



ANNEXES





Sommaire des annexes

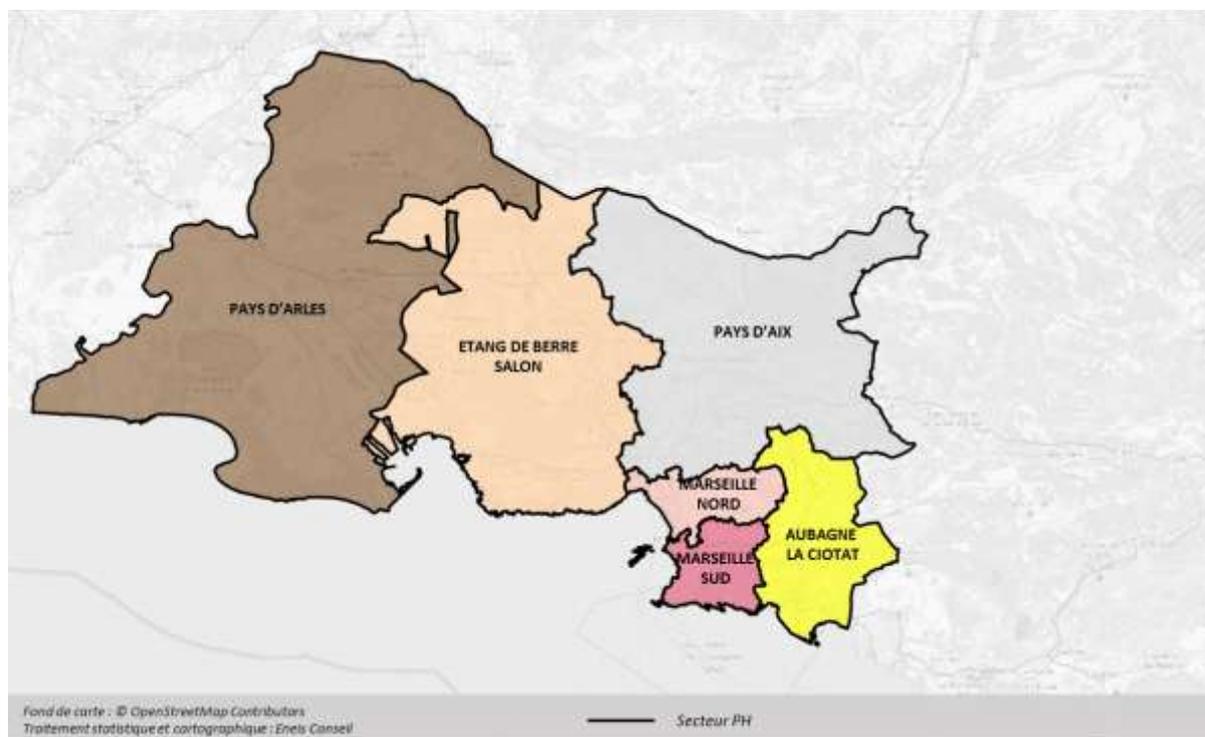
Diagnostic quantitatif	3
Données socio-démographiques	3
Bénéficiaires d'une prestation handicap	6
L'offre à destination des personnes handicapées	10
Diagnostic qualitatif	16
Dispositif favorisant le maintien à domicile des personnes handicapées	16
L'accueil des enfants et des adultes handicapés en établissement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





Diagnostic quantitatif

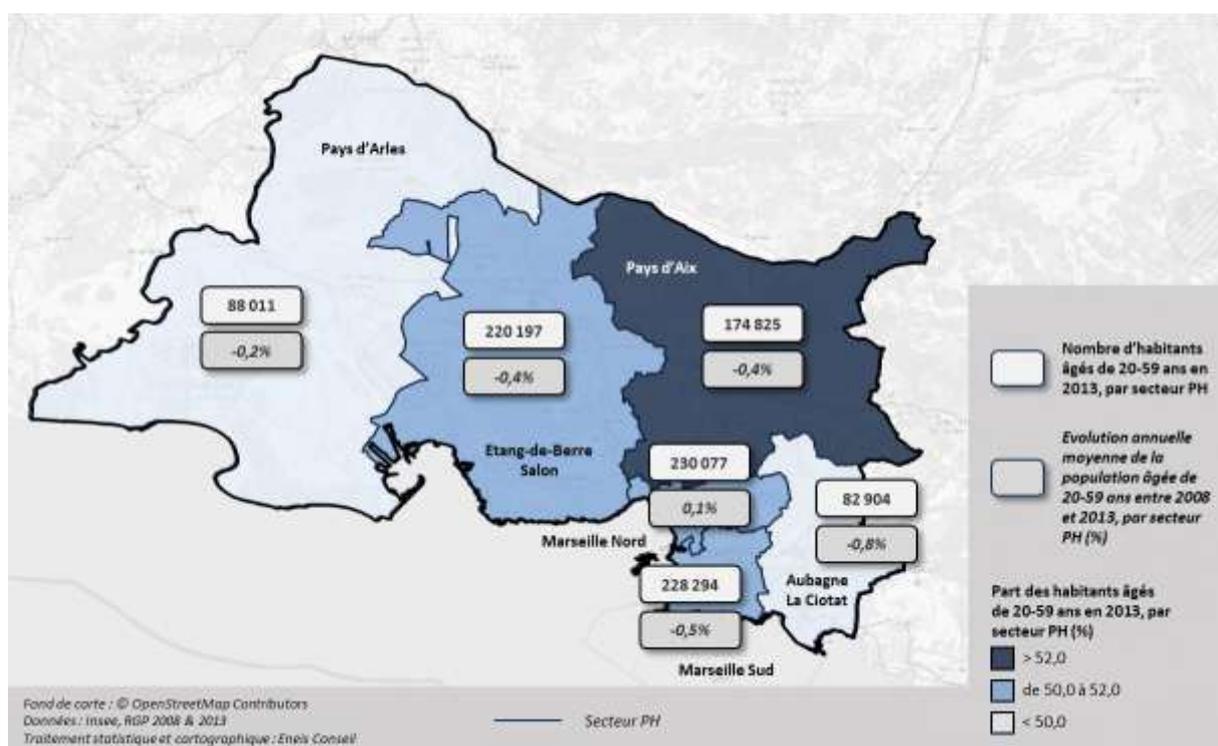
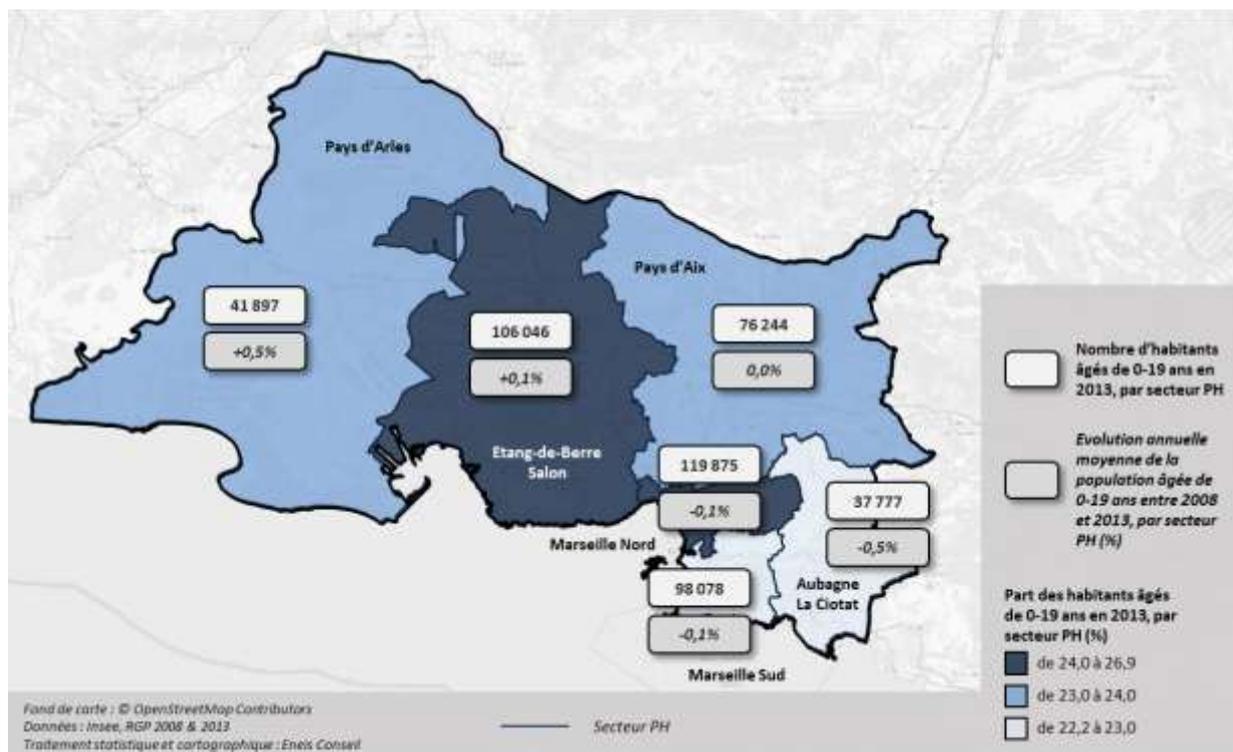
Les cartes ci-après sont présentées à l'échelle des 6 secteurs d'intervention personnes handicapées du Département.

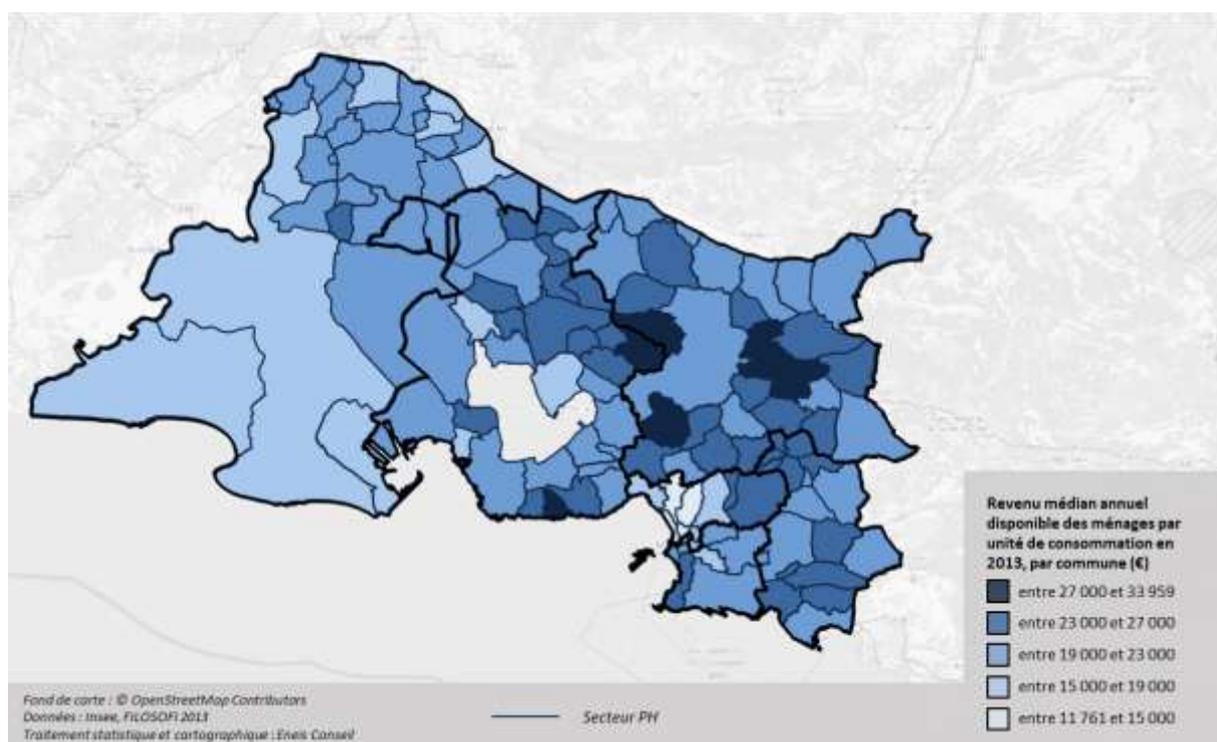
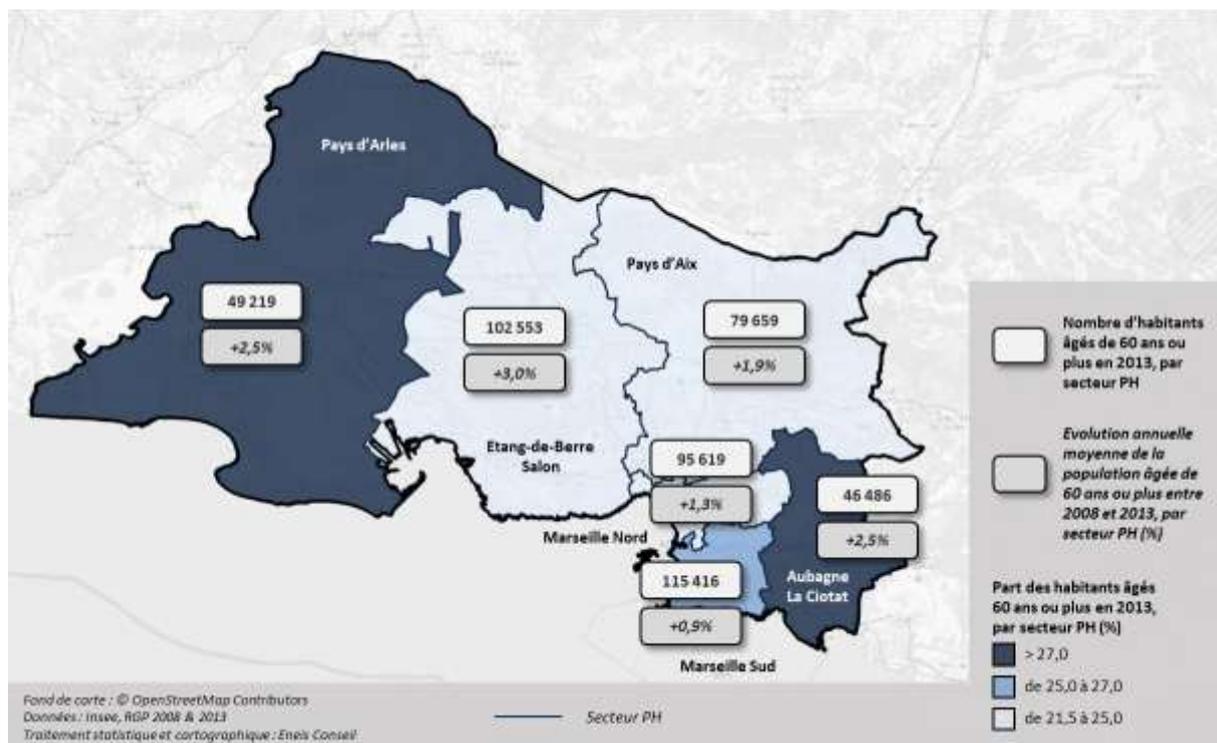


Les données socio-démographiques relatives aux personnes handicapées

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







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





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

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

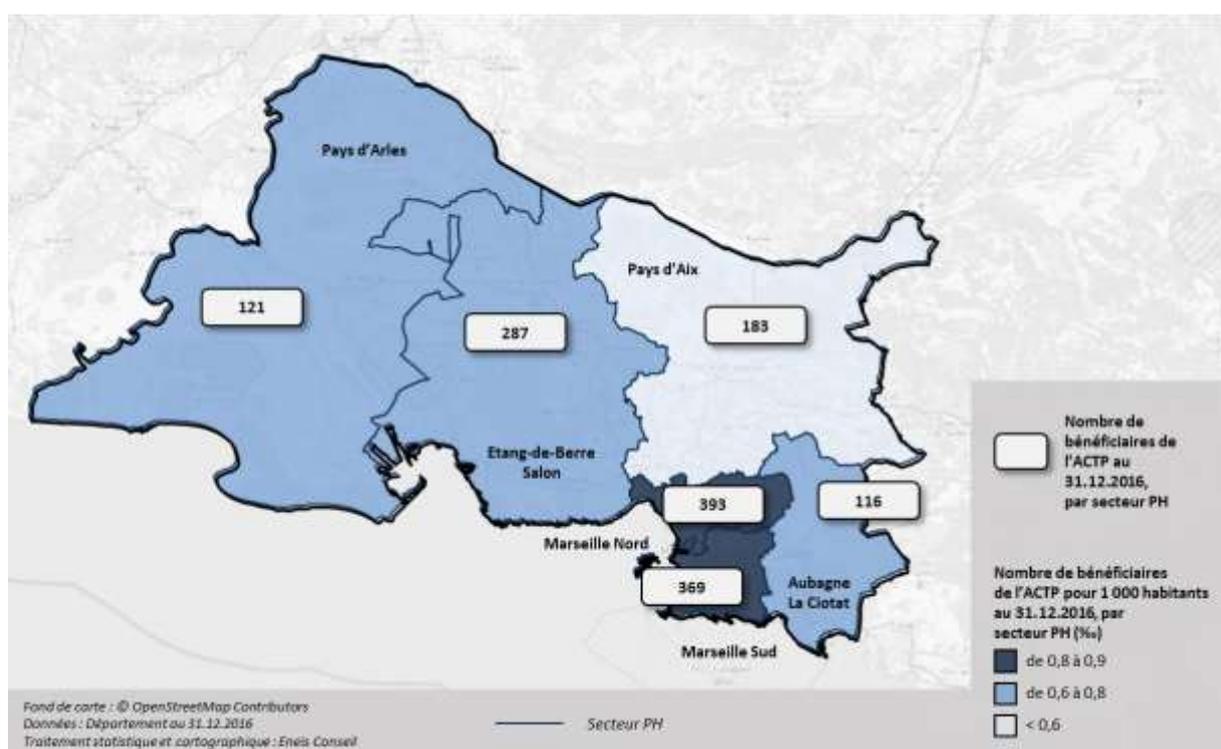
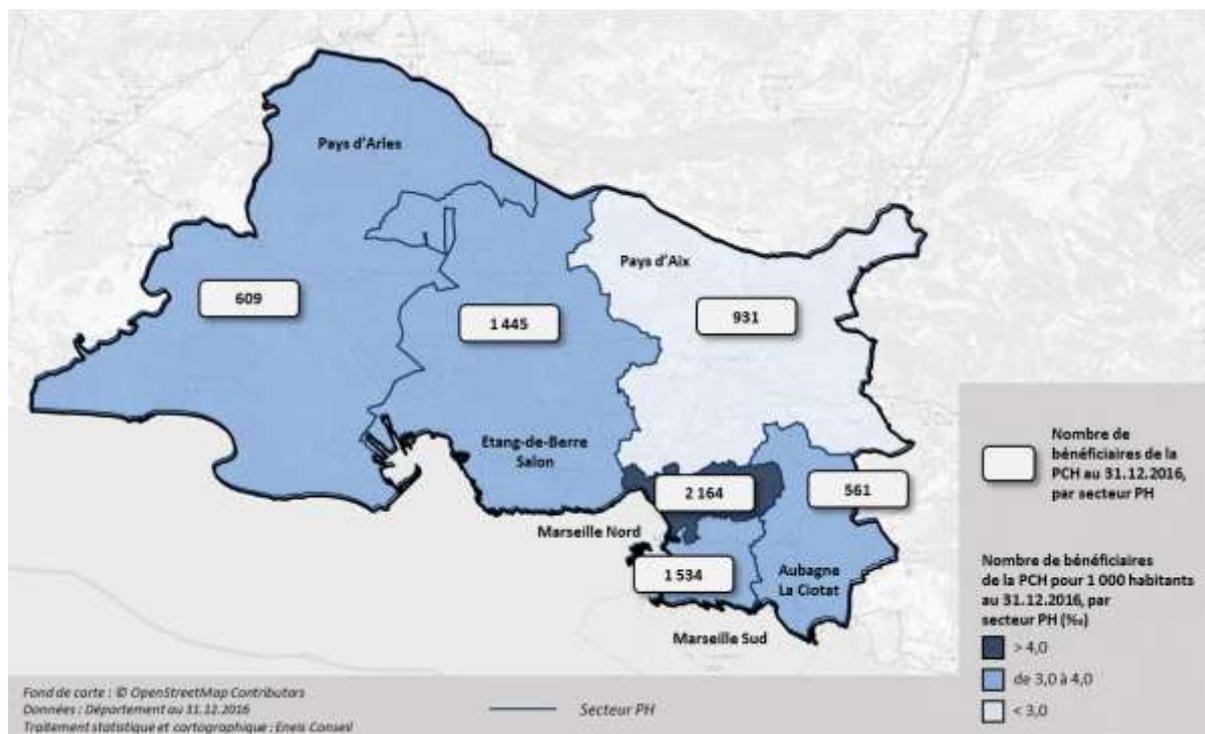
S'observe par ailleurs **un phénomène de gérontocroissance** à l'échelle du département, à savoir une augmentation du nombre de personnes âgées. Cette dynamique est particulièrement visible sur le **secteur d'Etang-de-Berre Salon** (+3,0%). Ces évolutions ne doivent cependant pas masquer la diversité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

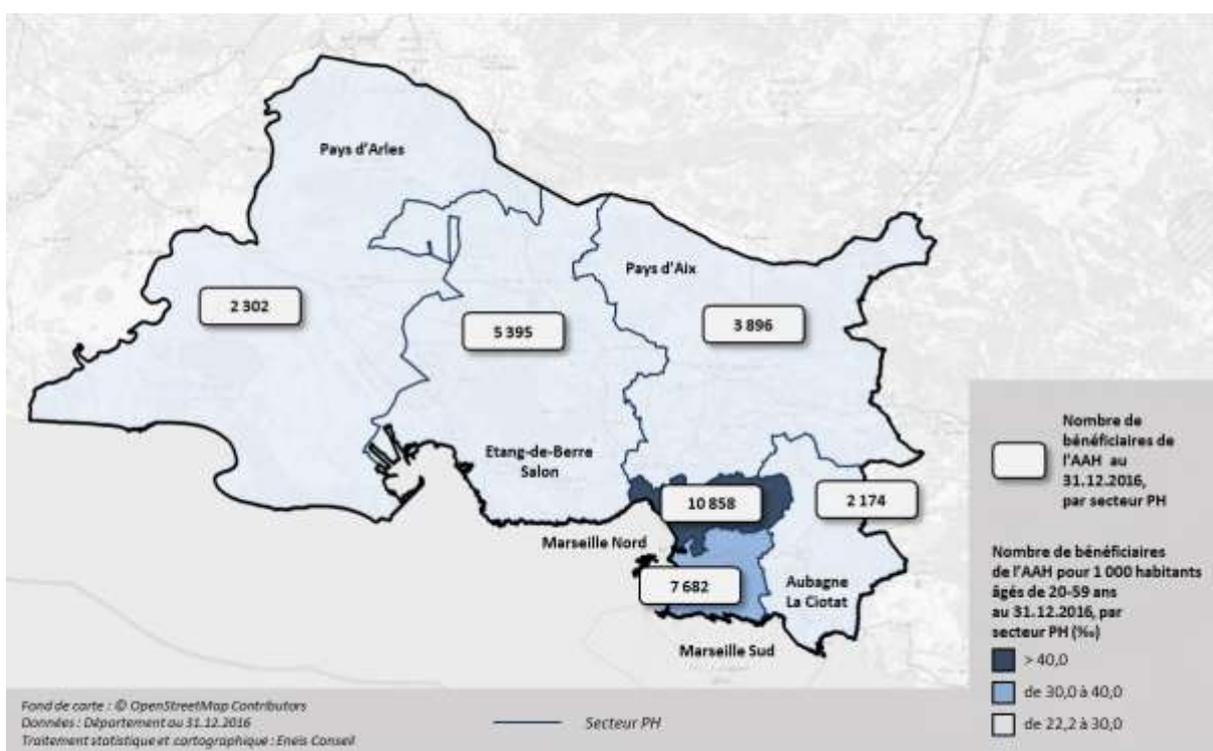
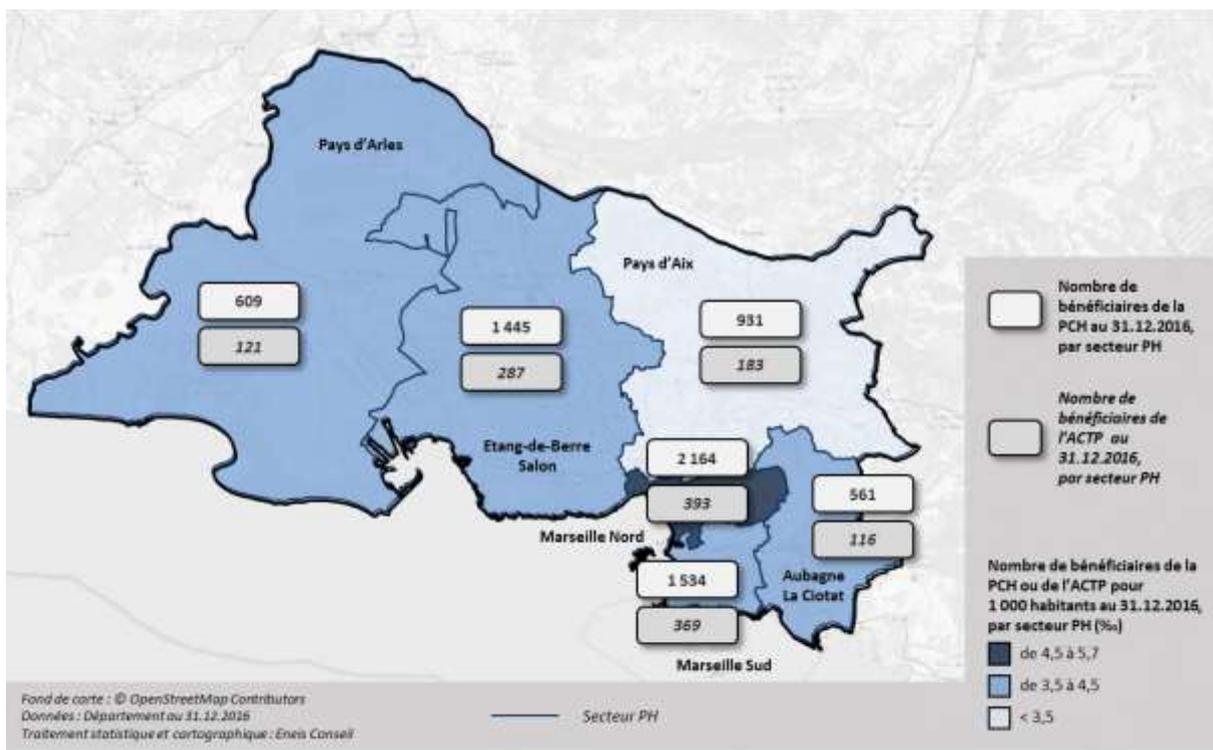
Les habitants des Bouches-du-Rhône disposent de **revenus médians variables selon la commune considérée**. Les **communes limitrophes d'Aix-en-Provence** présentent les **revenus médians les plus élevés** (plus de 27 000 euros par unité de consommation) tandis que **la partie Nord de Marseille présente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

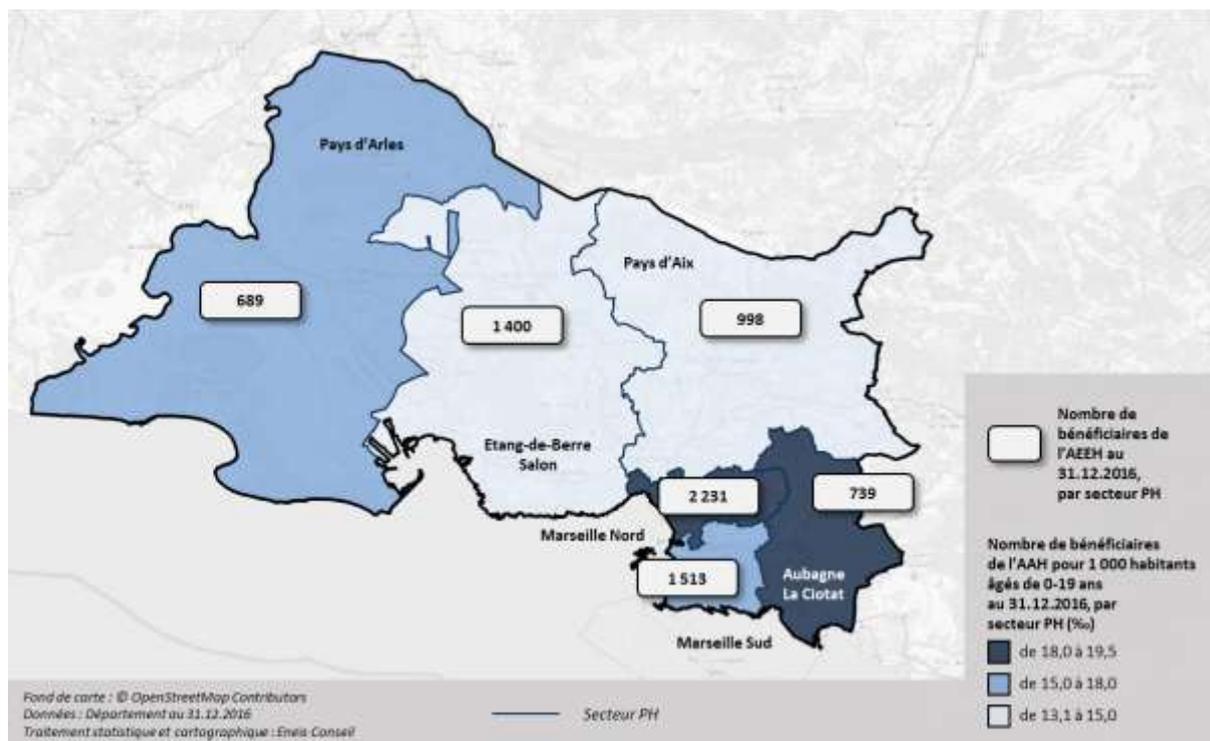
Les bénéficiaires d'une prestation handicap

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









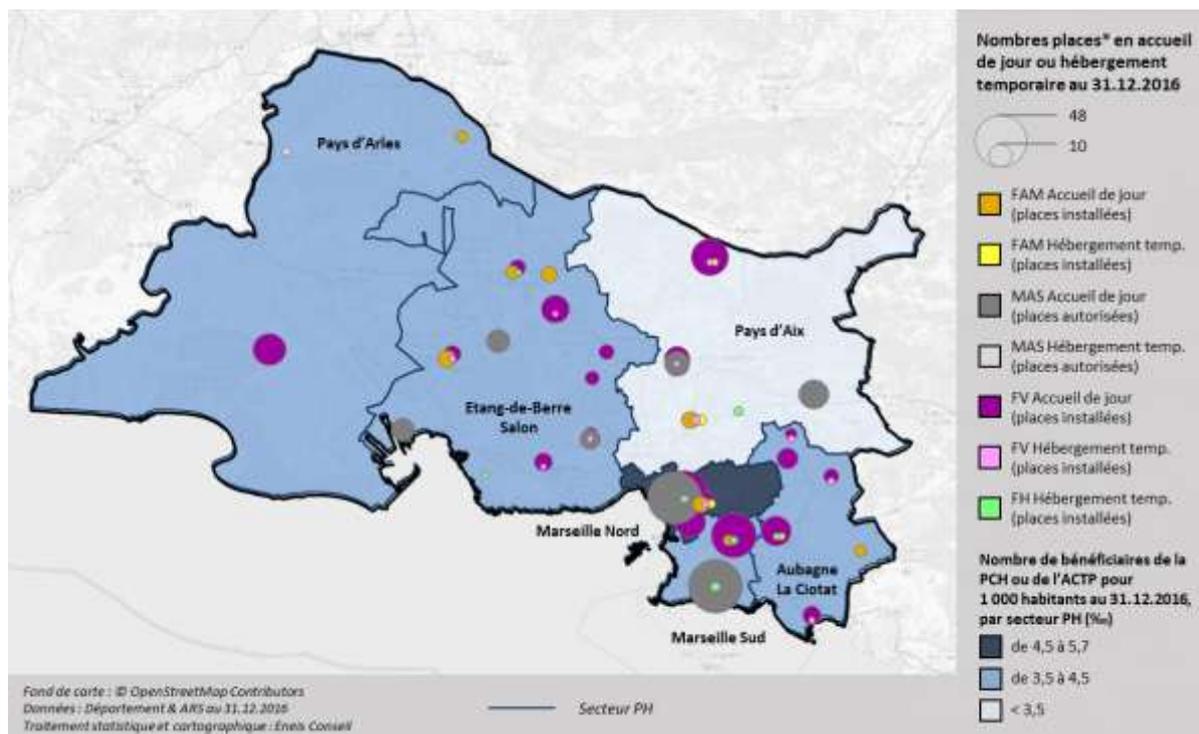
Le secteur de Marseille Nord compte le plus grand nombre de bénéficiaires de la PCH pour 1 000 habitants (4,86) ainsi que le plus grand nombre de bénéficiaires de l'ACTP (0,88). A noter que le secteur de Marseille Sud compte un nombre similaire de bénéficiaires de l'ACTP (0,84 bénéficiaires pour 1 000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

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

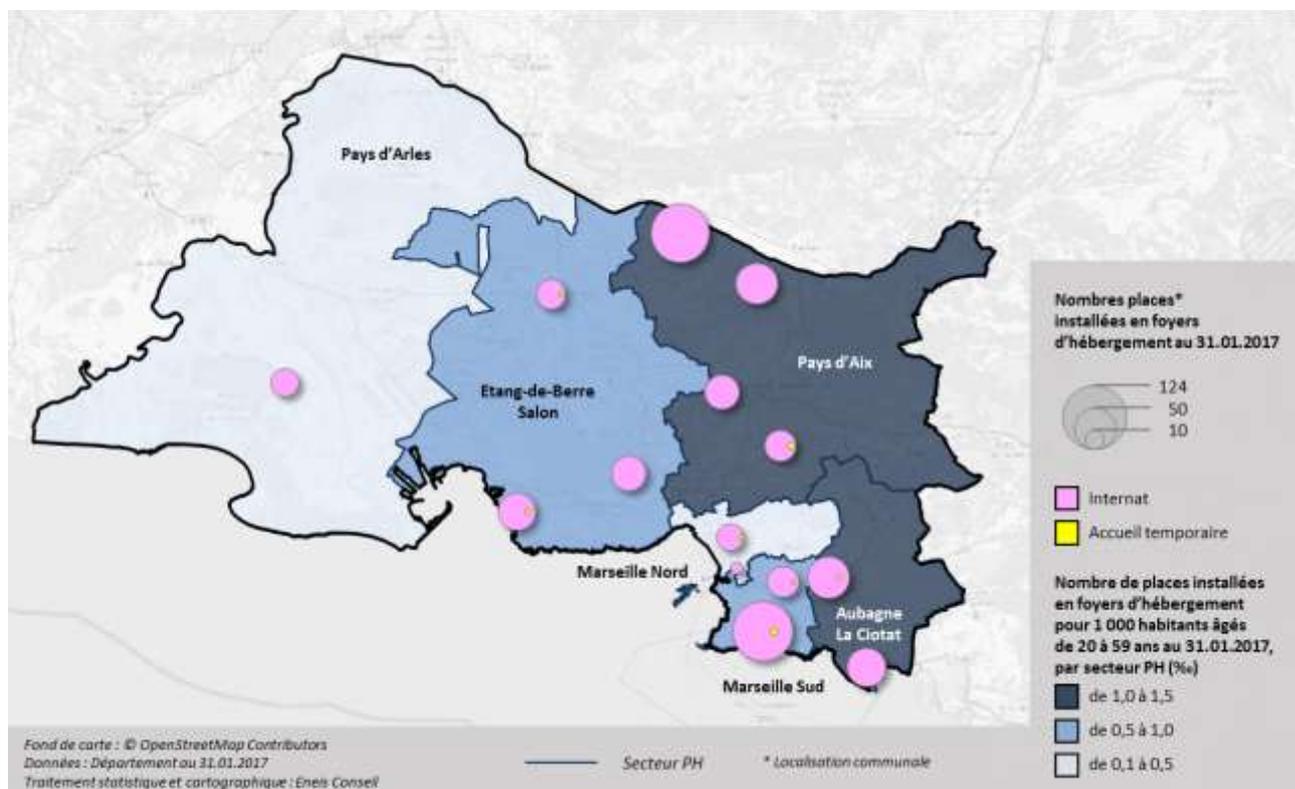
Les secteurs d'Aubagne et de Marseille Nord comptent davantage de bénéficiaires de l'AAEH (respectivement 19,6 et 18,6 bénéficiaires pour 1 000 habitants de 0-19 ans).

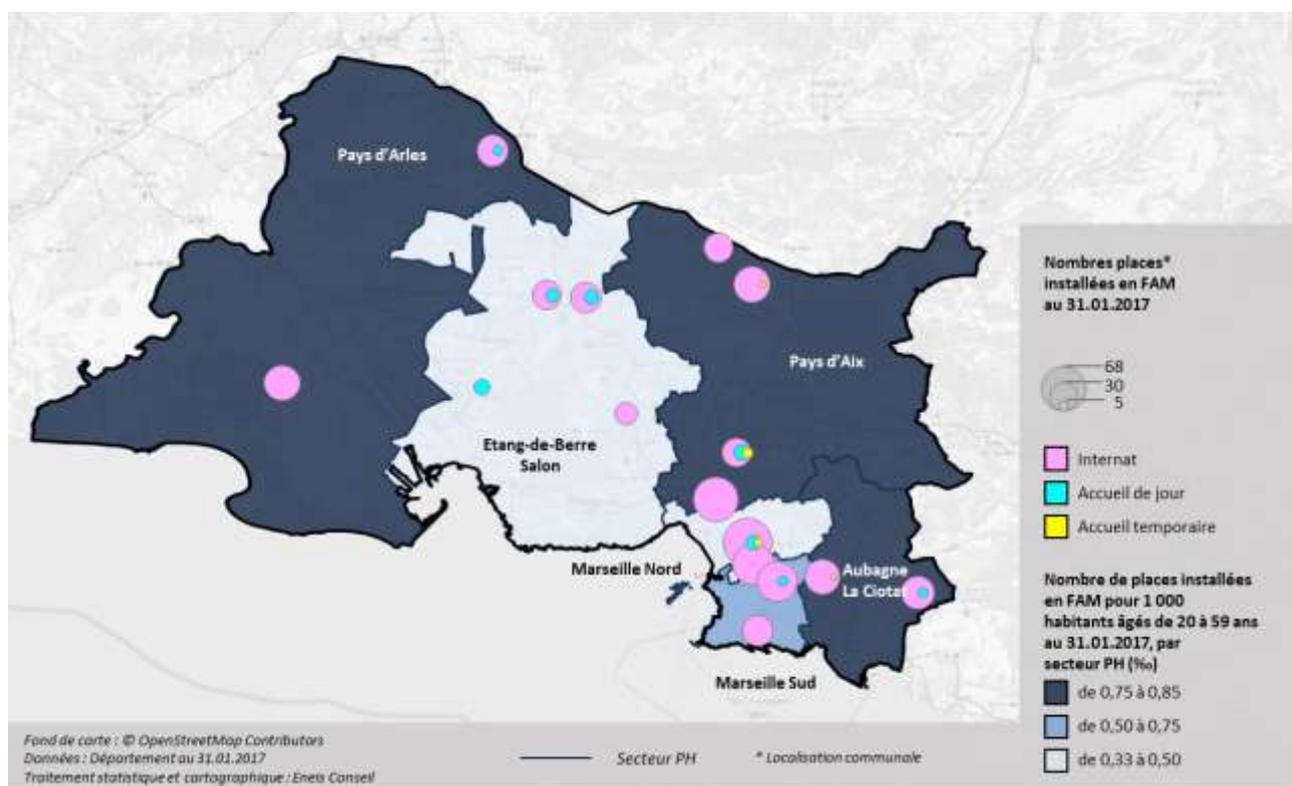
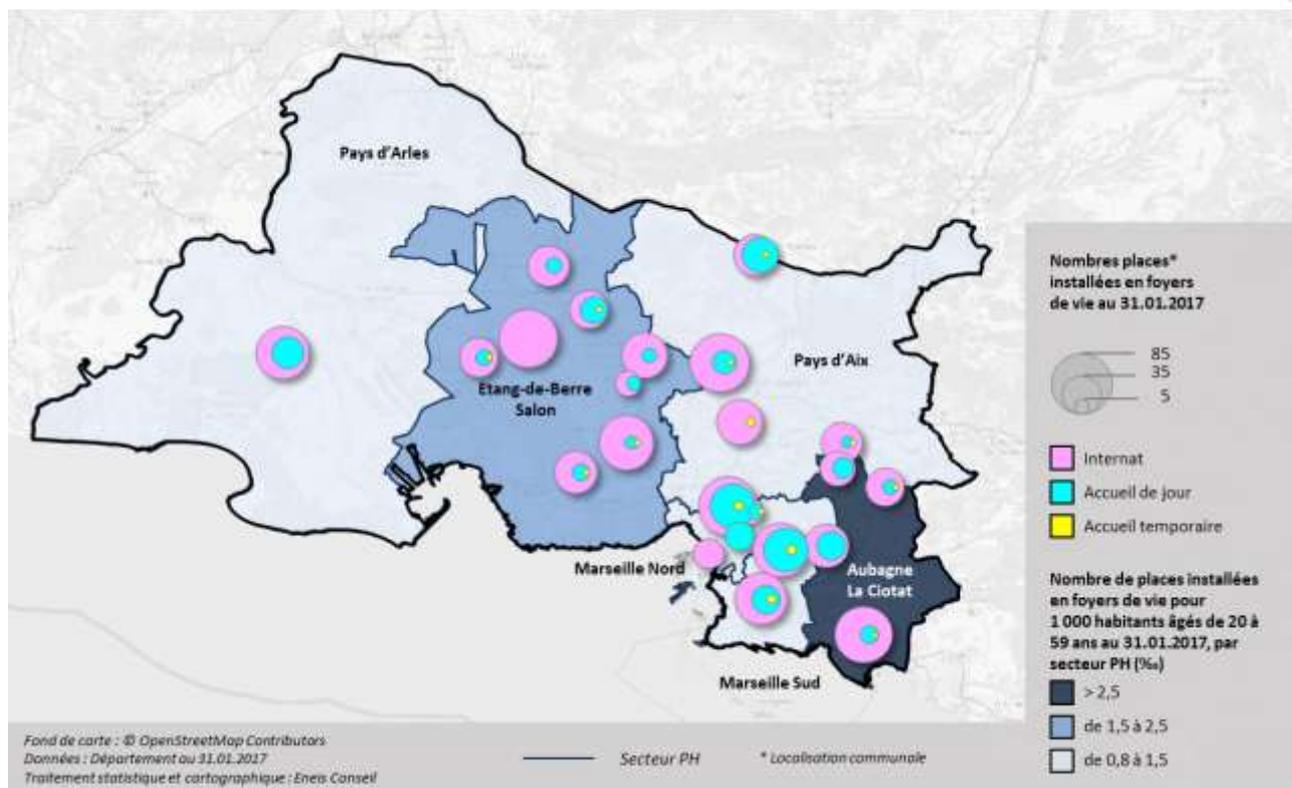
Le nombre de bénéficiaires de la PCH ou de l'ACTP est par ailleurs à mettre en regard avec le nombre de places de jour ou d'accueil temporaire sur le territoire, afin d'identifier les potentiels besoins non couverts.

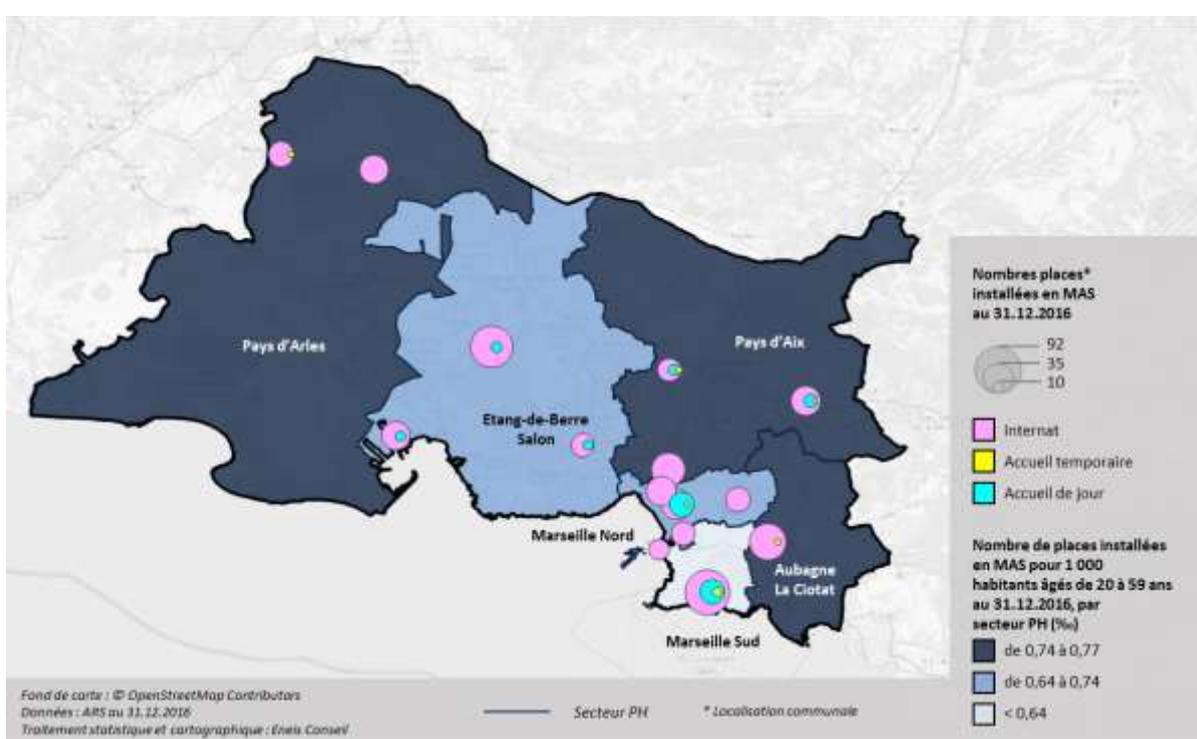
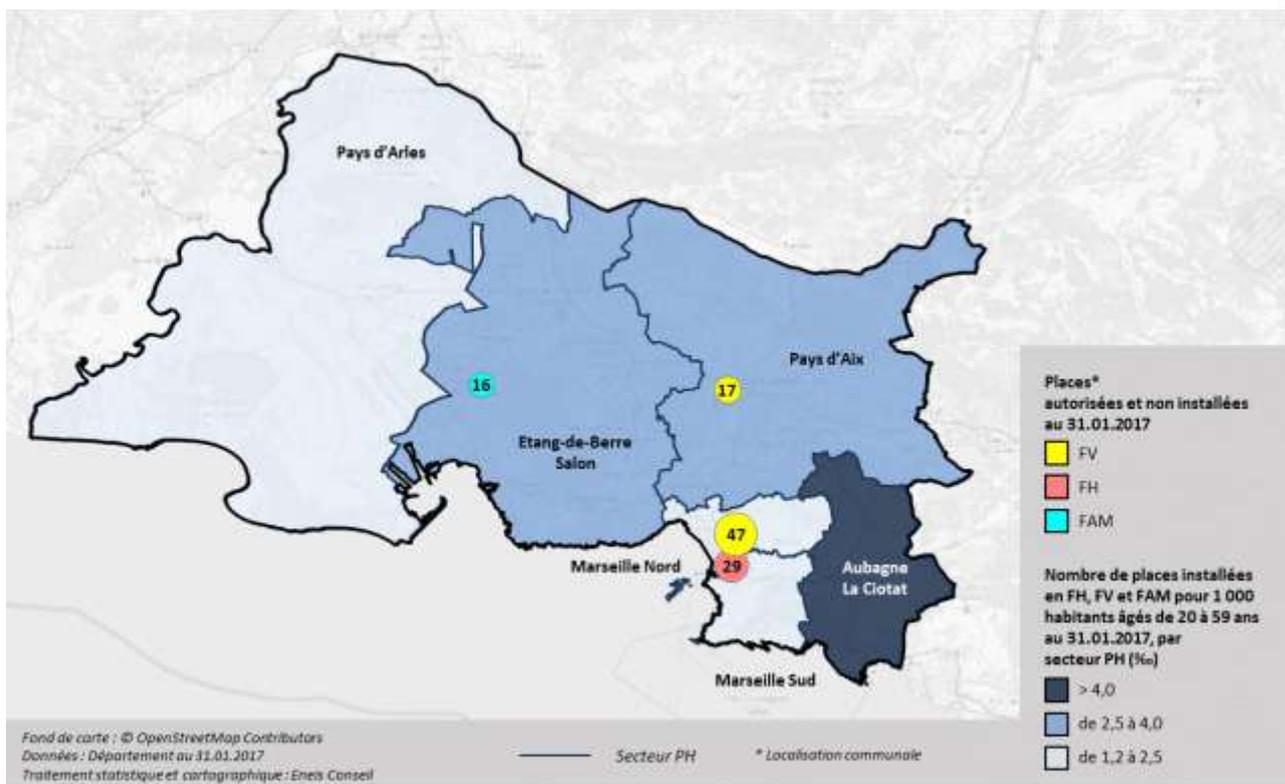


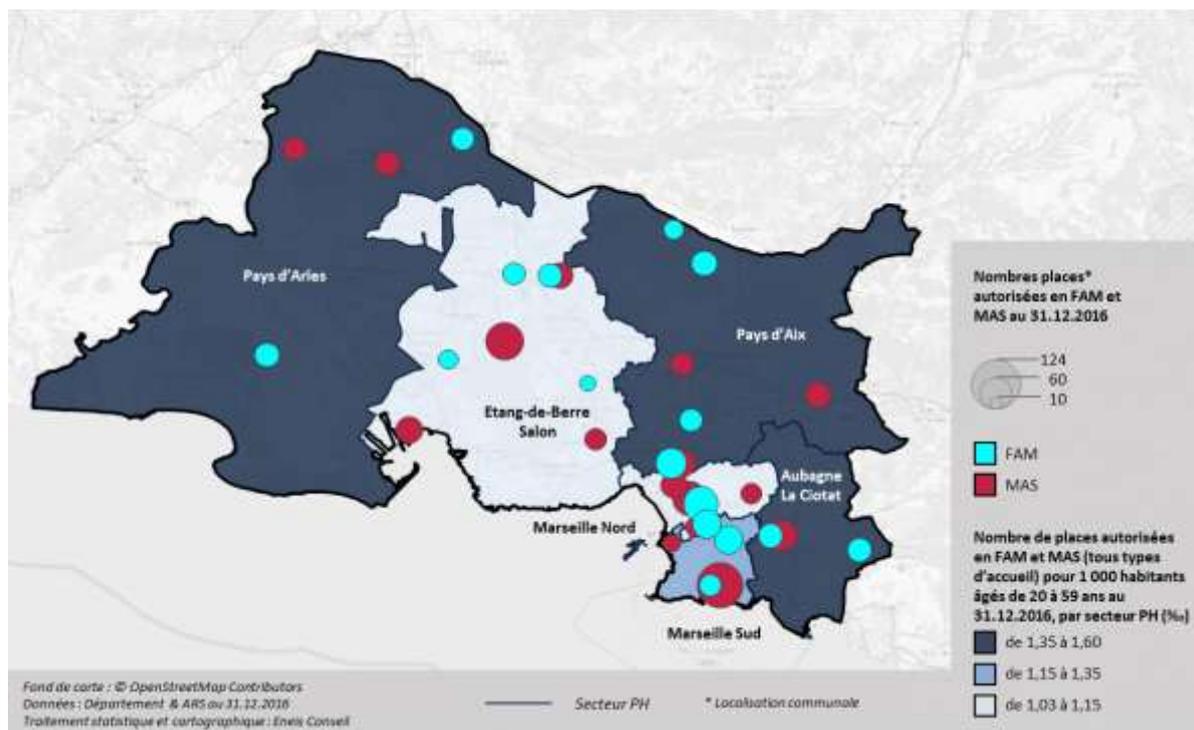


L'offre à destination des personnes handicapées









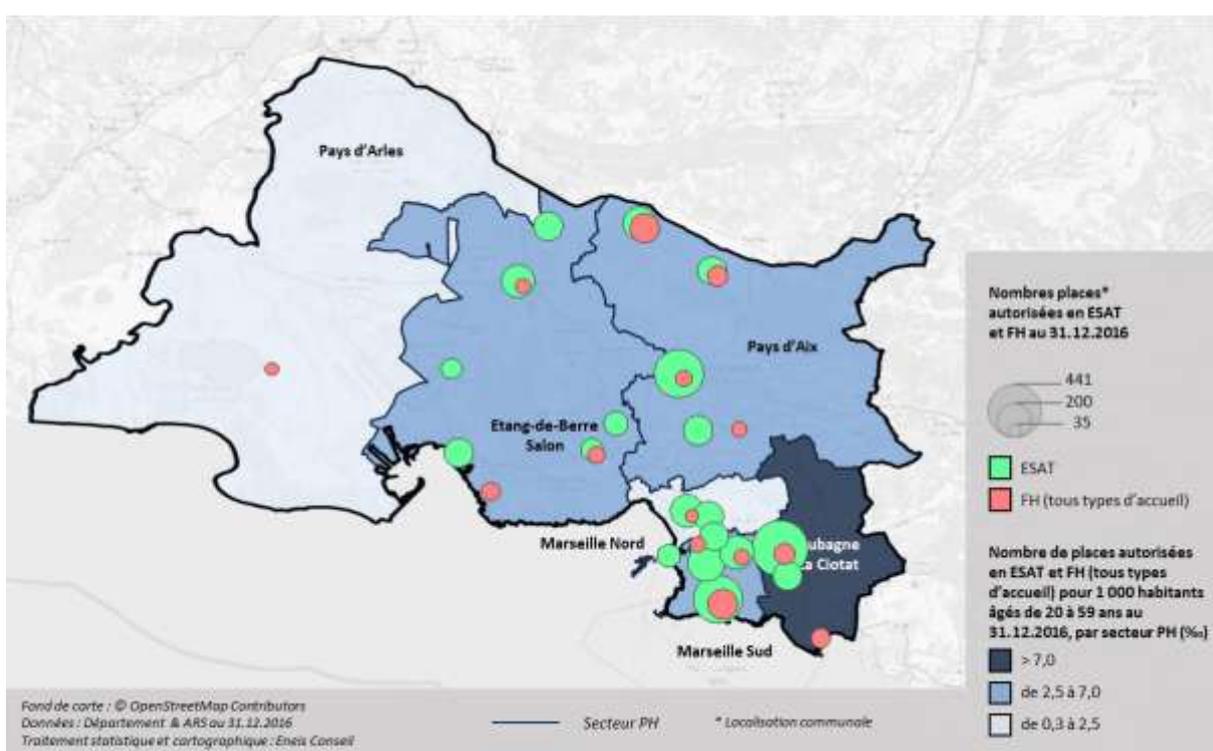
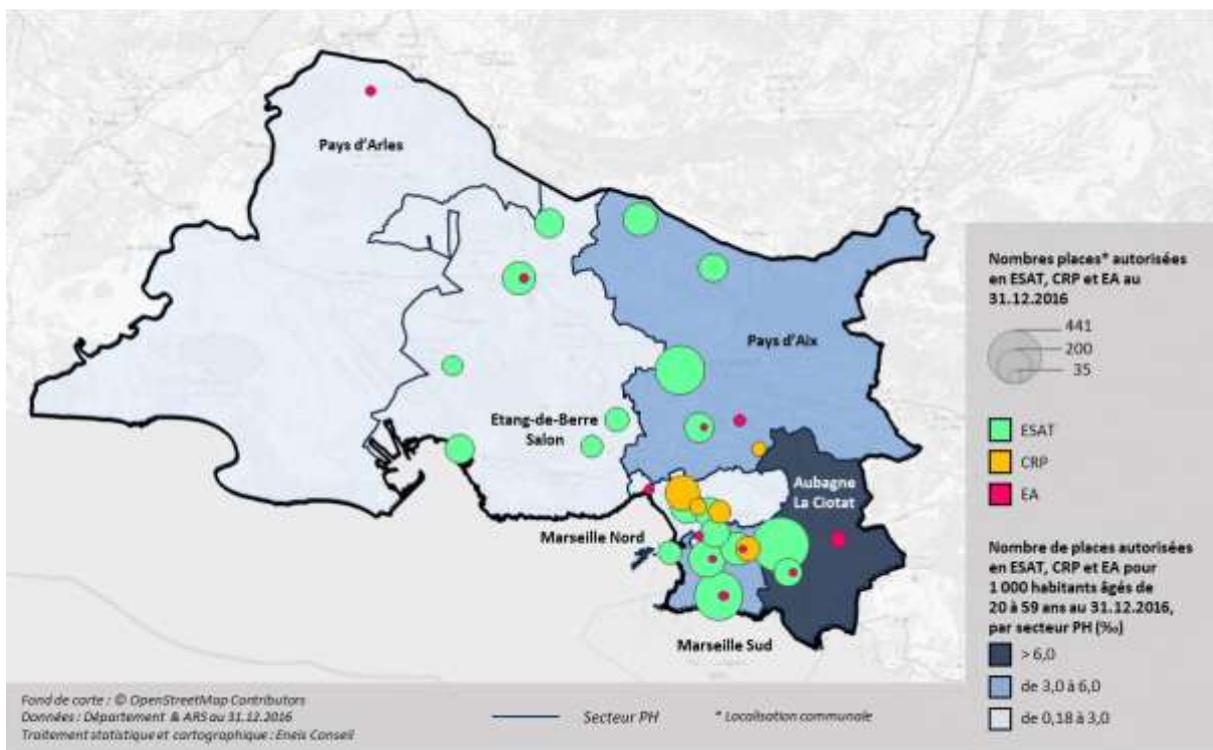
Les secteurs du Pays d'Aix et d'Aubagne La Ciotat comptent le plus grand nombre de places installées en foyers hébergement pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans (respectivement 1,45 et 1,38). A noter à l'inverse un nombre très faible de places pour les secteurs du Pays d'Arles et de Marseille Nord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

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

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

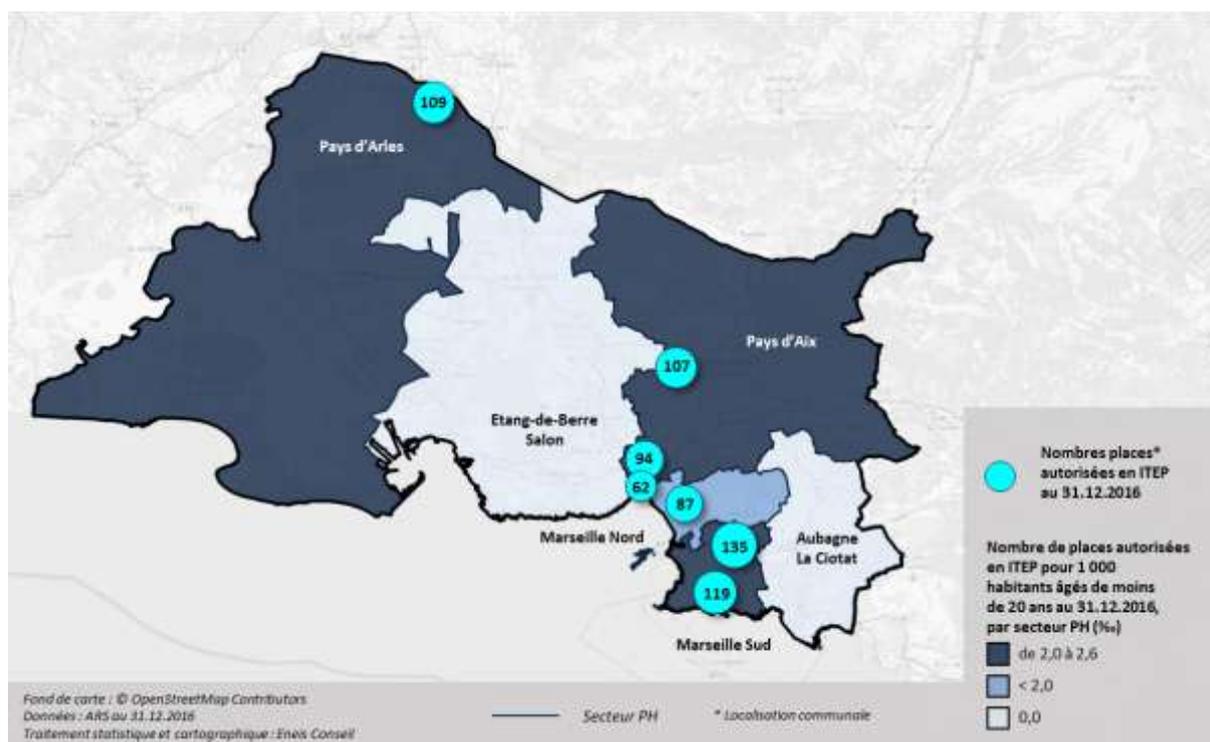
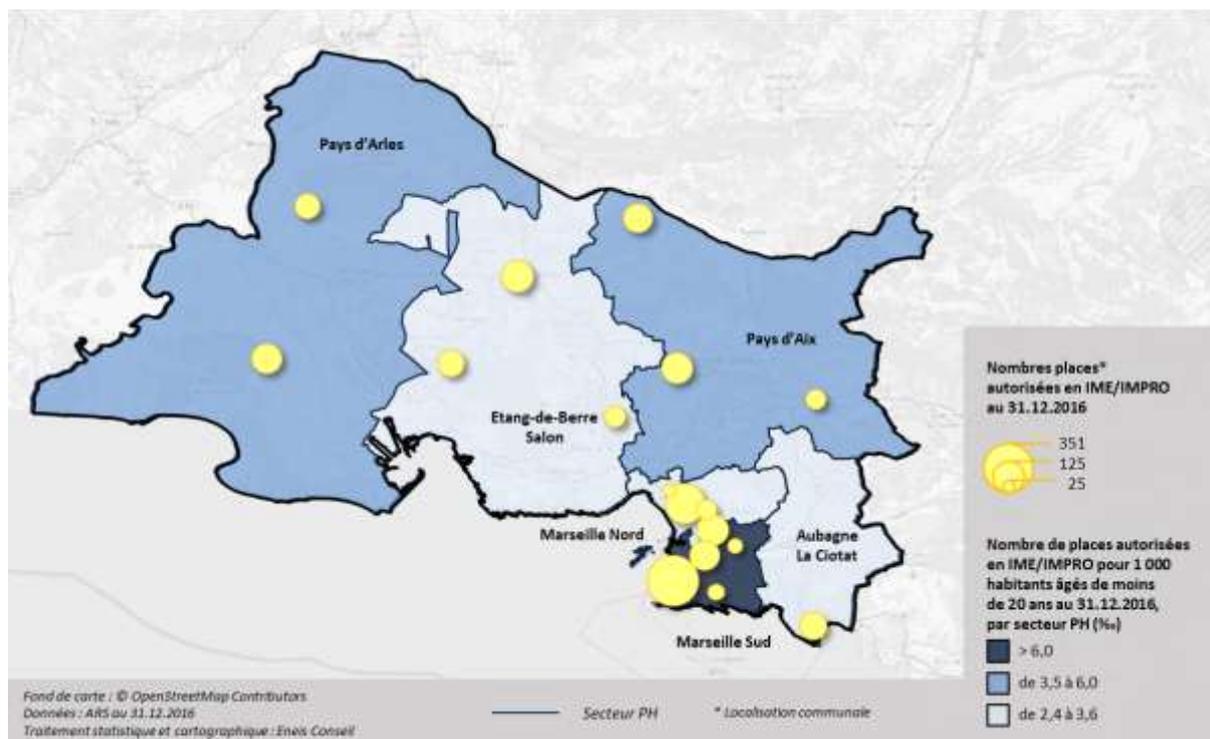
Le nombre de places installées en MAS est homogène sur les différents territoires (variant de 0,63 pour Marseille Nord à 0,77 pour le Pays d'Arles).





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





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





Diagnostic qualitatif

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

Dans cette partie sont présentés :

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



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

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

Eléments de bilan des précédents schémas :

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

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

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

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





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

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

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

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

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

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

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

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

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

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





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

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

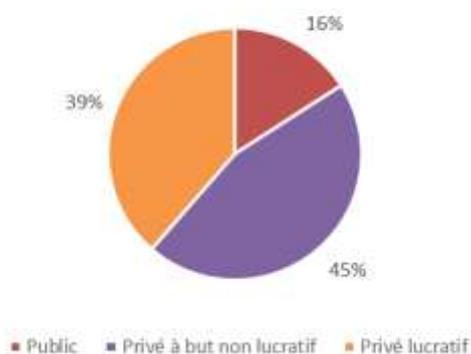


Enquête auprès des services d'aide et d'accompagnement à domicile

Profil des répondants

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

Répartition des répondants par structure juridique



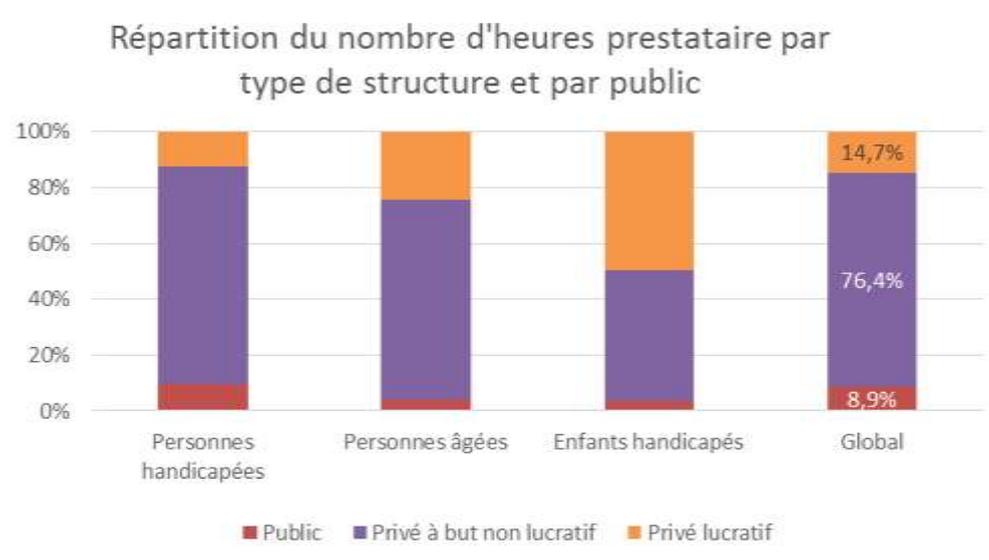
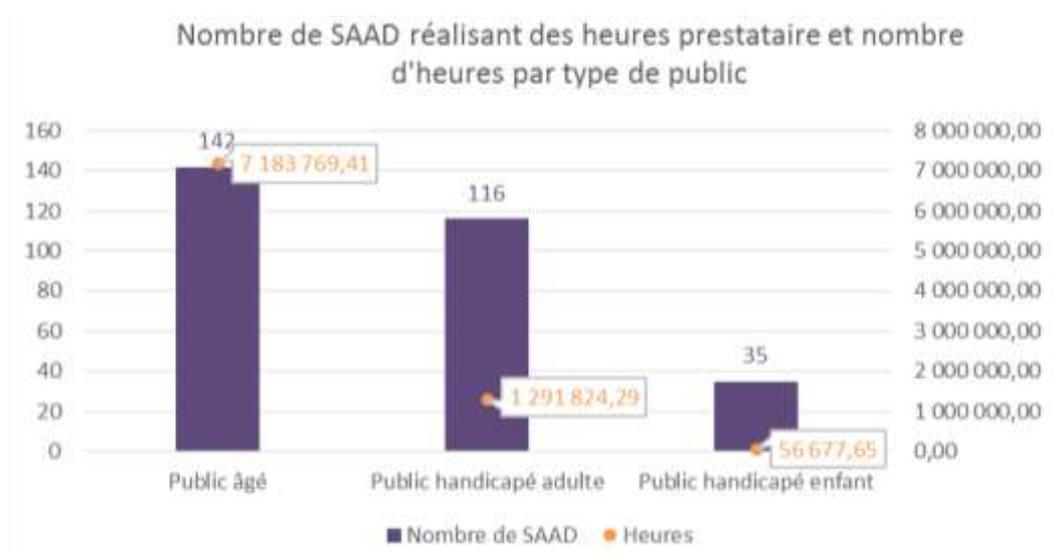
Répartition des heures réalisées en 2015 par mode



Activité – prestataire

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

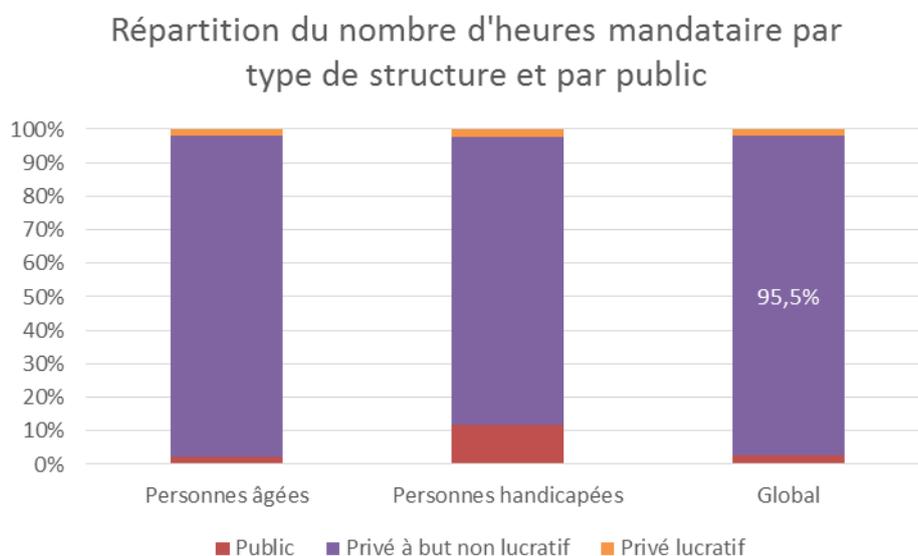
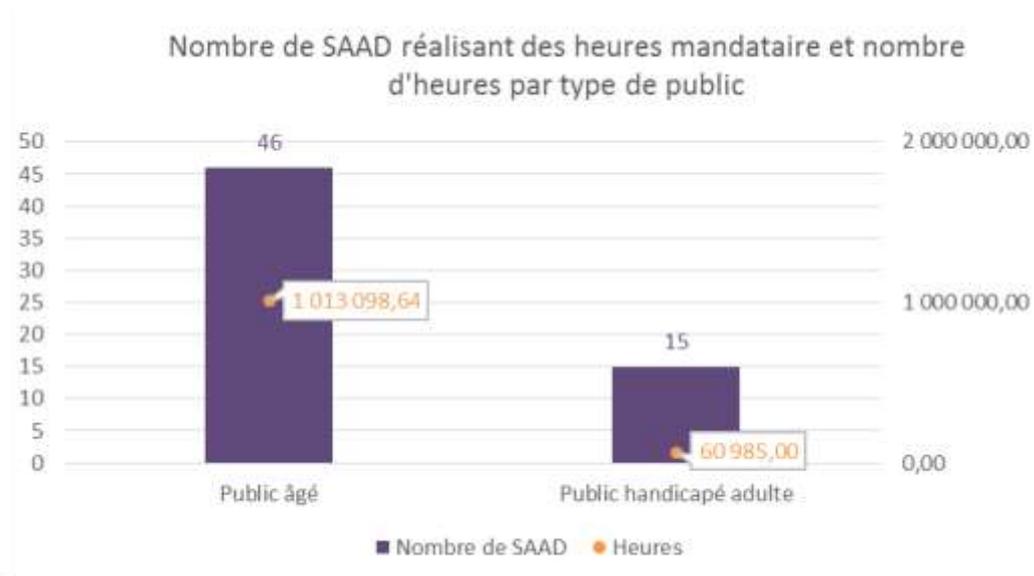




Activité - mandataire

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

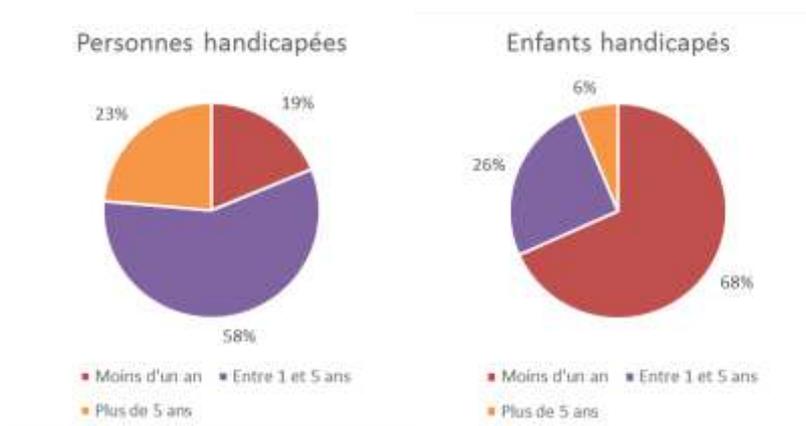
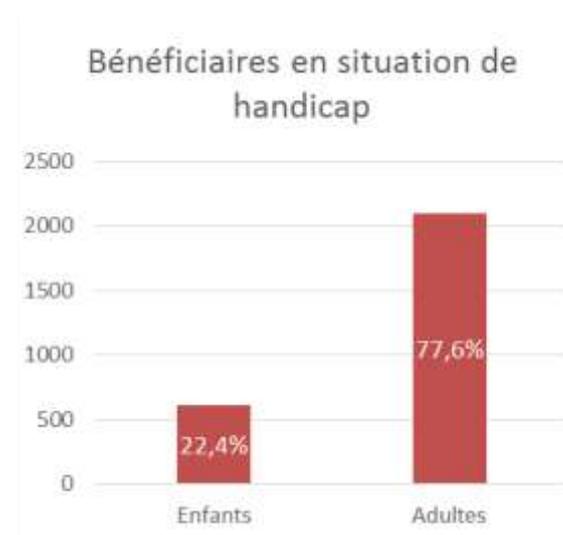




Caractéristiques des usagers

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





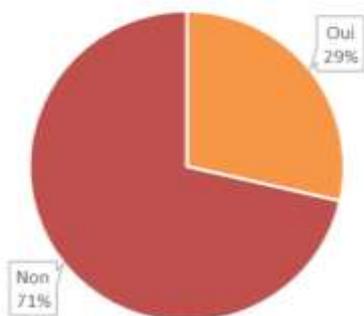
Refus d'intervention

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





Refus de prises en charge en 2015



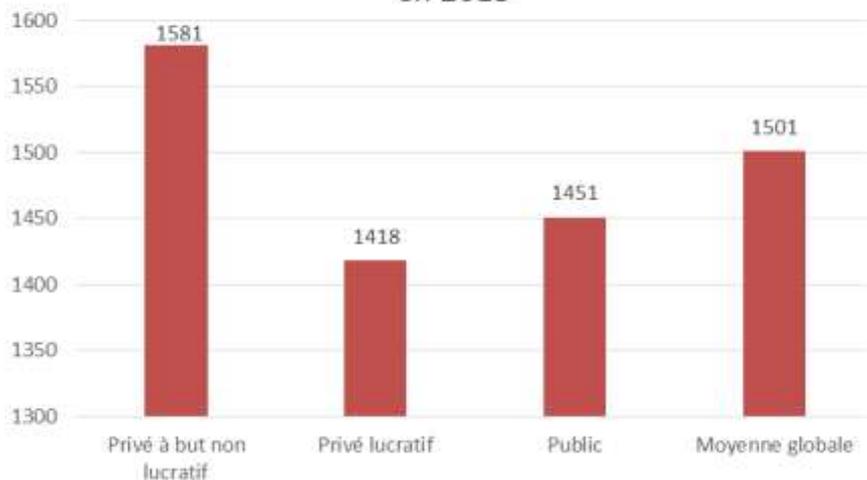
Motifs de refus de prise en charge en 2015



Personnel intervenant

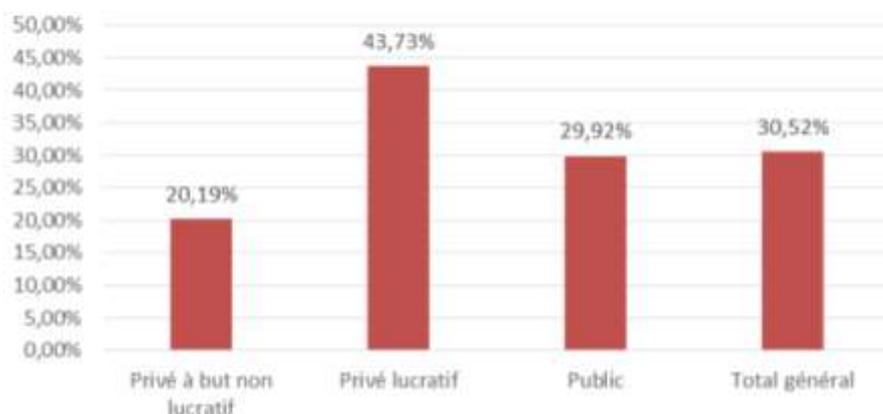
- Les SAAD ayant répondu comptent **11784,48 ETP** en 2015. La moitié des SAAD comptent moins de 21 ETP. En moyenne, environ **1 500 heures ont été réalisées par ETP** au cours de l'année. A noter que ce ratio est plus élevé pour les SAAD privés à but non lucratif.
- Le **taux moyen de qualification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

Ratio heures réalisées / ETP par type de structure en 2015





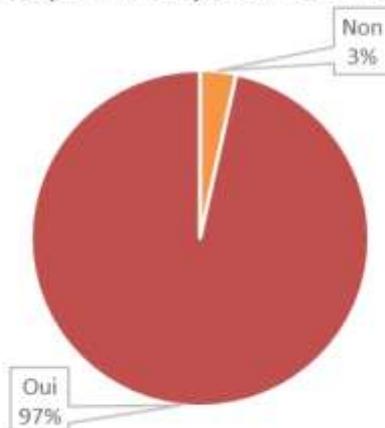
Comparaison des taux de qualification par type de structure

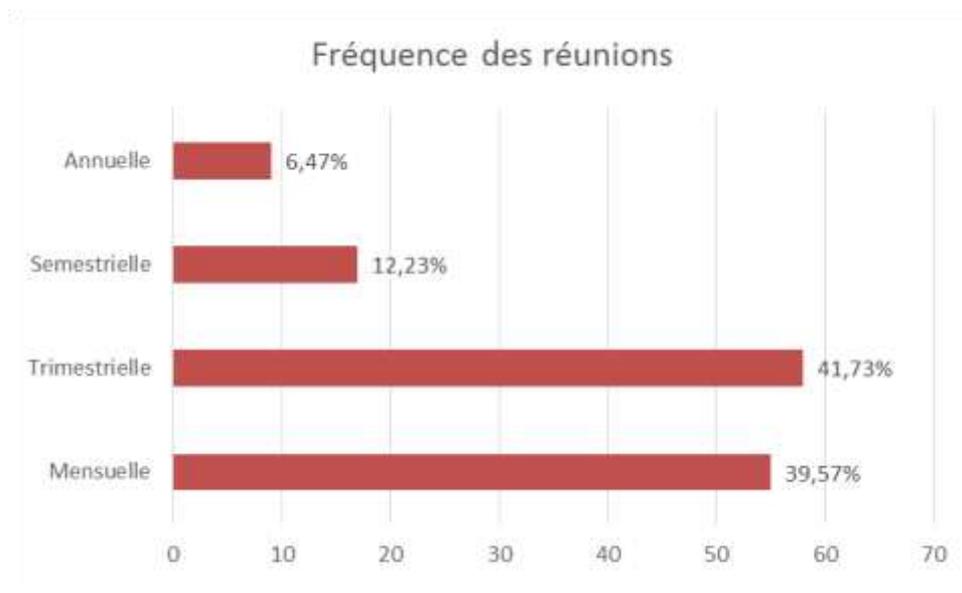


Accompagnement du personnel

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

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





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

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



Enquête auprès des personnes en situation de handicap vivant à domicile

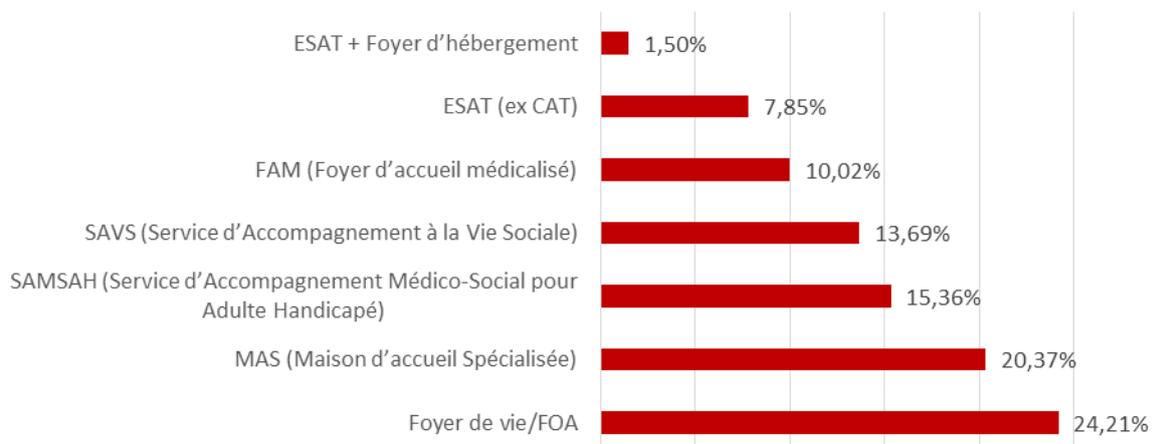
Orientations MDPH

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





Répartition des orientations de la MDPH



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

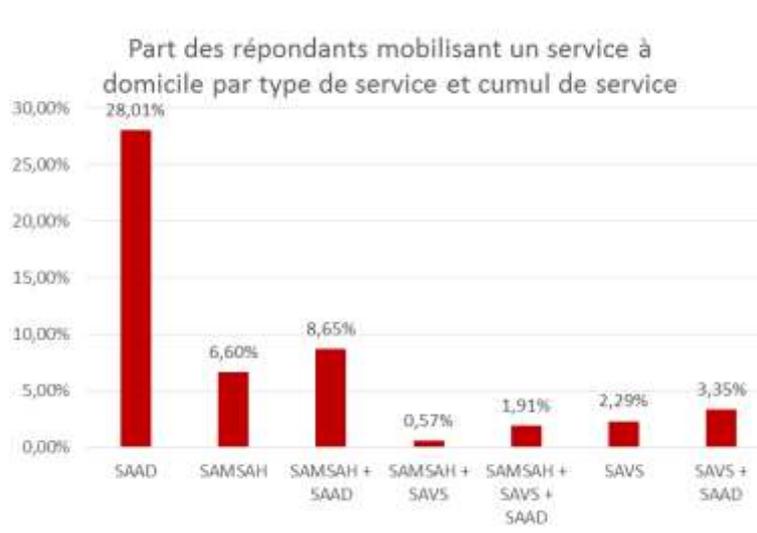
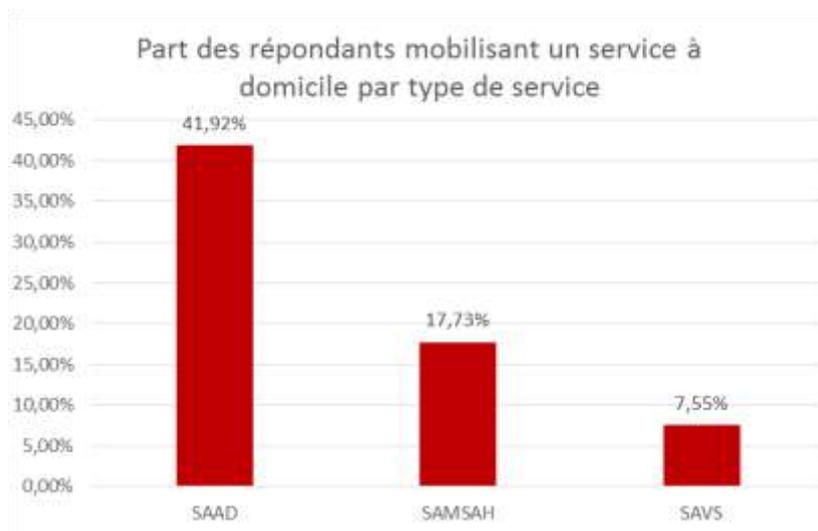
NB : seulement 81 personnes ont répondu à cette question alors que 599 bénéficient d'une orientation.



Recours à un service à domicile

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





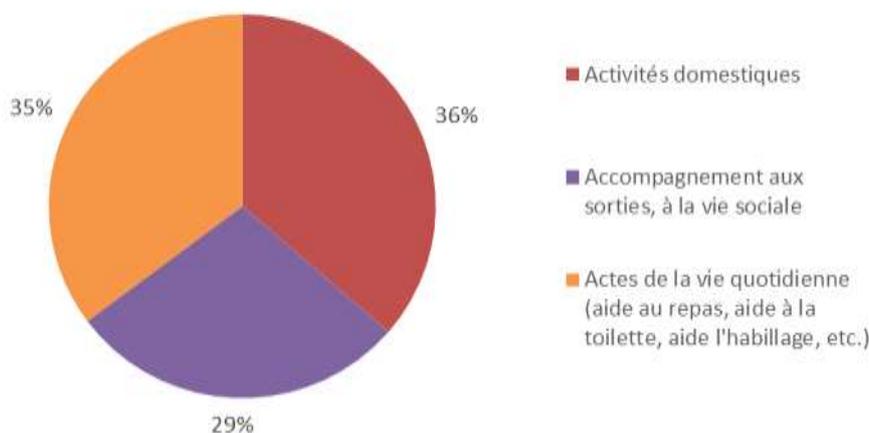
Recours à un service à domicile – SAAD

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





Activités réalisées par les SAAD



Critères de choix du SAAD

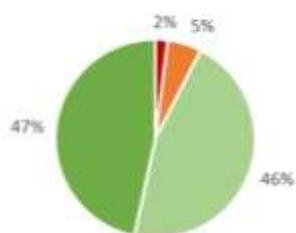


- Les bénéficiaires de SAAD ont recours à l'accompagnement dans les activités domestiques, les actes de la vie quotidienne, les sorties et la vie sociale de façon équilibrée. Il est à noter **qu'un quart de bénéficiaires de SAAD a recours aux trois activités.**
- Les bénéficiaires de SAAD expriment une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

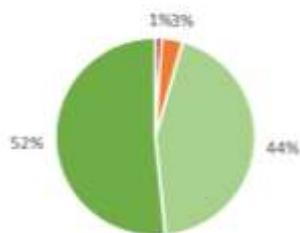




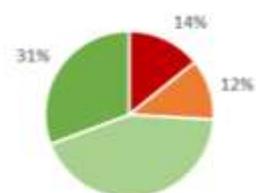
La qualité du travail de l'intervenant



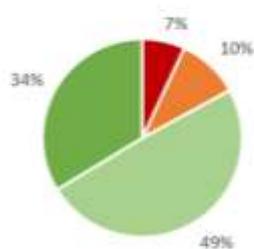
Les qualités relationnelles de l'intervenant



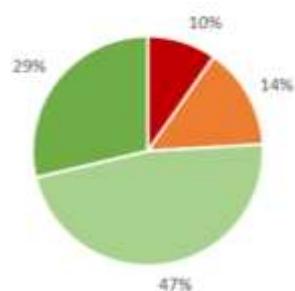
Interventions week-end, vacances, 7/7, congès et jours fériés



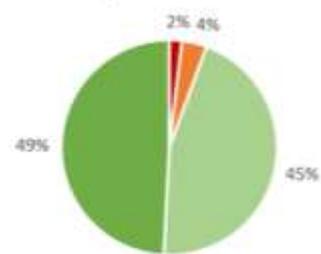
Le nombre d'intervenants différents



La continuité des interventions



Le respect des horaires



■ Pas satisfaisant ■ Peu Satisfaisant
■ Satisfaisant ■ Très satisfaisant

■ Pas satisfaisant ■ Peu Satisfaisant
■ Satisfaisant ■ Très satisfaisant

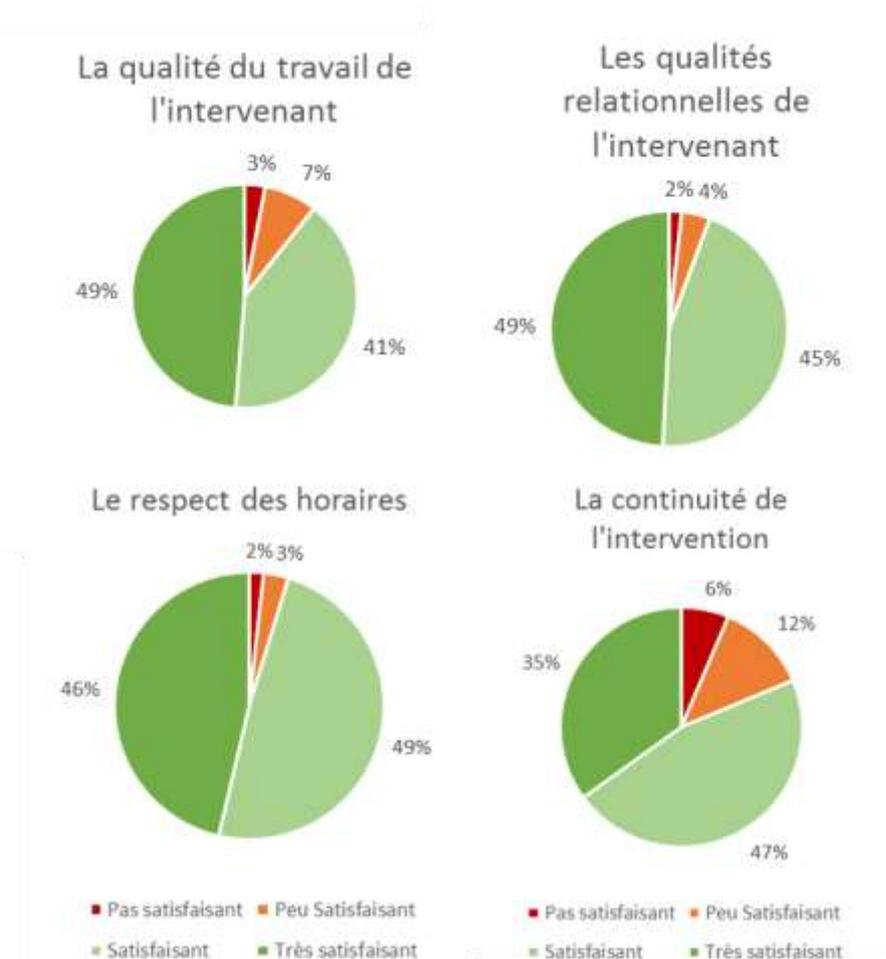
■ Pas satisfaisant ■ Peu Satisfaisant
■ Satisfaisant ■ Très satisfaisant





Recours à un service à domicile – SAMSAH

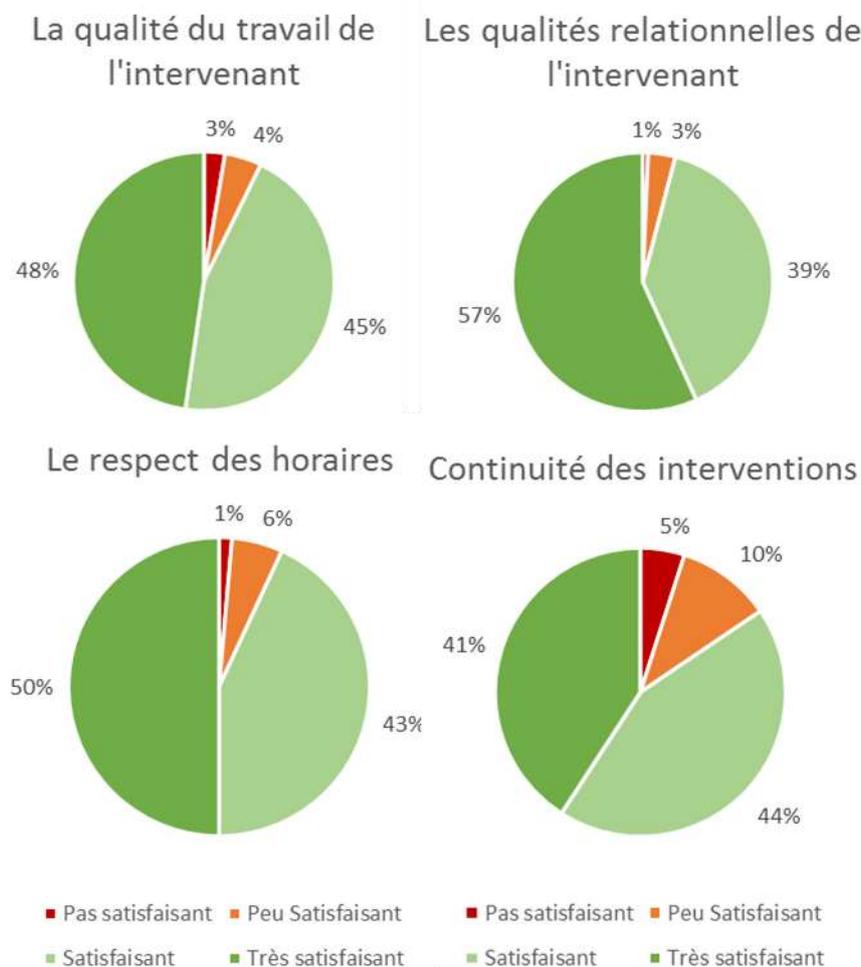
- Parmi les bénéficiaires de SAMSAH, **45% bénéficient d'une aide humaine.**
- Si les bénéficiaires sont **globalement satisfaits** de la qualité de service des SAMSAH, comme pour les SAAD, la **question de la continuité de l'intervention en cas de remplacement est plus souvent considérée comme problématique.**





Recours à un service à domicile – SAVS

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



Les enjeux

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





L'adaptation du logement au handicap

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

Eléments de bilan des précédents schémas :

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

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

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

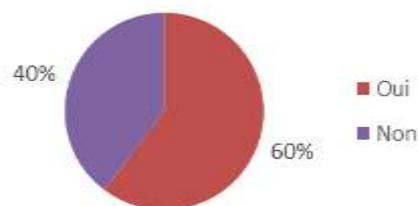


Enquête auprès des personnes en situation de handicap vivant à domicile

Adaptation du logement

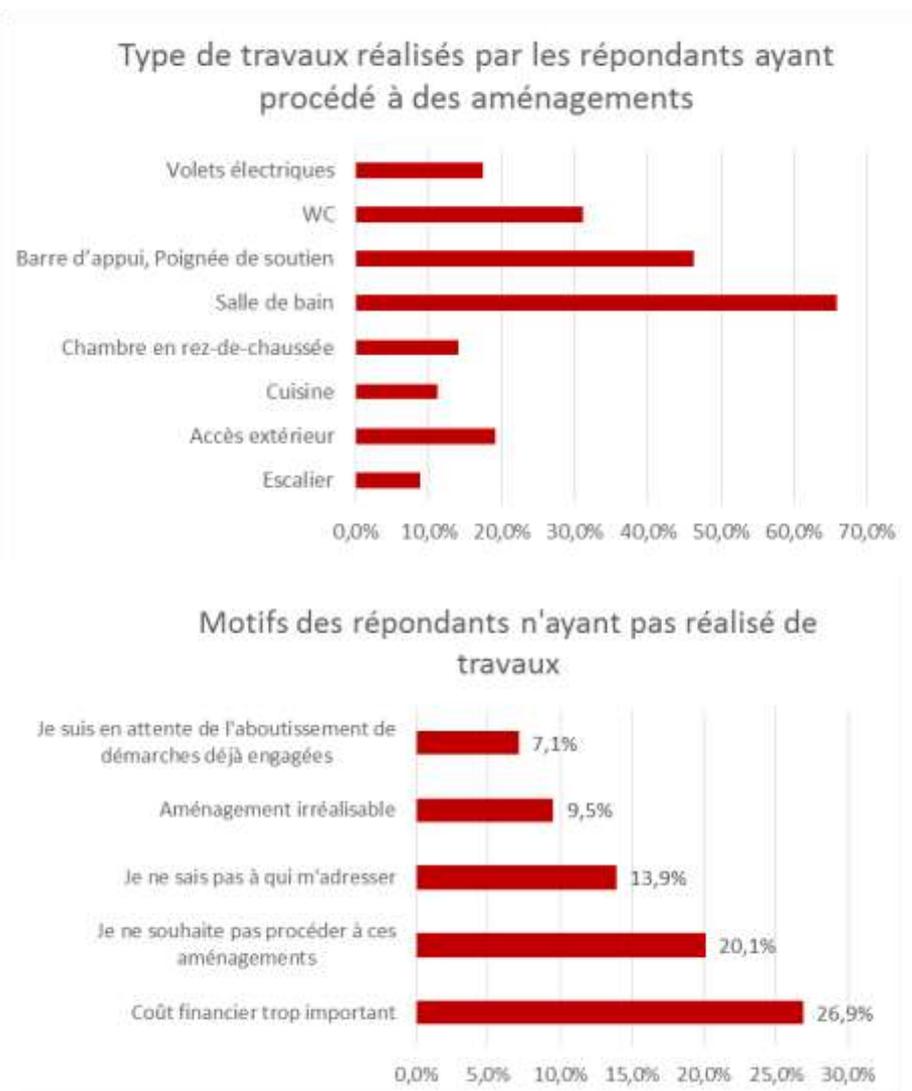
- Une **majorité de répondants considère que son logement est adapté à son handicap** (60%).
- 65,9% des répondants ayant mené des travaux dans leur logement ont **aménagé leur salle de bains**. D'autres aménagements que ceux cités ci-dessous ont été mentionnés par les répondants : système lumineux (1,0%),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

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





hébergé (1,1%).



Les enjeux

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





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

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

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

Eléments de bilan des précédents schémas :

1) Les personnes handicapées vieillissantes

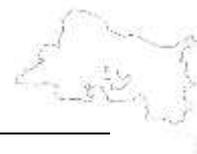
- Etude Pass'Agés par IPH13
- Projet d'EHPAD d'accueillir des PHV,

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

2) Les jeunes en situation de handicap

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



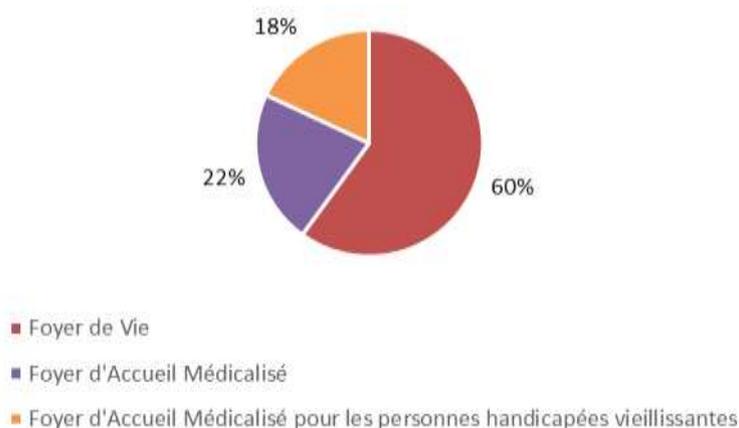


Enquête auprès des établissements accueillant des personnes handicapées adultes

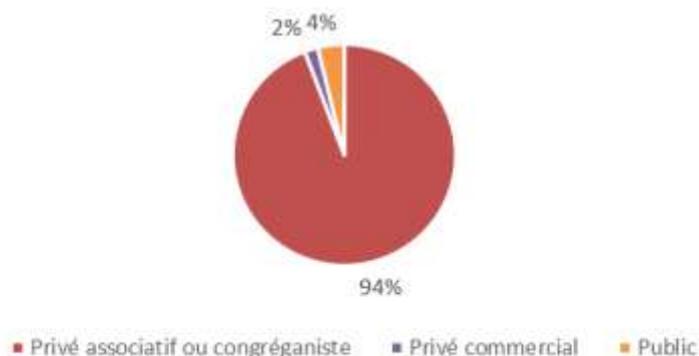
Profil des répondants

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

Répartition des répondants par type de structure



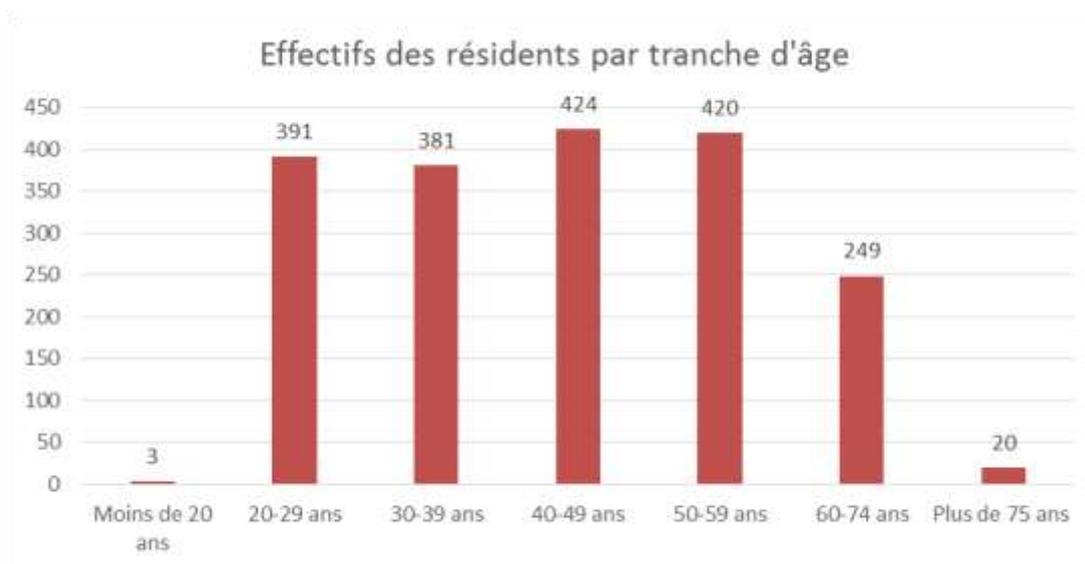
Répartition des répondants par statut juridique





Caractéristiques des résidents

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



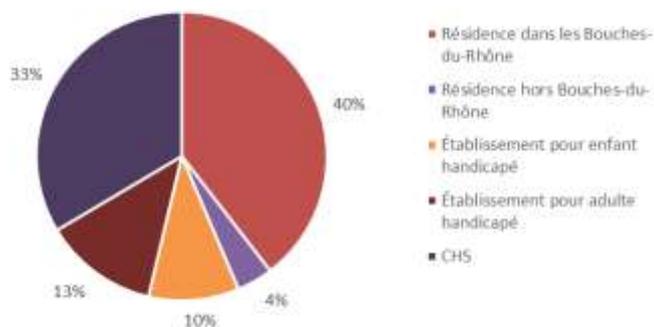
Entrées et sorties en 2015

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

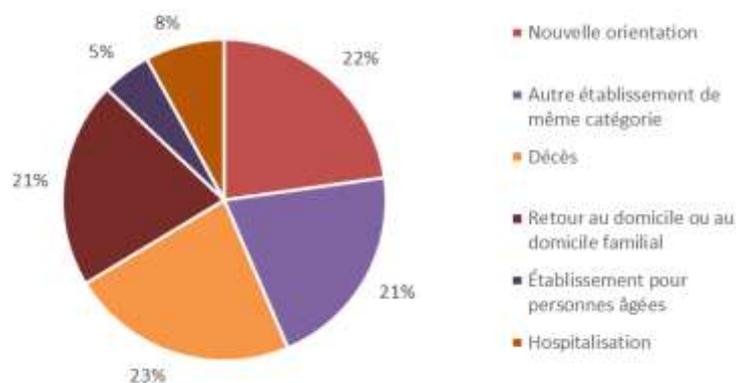




Provenance des personnes entrantes en 2015



Motifs de sortie en 2015



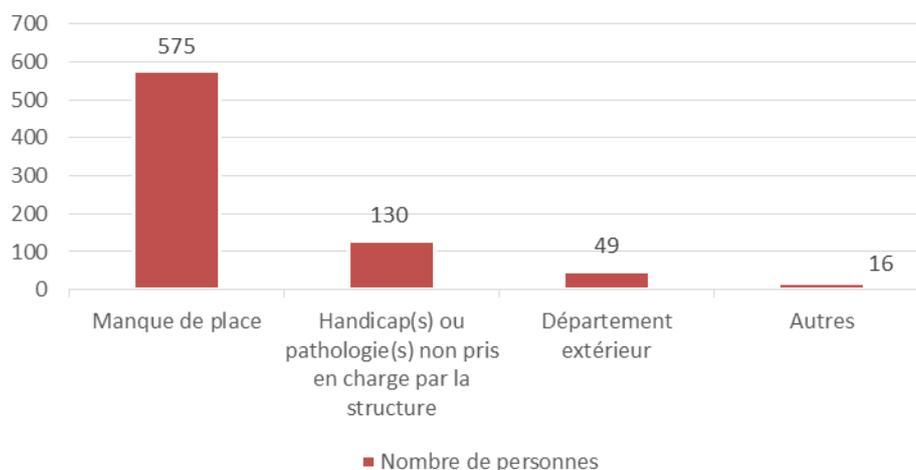
Attente et refus d'admission

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





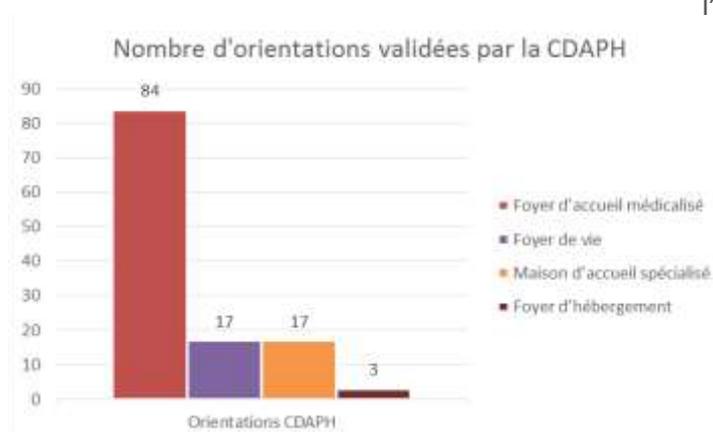
Refus d'admission en 2015



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

Orientations CDAPH et agréments

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



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

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





Les enjeux



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





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

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

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

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



Les enjeux

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





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

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

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

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

Eléments de bilan des précédents schémas :

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

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





Enquêtes auprès des personnes handicapées adultes vivant à domicile

Aide supplémentaire

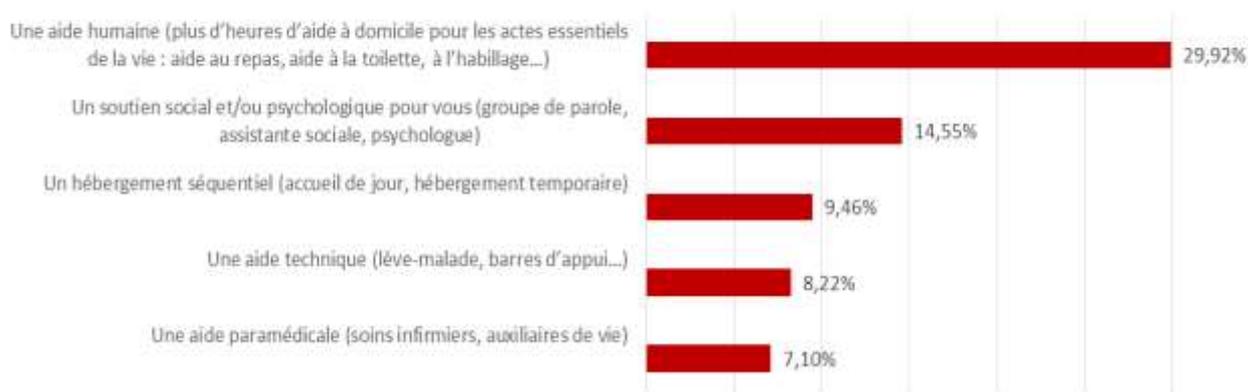
- **29,92% des personnes déclarant avoir un besoin d'aide supplémentaire** pour bénéficier de répit déclarent avoir besoin d'une aide humaine.

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

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



Type d'aide supplémentaire





Les enjeux

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





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

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

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

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

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

Eléments de bilan des précédents schémas :

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



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

Coordination avec les autres acteurs

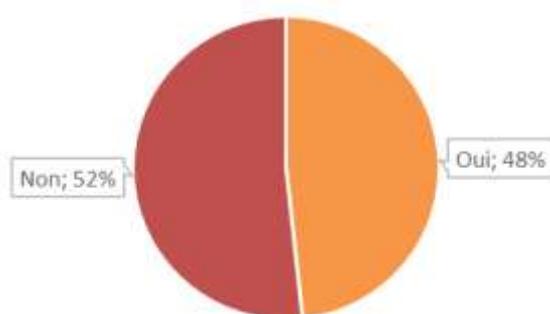
- La **moitié des SAAD collabore avec un réseau de santé ou une plateforme territoriale d'appui**.
- La **collaboration avec les acteurs libéraux médico-sociaux et paramédicaux est généralisée** (un seul SAAD déclare ne pas travailler avec ces acteurs).



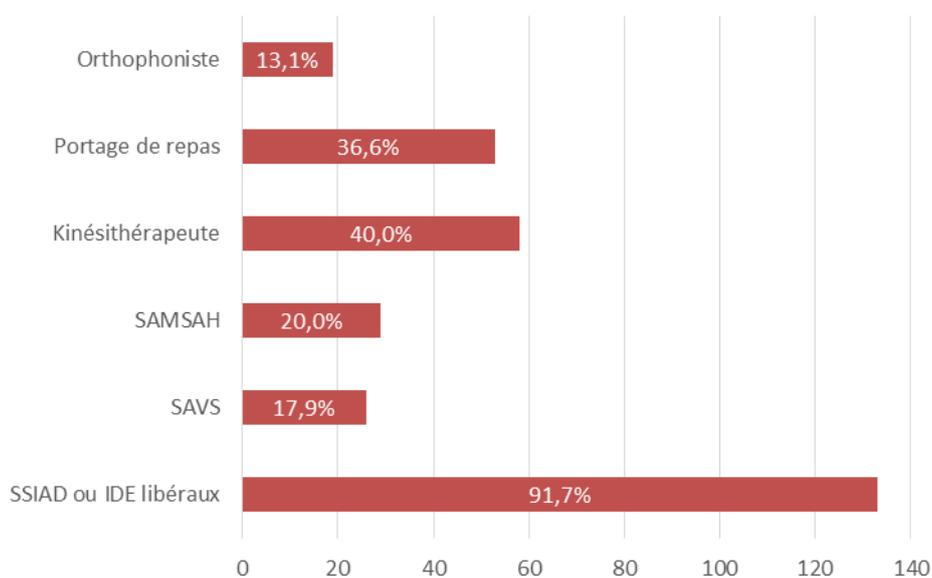


- D'autres acteurs avec lesquels les SAAD collaborent ont été cités par les répondants : HAD, cliniques, pôle activité service, AS, pharmacien, ergothérapeutes, France Alzheimer, médecins, gériatre, hôpitaux, ESA, CCAS, téléassistance, service tutélaire, MDS...

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



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

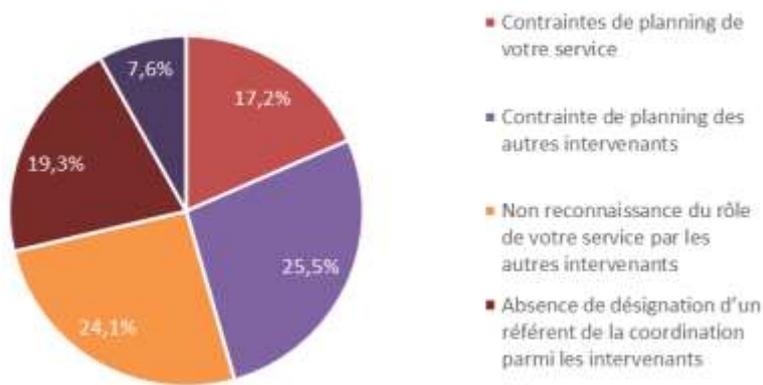


- **6,2% seulement des SAAD déclarent qu'il n'y a pas de freins** dans leurs collaborations avec les autres acteurs. Ces freins sont identifiés de façon relativement équilibrée entre les contraintes de planning, la non-reconnaissance du rôle du service et l'absence de désignation d'un référent de la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

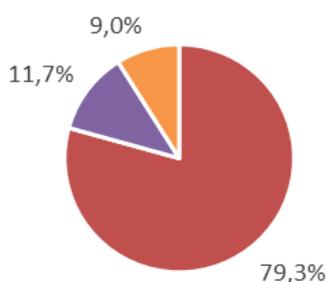




Freins principaux à la coordination



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



- Importance de la fréquence de l'intervention uniquement
- Seul intervenant médico-social uniquement
- Importance de la fréquence de l'intervention et seul intervenant médico-social



Enquêtes auprès des personnes handicapées adultes vivant à domicile

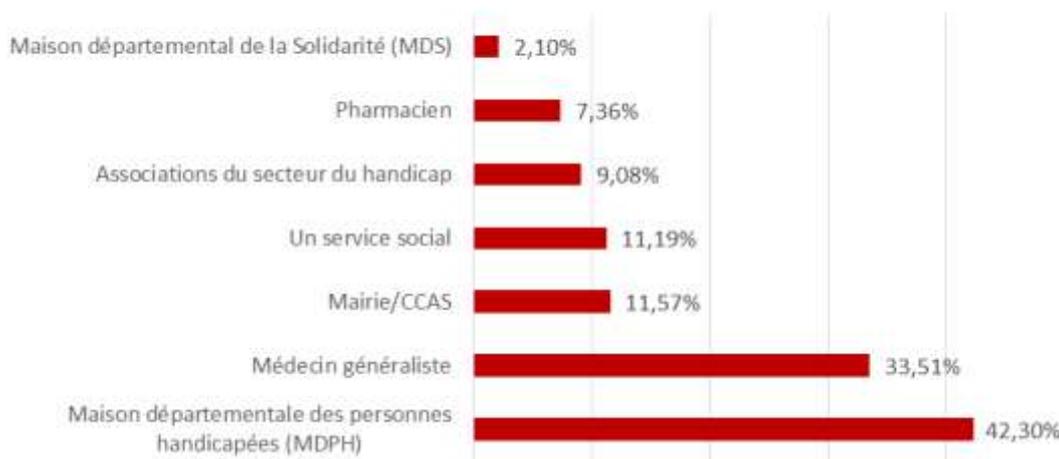
Interlocuteurs identifiés

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





Interlocuteurs des répondants



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



Les enjeux

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





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

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

Eléments de bilan des précédents schémas :

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

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



Enquêtes auprès des personnes handicapées adultes vivant à domicile

Activité professionnelle

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

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

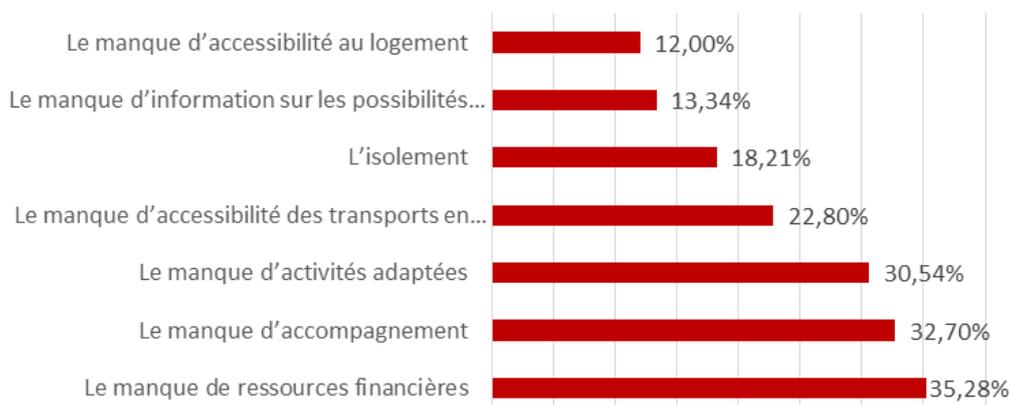




Vie sociale

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

Freins des sorties



Les enjeux

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





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





Projections : éléments de précision

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

Éléments de précisions

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

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





Éléments de précisions

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

Précisions des projections – état des lieux

Foyers de vie

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

Éléments de précisions

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





Foyers d'accueil médicalisés

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

Éléments de précisions

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





Précisions questionnaires

Précautions méthodologiques

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

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

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

SAAD : Attentes en termes de priorités d'actions

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

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

Enquête auprès des personnes en situation de handicap vivant à domicile

Profil des répondants

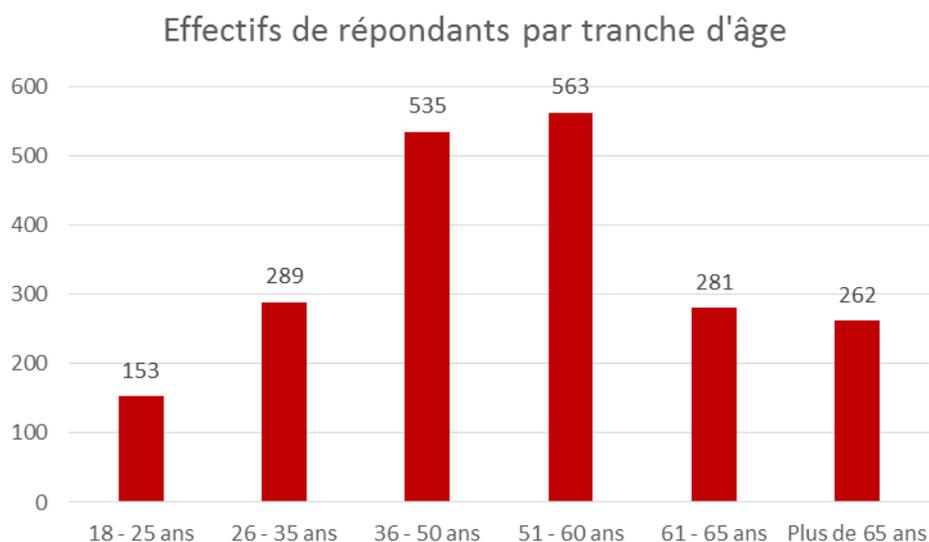
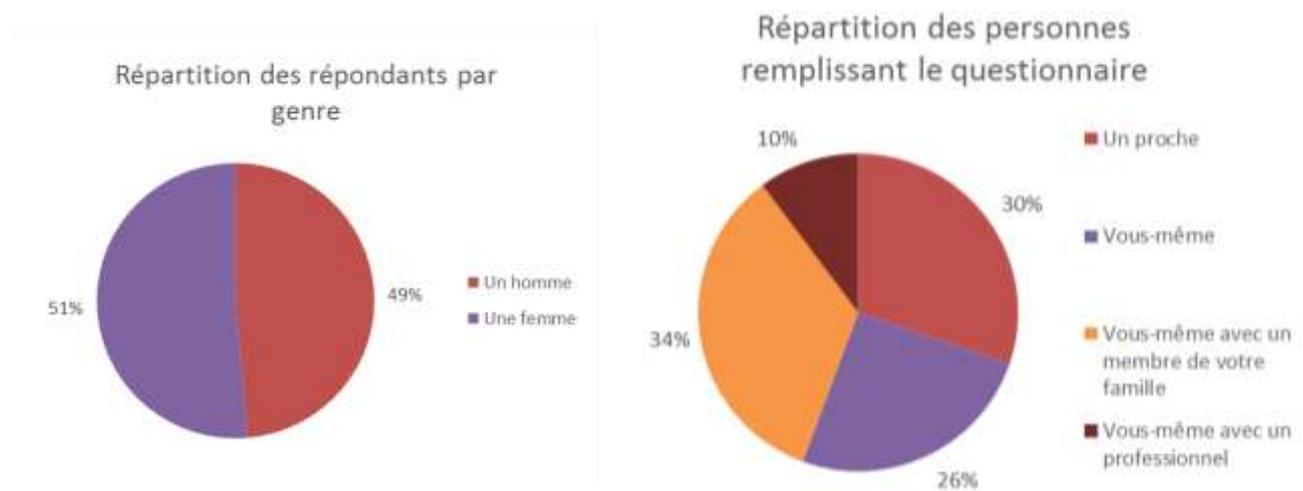
- On dénombre **2 092 répondants** pour ce questionnaire.





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

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



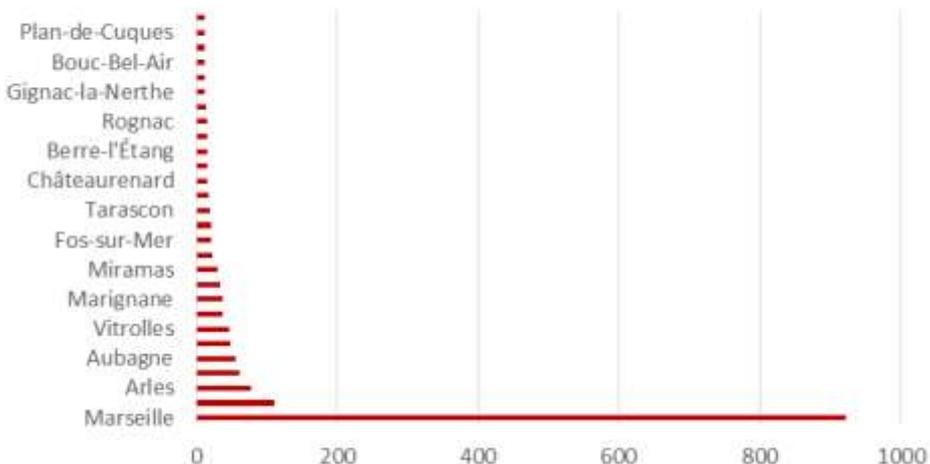
Lieu et mode de vie

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



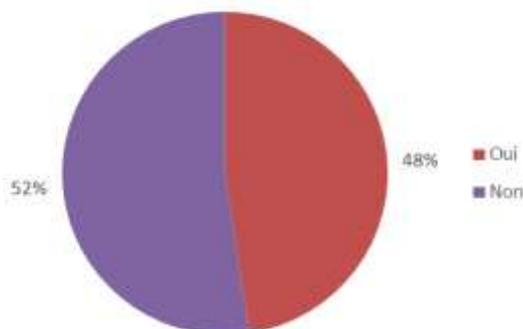


Effectifs des répondants par commune



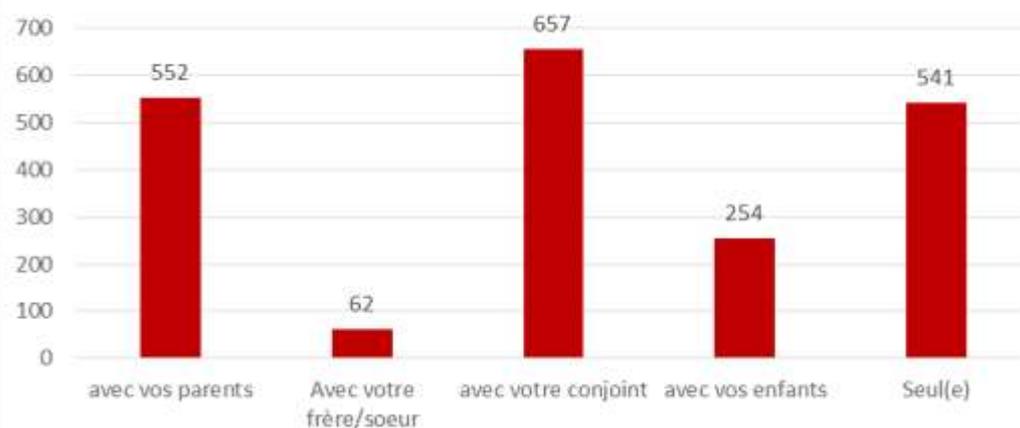
- La **moitié des répondants (48%)** déclare avoir des enfants : ils sont près de 254 à déclarer vivre avec eux (soit 12% environ).

Avez-vous des enfants ?



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

Vous vivez...





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

Nature du handicap

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

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



Enquête auprès des établissements accueillant des personnes handicapées adultes

Attentes en termes de priorités d'actions

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

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





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





Glossaire

AAH : allocation aux adultes handicapés

ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne

AEEH : allocation d'éducation de l'enfant handicapé

APA : allocation personnalisée d'autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : assistant social

CCAS : centre communal d'action sociale

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

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

ESA : équipe spécialisée Alzheimer

ESAT : établissement et service d'aide par le travail

ESMS : établissements et services sociaux et médico-sociaux

FAM : foyer d'accueil médicalisé

FOA : foyers occupationnels pour adultes

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

HAD : hospitalisation à domicile

MAS : maison d'accueil spécialisée

MDPH : maison départementale des personnes handicapées

PCH : prestation compensatoire du handicap

PCH : prestation de compensation de handicap

PHV : personnes handicapées vieillissantes

RAPT : Réponse Accompagnée Pour Tous

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

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

SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale

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

TED : troubles envahissants du développement

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

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

CRP : Centre de rééducation professionnelle

EA : Entreprise adaptée

ITEP : Institut thérapeutique et éducatif pédagogique

