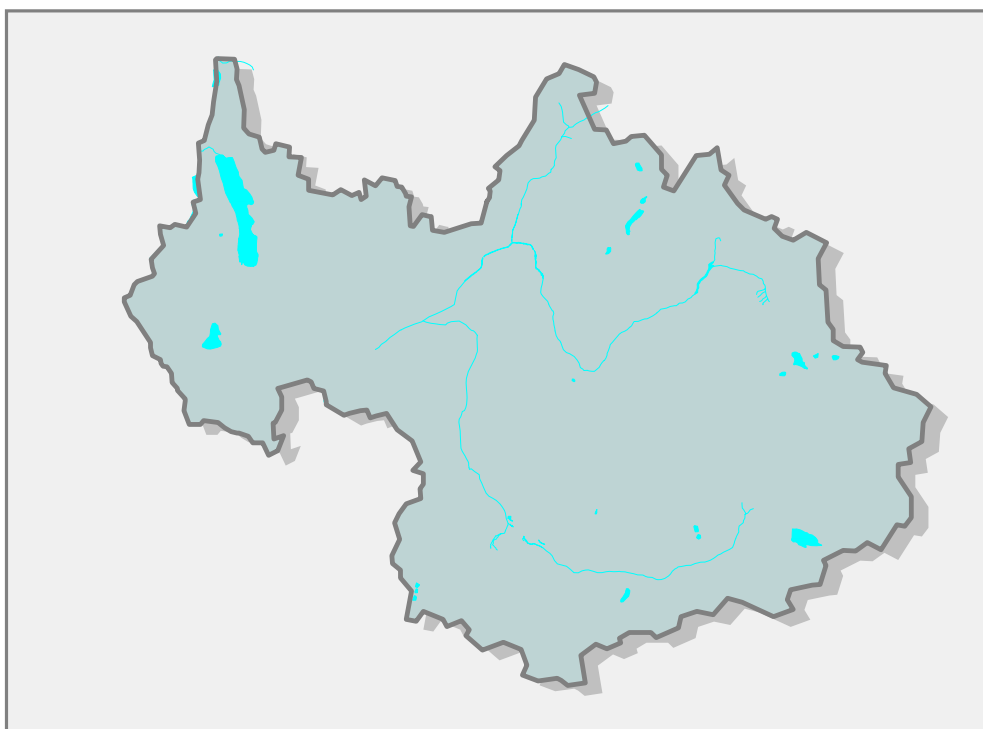


**État des lieux
relatif aux actions et orientations
en faveur des personnes
handicapées adultes
du département de la Savoie**

SAVOIE



**CREAI Rhône-Alpes
décembre 2005**

SOMMAIRE

1	PRÉAMBULE	4
	Le nouveau contexte législatif	4
	Orientations et bilan du Schéma départemental « Prévention Dépendance » 1999/2004.....	6
	Rencontres départementales du handicap de 2000 et 2003.....	6
	Méthodologie de l'état des lieux.....	7
2	L'ENVIRONNEMENT	8
	Géographie et découpage administratif	8
	Population et indicateurs démographiques.....	8
3	L'ÉQUIPEMENT	10
	Les établissements et services.....	10
	Les services d'aide au maintien à domicile.....	11
	Les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale.....	11
	Les taux d'équipement	12
4	LA POPULATION.....	14
	Les taux de prévalence.....	14
	Les flux interdépartementaux.....	16
	Les personnes en attente de place dans le dispositif pour adultes handicapés.....	18
5	L'ACCUEIL EN ÉTABLISSEMENT.....	20
	Critères et modalité d'admission	20
	Diversification des modes d'accueil	21
	Continuité des prises en charge	22
	Les foyers de vie et l'hébergement.....	22
	Lieu d'accueil spécifique dans les établissements.....	22
	Le transport.....	22
	Le handicap psychique	23
6	LES SITUATIONS DE VIE À DOMICILE	24
	Nombre de personnes bénéficiant d'aides.....	24
	Estimation du nombre de personnes handicapées vivant à domicile.....	25
	Estimation du nombre de personnes handicapées vivant au domicile de leurs parents vieillissants	26
	Les problématiques identifiées.....	28

7	L'AVANCÉE EN ÂGE	30
	Données de population.....	30
	Les problématiques identifiées par le groupe de travail	32
8	LES RESSOURCES ET LES COMPÉTENCES.....	34
	Les partenariats	34
	Articulation et complémentarité avec les dispositifs connexes	36
	L'évaluation interne	36
	La formation des professionnels.....	37
9	SYNTHÈSE	38
	GLOSSAIRE.....	40

L'ÉTAT DES LIEUX

1 PRÉAMBULE

Le premier schéma départemental de la Savoie 1999-2004 « Prévention – Dépendance » abordait de manière transversale la politique en faveur des personnes âgées et celle en faveur des personnes handicapées adultes.

Les nouveaux enjeux démographiques et les évolutions législatives ont conduit le Département et l'État, en lien avec l'Assurance Maladie, à différencier les deux champs.

Le schéma départemental en faveur des personnes âgées a été révisé en lien avec l'État courant 2004/2005¹ ; il fixe les orientations pour 2005-2010.

L'élaboration du schéma départemental en faveur des personnes handicapées – élargi à l'ensemble de la population handicapées enfants et adultes - est engagé en 2005 par le Département et l'État ; l'expertise technique du CREA Rhône-Alpes est sollicitée pour les assister dans cette démarche.

LE NOUVEAU CONTEXTE LÉGISLATIF

LA LOI DU 2 JANVIER 2002

Les principes et finalités des schémas d'organisation sociale et médico-sociale ont été réaffirmés par la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui en a amplifié l'enjeu en les instituant comme véritables outils de régulation de l'action sociale et médico-sociale², celle-ci étant « conduite dans le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire » .

Elle élargit le champ de l'action sociale en introduisant des « actions d'assistance dans les divers actes de la vie, de soutien, de soins et d'accompagnement, y compris à titre palliatif » et garantit le libre choix de la personne concernant « les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé ».

¹ Il a été présenté pour avis au CROSMS le 13 mai 2005.

² « Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale [...] :

- *apprécient la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population ;*
- *dressent le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante ;*
- *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 [...] ;*
- *précisent le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services [sociaux et médico-sociaux, à l'exception des structures expérimentales, ainsi qu'avec les établissements de santé [...] ou tout autre organisme public ou privé, afin de satisfaire tout ou partie des besoins mentionnés ;*
- *définissent les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre de ces schémas. »*

LA LOI N°2004-809 DU 13 AOÛT 2004

La loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales stipule que le schéma départemental est adopté par le Conseil Général après concertation avec le représentant de l'État dans le département et avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale. Aussi, pour arrêter un schéma départemental cohérent, une articulation devra être recherchée entre les orientations relevant de la compétence du représentant de l'État ou de compétences conjointes avec les perspectives d'évolution des établissements et services relevant de la compétence du Conseil Général.

LA LOI DU 11 FÉVRIER 2005

Le 11 février 2005, le parlement a adopté la loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Cette loi va modifier de façon très importante les dispositifs d'accompagnement des personnes en situation de handicap.

Elle introduit la notion de non discrimination et l'accès de tous à tout.

Les principaux enjeux étant de permettre une participation effective des personnes handicapées à la vie sociale et d'assurer à chaque personne, selon ses besoins, la compensation des conséquences de son handicap.

La loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées :

- Apporte une nouvelle définition du handicap
- Prévoit la mise en œuvre de politiques de prévention, de réduction et de compensation du handicap
- Garantit aux personnes handicapées le libre choix de leur projet de vie, notamment par l'élaboration d'un plan personnalisé de compensation du handicap par l'équipe pluridisciplinaire de la maison départementale des personnes handicapées
- Introduit des dispositions en matière d'insertion professionnelle des personnes handicapées
- Fait évoluer les dispositifs de travail adapté ou protégé en créant notamment les entreprises adaptées
- Renforce l'accessibilité du cadre bâti et des transports aux personnes handicapées
- Réforme le dispositif public d'accueil, d'évaluation et d'orientation des personnes handicapées grâce à la mise en place des maisons départementales des personnes handicapées (organisées sous forme de groupements d'intérêt public), chargées d'exercer une mission d'accueil, d'information et de conseil (guichet unique), et d'organiser le fonctionnement d'une équipe pluridisciplinaire d'évaluation et d'une commission des droits et de l'autonomie ; la commission exécutive qui administre les MDPH est présidée par le président du conseil général
- Organise le dispositif central en précisant les missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) créée par la loi du 30 juin 2004, qui est en particulier chargée de répartir les crédits entre les départements et d'assurer un échange d'expériences et d'informations entre les maisons départementales et de veiller à l'équité de traitement des demandes de compensation ; elle participe également à la définition d'actions de recherche
- Introduit des mesures favorisant l'exercice effectif de la citoyenneté et l'accès à la vie sociale
- Prévoit l'élaboration d'un plan des métiers du handicap

ORIENTATIONS ET BILAN DU SCHÉMA DÉPARTEMENTAL « PRÉVENTION DÉPENDANCE » 1999/2004

Les principales orientations du schéma « Prévention – Dépendance » concernant les adultes handicapés :

- la mise en place d'un outil d'information départemental partagé afin d'apprécier l'adéquation de l'offre aux besoins et attentes des personnes (liste d'attente, admission et suivi),
- l'amélioration de la qualité des prises en charge,
- l'amélioration des réponses en faveur des personnes lourdement handicapées,
- le développement de réponses alternatives à l'hébergement et l'évolution de la mission des SAVS,
- l'articulation avec le secteur « personnes âgées ».

Les réalisations concernent principalement :

- la création de 16 places en Foyer de Vie (2002/2006)
- la création de 48 places en FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé)
- la création de 39 places en MAS (Maison d'Accueil Spécialisé)
- le développement de réponses alternatives à l'hébergement avec l'ouverture 44 places en Section d'Accueil de Jour autonome ou rattachée à un établissement (Foyer de Vie ou FAM)
- et 9 places en structure expérimentale avec accompagnement
- un accueil adapté en établissement pour personnes âgées avec la création de 5 places en EHPAD (12 places à venir).

Afin d'apporter des réponses adaptées aux besoins non couverts – en complément des réalisations qui ont eu lieu dans le cadre du schéma 1999-2004 – des extensions de places ont été créées :

- en ESAT (ex CAT): 38 places
- en Foyers d'Hébergement annexés aux ESAT : 40 places
- en SAVS : 12 places
- en SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile) : 6 forfaits créés en faveur des personnes handicapées.

RENCONTRES DÉPARTEMENTALES DU HANDICAP DE 2000 ET 2003

Deux rencontres départementales du handicap ont eu lieu en 2000 et 2003, co-organisées par le Président du Conseil Général et le Préfet.

Les actes issus de ces rencontres mettent en évidence les réalisations effectuées, en cours ou en projet en faveur des adultes et des enfants handicapés savoyards.

Elles ont permis de faire un bilan d'étape du schéma (1999-2004), de favoriser le développement de partenariat et d'élargir les échanges au-delà du schéma avec notamment l'intégration de la Savoie et de la Haute-Savoie au « registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatal » (RHEOP).³

³ Créé en 1991 en Isère, le RHEOP est le premier registre des handicaps de l'enfant en France. Cet outil méthodologique permet la surveillance de la prévalence des handicaps de l'enfant ; il a été mis en place en juin 2005 en Savoie et Haute-Savoie.

MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTAT DES LIEUX

La phase « diagnostic » du schéma qui consiste à dresser un état des lieux des dispositifs offerts sur le territoire départemental et à évaluer les besoins des adultes handicapés constitue une étape fondamentale.

En effet, la pertinence des choix d'orientations qui seront retenus dans le schéma dépendra de l'état de connaissance par tous les acteurs des attentes des personnes, des réponses existantes et des évolutions prévisibles.

Diverses investigations ont été menées afin d'établir un état des lieux.

Analyse des données concernant la population générale du département de la Savoie, afin de souligner les tendances démographiques (données INSEE) du département et d'obtenir une estimation théorique de la population adulte atteinte de déficiences sévères.

Analyse des dispositifs d'offre

Il s'agit de décrire le dispositif départemental d'accueil des adultes handicapés et de repérer les problématiques relatives à la population accueillie, à l'établissement et à son environnement.

Une enquête exhaustive par questionnaires auprès des établissements et services relative à leur équipement, leur organisation, les critères d'admission, les conventions ou partenariats avec les dispositifs connexes, leurs projets et leurs difficultés, a été menée, complétée par des données transmises par les services du Conseil Général et la DDASS de la Savoie.

Les données de cette enquête ont été analysées et synthétisées par chapitre dans ce document.

Étude des besoins des populations et adéquation offre / besoins

Afin de repérer les situations des personnes en attente de places dans le dispositif pour adultes handicapés, les jeunes accueillis dans un établissement pour enfants handicapés relevant de l'amendement Creton ont fait l'objet d'une analyse.

Groupes de travail

Enfin, un processus de concertation (groupe de travail) qui a rassemblé les acteurs de l'action sociale et médico-sociale, des professionnels de l'intervention sociale, médico-sociale et de santé, des usagers et des personnes qualifiées, des représentants institutionnels publics ou associatifs, des pouvoirs publics a permis de compléter les besoins relatifs à trois thématiques :

- Le soutien à la vie à domicile
- La diversification des modalités d'accueil
- L'avancée en âge des personnes handicapées et l'articulation avec le secteur gériatrique

2 L'ENVIRONNEMENT

GÉOGRAPHIE ET DÉCOUPAGE ADMINISTRATIF

Le département de la Savoie est composé de 305 communes dont 242 communes rurales et 63 communes urbaines.

Ces communes sont regroupées en 37 cantons et 3 arrondissements : Chambéry, Albertville et Saint-Jean-de-Maurienne.

La superficie de la Savoie est de 6 028 km², soit 14% de Rhône-Alpes.

C'est le département le plus montagneux de France : 89 % de son territoire se situe en zone de montagne.

Le département de la Savoie est découpé en 7 Territoires de Développement Social (TDS).

POPULATION ET INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

Sources : INSEE (estimations) / DRASS Rhône-Alpes

La Savoie représente 6,6% de la population de Rhône-Alpes.

La densité moyenne est 64 habitants/km².

Les principales unités urbaines sont : Chambéry (113 457 habitants au recensement de 1999), Aix-les-Bains (40 278), Albertville (31 162).

44% de la population savoyarde est concentrée sur le bassin d'habitat Chambéry / Aix-les-Bains.

	population au 01.01.2003	taux de natalité pour 1000 habitants en 2003	taux de mortalité pour 1000 habitants en 2003	indice de vieillessement au 01.01.2003 (*)
AIN	539 006	12.7	7.8	51.8
ARDECHE	294 933	11.4	10.8	83.5
DRÔME	452 652	12.2	9.2	66.7
ISERE	1 128 755	13.2	7.3	52.7
LOIRE	726 613	12.1	9.9	74.3
RHÔNE	1 621 718	14.4	7.6	54.7
SAVOIE	386 246	12.1	8.6	63.5
HTE-SAVOIE	663 810	13.3	7.0	49.8
RHÔNE-ALPES	5 813 733	13.1	8.1	58.6

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

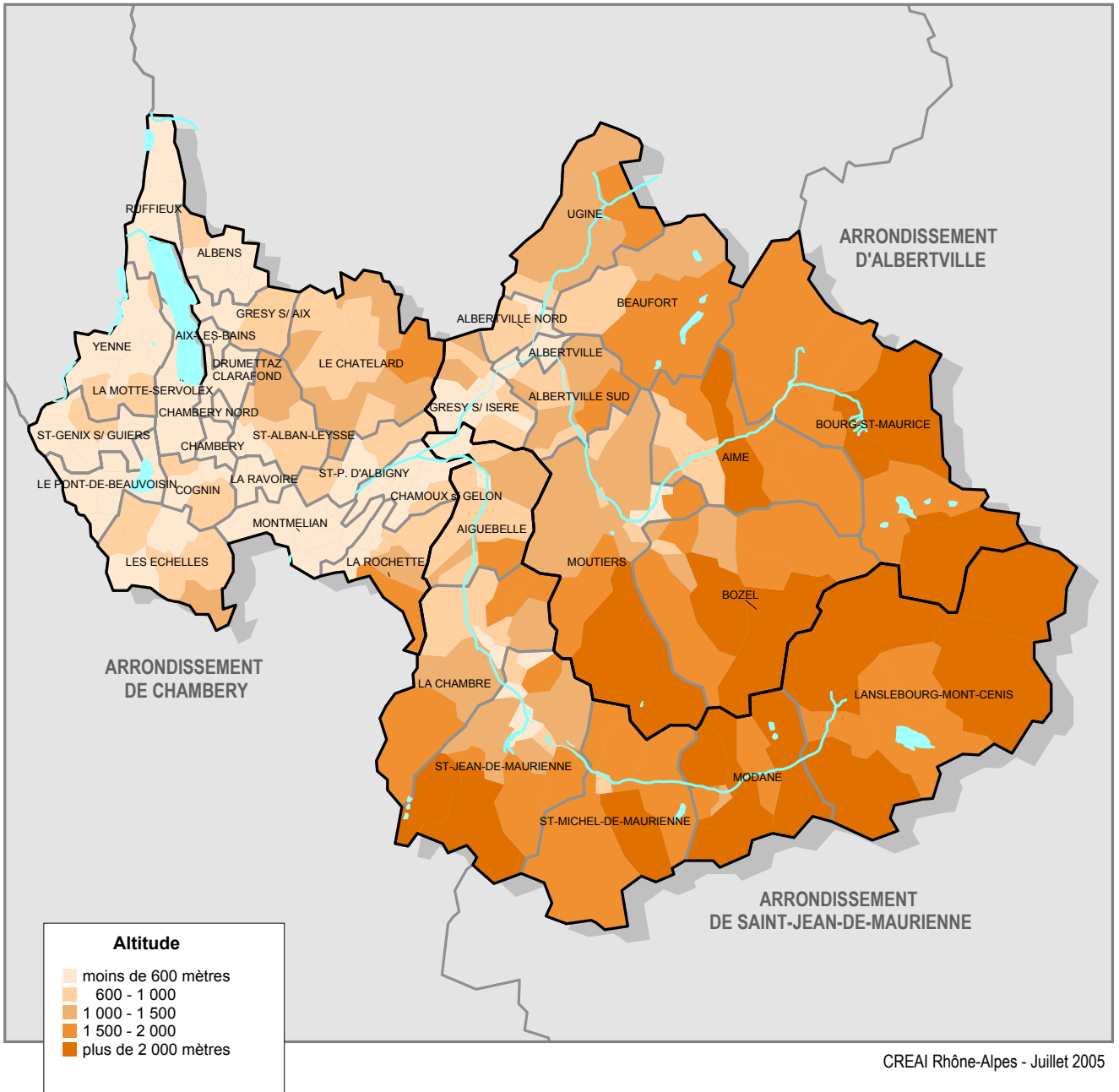
La structure de la population montre une population légèrement plus âgée que de la moyenne régionale.

En effet, la part des moins de 20 ans représente 25% de la population savoyarde (26% pour la région Rhône-Alpes), la part des 60 ans et plus s'élève à 20% en Savoie alors qu'elle est de 19% en Rhône-Alpes.

7,4% de la population a 75 ans et plus (la moyenne régionale est de 7,1%).

L'indice de vieillissement confirme cette tendance avec plus de 63 personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans (58,6 en Rhône-Alpes et 65 en France).

Géographie du département



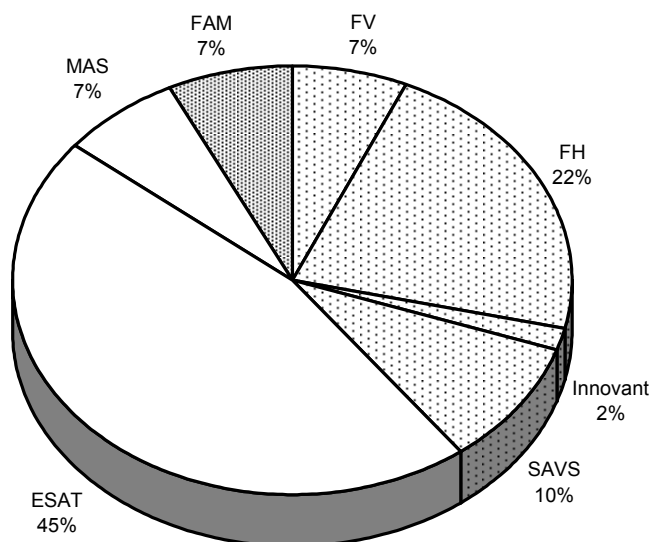
3 L'ÉQUIPEMENT

LES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES

Sources : Conseil Général de la Savoie et DDASS de la Savoie

		capacité installée au 1 ^{er} janvier 2005
Compétence Département	Foyers de vie (dont 34 en accueil de jour)	111
	Foyers d'hébergement	375
	Innovant (accueil de jour SATRA, appartements de passage)	27
Compétence État	Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)	163
	Établissements et services d'aide par le travail (ESAT)	778
Double tarification	Maisons d'accueil spécialisées (MAS)	119
	Foyers d'accueil médicalisés (FAM) dont accueil de jour	123
Capacité totale⁴		1696

Capacité installée en 2005



⁴ La capacité totale correspond à un nombre de places et non à un nombre de personnes prises en charge ; une place pouvant être occupée par plusieurs personnes (2 personnes à mi-temps en ESAT par exemple) et une personne pouvant occuper 2 places (une personne travaillant en ESAT et hébergée dans un foyer d'hébergement par exemple).

LES SERVICES D'AIDE AU MAINTIEN À DOMICILE

Sources : Conseil Général de la Savoie et DRASS Rhône-Alpes (STATISS 2005)

- L'ADH (Association Dépannage Handicapés) – avec une capacité de 6 places installées - accueille à titre temporaire des personnes handicapées prises en charge en journée par ailleurs permettant aux familles de faire face aux imprévus et de pouvoir disposer de temps de répit.
- Le département de la Savoie compte 14 SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile) répartis sur 24 cantons (11 cantons ne sont pas couverts, principalement au nord-est du département) soit 461 places au total.
Le taux d'équipement en SSIAD est le plus bas de la région Rhône-Alpes (14 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus en Savoie ; 16 places pour 1000 en Rhône-Alpes).
- Les Services d'Aide à Domicile (SAD) paraissent offrir une couverture satisfaisante sur l'ensemble du département, même si des problèmes de recrutement de professionnels sont présents dans les zones de montagne et sur l'Avant-pays savoyard.

Ces 2 derniers services d'aide au maintien à domicile s'adressent principalement aux personnes âgées, peu interviennent jusqu'à présent auprès de personnes handicapées.

Depuis la circulaire du 28 février 2005, les SSIAD vont être amenés à s'ouvrir au champ du handicap (personnes de moins de 60 ans)⁵.

A noter : 6 forfaits SSIAD destinés à des personnes très lourdement handicapées ont été créés fin 2004.

LES SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT À LA VIE SOCIALE

Sources : Conseil Général de la Savoie et enquête auprès des établissements (CREAI Rhône-Alpes)

Le département de la Savoie compte 4 SAVS couvrant chacun un territoire du département : la Maurienne, le territoire d'Albertville et d'Ugine, le territoire d'Aix les Bains et les territoires de Chambéry, la Combe de Savoie et l'Avant Pays savoyard.

Les aires géographiques couvertes par les SAVS correspondent toutes à l'autorisation initiale.

163 adultes handicapés au total (reconnus travailleurs handicapés par la COTOREP) sont suivis au 1^{er} juin 2005, dont 54% d'hommes.

L'âge moyen de ces personnes varie entre 37 ans et 45 ans selon les structures.

⁵ La circulaire du 28 février 2005 tire les conséquences du décret du 25 juin 2004 qui a rénové les conditions de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et autorisé la prise en charge des personnes âgées de moins de 60 ans présentant un handicap ou atteintes de pathologies chroniques invalidantes.

Le décret prévoit que les services de soins infirmiers à domicile peuvent assurer, sur prescription médicale, des soins techniques ou des soins de base et relationnels (soins d'hygiène et de confort) auprès des personnes de soixante ans et plus malades ou dépendantes et des personnes adultes de moins de soixante ans atteintes de pathologies chroniques ou présentant un handicap.

La grande majorité des adultes suivis travaillent dans un ESAT (60% dont 7% à temps partiel), 19% sont en recherche d'emploi ou en attente de place en CAT, 13% travaillent dans un atelier protégé (entreprise adaptée) et seulement 8% en milieu ordinaire.

89% vivent dans un logement personnel en milieu ordinaire, 9% vivent dans la famille (parents ou fratrie).

12% ont un ou plusieurs enfants.

Les principaux domaines d'intervention des SAVS concernent :

- le logement ou à la recherche de logement
- l'organisation des temps libres et des loisirs (solitude des personnes suivies)
- l'aide aux démarches administratives et à la gestion du budget
- le suivi et l'accompagnement médical en lien avec les professionnels de santé

Un SAVS dispense des prestations d'accompagnement professionnel.

A noter : le SAVS de Chambéry dispose de 2 appartements de passage afin de permettre l'apprentissage de la vie autonome avec une présence éducative réduite.

2 jeunes travailleurs handicapés (âge moyen : 24 ans) sont accueillis dans ce dispositif (l'un est en ESAT, l'autre en contrat d'apprentissage dans un Atelier Protégé).

LES TAUX D'ÉQUIPEMENT

Source : DRASS Rhône-Alpes (au 01.01.2005)

Taux d'équipement : nombre de lits ou places pour 1000 adultes de 20 à 59 ans (au 1^{er} janvier 2003 soit 210 986 en Savoie)

Taux au 01.01.2005	FH	FV	MAS	FAM	ESAT
AIN	2,13	0,60	0,48	0,66	2,74
ARDÈCHE	1,83	1,74	1,18	-	3,53
DRÔME	2,03	1,65	1,07	0,41	3,86
ISÈRE	1,37	1,44	0,13	0,18	2,80
LOIRE	0,69	0,84	0,55	0,47	3,19
RHÔNE	1,32	1,60	0,25	0,42	2,96
SAVOIE	1,77	0,68	0,56	0,59	3,69
HTE-SAVOIE	0,89	0,84	0,47	0,25	2,80
RHÔNE-ALPES	1,39	1,25	0,42	0,37	3,06

Les taux d'équipement du département de la Savoie se situent au-dessus de la moyenne régionale pour toutes les catégories d'établissements pour adultes handicapés excepté pour les Foyers de Vie.

A noter :

Ce positionnement est lié au choix fait par le Département d'application stricte des dispositions réglementaires relatives aux foyers de vie. A la différence des autres départements, les foyers de vie savoyards s'adressent effectivement aux adultes handicapés sans capacité de travail ne nécessitant pas de soins.

Sur la base du schéma départemental 1999/2004, le Département a développé des réponses alternatives et innovantes : soit 55 places (44 accueils de jours et 9 appartements relais) ; ainsi que des unités en faveur des personnes handicapées âgées au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dans un objectif « d'intégration » et avec un accompagnement spécifique : soit 5 places installées en 2005 (12 à venir en 2006).

D'autre part, si le taux d'équipement concernant les MAS est relativement élevé, il faut considérer la vocation interdépartementale de la MAS l'Orée de Sésame à Saint Baldoph (27 places sur les 119 en MAS au 1^{er} janvier 2005).

L'ÉQUIPEMENT

- Au total, 1696 places installées au 1^{er} janvier 2005 dans les établissements et services savoyards pour adultes handicapés.
- Des taux d'équipement au dessus de la moyenne régionale pour toutes les catégories d'établissements excepté pour les Foyers de Vie.

4 LA POPULATION

LES TAUX DE PRÉVALENCE

Les données quantitatives sur le handicap sont multiples et hétérogènes selon les sources (administratives, enquêtes menées auprès des personnes) et la manière d'appréhender la notion de « handicap » (incapacité à accomplir certains actes de la vie quotidienne, nécessité de recourir à une aide technique ou humaine, accès à certaines prestations ou à une reconnaissance administrative...).

Néanmoins, une estimation de la population adulte handicapée peut être produite à partir de résultats de deux enquêtes.

Les taux de prévalence obtenus dans des échantillons de population peuvent être généralisés à la population d'un département et fournir des estimations de la population en situation de handicap, sans cependant prendre en compte les spécificités géographiques, démographiques et les modes de vie.

L'enquête CTNERHI⁶

En 1991, le CTNERHI⁷ a réalisé une enquête sur l'ensemble de la population reconnue handicapée de Saône et Loire.

Ces personnes ont été repérées à partir d'informations de la CPAM, du Centre d'Interventions techniques pour la Vie Autonome, de certains hôpitaux psychiatriques et de certaines municipalités. 19 135 personnes handicapées ont été interrogées, soit 3,4% de la population totale en 1990⁸.

L'enquête HID (Handicap – Incapacités - Dépendance)

L'enquête HID de l'INSEE est la première enquête nationale réalisée auprès les personnes en situation d'incapacité en France.

Un volet de l'enquête a été réalisé auprès de personnes vivant à domicile (population de 16 ans et plus) en 1999 et 2001.

Le taux présenté ci-dessous est issu de la réponse à la question suivante : « Vous a-t-on reconnu un taux d'invalidité ou d'incapacité (accordé par la sécurité sociale, les COTOREP, ou CDES, l'armée, les sociétés d'assurance...) ? ».

Ces deux enquêtes situent la population handicapée adulte en Savoie dans une fourchette de 7 800 à 9 280 personnes soit entre 3,7% et 4,4% de la population adulte (20-59 ans) au 1^{er} janvier 2003.

Il s'agit ici de déficiences considérées comme sévères.

⁶ in A. Triomphe. « Les personnes handicapées en France », coll. Données Sociales, CTNERHI –INSERM, 1995

⁷ CTNERHI : Centre Technique National d'Études et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations

⁸ INSEE, recensement de la population 1990 : 559 413 habitants en Saône-et-Loire (population sans doubles comptes).

Nombre théorique de personnes handicapées entre 20 et 59 ans en Savoie (base population au 1^{er} janvier 2003)

	Taux tous handicaps (pour 1000 adultes)	Population estimée en Savoie en 2003
Enquête CTNERHI	44	9 283
Enquête HID	37	7 806

Si on applique ces taux à la population savoyarde à l'horizon 2010 et 2020⁹), on obtient une fourchette de 7970 à 9480 personnes handicapées adultes en 2010 et entre 7980 et 9490 personnes handicapées adultes en 2020 (tous handicaps confondus).

Nombre théorique de personnes handicapées entre 20 et 59 ans en Savoie par type de déficiences (enquête CTNERHI) – base population au 1^{er} janvier 2003

	Prévalence du handicap (pour 1000 adultes)	Population estimée en Savoie en 2003
Déficience mentale	5,1	1 076
Maladie mentale	3,7	781
Déficience mentale + physique	3,6	759
Maladie mentale + physique	2	422
Déficience motrice	13,1	2 764
Déficience visuelle	1,8	380
Déficience auditive (*)	0,8	169
Déficience viscérale	3	633
Pluridéficience physique	10,4	2 194
Toutes déficiences	44	9 283

(*) Cette estimation ne tient pas compte de l'implantation de l'INJS (Institut National des Jeunes Sourds) à Cognin dont la présence sur le département influence le nombre de personnes déficientes auditives.

⁹ INSEE, projections de la population selon le modèle OMPHALE, scénario central (poursuite des tendances constatées entre 1982 et 1999 concernant la fécondité, la mortalité et les quotients migratoires).

LES FLUX INTERDÉPARTEMENTAUX

Source : DRASS Rhône-Alpes, résultats de l'enquête ES 2001 réalisée auprès des établissements et services pour enfants et adultes handicapés (estimations)

L'enquête ES 2001 a été réalisée auprès de tous les établissements et services pour enfants et adultes handicapés au 31 décembre 2001 ; elle donne des informations sur l'activité de tous les établissements inscrits au répertoire FINESS, le personnel employé et les personnes prises en charge dans les établissements et services. Elle est traitée par les DRASS à l'échelon régional.

En Rhône-Alpes, les résultats d'ES 2001 ont fait l'objet de redressements des non-réponses (8% des effectifs sont ainsi estimés) mais pas des réponses incomplètes.

Ces redressements valables au niveau global peuvent avoir des effets biaisés sur de très petits effectifs.

Les résultats présentés ici sont donc à considérer avec prudence, d'autant qu'ils datent du 31 décembre 2001.

LES MOUVEMENTS

Le département de la Savoie est un département d'accueil :

- 454 adultes non savoyards sont accueillis dans un établissement savoyard
- 264 adultes savoyards sont accueillis dans un établissement d'un autre département

	Non savoyards accueillis en Savoie	Savoyards accueillis hors Savoie
ESAT	245	68
Ateliers protégé	57	12
FH	85	31
FV	21	40
Innovant	12	3
MAS	11	25
FAM	23	10
CRRFP	-	66
Centre de préorientation	-	5
Placement familial	-	4
TOTAL	454	264

LES PLACEMENTS EN SAVOIE D'ADULTES ORIGINAIRES D'UN AUTRE DÉPARTEMENT

454 adultes non savoyards sont accueillis dans établissement savoyard.

- 245 adultes originaires d'un autre département sont accueillis dans un ESAT (42 départements d'origine au total dont Isère, Haute-Savoie et Ain) ; ce qui représente presque 1/3 de la capacité installées en ESAT
- 57 adultes non savoyards (25 départements d'origine différents) travaillent dans un Atelier Protégé savoyard
- 85 sont accueillis en Foyer d'Hébergement (Isère, Haute-Savoie) ; ce qui représente 23% de la capacité installées en FH

- 23 adultes – notamment originaires de l'Isère, la Loire et le Rhône - sont accueillis dans un Foyer d'Accueil Médicalisé savoyard
- 21 adultes sont accueillis dans un Foyer de Vie

Les départements qui sollicitent principalement :

- l'Isère (117 adultes)
- la Haute-Savoie (38)
- l'Ain (29)
- le Rhône (22)

Les principaux motifs d'accueil en Savoie invoqués par les responsables d'établissements

- proximité géographique (départements limitrophes : Isère et Haute-Savoie, par ailleurs moins bien équipés en places que la Savoie)
- continuité de la prise en charge en Savoie (sorties d'établissements savoyards pour enfants)
- sorties du CHS de Bassens

LES PLACEMENTS HORS SAVOIE

Adultes originaires de la Savoie accueillis hors département (264) :

- 68 dans un ESAT (notamment en Isère, dans l'Ain et en Haute-Savoie)
- 66 dans un Centre de Rééducation, Réadaptation et de Formation Professionnelle (dans 19 départements d'accueil différents ; 17 adultes dans un CRRFP de l'Ain)
- 40 sont accueillis dans un Foyer de Vie principalement en Isère (19), en Haute-Savoie (7) et dans l'Ain (7)
- 31 dans un Foyer d'Hébergement (Isère et Ain)
- 25 dans une MAS (dont 19 en Haute-Savoie)

Les départements les plus sollicités :

- l'Isère (63 soit 24% des placements hors département)
- la Haute-Savoie (57 soit 22% des placements hors département)
- l'Ain (48 soit 18%)

Il aurait été pertinent d'interroger

- les personnes savoyardes placées hors du département sur leur souhait de retour en Savoie ;
- les personnes non savoyardes accueillies dans un établissement savoyard quant aux motifs de placement en Savoie et leurs intentions ou souhaits de retour dans leurs départements d'origine.

LES PERSONNES EN ATTENTE DE PLACE DANS LE DISPOSITIF POUR ADULTES HANDICAPÉS

Source : Résultats de l'enquête auprès des établissements et services pour enfants et adultes handicapés – CREA Rhône-Alpes – Juillet/ septembre 2005.

LES JEUNES RELEVANT DE L'AMENDEMENT CRETON

Au moment de l'enquête auprès des établissements et services, sur 446 jeunes accueillis en **IME**, **26** soit 6% de l'effectif relèvent de l'amendement Creton.

3 établissements sont concernés (APEI Chambéry, APEI Papillons Blancs Aix-les-Bains, Papillons Blancs Albertville) sur les 5 accueillant des jeunes jusqu'à l'âge de 20 ans.

Ces jeunes ont un âge moyen de 21 ans (maximum 25 ans).

Les orientations COTOREP de ces jeunes se répartissent comme suit :

- 8 orientations vers un ESAT sans hébergement,
- 7 orientations vers un ESAT + FH,
- 1 orientation vers un ESAT à temps partiel avec activité de jour et hébergement en FH,
- 3 orientations vers un Foyer de Vie (dont 1 orientation vers un FV pour autistes),
- 2 orientations vers un FAM (dont 1 orientation FAM/MAS),
- 5 orientations vers une MAS.

Concernant le **CEM** : **6** jeunes sont dénombrés, 2 relevant des annexes 24 bis (déficients moteurs) et pour lesquels une orientation vers un ESAT avec hébergement est souhaitée ; 4 relevant des annexes 24 ter (polyhandicapés) et pour lesquels une orientation vers une MAS est attendue. Ces jeunes ont entre 20 et 25 ans.

Soit au total 32 jeunes :

- 8 orientations vers un ESAT sans hébergement,
- 9 orientations vers un ESAT + FH,
- 1 orientation vers un ESAT à temps partiel avec activité de jour et hébergement en FH,
- 3 orientations vers un Foyer de Vie (dont 1 orientation vers un FV pour autistes),
- 2 orientations vers un FAM (dont 1 orientation FAM/MAS),
- 9 orientations vers une MAS.

L'origine géographique des jeunes en attente n'est pas connue dans le cadre de ces données.

LES LISTES D'ATTENTE DES ÉTABLISSEMENTS

Les listes d'attente des établissements et services n'ont pas fait l'objet de recueil ; les différentes structures ont cependant été interrogées sur leurs procédures de mise en œuvre et de mise à jour de leurs listes d'attente.

Tous les établissements indiquent tenir une liste d'attente, sauf 2 SAVS.

L'adhésion à l'association gestionnaire de l'établissement ne semble pas être discriminante.

10 établissements (sur 30) déclarent inscrire sur leur liste d'attente des personnes présentant un handicap qui ne correspond pas à leur projet d'établissement (1 SAJ, 3 ESAT, 2 FH, 2 FAM, 1 MAS et 1 SAVS).

7 établissements inscrivent uniquement les personnes savoyardes (2 FV et 1 SAJ, 1 ESAT, 2 FH, 1 SAVS).

11 structures ne reçoivent pas les personnes avant de les inscrire sur leur liste d'attente, certains indiquent envoyer un dossier de candidature à compléter par le demandeur.

Parmi les établissements ou services qui tiennent une liste d'attente, 3 établissements déclarent ne pas mettre à jour cette liste.

Si certaines structures indiquent effectuer une mise à jour, l'actualité de la demande n'est pas toujours vérifiée (inscription de nouvelles demandes uniquement) ou pas de façon régulière.

4 établissements (de la même association) effectue une mise à jour tous les 2 ou 3 ans ; 1 FAM tous les 5 ans.

Les mises à jour se font généralement une fois par an, plus rarement de façon semestrielle (3 établissements) ou trimestrielles (3 établissements).

Les procédures de mise à jour consistent principalement à prendre contact avec l'utilisateur ou sa famille, par courrier ou par téléphone.

Certains ESAT indiquent un rapprochement et une centralisation des listes d'attente en ESAT au niveau départemental (au sein de la COTOREP).

LA POPULATION

- Une population de personnes handicapées adultes estimée entre 7800 et 9300 au 1er janvier 2003 soit environ 4% de la population 20-59 ans en Savoie.
- Une forte proportion d'adultes non savoyards – principalement originaires de départements limitrophes – accueillis dans les établissements savoyards (notamment en ESAT) :
au 31 décembre 2001, 454 adultes handicapés non savoyards étaient accueillis dans un établissement savoyard,
264 adultes savoyards étaient accueillis dans un établissement hors Savoie.
- 32 jeunes relevant de l'amendement Creton accueillis dans les établissements pour enfants (26 en IME et 6 au CEM) en 2005 sont en attente de place dans un établissement pour adultes handicapés (dont 17 vers un ESAT – 9 avec un hébergement dans un Foyer d'Hébergement – et 9 vers une Maison d'Accueil Spécialisée).

5 L'ACCUEIL EN ÉTABLISSEMENT

Sources : Résultats de l'enquête auprès des établissements et services pour adultes handicapés – CREA Rhône-Alpes – Juillet/ septembre 2005 ; Réflexions du groupe de travail « Modalités d'accueil en établissements pour adultes ».

CRITÈRES ET MODALITÉ D'ADMISSION

D'après les résultats de l'enquête auprès des établissements et services :

Outre les **critères d'admission** se référant à une notion administrative (orientation COTOREP, reconnaissance en qualité de travailleur handicapé, ou reconnaissance d'inaptitude au travail) et d'agrément, des critères faisant référence aux déficiences et notamment au handicap psychique (état psychique stable, pas de handicap psychique lourd, personne avec suivi psychiatrique stabilisé) sont évoqués par les établissements et services.

Les établissements d'hébergement évoquent des critères faisant référence à la capacité à s'intégrer dans un groupe (compatibilité avec la vie de groupe, adhésion au projet communautaire, être apte à une vie collective, être apte à une vie sociale).

A noter :

- 2 Foyers d'Hébergement fonctionnent en semi continu (fermeture certains week-end et vacances) et admettent des travailleurs handicapés qui ont un point d'accueil pendant les périodes de fermeture de l'établissement,
- les SAVS accueillent uniquement des personnes ayant une RQTH (reconnaissance en qualité de travailleur handicapé).

La majorité des établissements ou services disposent d'une **procédure d'admission** formalisée ; 6 établissements ne disposent néanmoins d'aucune procédure spécifique (1 FV et 1 SAJ, 1 ESAT et 2 FH, 1 MAS).

Les modalités proposées par les établissements concernent principalement l'organisation de stages ou de périodes d'essai allant de 1 semaine à 3 mois.

Les **professionnels participant à la procédure d'admission** diffèrent selon les établissements ou services :

- soit il s'agit d'une équipe restreinte composée du directeur, du chef de service et éventuellement un médecin ou un psychologue,
- soit une équipe pluridisciplinaire associant le personnel éducatif à l'équipe de cadres de l'établissement.

Un coordinateur des TDS (Territoire de Développement Social) et/ou un médecin conseil de la DVS (Conseil Général) sont sollicités lors de l'admission par quelques structures d'hébergement (FH, FV, FAM) et les SAVS.

Enfin, un représentant de l'association gestionnaire de l'établissement est parfois associé à la procédure d'admission.

Quelques structures font mention d'une **organisation spécifique concernant l'affectation des nouveaux admis**. La plupart d'entre eux se réfèrent aux bilans et/ou à l'évaluation (suite au stage ou à la période d'essai) pour affecter le nouvel admis dans un groupe ou une unité de vie.

Un FH dispose d'un appartement d'accueil réservé aux nouveaux admis (situé à proximité du bureau des éducateurs et de la chambre de veille).

Un FAM évoque les difficultés liées à l'admission de nouveaux usagers : nécessité de préparation des autres résidents et temps d'écoute des nouveaux admis plus importants.

Concernant l'admission en établissement spécialisé, le groupe de travail pointe un certain nombre de problématiques :

- le risque de rupture de prise en charge dû à l'impossibilité de répondre à la demande
- l'absence de mutualisation des moyens pour faire face à l'accompagnement des personnes dans le secteur sanitaire, aux situations d'urgence...
- la nécessité de définir des critères d'admission sur la base du projet d'établissement, du projet associatif et des objectifs du schéma
- l'absence de mutualisation de l'information concernant les attentes

DIVERSIFICATION DES MODES D'ACCUEIL

Concernant les différents modes d'accueil pratiqués par les structures d'hébergement :

- **l'accueil séquentiel** (accueil à temps partiel articulé ou non avec un autre accueil) est pratiqué par un FV, 2 FH 2 FAM et 1 MAS ;
- **l'accueil d'urgence** est possible dans un Foyer de Vie et dans un FAM (accueil d'urgence le jour uniquement) ;
- **l'accueil temporaire** est possible dans un Foyer de Vie, 2 FH et 1 FAM ; un autre FAM indique pouvoir accueillir prochainement des personnes de façon temporaire.

Les établissements évoquent la nécessité de développer l'accueil d'urgence et l'accueil temporaire mais indiquent un manque de places ou de lits dans leurs structures pour mettre en place ces modalités d'accueil.

Le travail du groupe « modalités d'accueil en établissement pour adultes » (hors travail protégé) a permis de relever des difficultés relatives à la mise en place de modalités d'accueil alternatives (accueil séquentiel, temporaire, de jour, à la carte) au regard des contraintes organisationnelles, administratives et financières des établissements ; et par ailleurs, la nécessité d'apporter des réponses de proximité, diversifiées et adaptées aux situations des personnes.

D'autre part, aucune prise en charge institutionnelle des **travailleurs malades** n'est possible en dehors de l'ESAT (qui peut accueillir pour une courte durée n'excédant pas la journée).

Les ESAT évoquent des difficultés de prise en charge lors du retour au travail après un arrêt maladie : un retour progressif ou à temps partiel serait nécessaire pour certains mais n'est pas possible faute de prise en charge complémentaire en dehors de l'ESAT.

En effet, à part le SATRA qui permet une prise en charge en dehors de l'ESAT (32 personnes concernées), aucune **prise en charge complémentaire à l'ESAT** n'existe pour les travailleurs à temps partiel.

La plupart des ESAT évoquent la nécessité **d'aménager le temps de travail** de certains travailleurs - temporairement ou de façon durable - avec une possibilité de prise en charge en SAJ à temps partiel et des possibilités de passerelles ou de prise en charge plus souples inter établissements, sans engagement systématique d'une procédure d'orientation, lors de période de transition ou de stabilisation.

CONTINUITÉ DES PRISES EN CHARGE

Le travail du groupe « modalités d'accueil en établissement pour adultes » fait état de difficultés concernant la continuité de la prise en charge pour les personnes en situation de grande dépendance (polyhandicap, handicaps rares) en fonction de l'aggravation de leur état de santé.

LES FOYERS DE VIE ET L'HÉBERGEMENT

Le manque de place en Foyer de Vie est fréquemment évoqué par les établissements et impacte le fonctionnement des autres structures.

En effet, les Service d'Accueil de Jour indiquent une nécessité d'hébergement en établissement, au moins de manière ponctuelle, afin de soulager les familles. Il semblerait que les places en SAJ soient utilisées à défaut de places en Foyer de Vie.

D'autre part, certains ESAT évoquent la chronicisation des pathologies et le vieillissement des travailleurs entraînant un besoin croissant de réorientation en structures d'accueil hors travail protégé (Foyer de Vie ou accueil de jour avec Foyer d'Hébergement).

Un FAM indique que ses places d'accueil de jour sont occupées par des personnes qui nécessiteraient un accueil à temps complet.

LIEU D'ACCUEIL SPÉCIFIQUE DANS LES ÉTABLISSEMENTS

offrant la possibilité aux usagers de recevoir les personnes de leur choix

Un FAM et une MAS ne disposent pas de lieu spécifique (la MAS est en cours de réflexion dans le cadre de la démarche qualité et du projet d'établissement en cours)

Les différentes modalités d'accueil mises en place dans les établissements :

- possibilité d'accueil dans la chambre individuelle
- possibilité de mise à disposition de lieux (salon, salle à manger, cafétéria) pour un accueil à la journée
- possibilité d'hébergement des familles pour un FAM

LE TRANSPORT

Des difficultés liées aux transports sont évoquées par les établissements d'accueil de jour (SAJ, ESAT) :

- difficultés liées à l'implantation géographique de l'ESAT (Maurienne)
- difficultés d'accès aux transports en commun (Albertville)

Un FAM pratiquant l'accueil de jour évoque des difficultés pour les déplacements du résident entre l'établissement et sa famille au quotidien (famille vieillissante ne pouvant plus conduire).

LE HANDICAP PSYCHIQUE

De nombreux établissements font état d'une augmentation des personnes présentant des **déficiences du psychisme** ou des troubles psychiatriques au cours des 10 dernières années.

Les difficultés liées à cette problématique sont accrues par le manque de suivi psychiatrique nécessaire et du déficit de place en hôpital psychiatrique.

Plusieurs établissements indiquent une augmentation des troubles associés et/ou d'une population avec un **double handicap**.

4 établissements indiquent la **présence de troubles ou déficiences présentant un écart par rapport à ceux définis par l'agrément** de l'établissement.

Deux foyers d'hébergement et 1 ESAT font état de personnes présentant des troubles psychiatriques trop importants associés à une déficience mentale ou non (15 personnes concernées), un FAM indique la présence de troubles psychiatriques nécessitant un suivi en inadéquation avec son agrément (10 personnes concernées) et indique porter dorénavant une attention particulière à cette question lors de l'admission.

Par ailleurs, le groupe de travail « modalités d'accueil en établissement pour adultes » a pointé une absence de prise en compte de la dimension éducative dans les structures de soins psychiatriques. Cette question rejoint celle de la continuité et de la globalité des prises en charge et celle de l'articulation des différents dispositifs.

L'ACCUEIL EN ÉTABLISSEMENT

- Des critères et modalités d'admission plus ou moins formalisés et qui diffèrent selon les établissements d'accueil.
- Des modes d'accueil diversifiés (accueil séquentiel, temporaire, d'urgence, aménagé) souhaités, mais peu pratiqués et difficiles à mettre en place dans les établissements au regard des contraintes organisationnelles, administratives et financières que cela implique.
- Un manque de place en structures médicalisées.
- Un manque de place en Foyers de Vie.
- Des difficultés liées aux transports des usagers entre leur domicile et le lieu d'accueil de jour.
- Une augmentation des personnes présentant des déficiences du psychisme.

6 LES SITUATIONS DE VIE À DOMICILE

La multiplicité et l'hétérogénéité des sources statistiques ne permettent pas d'avoir une vision d'ensemble concernant les personnes handicapées vivant à domicile.

D'après les taux de prévalence – avec toutes les réserves énoncées précédemment - la population adulte atteinte de déficiences sévères est estimée entre 8000 et 9000 dans le département de la Savoie.

Les personnes handicapées vivant à domicile peuvent être dénombrées ou estimées selon diverses sources et notamment :

- les données concernant les aides et les prestations à domicile
- les enquêtes auprès des personnes

NOMBRE DE PERSONNES BÉNÉFICIAIRE D'AIDES

Sources : Conseil Général de la Savoie

	Nombre de bénéficiaires au 1 ^{er} janvier 2005
Aide ménagère et ARSM (Allocation représentative des services ménagers)	118
ACTP à domicile (Allocation Compensatrice Tierce Personne)	396
ACFP (Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels)	39
ASD (Allocation de Soutien à Domicile)	6
<hr/>	
Nombre d'auxiliaires de vie	41 (dont 34 DDASS et 7 DVS)
Nombre de familles d'accueil (agrément double : personnes âgées / personnes handicapées)	13

ESTIMATION DU NOMBRE DE PERSONNES HANDICAPÉES VIVANT À DOMICILE

Source : Exploitation ORS-DRASS de données INSEE, avril 2005

L'enquête « Handicap – Incapacité – Dépendance » (HID), menée en 1999 par l'INSEE vise à établir pour la première fois en France une estimation du nombre de personnes touchées par tous les types de handicaps, y compris ceux liés à l'âge.

Cette enquête se base sur des données déclaratives ; les personnes font état de leurs difficultés (notamment des limitations fonctionnelles ou des restrictions d'activité) selon leur propre appréciation ; il ne s'agit pas ici de reconnaissance administrative du handicap.

La dépendance physique

L'enquête HID permet d'avoir une bonne estimation des situations de forte dépendance physique. L'indicateur utilisé ici afin de mesurer la perte de mobilité est la grille de Colvez ; elle classe les personnes en quatre groupes :

Niveau 1 : personnes confinées au lit ou au fauteuil

Niveau 2 : personnes non confinées au lit ou au fauteuil, ayant besoin d'aide pour la toilette et l'habillement

Niveau 3 : personnes ayant besoin d'aide pour sortir de leur domicile, mais n'appartenant pas aux niveaux 1 et 2

Niveau 4 : personnes considérées comme non dépendantes

Plus de 10 000 personnes âgées de plus de 5 ans dont 3 400 personnes de moins de 60 ans résidant en Savoie dans un logement ordinaire seraient dépendantes au plan physique (niveau 1 à 3). ; toutes ont besoin d'une aide quotidienne.

SAVOIE	5-59 ans	60 ans et plus	Ensemble
Confiné au lit ou au fauteuil	150	750	900
Ayant besoin d'aide pour la toilette et l'habillement	1200	2010	3210
Ayant besoin d'aide pour sortir	2050	4690	6740
Ensemble	3400	7450	10850

On estime à 900 le nombre de personnes très dépendantes (« confinées au lit ou au fauteuil »), dont 150 personnes de moins de 60 ans.

La prévalence de la dépendance augmente avec l'âge : les 60 ans et plus représentent plus des 2/3 de l'ensemble des personnes physiquement dépendantes.

Le taux de prévalence en Savoie est proche de la moyenne régionale, les départements où l'âge moyen des personnes est plus élevé étant un peu plus concernés que les autres par ces incapacités (Drôme, Loire, Ardèche).

Ces données se limitent à la dépendance physique mais ne prennent pas en compte la dépendance psychique.

En région Rhône-Alpes, parmi les 160 000 personnes dépendantes au plan physique, on estime à 45 000 le nombre de personnes dépendantes psychologiquement, soit 28%.

ESTIMATION DU NOMBRE DE PERSONNES HANDICAPÉES VIVANT AU DOMICILE DE LEURS PARENTS VIEILLISSANTS

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

Compte tenu de l'âge des intéressés, et plus encore de leurs parents, des ruptures brutales peuvent survenir du fait de l'apparition de dépendances nouvelles, de problèmes de santé, ou de décès des aidants.

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

En 1997, sont parus les résultats¹⁰ d'une enquête réalisée sur plusieurs sites français visant d'une part à dénombrer de manière exhaustive le nombre de familles âgées¹¹ ayant gardé à domicile, sans aide, un (ou plusieurs) descendant(s) handicapé(s), et d'autre part à connaître leur mode de vie au quotidien au travers d'entretiens menés auprès d'un échantillon des familles recensées.

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

Plusieurs sites ont été explorés :

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

Nombre d'adultes handicapés à la charge de parents âgés sur 1 000 habitants.

Zone rurale	Île et Vilaine	1,10 / 1000 habitants
	Ardèche	3,68 / 1000 habitants
Zone urbaine	Roanne (Loire)	0,35 / 1000 habitants
		0,18 / 1000 habitants
Zone très urbanisée	Île de France	(0,30 Sarcelles – 0,21 Val d'Oise – 0,10 Versailles – 0,15 Yvelines)

¹⁰ a) Fortes et Fragiles. Les familles vieillissantes qui gardent en leur sein un descendant handicapé. Synthèse rédigée par BREITENBACH (N). Fondation de France, novembre 1997. b) en Rhône-Alpes : A la rencontre de parents âgés ayant un adulte handicapé à charge à domicile, VOLKMAR (C.) CREAI Rhône-alpes.

¹¹ L'étude a retenu l'âge minimum de 55 ans comme critère pour définir un « parent âgé ». La fourchette d'âge des descendants handicapés est donc comprise, dans l'étude, entre 20 et 59 ans.

Extrapolation au plan départemental à partir des résultats de cette étude

Un essai d'extrapolation au plan départemental doit s'entourer des précautions suivantes :

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

Pour approcher un niveau d'extrapolation réaliste, nous retiendrons le taux obtenu à Roanne comme hypothèse basse - compte tenu du caractère urbain de cette ville - sous évaluant le nombre des situations existant en Savoie et le taux obtenu en Ardèche comme hypothèse haute.

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

Nombre d'adultes handicapés à la charge de parents vieillissants

SAVOIE (population totale en 2003 : 386 246	Hypothèse basse (Référence Roanne)	Hypothèse haute (Référence Ardèche)
Ratio pour 1000 habitants	0,35	3,68
Nombre de descendants handicapés adultes à domicile	135	1421

En Savoie, avec toutes les précautions liées à de telles conjonctures sur une population de 386 246 habitants (INSEE au 1^{er} janvier 2003), entre 135 et 1 421 personnes handicapées (tous handicaps confondus) adultes étaient à la charge de familles avançant en âge.

Une telle fourchette souligne la grande incertitude concernant l'estimation des personnes handicapées à domicile à la charge de leurs familles avançant en âge.

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

LES PROBLÉMATIQUES IDENTIFIÉES

Afin de répondre aux besoins des personnes handicapées vivant à domicile, de favoriser l'autonomie et de faciliter l'accès à la cité, le groupe de travail a identifié les problématiques suivantes.

Concernant le maintien ou l'accès à la vie à domicile

- le cloisonnement des interventions à domicile entraînant une multiplicité d'interlocuteurs,
- la question de la réactivité des services de soutien à domicile avec des procédures et des mises en œuvre effectives des aides actuellement trop longues face à des situations d'urgence ou ponctuelles,
- le manque d'accompagnement spécifique de certaines situations, notamment les personnes en situation de « handicap psychique », les personnes cérébrolésées et celles souffrant de déficiences visuelles,
- l'insuffisance d'heures de soins accordées aux personnes présentant un handicap moteur et le manque de personnels soignants dans certains secteurs du département.

Concernant l'accès au logement

- les problèmes liés à l'adaptabilité des logements qui ne semblent pas tenir à la législation mais à son application sur le terrain ; le manque de connaissance pratique des techniciens pour répondre aux besoins réels des usagers,
- les difficultés d'accès à la voirie quelque soit le lieu de résidence et le handicap,
- les difficultés d'accès aux logements : des délais importants pour l'octroi d'un logement social, les prix élevés des locations, des conditions d'accès aux logements très contraignantes (garantie de salaires, caution, cautionnaire) et la réticence des bailleurs face aux personnes handicapées.

Concernant l'accès aux transports

- les difficultés voire l'impossibilité de se déplacer avec les transports en commun, qui ne concernent pas uniquement l'accessibilité « physique » mais aussi les personnes atteintes d'une déficience mentale ou du psychisme,
- l'absence de véhicule auto-école adapté au sein du département de la Savoie.

Concernant l'accès à la vie sociale, au tourisme et aux vacances

- le coût élevé des vacances au regard des ressources des personnes handicapées (notamment handicap mental et psychique...) et le surcoût lié à l'accompagnement des personnes (nécessaire de financer 2 séjours pour qu'une personne handicapée puisse partir en vacances),
- les difficultés d'accès des personnes handicapées aux activités sociales, la solitude et l'isolement de certaines personnes et le manque d'accompagnement spécifique pour les personnes handicapées psychiques, accru par l'absence de demande de la part de cette population.

Concernant le soutien aux aidants

- la question des temps de répit aux aidants entraînant usure, sentiment de solitude et parfois maltraitance involontaire de la part des aidants.

Concernant les questions transversales

- l'insuffisance de formation des professionnels à domicile (professionnels et bénévoles),
- la difficulté d'accès à des informations actualisées et compréhensibles par tous (personnes handicapées et leurs familles mais aussi tous les professionnels concernés par le handicap) concernant l'ensemble des démarches à effectuer et de l'offre de services, l'évolution des textes législatifs...

LES PERSONNES A DOMICILE

- Des difficultés à dénombrer les personnes handicapées à domicile.
- 396 personnes bénéficiaires de l'ACTP à domicile au 1^{er} janvier 2005.
- 118 personnes bénéficiaires d'une aide ménagère et de l'ARSM (allocation représentative des services ménagers)
- Les personnes de moins de 60 ans (5-60 ans) résidant en Savoie dans un logement ordinaire, dépendantes au plan physique (besoin d'une aide quotidienne) sont estimées à 3400 d'après l'enquête HID (Handicap – Incapacité – Dépendance) menée en 1999 par l'INSEE ; les personnes très dépendantes (confinées au lit ou au fauteuil) sont estimées à 150.
- Des besoins en matière :
 - d'aides humaines
 - d'accessibilité (logement, transport, voirie)
 - d'accès à la vie sociale, aux loisirs et aux vacances
 - d'aides aux aidants

7 L'AVANCÉE EN ÂGE

Est observé, au regard de la démographie générale, un vieillissement marqué de la population du département (personnes handicapées comprises), auquel il faut ajouter, pour les personnes porteuses de handicap, une espérance de vie allant croissant.

Concernant ce dernier point, disposer de données fiables semble aujourd'hui illusoire. « Philippe Gabbai a démontré dans son travail que les âges moyens de décès de personnes accueillies en établissement spécialisés ont augmenté entre 1990 et 1997, et que ces chiffres peuvent continuer d'augmenter positivement »¹² ; une des conclusions de cette observation indique que « la pesée des pathologies somatiques associées à l'avancée en âge invite à une relative médicalisation des structures pour handicapés vieillissants ».

DONNÉES DE POPULATION

Synthèse des données transmises par le Conseil Général.

GRUPE DE RÉFLEXION SUR L'ACCUEIL DES PERSONNES HANDICAPÉES VIEILLISSANTES

(avril 2001 - juillet 2002 - TDS couronne chambérienne)

L'objectif de ce groupe de travail était de recenser les bénéficiaires potentiels d'un accueil dans une unité destinée aux personnes handicapées vieillissantes de la maison de retraite de Jacob.

Le recensement concernait : des personnes handicapées de 50 à 70 ans, déficience intellectuels ou psychiques, polyhandicapés, « handicapés sociaux » (isolés, en détresse sociale, alcoolique, SDF...).

Parmi les thématiques travaillées par ailleurs par le groupe :

- L'intégration en maison de retraite,
- Les familles d'accueil,
- Les lieux de vie avec accompagnement spécifique,
- Le retour en famille avec aide et soins,
- Le maintien à domicile avec accompagnement social pour certaines personnes vivant seules (l'APAJH précise que les 2/3 des handicapés qui travaillent au sein du CAT ou de l'AP vivent seuls).

Propositions de 2002 par le groupe précité :

- L'ouverture de l'unité destinée aux personnes handicapées vieillissantes au centre hospitalier est considérée comme insuffisante pour répondre aux besoins à 5 ans et plus, *Depuis 2002 : réalisation d'une unité de 5 personnes à Saint-Baldoph et reconnaissance « de fait » d'une unité de 12 personnes aux Marches ; une unité de 12 places est en cours de réalisation au CH de Chambéry.*
- Une réflexion doit se construire concernant une structuration adéquate du maintien à domicile associé à une offre de moments de vie collective,
- Passerelles à rechercher entre les secteurs du handicap et le secteur personnes âgées.

¹² . Nancy Breitenbach, Une saison de plus, handicap mental et vieillissement, Desclée de Brouwer.

- Interrogation sur le « seuil de tolérance » (nombre de personnes handicapées vieillissantes/nombre de personnes âgées dans la même institution),
- Nécessité de coordination des aides à domicile. Proposition : le SAVS peut-il jouer un rôle dans le devenir des personnes handicapées vieillissantes ?
Autorisé depuis 1995.
- Nécessité de repérer le nombre conséquent de personnes handicapées physiques à domicile ayant exprimé par l'intermédiaire de l'APF le souhait d'être accueillies en structure adaptée,
- Partenariat à engager avec le CHS de Bassens.

RECENSEMENT DES PERSONNES HANDICAPÉES EN JUIN 2003

A partir du recensement des personnes handicapées âgées de plus de 50 ans en juin 2003 auprès de la COTOREP, une analyse des données a été effectuée par les services du Conseil Général.

Ces données peuvent être réparties selon les TDS¹³, le lieu de résidence des personnes (en établissement ou à domicile), en distinguant les personnes bénéficiant d'un taux d'ACTP de 80%.

Les personnes handicapées de plus de 50 ans travaillant en ESAT

132 personnes de 50 à 60 ans sont dénombrées en février 2005, ce qui représente 17% de la capacité d'accueil départementale en ESAT.

Les personnes handicapées de plus de 50 ans vivant à domicile

En 2003, elles sont 264 à être repérées par la COTOREP de la Savoie.

Les 60 ans ou plus sont 141 soit 53% de l'effectif. 75 personnes présentent un handicap physique, 33 un polyhandicap, 21 un handicap psychique, 12 un handicap mental.

Les TDS les plus cités : Aix-les-Bains (31), Chambéry (28), Albertville (24).

Parmi les personnes de 60 ans ou plus, 36 bénéficient d'un taux d'ACTP (allocation compensatrice tierce personne) de 80%. Pour cette population, les personnes présentant un handicap physique sont les plus nombreuses (27 sur 36) et les TDS les plus cités sont Aix-les-Bains (13), Chambéry (6), Tarentaise (5).

ÉLÉMENTS ISSUS DE L'ENQUÊTE MENÉE PAR L'ADAPEI DE SAVOIE, 2004

Cette enquête, relative aux besoins de place au-delà de 60 ans, sur 15 ans, recense le nombre de personnes actuellement accueillies en établissement pour adultes handicapés pour lesquelles une réorientation sera à terme nécessaire, compte tenu de l'avancée en âge.

Pour la tranche 2006-2010, 48 personnes sont dénombrées, 25 d'entre-elles nécessiteraient un accueil en maison de retraite spécifique, 11 en maison de retraite ordinaire, 9 en unité de vie intégrée à des foyers ou foyers de vie ; 3 au domicile personnel.

Pour la tranche 2011-2015, 84 personnes sont dénombrées ; 45 nécessitant une maison de retraite spécifique, 21 une maison de retraite ordinaire, 14 un accueil en unité de vie intégrée à des foyers ou foyers de vie ; 3 au domicile personnel ; 1 en long séjour.

Selon cette étude, et en fonction des prévisions à 15 ans concernant 221 personnes, le type de solution relève principalement de structures du type maison de retraite spécifique (47% des réorientations prévues). La courbe présentant le nombre de personnes concernées chaque année va croissant, doublant en 5 ans.

¹³ . Territoire de Développement Social.

ÉLÉMENTS ISSUS DE L'ENQUÊTE MENÉE AUPRÈS DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES EN 2005

De nombreux établissements et services font état d'un vieillissement de la population accueillie ; à la fois au titre d'une évolution naturelle de la population accueillie, mais aussi au registre de tableaux en décalage par rapport à l'agrément de l'établissement (11 personnes accueillies en ESAT + Foyer d'Hébergement pour lesquelles, à ce titre, une réorientation vers un Foyer de Vie serait pertinente).

La problématique du vieillissement est citée par les 2/3 des établissements et services pour adultes handicapés.

LES PROBLÉMATIQUES IDENTIFIÉES PAR LE GROUPE DE TRAVAIL

Les problématiques identifiées par le groupe de travail « Le vieillissement des personnes handicapées et l'articulation avec le secteur gérontologique » relèvent des dimensions suivantes et viennent confirmer les éléments recueillis par ailleurs :

- **Question du vieillissement des personnes accueillies en ESAT** (avec un accroissement de la population concernée) se traduisant par une baisse significative de l'efficacité au travail et des motivations (usure, lassitude, fatigabilité) nécessitant une adaptation des situations et des rythmes de travail voire une réorientation (vers un accueil de jour ou un Foyer de Vie), et la question de la continuité de la prise en charge (activité, hébergement, soin, soutien) pour les personnes quittant l'ESAT par limite d'âge.
- **Problèmes liés au vieillissement des personnes accueillies en foyer occupationnel ou en foyer de vie** avec surtout, pour certains, une augmentation des difficultés liées à l'état de santé entraînant des besoins accrus en accompagnement et en soins et la nécessité de modalités de prise en charge souples et complémentaires (offrir une réponse globale à l'utilisateur).
- **Vieillesse des personnes accueillies en MAS et en FAM** avec, pour certaines populations, une augmentation des difficultés liées à l'état de santé ; veiller cependant à ce que la dimension soin n'occupe pas tout l'échappatoire au détriment des dimensions éducatives et d'animation.
- **Les personnes handicapées ne pouvant plus vivre à leur domicile du fait de leur avancée en âge ou de celle de leur entourage** — avec surtout repérage des situations de rupture liées à la défaillance des aidants et la nécessité de réponse dans l'urgence (dont accueil temporaire).
- **Points relatifs aux transversalités (intra ou inter dispositifs)** : question de la formation croisée des professionnels des divers secteurs concernés (médico-social, gériatrie, soins somatiques, soins psychiatriques) ; question de la formation des professionnels du secteur médico-social à l'évolution des pathologies liées au vieillissement et à la gérontologie ; nécessité d'un référent de parcours clairement identifié par la personne, garant de la continuité et de la cohérence des prises en charge dispensées.

L'AVANCÉE EN ÂGE

- Un vieillissement de la population du département ainsi que de la population accueillie dans les établissements et services savoyards, faisant émerger de nouvelles problématiques.
- Une population âgée en établissement en augmentation :
 - selon une étude de l'ADAPEI de Savoie en 2004, la proportion de la population de plus de 60 ans accueillie dans les établissements gérés par les APEI devrait doubler en 5 ans ;
 - plus de 200 personnes actuellement accueillies dans les établissements de l'ADAPEI devraient être réorientées compte tenu de leur âge et de leur état de santé - dans les 15 prochaines années.

8 LES RESSOURCES ET LES COMPÉTENCES

LES PARTENARIATS

Les établissements ou services ont été interrogés quant aux partenariats mis en place, faisant l'objet ou non de conventions.

Les différents domaines proposés:

- Le travail, l'insertion professionnelle
- La formation (pré) professionnelle
- L'accueil ou l'accompagnement à la sortie
- Les soins
- Le suivi social
- Les transports
- Les vacances
- L'offre culturelle

Les partenariats concernant les soins, les vacances et le suivi social sont les plus cités.

Dans l'ensemble, peu de partenariats font l'objet de conventions formalisées, il s'agit essentiellement de prises en charge complémentaires.

Les conventions relèvent essentiellement d'actions spécifiques.

Les partenariats font souvent l'objet de conventions ou de contrats ponctuels.

L'existence et la qualité de certains partenariats sont parfois liées à l'investissement et à l'engagement d'une structure ou d'un organisme, voire d'une personne.

Nombre d'établissements ont exprimé des avis concernant les soins psychiatriques ; un partenariat actif ou une convention avec le CHS de Bassens paraît indispensable.

LES SOINS

Les partenaires les plus cités sont le CHS, les CMP et les médecins libéraux.

Le partenariat avec le CHS fait l'objet d'une convention dans un cas sur deux.

Plusieurs établissements font part d'un manque de disponibilité du CHS et d'un partenariat à consolider ou à développer.

Par ailleurs plusieurs conventions sont citées : ALLP pour l'assistance respiratoire, le CHS du Vinatier (Lyon) pour les soins dentaires de personnes souffrant de troubles psychiatriques, le Centre de Réadaptation Fonctionnelle le Zander (Aix les Bains) pour la balnéothérapie.

Enfin plusieurs établissements indiquent une difficulté à coordonner les actions relatives aux soins.

LES VACANCES

Les partenaires cités sont principalement des organismes spécialisés (ACLV, ALPAS, ASSAGA, BSV) ou ordinaires (UFCV, Renouveau, VVF). Le réseau associatif est également cité (ADAPEI, APF) ainsi que le réseau inter établissements (SAVS, MAS).

Aucune convention n'est établie (sauf 1 avec Bourse Solidarité Vacances) avec les différents organismes mais nombre de séjours font l'objet de contrats.

Les tarifs élevés pratiqués par les organismes de vacances adaptées sont soulignés.

LE SUIVI SOCIAL

Les services de tutelles (UDAF et ATMP) sont les plus cités quant à assurer un suivi des situations administratives et financières ; les assistantes sociales de secteur et les SAVS sont également indiqués dans une moindre mesure.

Ces partenariats ne font pas l'objet de conventions. Quelques établissements indiquent un manque d'aide, un travail en réseau régulier rendu impossible par les charges de travail importantes – aussi bien des établissements que des services sociaux – induisant un manque de temps et de disponibilité pour ces questions.

L'OFFRE CULTURELLE ET/OU DE LOISIRS

Les partenariats cités sont divers : cinéma, médiathèque JJ Rousseau à Chambéry, Espace Malraux à Chambéry, école de musique, centre équestre, piscine, MJC et maisons de quartiers.

Quelques conventions sont établies mais il s'agit plutôt d'adhésions.

LES TRANSPORTS

Les réseaux de transports en communs sont cités (STAC, SNCF) ainsi que le GIHP (service de transports adaptés) par les établissements situés dans le bassin chambérien.

Aucune convention n'est établie.

Les établissements implantés à Albertville ou en Maurienne font quant à eux appel à des transporteurs privés (taxis, compagnies privées de bus) pour les navettes ESAT / domicile et les retours en famille le week-end ; transporteurs avec lesquels des conventions ont été établies pour certains.

L'ACCUEIL ET L'ACCOMPAGNEMENT À LA SORTIE

Les principaux partenariats sont des établissements ou services médico-sociaux ou pour personnes âgées. Il s'agit dans la plupart des cas de trouver un mode de prise en charge à la sortie de l'ESAT (réorientation avant 60 ans ou prise en charge après 60 ans).

Sont cités par ailleurs et de façon marginale les SAVS, les services sociaux (assistantes sociales de TDS ou autre) et les familles d'accueil.

Une convention est établie avec un EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), grâce à l'engagement important de cette structure.

LA FORMATION (PRÉ) PROFESSIONNELLE

Ce champ concerne 6 ESAT (sur 8) et 2 SAVS (sur 4).

Des organismes ou centres de formation sont principalement cités (ADEA, Greta, AFETIS...) ainsi que des services oeuvrant pour l'orientation et l'insertion professionnelle (CAP Emploi, Avenir Jeunes, PAIO).

A noter : un ESAT est partenaire d'OPTICAT (réseau d'établissements isérois de travail protégé, qui assure - entre autres missions - des formations pour les travailleurs handicapés).

L'objet de ces partenariats est diversifié : formations spécifiques liées à des métiers, formation générales (informatique) ou évaluations/orientations afin de déterminer une formation adaptée.

Des conventions ponctuelles ou des conventions d'alternance de prise en charge sont établies.

LE TRAVAIL ET L'INSERTION PROFESSIONNELLE

Des partenariats sont cités par la moitié des ESAT et des SAVS.

Il s'agit principalement d'organismes tels l'ANPE, les Missions Locales ou CAP Emploi, mais aussi d'entreprises locales dont l'objet est de favoriser l'accès des travailleurs en ESAT au milieu ordinaire de travail.

L'insertion professionnelle ne faisant pas partie des missions des SAVS, ceux-ci sollicitent les établissements de travail protégé par l'intermédiaire du référent travail protégé des TDS.

Une seule convention est passée avec l'ANPE.

ARTICULATION ET COMPLÉMENTARITÉ AVEC LES DISPOSITIFS CONNEXES

Tous les groupes de travail font état d'un cloisonnement sectoriel des compétences selon les dispositifs : dispositifs pour personnes âgées, dispositifs de soins dont la psychiatrie et entre les divers acteurs du secteur médico-social.

Est pointée la nécessité d'optimiser l'articulation entre le secteur médico-social, le secteur pour personnes âgées et le secteur sanitaire général ou spécialisé au regard :

- des besoins d'information et de formation des professionnels des établissements sanitaires ou gérontologiques aux problématiques du handicap,
- des risques de déstabilisation et d'effets secondaires négatifs des séjours ou consultations ou soins des usagers des établissements médico-sociaux dans les établissements sanitaires,
- des difficultés à généraliser la mise en place de conventions entre les différents dispositifs.

L'ÉVALUATION INTERNE

La loi du 2 janvier 2002 (Article 22¹⁴) rendant obligatoire l'évaluation pour l'ensemble des établissements du secteur social et médico-social, la démarche évaluative devrait se généraliser dans les mois à venir.

En septembre 2005 en Savoie :

- seulement un établissement pour adultes handicapés (FH) a réalisé une démarche d'évaluation interne,
- pour 14 établissements ou services la démarche est en cours de réalisation (notamment les FAM, les MAS et les SAVS),
- pour 16 établissements (dont 6 ESAT sur 8), ce travail n'est pas encore conduit ; parmi eux, 3 établissements indiquent que cette démarche est prévue dans les prochains mois.

Cette démarche d'évaluation est prévue avec d'autres établissements de l'association gestionnaire pour certains établissements ou services.

Pour d'autres, cette démarche est réalisée en partenariat avec des établissements de même nature (SAVS notamment).

¹⁴ Article 22 : "Les établissements et services procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité de leurs prestations".

LA FORMATION DES PROFESSIONNELS

Un plan de formation existe dans tous les établissements ou services pour adultes handicapés (sauf 1 Foyer de Vie, mais un plan est prévu pour 2006).

Tous les postes sont concernés par la formation.

L'acquisition de nouvelles qualifications concernent 14 structures.

Les nouvelles qualifications les plus fréquemment citées sont :

- les éducateurs spécialisés (6 établissements)
- les aides médico-psychologiques – AMP (5 établissements)
- les moniteurs d'ateliers (2 établissements)
- les postes d'encadrement (CAFERUIS et CAFDES pour 2 établissements)
- les moniteurs éducateurs (1 établissement)

Nombre de qualifications sont acquises par le biais de la VAE (Validation des Acquis de l'Expérience) – notamment les éducateurs spécialisés – ou par alternance dans le cadre d'un CIF (Congé Individuel de Formation).

Des qualifications spécifiques sont également indiquées :

- Sauveteur Secouriste du Travail (SST)
- habilitation électrique
- prévention des risques professionnels
- qualification aux aspirations endo-trachéales
- qualifications liées aux activités thérapeutiques : balnéothérapie, équithérapie

RESSOURCES ET COMPÉTENCES

- Peu de partenariats faisant l'objet de conventions entre les établissements médico-sociaux et les services ou dispositifs connexes ; fragilité des partenariats existants souvent liés à des personnes et non des services.
- Un manque d'articulation des différents secteurs (médico-social, sanitaire et gériatrique).
- Une démarche d'évaluation interne en cours dans la moitié des établissements ou services pour adultes handicapés en 2005 (une seule réalisation).
- Un plan de formation en place dans tous les établissements et services pour adultes handicapés.

9 SYNTHÈSE

L'ÉQUIPEMENT MÉDICO-SOCIAL DÉPARTEMENTAL

- Au total, 1696 places installées au 1^{er} janvier 2005 dans les établissements et services savoyards pour adultes handicapés.
- Des taux d'équipement au dessus de la moyenne régionale pour toutes les catégories d'établissements excepté pour les Foyers de Vie.

LA POPULATION

- Une population de personnes handicapées adultes estimée entre 7800 et 9300 au 1er janvier 2003 soit environ 4% de la population 20-59 ans en Savoie.
- Une forte proportion d'adultes non savoyards – principalement originaires de départements limitrophes – accueillis dans les établissements savoyards (notamment en ESAT) : au 31 décembre 2001, 454 adultes handicapés non savoyards étaient accueillis dans un établissement savoyard, 264 adultes savoyards étaient accueillis dans un établissement hors Savoie.
- 32 jeunes relevant de l'amendement Creton accueillis dans les établissements pour enfants (26 en IME et 6 au CEM) en 2005 sont en attente de place dans un établissement pour adultes handicapés (dont 17 vers un ESAT – 9 avec un hébergement dans un Foyer d'Hébergement – et 9 vers une Maison d'Accueil Spécialisée).

L'ACCUEIL EN ÉTABLISSEMENT

- Des critères et modalités d'admission plus ou moins formalisés et qui diffèrent selon les établissements d'accueil.
- Des modes d'accueil diversifiés (accueil séquentiel, temporaire, d'urgence, aménagé) souhaités, mais peu pratiqués et difficiles à mettre en place dans les établissements au regard des contraintes organisationnelles, administratives et financières que cela implique.
- Un manque de place en structures médicalisées.
- Un manque de place en Foyers de Vie.
- Des difficultés liées aux transports des usagers entre leur domicile et le lieu d'accueil de jour.
- Une augmentation des personnes présentant des déficiences du psychisme.

LES PERSONNES A DOMICILE

- Des difficultés à dénombrier les personnes handicapées à domicile.
- 396 personnes bénéficiaires de l'ACTP à domicile au 1^{er} janvier 2005.
- 118 personnes bénéficiaires d'une aide ménagère et de l'ARSM (allocation représentative des services ménagers)
- Les personnes de moins de 60 ans (5-60 ans) résidant en Savoie dans un logement ordinaire, dépendantes au plan physique (besoin d'une aide quotidienne) sont estimées à 3400 d'après l'enquête HID (Handicap – Incapacité – Dépendance) menée en 1999 par l'INSEE ; les personnes très dépendantes (confinées au lit ou au fauteuil) sont estimées à 150.
- Des besoins en matière :
 - d'aides humaines
 - d'accessibilité (logement, transport, voirie)
 - d'accès à la vie sociale, aux loisirs et aux vacances
 - d'aides aux aidants

L'AVANCÉE EN ÂGE

- Un vieillissement de la population du département ainsi que de la population accueillie dans les établissements et services savoyards, faisant émerger de nouvelles problématiques.
- Une population âgée en établissement en augmentation :
 - selon une étude de l'ADAPEI de Savoie en 2004, la proportion de la population de plus de 60 ans accueillie dans les établissements gérés par les APEI devrait doubler en 5 ans ;
 - plus de 200 personnes actuellement accueillies dans les établissements de l'ADAPEI devraient être réorientées compte tenu de leur âge et de leur état de santé - dans les 15 prochaines années.

RESSOURCES ET COMPÉTENCES

- Peu de partenariats faisant l'objet de conventions entre les établissements médico-sociaux et les services ou dispositifs connexes ; fragilité des partenariats existants souvent liés à des personnes et non des services.
- Un manque d'articulation des différents secteurs (médico-social, sanitaire et gériatrique).
- Une démarche d'évaluation interne en cours dans la moitié des établissements ou services pour adultes handicapés en 2005 (une seule réalisation).
- Un plan de formation en place dans tous les établissements et services pour adultes handicapés.

GLOSSAIRE

AAH	Allocation Adultes Handicapés <i>Allocation de ressources versées par la CAF ou la MSA aux personnes dont le taux d'invalidité fixé par la COTOREP est de plus 80% ou aux personnes se trouvant dans l'impossibilité, reconnue par la COTOREP, de se procurer un emploi.</i>
ACFP	Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels <i>Allocation destinée aux personnes handicapées de moins de 60 ans dont l'incapacité permanente est d'au moins 80%, dans le cas où leur activité professionnelle les expose à des frais que n'aurait pas un travailleur valide.</i> <i>(Allocation attribuée par la COTOREP et financée par le Département)</i>
ACTP	Allocation Compensatrice pour Tierce Personne <i>Allocation destinée aux personnes handicapées de moins de 60 ans dont l'incapacité permanente est d'au moins 80% et qui ont besoin d'une aide dans l'accomplissement d'un ou plusieurs actes essentiels de l'existence.</i> <i>(Allocation attribuée par la COTOREP et financée par le Département)</i>
ADAPEI	Association Départementale des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés
ADH	Association Dépannage Handicapés
ALLP	Association Lyonnaise de Logistique Post hospitalière
ANPE	Agence Nationale Pour l'Emploi
APF	Association des Paralysés de France
ARSM	Allocation Représentative des Services Ménagers
ASD	Allocation de Soutien à Domicile
ATMP	Association Tulélaire Majeurs Protégés
CDES	Commission Départementale de l'Éducation Spéciale
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CMP	Centre Médico-Psychologique
COTOREP	Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
CTNERHI	Centre Technique National d'Études et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations
DDASS	Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

DVS	Direction de la Vie Sociale (Conseil Général)
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ESAT	<p>Établissement et Service d'Aide par le Travail</p> <p><i>Les établissements et services d'aide par le travail accueillent des personnes handicapées dont les capacités de travail ne leur permettent, momentanément ou durablement, à temps plein ou à temps partiel, ni de travailler dans une entreprise ordinaire ou dans une entreprise adaptée ou pour le compte d'un centre de distribution de travail à domicile, ni d'exercer une activité professionnelle indépendante.</i></p> <p><i>Ils leur offrent des possibilités d'activités diverses à caractère professionnel, ainsi qu'un soutien médico-social et éducatif, en vue de favoriser leur épanouissement personnel et social.</i></p>
FAM	<p>Foyer Accueil Médicalisé (ex FDT)</p> <p><i>Accueil de personnes lourdement handicapées dont la dépendance totale ou partielle les rend inaptes à toutes activités à caractère professionnel, leur fait obligation de recourir à une tierce personne pour la plupart des actes essentiels de l'existence et nécessite une surveillance médicale et des soins constants.</i></p> <p><i>(financement : Aide Sociale ou prise en charge par la personne elle-même du coût de l'hébergement ; Assurance Maladie pour le forfait soins)</i></p>
FH	<p>Foyer d'Hébergement</p> <p><i>Hébergement d'adultes handicapés travaillant soit en établissement de travail protégé soit en milieu ordinaire ; peut également fonctionner en structure appartement.</i></p> <p><i>(financement : Aide Sociale et prise en charge par la personne elle-même)</i></p>
FV	<p>Foyer de Vie (ou foyer occupationnel)</p> <p><i>Accueil d'adultes handicapés à temps complet non reconnus travailleurs handicapés et ne nécessitant pas de soins constants ; certaines structures peuvent pratiquer un accueil de jour.</i></p> <p><i>(financement : Aide Sociale ou prise en charge par la personne elle-même)</i></p>
HID	Handicaps Incapacités Dépendance
IME	<p>Institut Médico-Éducatif</p> <p><i>Établissement accueillant des enfants ou adolescents atteints de déficiences à prédominance intellectuelle.</i></p>
INJS	Institut National des Jeunes Sourds
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
MAS	<p>Maison d'Accueil Spécialisé</p> <p><i>Accueil de personnes handicapées n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants.</i></p> <p><i>(financement Assurance Maladie)</i></p>

RTH	Reconnaissance Travailleur Handicapé
SAD	Services d'Aide à Domicile
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale <i>Destinés à favoriser le maintien à domicile et à la vie sociale des personnes handicapées par un accompagnement social en milieu ouvert et un apprentissage à l'autonomie. Ils s'adressent à des personnes vivant en logement individuel ou en appartement collectif et travaillant en milieu ordinaire ou en structure protégée. (financement Conseil Général)</i>
SSIAD	Services de Soins Infirmiers à Domicile
TDS	Territoire de Développement Social (7 en Savoie)
UDAF	Union Départementale des Associations Familiales