponctuellement et/ou individuellement aux besoins repérés.

Sensibiliser les collectivités locales et l'ensemble des partenaires à ce problème.

**Moyens**

Etablir les relations nécessaires avec tous les partenaires publics et privés afin de garantir la chaîne d'accessibilité des déplacements dans le département.

Etudier et mettre en œuvre un dispositif de transport adapté à la demande, destiné aux personnes handicapées mais également à tout public.

Dans l'attente, construire un groupement associatif capable de mettre en œuvre des moyens adaptés en associant les partenaires privés.

Constituer au sein du CDCPH une « Commission Transports pour tous » avec des représentants des associations de personnes handicapées qui pourraient participer à l'élaboration du prochain Schéma Départemental des Transports.

**Pilote**

Conseil Général.

**Partenaires**

S.N.C.F. – Opérateurs privés.

Collectivités territoriales : Région, Pays,  
Communautés de Communes, Communes.

Associations

CDCPH

**Evaluation**

Nombre de lignes et engins accessibles

Création du dispositif de transport à la demande

Couverture territoriale du service de transport à la demande

Plaquette d'information sur les lieux et les réseaux accessibles

LOGO CG04	<b>7-1 Donner leur place aux personnes handicapées dans la cité, comme à tout autre citoyen</b>
<b>7.1.5 - Développer l'offre de logements accessibles en promouvant la « qualité d'usage pour tous »</b>	

## **Constat**

L'accès au logement est rendu encore plus difficile pour toute personne en situation de handicap, y compris lorsque celui-ci est dû à l'âge.

Faute de logements adéquats, les politiques de soutien à la vie à domicile ne peuvent développer leurs effets et parfois même le recours à l'entrée en institution devient la seule alternative au confinement au domicile dans des conditions de vie et de confort insatisfaisantes.

Par ailleurs chaque citoyen peut voir temporairement sa mobilité réduite par accident.

L'offre de logements accessibles est insuffisante au regard de la loi et les opérateurs et promoteurs sont souvent dans l'impossibilité de présenter l'accessibilité ou l'adaptabilité de leurs logements. La priorité d'octroi aux personnes handicapées des logements aménagés ne peut être respectée dans ces conditions.

Or la prise en compte des exigences et contraintes d'accessibilité dès la conception des logements et équipements offerts au public est d'un surcoût modéré par rapport à leur réalisation après mise en service.

Ainsi les aménagements réalisés répondraient à un besoin d'intérêt général et devraient ou pourraient être considérés comme des éléments de confort.

Une telle prise en compte relève également de l'acceptation du handicap comme un élément quelconque ou banalisé de la vie de l'ensemble du corps social, notamment dans les logements et les aménagements de circulation.

## **Objectifs**

Créer les conditions d'une prise en charge du handicap dans la politique du logement, notamment au niveau de la conception des logements

Mobiliser les acteurs et partenaires pour valoriser les logements utilisables par toutes les personnes peu mobiles ou handicapées et banaliser la notion d'accessibilité au profit du confort d'usage pour tous.

Organiser le rapprochement de l'offre et de la demande à l'échelle départementale

Informersur les dispositions réglementaires en vigueur et leur évolution

Sensibiliser l'ensemble des acteurs de la construction et de l'aménagement urbain à cette notion pour prévenir et « créer accessible » plutôt que « rendre accessible »

## **Moyens**

Diffuser largement les normes minimales et les règles souhaitables pour l'accessibilité et pour compenser tous les types de handicaps

Promouvoir des campagnes de sensibilisation sur l'intérêt général des aménagements adaptés

Proposer la représentation du CDCPH au Comité régional de l'habitat (CRH)

Prendre en compte l'accessibilité dans tous les dispositifs de droit commun du logement : Programme départemental d'aide au logement des personnes défavorisées (PDALPD) et programmes locaux de l'habitat (PLH)

Organiser un lieu de recensement et d'information sur l'offre et la demande en favorisant la mise en oeuvre des priorités des articles L441-1 à 4 et R441-4 du Code de la construction et de l'habitation (CCH) (exemple : bourse internet du logement accessible via la MDPH)

Sensibiliser les commissions communales d'accessibilité et les bailleurs sociaux

Créer un Label départemental « Habitat pour tous »

Créer au sein du CDCPH une « commission Habitat pour tous » en y associant les opérateurs de la construction

Lancer la réflexion pour la création d'un CAUE départemental (conseil en aménagement, urbanisme et environnement)

### **Pilote**

Conseil Général

DDE

### **Partenaires**

Promoteurs bailleurs sociaux

MDPH

Tous opérateurs de la construction

## **Evaluation**

Augmentation du nombre de logements accessibles

Enquête sur l'accessibilité des locaux ouverts au public

Existence de la commission habitat pour tous au sein du CDCPH

Nombre de logements accessibles attribués aux personnes handicapées

Campagnes de sensibilisation et d'information menées

LOGO CG04	<b>7.2 Prendre en compte les divers trajets de vie des personnes et favoriser notamment les parcours professionnels</b>
<b>7.2.1 - Affirmer et soutenir l'évolution professionnelle des personnes handicapées, en développant l'accompagnement professionnel et social</b>	

## Constat

La loi du 11 février fonde le principe pour les personnes handicapées comme pour tous du droit au travail, à une formation qualifiante et à l'éducation tout au long de la vie, notamment en leur assurant « l'accès ... et le maintien dans un cadre ordinaire de scolarité, de travail et de vie. ».

Actuellement les divers services qui interviennent en complémentarité ne couvrent cependant pas tous les besoins des personnes. Ils sont spécialisés : par type de handicap ou par tranche d'âge.

Le besoin d'un accompagnement global est particulièrement sensible pour les jeunes à leur sortie de l'IME ou du SESSAD, notamment lorsqu'ils intègrent des entreprises adaptées ou le milieu ordinaire du travail. Cet accompagnement sera un gage de réussite alors que les réponses actuelles sont insuffisantes.

Les réponses institutionnelles actuelles se sont développées pour répondre aux besoins repérés mais dans un cadre réglementaire qui ne permet pas de progresser ou de prendre un risque mesuré. Dorénavant le droit au retour dans l'établissement ou le service d'accueil précédent, inscrit dans la loi, doit permettre de quitter le CAT pour travailler en milieu ordinaire ou entrer dans un CAT en sortant d'un foyer occupationnel. Cette souplesse favorisera le développement personnel et valorisera les capacités des personnes.

Ces personnes peuvent connaître des périodes de faiblesse relative qui ne devraient pas remettre systématiquement et définitivement en cause leur situation : en cas de maladie notamment ou pour les personnes les plus âgées fatiguées.

Les actions d'accompagnement en faveur de l'insertion professionnelle, sociale et personnelle des personnes handicapées restent peu importantes en nombre et surtout en durée, ciblées sur des projets. Elles doivent être développées en considérant d'une part les besoins en aide humaine liés aux divers handicaps et d'autre part le niveau de qualification et le degré d'adaptabilité des personnes handicapées qui augmente de manière significative.

## Objectifs

Permettre, en respectant les choix des personnes, un parcours professionnel diversifié, évolutif et de progrès pour le plus grand nombre possible de personnes handicapées, en ménageant le droit au retour.

Accompagner les incidents de parcours professionnel des personnes handicapées et les aider à rester dans le monde du travail

Imaginer et créer des services nouveaux dans le secteur du travail adapté, en décloisonnant les services existants

Favoriser la création de réseaux de compétences pour répondre au mieux à toutes les situations de handicap.

### **Moyens**

Créer et développer des services d'accompagnement de longue durée orientés vers l'activité professionnelle et prenant en compte la globalité de la personne, notamment auprès d'établissements et services existants.

Accompagner les incidents de parcours professionnel et personnel des personnes handicapées et les aider à rester dans le monde du travail, grâce à un accompagnement social plus développé

Redéfinir le rôle, les moyens et les actions du PDITH (plan départemental d'intégration des travailleurs handicapés) avec l'appui du CDCPH

Créer des conditions de travail à temps partiel dans tous les types de structures de travail adapté pour favoriser les passages entre structures

Sensibiliser et informer les employeurs, publics et privés, sur l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés

### **Pilote**

Conseil Général

### **Partenaires**

DDASS - CAF

Associations

PDITH et DDTEFP

### **Evaluation**

Augmentation du nombre de travailleurs handicapés en activité

Activité du PDITH et nombre de personnes aidées

LOGO CG04	<b>7.2 Prendre en compte les divers trajets de vie des personnes et favoriser notamment les parcours professionnels</b>
<b>7.2.2 - Développer des formules nouvelles et évolutives de travail adapté et d'aide par le travail</b>	

## **Constat**

L'accession et le maintien au travail sont fondamentaux pour garantir l'autonomie et la citoyenneté des personnes handicapées.

Les jeunes qui sortent soit du système éducatif ordinaire soit des structures de l'enfance spécialisée doivent avoir la possibilité en fonction de leurs capacités, d'accéder progressivement au travail et d'évoluer dans leur carrière. Il en va de même pour les adultes qui n'ont pas encore pu accéder au monde du travail.

Les personnes handicapées changent et leur population dans son ensemble évolue, notamment par une espérance de vie plus grande. De ce fait le vieillissement des travailleurs handicapés amène à rechercher des réponses nouvelles, en liaison avec les évolutions de leurs capacités de travail. Les conditions de travail doivent donc être adaptées en conséquence.

Le nombre de personnes en situation de handicap psychique augmente, leurs besoins d'accompagnement sont spécifiques et doivent s'adapter à l'évolution de leurs troubles.

De même la prise en compte des besoins spécifiques des travailleurs en fonction de la diversité de leur handicap appelle des réponses adaptées

## **Objectifs**

Accompagner le projet professionnel des jeunes travailleurs handicapés et le faire évoluer

Accompagner et favoriser le maintien de l'activité professionnelle des travailleurs handicapés vieillissants

Soutenir les travailleurs de CAT et d'entreprise adaptée en difficulté temporaire

Imaginer et créer des services nouveaux dans le secteur du travail adapté, en décroissant les services existants, par création de places nouvelles ou par transformation de places existantes, par des projets présentant des offres diversifiées et adaptées aux différents handicaps

## **Moyens**

Etudier et créer des structures intermédiaires de type SACAT (section annexe de CAT), auprès des établissements d'aide par le travail existants

Définir, avec un groupe de travail constitué notamment de responsables de CAT, les objectifs, les moyens et la population concernée par les SACAT  
Lancer un appel à projets sur ce thème

Favoriser le travail à temps partiel  
Par l'accompagnement du temps libéré ( en foyer ou par SAVS)  
En renforçant le soutien éducatif ou les activités de soutien en CAT  
Organiser des relations contractuelles entre les services et structures de travail pour des accueils complémentaires

Organiser des relations contractuelles entre les services d'hébergement et les structures de travail pour des accueils complémentaires de jour

Réfléchir à l'hébergement et à l'accompagnement des travailleurs de CAT vieillissants

**Pilote**

Conseil Général

DDASS

**Partenaires**

Associations gestionnaires ou non

d'établissements et services

DDTEFP

## **Evaluation**

Nombre de postes de travail créés, notamment en SACAT

Nombre de travailleurs handicapés vieillissants au travail dont ceux à temps partiel

Nombre de décisions visant une orientation d'hébergement par suite de la perte de la qualité de travailleur handicapé

LOGO CG04	<b>7-3 Encourager et soutenir l'autonomie des personnes qui le souhaitent et de leur famille</b>
<b>7.3.1 - Accompagner et soutenir les aidants, dès l'annonce du handicap et tout au long de la vie</b>	

## **Constat**

L'annonce du handicap est un moment important et l'acceptation du handicap est longue à construire. Les conditions dans lesquelles ils sont vécus sont prépondérantes pour construire un projet de vie futur pour toute la famille.

La vie à domicile est le premier choix de vie des personnes handicapées, le plus souvent avec des aides extérieures qui complètent l'aide apportée par les proches. Parfois ce choix est imposé par l'absence de structure adaptée au besoin de la personne et particulièrement des enfants.

Le sentiment d'isolement est fréquent et l'aide constante est lourde à assumer, générant le besoin de temps de répit..

Ainsi la fatigue et l'usure psychologique des aidants peuvent amener à rechercher des solutions institutionnelles lourdes, faute de se sentir capable de continuer à assumer cette charge dans l'intérêt de tous.

## **Objectifs**

Continuer à accompagner au mieux l'annonce précoce et l'acceptation du handicap

Organiser un soutien aux aidants en leur permettant des moments de récupération et d'échanges.

Organiser la nécessaire collaboration et complémentarité entre la famille et les professionnels de l'accompagnement.

Favoriser, préparer l'apprentissage de l'autonomie pour les personnes tout au long de leur vie.

Sensibiliser les aidants professionnels à certains handicaps dont les handicaps psychiques.

Garantir la qualité et favoriser la pérennité de la vie à domicile pour les personnes handicapées

## **Moyens**

Susciter des projets d'accompagnement des familles (lieux et groupes d'échanges et de formation, accompagnement à domicile)

Susciter des projets d'accueil à temps partiel (accueil péri-scolaire, garde à domicile et accueil de jour ou temporaire), en institution ou en familles d'accueil

Elaborer une plaquette d'information sur les aides aux aidants.

### **Pilote**

Conseil Général  
Associations

### **Partenaires**

MDPH  
UDAF  
DDASS

### **Evaluation**

Nombre de projets et de créations  
Nombre de familles accompagnées  
Enquête sur la situation des personnes et des familles

LOGO CG04	<b>7-3 Encourager et soutenir l'autonomie des personnes qui le souhaitent et de leur famille</b>
<b>7.3.2 - Développer l'ensemble des services d'accompagnement et d'aide aux personnes</b>	

## **Constat**

Les services qui aident les personnes handicapées à leur domicile et qui concourent à leur autonomie en milieu ordinaire sont variés (soins infirmiers, auxiliaires de vie, aide à domicile, portage de repas, accompagnement à l'extérieur ou interprétariat ). Ils relèvent de décideurs et financeurs différents ce qui rend complexe leur mise en œuvre coordonnée.

Leurs domaines d'intervention sont très souvent strictement définis par des critères et des actes techniques, mais ils font peu de place à l'accompagnement de la vie quotidienne.

Le décret du 11 mars 2005 donne un cadre aux services d'accompagnement, cadre qu'il conviendra de s'approprier avec imagination pour développer des réponses nouvelles.

## **Objectifs**

Renforcer l'aide au maintien à domicile par un accompagnement de la vie quotidienne pour le plus grand nombre de personnes

Faciliter et accompagner les périodes de transition dans la vie des personnes

Compléter le dispositif d'aides aux personnes et aux travailleurs handicapés par des réponses souples et alternatives à l'hébergement

Développer les services d'accompagnement dans toutes leurs possibilités, de l'accompagnement à la vie sociale au SAMSAH (service d'accompagnement médico-social aux adultes handicapés)

Inciter à la création de filières de prise en charge autour des établissements et services existants (service d'accompagnement à la vie sociale ou SAVS géré par un foyer d'hébergement de CAT, service d'accueil médico-social et de soins aux adultes handicapés SAMSAH géré par un foyer d'accueil médicalisé par exemple)

## **Moyens**

Créer des services gérés en annexe par des établissements et services existants

Développer un concept de service d'accompagnement à la vie sociale et quotidienne comme base d'un cahier des charges

Inciter à la mise en place de coopérations formalisées entre les gestionnaires de services

Favoriser la prise en compte de l'accompagnement à la vie sociale dans les projets d'association et d'établissement

Faire appel à des projets ciblés

**Pilote**

Conseil Général  
DDASS

**Partenaires**

Associations gestionnaires ou non  
d'établissements et services

**Evaluation**

Nombre de personnes suivies

Diminution des demandes d'hébergement ou de réorientation

Couverture du territoire

LOGO CG04	<b>7-3 Encourager et soutenir l'autonomie des personnes qui le souhaitent et de leur famille</b>
<b>7.3.3 - Développer les partenariats et synergies en favorisant les réseaux de santé, d'échanges et de concertation, notamment entre les secteurs sanitaire et médico-social</b>	

### **Constat**

Le maintien à domicile nécessite un réseau de services de soins, d'aides et d'accompagnement, de proximité, la coordination de ces aides à l'autonomie pour garantir leur efficacité, notamment en terme de continuité et de relais au cours de la journée.

La dispersion des personnes dans le département est un obstacle à la création de services spécialisés sur tout le territoire.

La situation dans le département montre :

Un manque de coordination entre les réseaux sanitaire et médico-social, personnes âgées et personnes handicapées,

La diminution progressive de personnels qualifiés notamment psychiatres et pédo-psychiatres, médecins, orthophonistes,

La faiblesse des moyens de la psychiatrie,

La difficulté à trouver des lieux d'échanges et d'expériences.

### **Objectifs**

Contribuer au recensement des dispositifs existants et participer à mettre en place un équipement suffisant dans le département

Développer des synergies entre les établissements et services de tous les secteurs pour offrir davantage de réponses en optimisant l'ensemble des moyens.

Développer les synergies par la notion d'aide aux personnes sans barrière d'âge.

Ainsi l'information et la coordination pourraient être développées en s'appuyant sur les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) mis en place pour les personnes âgées

Développer la coordination pour organiser la continuité des services à la personne autour d'un opérateur de réseau

Mettre en œuvre les conditions pour créer des réseaux d'échanges puis d'actions concertées et complémentaires entre les services de soins et d'aides à la personne (aide ménagère et soins infirmiers) et en y associant les professionnels libéraux

Rechercher les synergies qui permettraient d'assurer un réseau de gardes et infirmiers de nuit, en associant les organisations professionnelles

## **Moyens**

Donner à la MDPH cet objectif prioritaire de coordination de l'information et des actions auprès des personnes qui relève de ses compétences au titre de l'article 64 de la loi

Coordonner et articuler les dispositifs entre les services des différents secteurs : personnes âgées et personnes handicapées

Conclure des conventions de coopération avec le secteur sanitaire

Construire et développer des réseaux intégrant le principe d'antennes locales de type pluridisciplinaires

Favoriser l'émergence de partenariats locaux autour d'un service pilote lui aussi pluridisciplinaire

### **Pilote**

MDPH (maison départementale des personnes handicapées)

Gestionnaires

### **Evaluation**

Nombre de réseaux créés

Nombre de personnes bénéficiaires

Couverture du territoire

### **Partenaires**

Conseil Général et DDASS chacun dans leurs compétences

LOGO CG04	<b>7-4 Compléter l'offre de services et d'accueils institutionnels en cohérence avec le développement de la vie à domicile et avec l'évolution des besoins</b>
<b>7.4.1- Diversifier les réponses en matière d'accueil, notamment pour l'accueil de jour ou temporaire</b>	

## **Constat**

L'offre de services actuelle est extrêmement cloisonnée : soit vie à domicile soit hébergement permanent, dans les conditions déterminées à la fois par les autorisations et par le règlement intérieur des établissements et services.

Cette situation ne permet pas toujours aux personnes et aux parents de mener la vie sociale, professionnelle et familiale qu'elles souhaiteraient, alors que les aspirations des familles et notamment le désir de mener une vie professionnelle, doivent pouvoir être davantage prises en considération.

L'amélioration des conditions de vie et de citoyenneté des personnes handicapées suppose la possibilité de choisir dans un ensemble de réponses possibles

## **Objectifs**

Diversifier l'offre pour assurer un soutien et un service continus aux personnes et aux familles

Prendre en compte les besoins de repos ou de vacances des familles de personnes handicapées, de retour en famille ou de vacances

Répondre au désir de maintien à domicile d'un « proche » handicapé sans cesser ses activités notamment professionnelles

Organiser des services ou prestations nouveaux à partir des établissements existants afin d'en maîtriser la gestion et les coûts

Définir les conditions de prise en charge et de financement des ces nouveaux accueils, avec des procédures souples d'admission

## **Moyens**

Créer des places d'hébergement temporaire en annexe des établissements d'hébergement permanent

Créer des places ou des services d'accueil de jour : éventuellement en annexe d'établissements

ou services existants, pour tous les handicaps

Développer l'offre de places en familles d'accueil, notamment en accueil temporaire

Donner aux établissements les moyens d'étendre et assouplir leur temps d'activité

Favoriser les échanges et transferts entre établissements de régions différentes

Lancer un appel à projets

### **Pilote**

Conseil Général et DDASS chacun dans leurs compétences

### **Partenaires**

Associations gestionnaires ou non d'établissements et services

### **Evaluation**

Nombre de places créées en accueil de jour et temporaire

Nombre de transferts réalisés

Lien avec les demandes d'orientation en hébergement

Couverture du territoire

LOGO CG04	<b>7-4 Compléter l'offre de services et d'accueils institutionnels en cohérence avec le développement de la vie à domicile et avec l'évolution des besoins</b>
<b>7.4.2 - Rechercher les meilleures réponses au besoin de prise en charge des personnes handicapées vieillissantes</b>	

## **Constat**

L'accroissement général de la durée de vie permet aux personnes handicapées aujourd'hui d'arriver à l'âge de la retraite alors que les textes et institutions n'ont pas encore pris en considération ce fait. Par ailleurs le vieillissement parallèle des aidants familiaux entraîne une demande de prise de relais par les services sociaux et médico-sociaux.

Cette expression définit les personnes de moins de 60 ans et notamment les travailleurs du secteur du travail adapté mais elle s'applique aussi aux personnes handicapées, vivant chez elles ou en institution qui ont dépassé l'âge de la retraite.

Pour autant les besoins d'aide de toutes ces personnes doivent trouver une réponse adaptée : une personne handicapée qui vieillit continue à voir besoin d'une prise en charge spécifique, accrue et différente de celles des personnes âgées.

L'entrée ou le maintien dans une institution ne peut être la seule réponse. La difficulté de faire bien vivre ensemble dans un même foyer des personnes d'âge très différents doit aussi être reconnue, notamment en fonction de leurs aspirations.

## **Objectifs**

Offrir des réponses variées et adaptées, tant aux personnes vivant chez elles qu'à celles qui vivent en collectivité, dans des établissements pour adultes

Prendre en considération le besoin de continuité de vie, de maintien et poursuite des relations avec l'environnement social habituel

Privilégier un ensemble de solutions allant du maintien au domicile à l'institution spécifique en passant par la maison de retraite, en fonction du projet de vie de la personne, de ses possibilités y compris physiques

## **Moyens**

Donner accès aux SAMSAH notamment aux personnes handicapées vieillissantes afin d'accompagner leur projet de vie dans leur milieu habituel

Créer des places de FAM pour ces personnes vieillissantes

Passer convention avec des maisons de retraite pour mettre en place une prise en charge adaptée et maintenir les liens avec le milieu de vie antérieur

Mettre en place des postes ou des temps de travail allégés en organisant également le temps non travaillé

Réfléchir aux réponses alternatives pour des accueils et des hébergements adaptés et lancer un appel à projets

**Pilote**

Conseil Général et DDASS  
dans leurs compétences

**Partenaires**

Associations, gestionnaires ou non  
d'établissements et services  
Maisons de retraite

**Evaluation**

Création de projets nouveaux  
Enquête sur les personnes handicapées de plus de 50 ans

LOGO CG04	<b>7-4 Compléter l'offre de services et d'accueils institutionnels en cohérence avec le développement de la vie à domicile et avec l'évolution des besoins</b>
<b>7.4.3 - Rechercher des solutions alternatives à la prise en charge institutionnelle pour une autonomie plus grande</b>	

## **Constat**

Les réponses institutionnelles traditionnelles reposent sur le principe d'un hébergement collectif et permanent.

Lorsque le choix de vie de la personne est de vivre de manière autonome, une transition doit être organisée pour y parvenir, avec une marche vers l'autonomie.

Par ailleurs le handicap de certaines personnes ne leur permet pas de vivre seules et totalement indépendantes sans pour autant qu'elles aient besoin ni ne souhaitent une prise en charge de tous les instants.

Dans le département l'hébergement collectif et permanent est la seule possibilité offerte pour une personne handicapée qui ne peut pas ou ne veut pas vivre de manière autonome à domicile.

Les solutions intermédiaires restent à trouver et créer..

## **Objectifs**

Rechercher et créer des réponses pour une insertion dans la cité, dans un logement quasi autonome, en vue de favoriser un retour à une autonomie la plus grande possible, dans l'idée de créer des « appartements-tremplin » ou des foyers-logements

Offrir des solutions d'hébergement faisant plus de place à l'autonomie des personnes et favoriser les possibilités d'évolution vers l'autonomie

Offrir davantage de choix de vie aux personnes handicapées

Prendre en compte la diversité des handicaps pour élaborer des réponses en conséquence : handicaps psychiques ou physiques

## **Moyens**

Créer des foyers éclatés : des appartements, individuels ou collectifs, regroupés dans une certaine proximité constituent les locaux d'un foyer d'hébergement. Ils sont organisés en structure médico-sociale, avec une prise en charge éducative et un accompagnement par une équipe pluridisciplinaire, moins directement présente que dans un foyer classique. Les droits et obligations des personnes handicapées sont ceux des résidents hébergés en foyer.

Organiser des logements regroupés : dans ces logements, relativement proches pour favoriser

une vie sociale et des rapprochements, les personnes sont directement locataires et bénéficient de services d'aide à domicile et de services d'accompagnement à la vie sociale en étant autonomes.

Les logements dans ces deux cas doivent être accessibles, fonctionnels voire adaptés et domotisés pour accueillir toutes les déficiences et handicaps

Lancer un appel à projets en fonction des personnes cibles

Sensibiliser et informer les bailleurs avec le soutien du Conseil général

Soutenir ces projets dans le cadre des actions du Conseil Général en matière de logement

### **Pilote**

Conseil Général

### **Partenaires**

Associations gestionnaires ou non  
d'établissements et services

Bailleurs sociaux

### **Evaluation**

Nombre de places créées

Diversification des réponses

Listes d'attente

Nombre de projets proposés et retenus

LOGO CG04	<b>7-4 Compléter l'offre de services et d'accueils institutionnels en cohérence avec le développement de la vie à domicile et avec l'évolution des besoins</b>
<b>7.4.4 - Adapter les prestations aux besoins des enfants et aux demandes des familles</b>	

## Constat

Les établissements et services pour enfants handicapés fonctionnent en application de leur règles propres, fondées sur leur règlement intérieur, sur leur projet d'établissement et les contrats d'objectifs conclus avec leurs financeurs.

La vie des familles est quant à elle régie par des règles sociales diverses et fonction de l'ensemble des membres et de leur activité scolaire ou professionnelle.

Ainsi la vie sociale de toute la famille, et même les réunions de tous ses membres, est conditionnée, limitée par les contraintes imposées par l'accueil des enfants handicapés.

En cas de difficulté, la famille ne trouve pas de solution institutionnelle si elle est dans l'incapacité d'assurer l'accueil des enfants.

Les structures de prise en charge des enfants qui présentent certains handicaps et troubles du comportement et du caractère sont en nombre insuffisant.  
Par conséquent, ces enfants, accueillis par défaut dans d'autres structures, ne bénéficient pas des aides adaptées et ils en pénalisent le fonctionnement.

## Objectifs

Assurer des possibilités d'accueil des enfants en tenant compte des contraintes et de la vie sociale des familles

Rapprocher la vie des familles d'enfants handicapés de celle des autres familles

Rechercher des formes nouvelles d'accueil en complément de celui des établissements et services, en services extérieurs à l'établissement ou à la famille ou auprès de la famille et chez elle : elles seraient inspirées des haltes-garderies ou de la garde à domicile.

## Moyens

Travailler à des fonctionnements souples des établissements et services

Elaborer des projets d'accueil et de prise en charge complémentaire des enfants

Développer et mettre en œuvre des accueils d'urgence avec des procédures simples

Travailler sur le concept d'accueil familial d'urgence et temporaire

Soutenir la création de places pour des accueils adaptés aux troubles et handicaps qui demandent des prises en charge particulières

**Pilote**

DDASS

Comité consultatif départemental des  
personnes handicapées

**Partenaires**

Associations gestionnaires ou non  
d'établissements et services  
Conseil Général

**Evaluation**

Nombre de projets élaborés

Nombre d'accueils nouveaux créés

Couverture du territoire

LOGO CG04	<b>7-4 Compléter l'offre de services et d'accueils institutionnels en cohérence avec le développement de la vie à domicile et avec l'évolution des besoins</b>
<b>7.4.5 - Rechercher les meilleures réponses au besoin de prise en charge des enfants handicapés du fait de graves troubles du comportement</b>	

### **Constat**

Il n'existe pas dans le département de structure de prise en charge pour les enfants qui présentent un handicap du fait de troubles graves du caractère et du comportement qui perturbent leur socialisation et leurs capacités d'apprentissages. La situation est semblable pour ceux qui souffrent de graves névroses infantiles, qui demanderaient des prises en charge complémentaires au suivi psychiatrique.

Le besoin est renforcé par l'insuffisance des services de pédopsychiatrie.

Par conséquent, ces enfants, quand ils sont accueillis par défaut dans d'autres structures du département, ne bénéficient pas des aides adaptées et ils en pénalisent le fonctionnement.

Cependant une réflexion doit aussi être menée sur cette évolution du nombre d'enfants inadaptés socialement, dans les relations qui pourraient exister avec l'attitude de la société et des familles envers eux.

### **Objectifs**

Apporter les réponses adéquates aux enfants concernés

Chercher à comprendre les causes de ces handicaps pour les prévenir

### **Moyens**

Initier une étude départementale relative à ces enfants : nombre, causes sociétales, évolution.

Se rapprocher de l'étude sur la mise en place d'un réseau d'aide et d'appui à la parentalité (REAAP) pour envisager des modalités de prévention

Créer un ITEP (institut thérapeutique éducatif et pédagogique)

Encourager la mise en place d'un dispositif qui conjugue tous les régimes de prise en charge, de l'accompagnement à domicile à l'internat de semaine.

Soutenir la création de places pour des accueils adaptés aux troubles et handicaps qui demandent des prises en charge particulières

Poursuivre le soutien aux CAMSP et CMPP

Elaborer des projets d'accueil et de prise en charge complémentaire de ces enfants

### **Pilote**

DDASS

Conseil Général

### **Partenaires**

MDPH

Associations

Education Nationale

### **Evaluation**

Nombre de projets élaborés  
Nombre de places créées  
Nombre d'accueils nouveaux créés

LOGO CG04	<b>7-4 Compléter l'offre de services et d'accueils institutionnels en cohérence avec le développement de la vie à domicile et avec l'évolution des besoins</b>
<b>7.4.6 – Adapter les capacités d'accueil des établissements et services et poursuivre les créations nécessaires</b>	

### **Constat**

L'analyse des besoins montre que, tant pour les enfants que pour les adultes, des besoins demeurent en création de places en établissements et services, en fonction de l'évolution de la population et de la spécificité des handicaps.

### **Objectifs**

Proposer à chaque personne handicapée une place dans une structure ou un service adapté à son souhait et à ses besoins

Procéder en tant que de besoin à des extensions de capacité des structures existantes  
Créer de nouveaux services si nécessaire, notamment pour des réponses nouvelles alternatives à l'existant

### **Moyens**

Pour le secteur de l'enfance :

Augmenter la capacité d'accueil des services et établissements en fonction des créations de places envisagées

Développer les moyens affectés aux CAMSP et aux CMPP

Pour le secteur adultes :

Augmenter la capacité d'accueil des FCAT existants

Augmenter la capacité d'accueil des FO existants

Augmenter la capacité d'accueil des FAM et MAS existants

Adapter et diversifier les réponses par la création de foyers éclatés et de logements regroupés

Compléter le dispositif par la création de SAVS et SAMSAH

Lancer des appels à projets en complément des projets déjà envisagés

### **Pilote**

Conseil Général  
DDASS

### **Partenaires**

Associations, gestionnaires ou non, d'établissements et services

### **Evaluation**

Couverture du territoire

Nombre de places créées

Diversification des réponses

Listes d'attente

LOGO CG04	<b>7-5 Favoriser la poursuite de la concertation en lien avec la mise en œuvre et l'évaluation du schéma</b>
<b>7.5.1 - Organiser un dispositif départemental de concertation et coordination</b>	

### **Constat**

L'élaboration du schéma a été un moment de concertation dynamique, il a créé un élan nouveau qu'il est important de poursuivre. Elle permet de dresser une image instantanée des besoins et des réponses ainsi que des attentes.

Pour que le schéma réponde au mieux à ses objectifs et pour qu'il puisse évoluer , il est nécessaire de poursuivre la concertation.

Par ailleurs la mise en œuvre des nouvelles dispositions en faveur des personnes handicapées représente un bouleversement important dans les habitudes et pratiques.

La loi prévoit notamment une représentativité accrue des associations et des personnes elles-mêmes, elle donne de larges prérogatives à la maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Cependant les diverses autorités restent compétentes pour autoriser et financer dans leurs domaines de compétences alors que les associations et les établissements publics seront toujours promoteurs de leurs projets dans l'intérêt de leur public prioritaire.

### **Objectifs**

Pérenniser les rencontres et la concertation entre les acteurs et partenaires de la prise en charge des personnes handicapées notamment au sein du CDCPH

Poursuivre la réflexion pour répondre aux orientations et objectifs du schéma  
Harmoniser les pratiques et rechercher les synergies

Développer la complémentarité des actions et des financements conjoints

### **Moyens**

Revoir les dispositions du Règlement départemental d'aide sociale en fonction de la loi du 11 février 2005 et du schéma

Confier au CDCPH cet objectif de mise en œuvre de la concertation départementale par la création d'une commission de suivi du schéma

### **Pilote**

Comité départemental consultatif des personnes handicapées (CDCPH)

### **Partenaires**

Tous

**Evaluation**

Création des instances

Production d'informations et propositions

Réalisation d'actions coordonnées

Diminution du nombre de projets concurrents

## **Conclusion**

Ces constats et les fiches-actions précédentes développent les thèmes retenus pour décider les actions à mettre en œuvre pour tendre à satisfaire au mieux les besoins exprimés.

En tout état de cause il est nécessaire de développer largement les réponses nouvelles et alternatives aux prises en charge actuelles, par la création de foyers différents dans leur concept, de places d'accueil temporaire et de jour notamment et de services d'accompagnement nouveaux.

Pour les plus jeunes comme pour les pré-retraités des centres d'aide par le travail (CAT), les sections annexes de CAT (SACAT) et l'accueil de jour pourront faire diminuer les demandes d'hébergement complet, qui est actuellement la seule réponse alternative à la vie au domicile 24 heures sur 24.

La réalisation de l'ensemble de ces projets nouveaux pour développer des accueils différents et le soutien et l'accompagnement à domicile pour les personnes handicapées et leur famille participeront à minorer, sans qu'il soit possible d'évaluer aujourd'hui dans quelle proportion, le besoin de créer des places supplémentaires en hébergement permanent tout en respectant davantage les projets de vie des personnes concernées et en leur permettant de faire un choix.

En outre le développement des équipements et services en faveur des personnes en situation de handicap, largement issu des associations représentatives des personnes handicapées, peut désormais - et doit - s'ouvrir à toutes les personnes qui ont besoin des mêmes soutiens : les services d'accompagnement notamment répondent au besoin de personnes dont le handicap survient à l'âge adulte, à celui de personnes handicapées en fonction de leur capacité d'autonomie sociale et indépendamment de leur capacité à travailler.

En considérant l'importance des besoins exprimés dans le cadre de ce premier programme concerté et formalisé en faveur des personnes handicapées, il paraît opportun de les considérer en deux temps et en prenant en compte le nécessaire équilibre budgétaire des financeurs :

- En premier lieu, estimer les besoins auxquels il est nécessaire ou prioritaire de répondre à court terme, en les réalisant dans une première phase.

Dans ce cadre la priorité est donnée d'une part aux projets qui peuvent être mis en application rapidement, afin de répondre à des besoins actuellement peu satisfaits et qui favorisent les projets pour mener une vie plus autonome, d'autre part aux projets qui bénéficieront d'aides au titre du PRIAC (programme interdépartemental d'accompagnement de la perte d'autonomie et du handicap).

- Ensuite faire un point et une nouvelle estimation des besoins après la mise en œuvre des projets et actions de cette première phase.

Les orientations ainsi retenues pour fonder les actions à mener dans le département des Alpes de Haute-Provence amènent à envisager les réalisations suivantes :

établissements services	places actuelles	créations à court terme	créations totales à moyen terme, pendant la durée du schéma	dont accueil temporaire
<b>ENFANCE</b>				
IME	113	5	5	
EEAP	16	1	1	
SESSAD	81	10	16	
ITEP		16	24	
CAMPS	Pour ces services, qui fonctionnent en « file active » et non en « places », des moyens supplémentaires seront accordés en fonction des besoins, mais ils ne peuvent être quantifiés ou évalués en nombre de places			
CMPP				
<i>Total</i>	210	32	46	
<b>ADULTES</b>				
<b>travail</b>				
entreprise adaptée	53	5	10	
CAT	260	5	10	
<i>total</i>	313	10	20	
<b>services</b>				
SSIAD	8	10	20	
SACAT		15	15	
SA-SSA actuels	50	0	0	
ESVAD	40			
SAVS + SAMSAH	10	42	42 Dont au moins 12 places de SAMSAH	
<i>total</i>	108	67	77	
<b>hébergement</b>				
FCAT dont nouveaux	106	14	25	6
FO	91	10	20	9
FO de jour	10	10	10	
FAM	15	10	20	5
<i>total</i>	222	44	75	20
<i>MAS</i>	48	10	20	5
<i>total</i>		10	20	5

## Tableaux annexes

### Répartition de la population par tranche d'âge en 2003

classes d'âge	AHP		PACA		France	
	nombre	%	nombre	%	nombre	%
0-4 ans	8 159	5,65%	271 661	5,82%	3 749 578	6,29%
5-9 ans	8 340	5,77%	267 218	5,73%	3 574 090	5,99%
10-14 ans	9 505	6,58%	289 062	6,20%	3 795 538	6,36%
15-19 ans	8 298	5,74%	287 007	6,15%	3 857 949	6,47%
20-24 ans	6 340	4,39%	282 352	6,05%	3 899 412	6,54%
25-54 ans	57 286	39,64%	1 883 465	40,37%	25 062 649	42,03%
55-59 ans	9 224	6,38%	287 883	6,17%	3 383 680	5,67%
60-64 ans	8 046	5,57%	232 548	4,98%	2 584 181	4,33%
65-74 ans	15 423	10,67%	442 870	9,49%	5 109 505	8,57%
75-84 ans	10 500	7,27%	316 044	6,77%	3 509 039	5,88%
>85 ans	3 387	2,34%	104 941	2,25%	1 109 359	1,86%
Population totale	144 508		4 665 051		59 634 980	

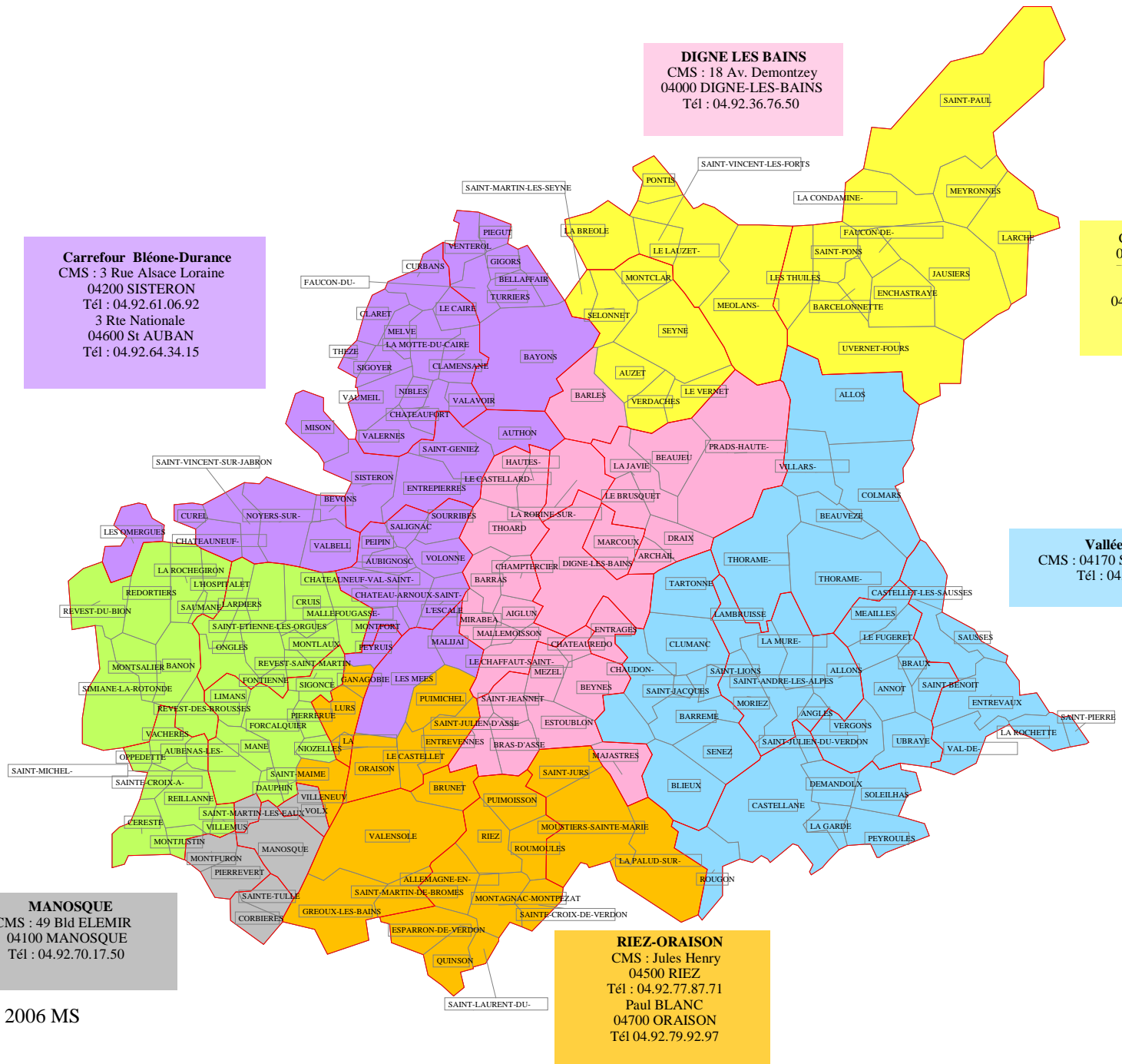
Moins de 6 ans	9 699	6,71%	324 053	6,95%	8 211 668	13,77%
De 6 à 16 ans	19 931	13,79%	620 370	13,30%	6 161 979	10,33%
jeunes 18 à 25 ans	10 516	7,28%	447 865	9,60%	4 618 398	7,74%
Adultes de 20 à 59 ans	72 850	50,41%	2 453 700	52,60%	32 345 741	54,24%
de 60 à 74 ans						
Plus de 75 ans	13 887	9,61%	420 985	9,02%	4 467 364	7,49%

Source : INSEE –DREES/ STATISS 2005

### Evolution démographique par tranche d'âge

classes d'âge	AHP		PACA		France	
	évolution 2000-2003		évolution 2000-2003		évolution 2000-2003	
	nombre	%	nombre	%	nombre	%
0-4 ans	506	6,61%	11 869	4,57%	164 860	4,60%
5-9 ans	-363	-4,17%	-3 352	-1,24%	-63 579	-1,75%
10-14 ans	421	4,63%	5 343	1,88%	-44 091	-1,15%
15-19 ans	279	3,48%	4 370	1,55%	-80 680	-2,05%
20-24 ans	575	9,97%	23 504	9,08%	201 912	5,46%
25-54 ans	-188	-0,33%	9 096	0,49%	-107 777	-0,43%
55-59 ans	1 397	17,85%	42 959	17,54%	638 260	23,25%
60-64 ans	-30	-0,37%	7 210	3,20%	-122 463	-4,52%
65-74 ans	226	1,49%	-2 038	-0,46%	-62 125	-1,20%
75-84 ans	1 625	18,31%	41 805	15,24%	533 764	17,94%
>85 ans	-517	-13,24%	-9 897	-8,62%	-171 858	-13,41%
Population totale	3 931	2,80%	130 869	2,89%	886 223	1,51%
Moins de 6 ans	454	4,91%	12 976	4,17%	3 899 234	90,42%
De 6 à 16 ans	298	1,52%	7 714	1,26%	-2 141 517	-25,79%
jeunes 18 à 25 ans	522	5,22%	20 477	4,79%	-1 514 743	-24,70%
Adultes de 20 à 59 ans	1 784	2,51%	75 559	3,18%	732 395	2,32%
de 60 à 74 ans	196	0,84%	5 172	0,77%	-184 588	-2,34%
Plus de 75 ans	1 108	8,67%	31 908	8,20%	210 872	4,95%

# UNITES TERRITORIALES



**DIGNE LES BAINS**  
 CMS : 18 Av. Demontzey  
 04000 DIGNE-LES-BAINS  
 Tél : 04.92.36.76.50

**Carrefour Bléone-Durance**  
 CMS : 3 Rue Alsace Loraine  
 04200 SISTERON  
 Tél : 04.92.61.06.92  
 3 Rte Nationale  
 04600 St AUBAN  
 Tél : 04.92.64.34.15

**Vallée de l'Ubaye**  
 CMS : Av. Portifirio Diaz  
 04400  
 Tél : 04.92.81.12.37  
 H.L.M Saint-Pierre  
 04140 SEYNE-LES-ALPES  
 Tél : 04.92.35.01.02

**FORCALQUIER**  
 CMS : Les Récollets Place St Pierre  
 04300 FORCALQUIER  
 Tél : 04.92.75.06.01

**Vallée du Verdon**  
 CMS : 04170 St André-Les-Alpes  
 Tél : 04.92.89.10.23

**MANOSQUE**  
 CMS : 49 Bld ELEMIR  
 04100 MANOSQUE  
 Tél : 04.92.70.17.50

**RIEZ-ORAISON**  
 CMS : Jules Henry  
 04500 RIEZ  
 Tél : 04.92.77.87.71  
 Paul BLANC  
 04700 ORAISON  
 Tél 04.92.79.92.97