

ETAT DES LIEUX ET BESOINS
de la
Prise en charge des Personnes Handicapées
En Guadeloupe

E. PULVAR
JUN 2005

SOMMAIRE

	Para.		Pages
		Sommaire des tableaux	6
		Préambule	
		Rappel de la réglementation	7
		Méthodologie de recueil des données	9
1^{ère} PARTIE		LA GUADELOUPE DANS SON CONTEXTE	
	1-1	Présentation générale	11
	1-11	Le contexte géographique	11
	1-12	Le contexte démographique	11
	1-13	Le contexte socio-économique	13
	1-14	Le contexte socio-politique	14
	1-2	La population handicapée et ses caractéristiques	14
	1-21	Définitions	14
	1-22	Le dispositif réglementaire	15
	1-23	Observations préliminaires	15
	1-3	L'enfance et l'adolescence handicapée	16
	1-31	Evaluation et caractéristiques de la population enfant et adolescent handicapés	17
	1-32	Les données du Conseil Général : Service de la Protection Maternelle et Infantile (PMI)	17
	1-33	Les données des CAMSP	29
	1-34	Les données de la CDES	20
	1-35	Les données de la CAF	24
	1-36	Les données de la psychiatrie infanto-juvénile	24
	1-37	Les données sur l'autisme	25
	1-38	Les données sur les handicaps sensoriels, moteurs et hand. rares	26
		Relevé de points 1	28
	1-4	Les adultes handicapés dans la population	29
	1-41	Les données de la COTOREP	29
	1-42	Les données de la CGSS	32
	1-43	Les données de la CAF	33
	1-44	Les données du Conseil Général	35
	1-441	Les actions réglementaires du conseil général	35
	1-442	Les actions volontaristes du Conseil Général	36
	1-45	Les données des secteurs de psychiatrie	37
	1-5	Les îles périphériques	38
	1-6	La santé des personnes handicapées	38
		Relevé de points 2	39
2^{ème} PARTIE		LE SCHEMA DU HANDICAP 1996-2003	
	2-1	Les orientations et objectifs préconisés par le schéma de 1996	41
	2-2	Evaluation des objectifs dans le domaine de l'enfance et de l'adolescence	42
	2-3	Orientations et objectifs dans le domaine de la prise en charge des adultes	51
	2-4	Orientations et objectifs d'ordre général et politique	56

		Relevé de points 3	62
3eme PARTIE		L'OFFRE MEDICO-SOCIALE.	
	3-0	La répartition et le panorama du secteur médico-social	64
	3-01	La répartition géographique	64
	3-02	Le panorama	66
	3-1	Les réalisations dans le domaine de l'enfance et de l'adolescence	71
	3-11	L'offre médico-sociale sous compétence de l'état : évolution et situation	71
	3-12	Actions de l'Education nationale : l'intégration scolaire	78
	3-13	L'offre sous compétence du Département : le transport des enfants handicapés en AIS	79
	3-2	L'équipement médico-social pour les adultes	81
	3-21	Evolution des équipements en faveur des adultes	83
	3-22	Evolution des équipements sous compétence de l'Etat	88
	3-23	Evolution des équipements sous compétence du Département	89
	3-3	L'offre en terme de prise en charge sociale	91
	3-31	Le site pour la vie autonome	91
	3-32	L'action Guadeloupéenne de soutien	93
	3-33	L'insertion professionnelle en milieu ordinaire	94
	3-34	Les transports	95
	3-35	L'accessibilité	96
	3-36	Loisirs et vie sociale des personnes handicapées	96
	3-4	Le secteur associatif	96
		Relevé de points 4	98
4^{ème} PARTIE		LES BESOINS THEORIQUES	
		Préambule	100
	4-0	Comparaison de taux d'équipements national et local	100
	4-1	Dans les domaines de l'enfance et de l'adolescence	101
	4-11	La nécessité de la prévention, du dépistage et de l'action précoce	101
	4-12	Dans le champ du sanitaire	101
	4-13	Dans le champ de la PMI	101
	4-14	Dans le champ de l'Education Nationale	101
	4-141	Comparaison de l'intégration scolaire avec de Départ métropolitains	101
	4-142	L'AIS par rapport aux besoins	102
	4-2	Etat des besoins pour l'enfance handicapée	104
	4-21	Etudes orientations et des affectations de la CDES	104
	4-22	Les constats des besoins	106
	4-3	Les établissements et services médico-sociaux enfants handicapés : besoins à couvrir et taux d'équipement	107
	4-31	Les besoins à couvrir	107
	4-32	Les taux d'équipement pour les enfants	110
	4-4	Les besoins des adultes handicapés	114
	4-41	Les équipements et services médico-sociaux pour les adultes et les besoins à couvrir	114
	4-42	Les équipements de travail protégé	114
	4-5	Les équipements Foyers	115
	4-51	Les foyers d'accueil de jour	115

	4-52	Les foyers d'hébergements des TH	115
	4-6	Le dispositif de compensation et d'intégration à la vie sociale	120
	4-7	Le dispositif institutionnel de prise en charge des adultes grands déficients et /ou dépendants	121
	4-71	Pour les personnes adultes atteintes de l'autisme	121
	4-8	Le handicap et le vieillissement	121
	4-9	Les adultes handicapés à domicile	122
	4-91	L'accueil familial, les services à domicile	122
	4-92	Les adultes handicapés sensoriels et les handicaps rares	122
	4-93	Les aides techniques aux personnes handicapées adultes	123
		Relevé de points 5	124
		Aperçu des perspectives d'évolution et de l'offre médico-sociale à promouvoir	126
		Annexes à l'état des lieux et des besoins	127

SOMMAIRE DES TABLEAUX

Tableau	N°	Désignation du contenu	Page
Tableau	1	Présentation des données démographiques	12
Tableau	2	Présentation des données socio-économiques	13
Tableau	3	Bilan du Plan Périnatalité 1996-2001	19
Tableau	4	Evolution des demandes auprès de la CDES	21
Tableau	5	Attribution de l'AES de 1997 à 2000	23
Tableau	6	Evolution de la population en pédopsychiatrie	25
Tableau	7	Evolution de dossiers auprès de la COTOREP	30
Tableau	8	Orientations PAR la COTOREP de 1998 à 2003	31
Tableau	9	Classement entre 2000 et 2003 des demandes par type de handicap. 1 ^{ère} et 2 ^{ème} sections de la COROREP	31
Tableau	10	Evolution des pensions d'invalidité versées par la CGSS	33
Tableau	11	Evolution de l'attribution de l'AAH de 1997 à 2003	34
Tableau	12	Evolution de l'ACTP de 1996 à 2003	35
Tableau	13	Evolution de la population en Psychiatrie adulte	37
Tableau	14	Répartition géographique des places des principales institutions	64
Tableau	15	Panorama des établissements et services médico-sociaux	67
Tableau	16	Evolution globale 1996-2003 du nombre de places autorisées et installées par catégories d'établissements et handicap ; Enfants et adolescent.. ;	73
Tableau	17	Evolution détaillée des capacités et créations	75
Tableau	18	Etude des âges des enfants dans les EMS	77
Tableau	19	Evolution des structures d'intégration scolaire	80
Tableau	20	Evolution globale des structures et capacités pour adultes	84
Tableau	21	Evolution détaillée des structures pour adultes	86
Tableau	22	Evolution des capacités d'accueil de jour et d'hébergement	90
Tableau	23	Illustration des niveaux d'équipement	100
Tableau	24	Les différentes affectations de la CDES	105
Tableau	25	Comparaisons des affectations de la CDES	106
Tableau	26	L'équipement pour l'enfance H. et les besoins à couvrir	108
Tableau	27	Comparaison des taux d'équipement Gpe, national et deux autres départements (Ain & Lot).	111
Tableau	28	Taux d'équipement et écarts Gpe, national : enfance	113
Tableau	29	L'équipement pour les adultes et les besoins à couvrir	117
Tableau	30	Taux d'équipement et écarts Gpe - métropole: adultes	118
Tableau	31	Comparaison des taux d'équipement de Gpe avec ceux du national et de deux départements métropolitains.	119

Préambules

Rappel de la réglementation

La loi n° 75-535 du 30 juin 1975 « Relative aux Institutions Sociales Médico-Sociales » principalement et la loi n° 75-534 dite d'« Orientation en faveur des personnes handicapées » ont constitué jusqu'à récemment les socles du dispositif institutionnel et de la réglementation sociale en faveur des personnes handicapées.

Le dispositif de la loi relative aux Institutions a fait l'objet par la suite de 21 modifications dont notamment les modifications résultant de la loi sur la décentralisation transférant une partie des compétences de l'Etat vers les collectivités territoriales :

- **loi n° 83-8 du 7 janvier 1983** complétée par la **loi n° 83-663 du 22 juillet 1983** relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat.
- **loi n° 86-7-17 du 6 janvier 1986 dite « loi particulière »** adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé.

D'autres textes suivent dans la ligne de cette première impulsion :

- Loi n° du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des personnes handicapées,
- loi n° du 10 juillet 1989 relative à l'éducation,
- loi n° 89-475 du 10 juillet 1989 relative à l'accueil par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées adultes,
- loi n° 91-663 du 13 juillet 1991 portant diverses mesures destinées à favoriser l'accessibilité aux personnes handicapées des locaux d'habitation des lieux de travail et des installations recevant du public et, plus récemment,
- **La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 dite de Rénovation de l'action sociale et médico-sociale.** Cette loi du 2 janvier 2002 est le fruit d'un long processus engagé dès 1985, après un premier rapport d'évaluation de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 et des constats -qui ont constitué autant d'enjeux, de motifs, de raisons pour la réformer-. Il est à noter que certains décrets et mesures d'application de cette loi sont d'apparition récente. La loi du 2 janvier 2002 comporte des dispositions diverses qui viennent profondément modifier les dispositifs réglementaires et institutionnels déjà existants et inclut des dispositions nouvelles sur les droits et libertés des usagers dans les institutions, des obligations nouvelles pour les gestionnaires et dirigeants des établissements médico-sociaux telles que l'obligation de projet institutionnel ou sa révision, le livret d'accueil, le document contractuel de prise en charge, l'obligation de créer et faire fonctionner le conseil de la vie sociale.
- loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 dite de modernisation sociale,
- loi n° du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales
- la loi n°2005-102 du 11 février 2005 « Pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées »

Ces deux derniers textes vont rénover le cadre de l'Action médico-sociale en direction des personnes handicapées tant au niveau de la conception de la prise en charge qu'institutionnel .

Le schéma départemental de l'action sociale et médico-sociale en faveur des personnes handicapées régi par l'art. L.312-5 du Code de l'Action Sociales et des Familles (CASF) concerne les établissements et services mentionnés à l'art L312-1 du même code al. 1° à 4°, 5°a et b, 7°, 12°.

Le schéma (art L312 du CASF), établi pour une période de 5 ans :

- Apprécie la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population des personnes handicapées.
- Dresse le bilan qualitatif et quantitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante en faveur des personnes handicapées.
- Détermine 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'établissement et services et, le cas échéant, d'accueils familiaux
- Précise le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services sus-mentionnés, ainsi qu'avec les autres établissements de santé publique et tout autre établissement public ou privé, afin de satisfaire aux besoins mis en accentuation ci- dessus.
- Définit les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre de ce schéma et, pour ce, établissent pour leur validité la programmation pluriannuelle des établissements et services médico-sociaux qu'il serait nécessaire de créer, de transformer ou de supprimer afin de satisfaire les perspectives et objectifs définis.

L'article 50 de la loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales dispose que :

- Les schémas départementaux sont adoptés le Président du Conseil Général après concertation avec le représentant de l'état et avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale.
- Le représentant de l'Etat fait connaître, au plus tard six mois avant l'expiration du précédent schéma, au président du conseil général les orientations que le schéma doit prendre en compte pour les établissements et services mentionnés aux 2°, 4°, a du 5°et 10°du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Méthodologie de recueil des données.

La démarche a consisté à engager une longue série de consultations, de réunions d'information, de recueil de données, de discussions et d'échanges sur le vécu avec les professionnels du champ social et médico-social, les personnes handicapées, les services de santé, les responsables associatifs, les services des administrations et organismes qui nous permettent aujourd'hui d'avoir la représentation que nous pouvons retracer.

Toutefois, nous n'avons pas pu obtenir les chiffres de tous les organismes, ni rencontrer tous les responsables avec lesquels nous aurions souhaité nous entretenir.

Nous faisons aussi les constats :

- de très fortes résistances à la transmission de l'information.
- de difficultés dans la collecte de l'information compliquant l'exploitation et le traitement des données disponibles.

Nous remercions tous ceux qui ont accepté de nous recevoir, tous ceux qui nous ont transmis leurs chiffres d'activités, tous ceux qui ont accepté de répondre à nos propositions de rencontre par secteur d'activité ou institutionnel.

Première Partie :

La Guadeloupe dans son contexte

1-1) Présentation générale

La description de la situation générale de la Guadeloupe avec présentation des données chiffrées ne prétend pas à l'exhaustivité. Nous y adjoignons certains éléments de comparaison avec la Martinique et la Métropole pour faciliter l'appréciation des faits. De par sa géographie qu'au plan de son histoire, de sa structuration économique et sociale et de sa démographie, la Guadeloupe présente de réelles particularités.

1-11) Le contexte géographique.

D'une superficie de 1700KM², la Guadeloupe est située dans la partie Nord de l'arc des Petites Antilles.

Elle constitue l'une des trois régions françaises monodépartementales des Amériques¹. La Guadeloupe est un archipel (cas unique dans l'ensemble national).

Deux îles principales, la Basse-Terre et la Grande-Terre, séparées par un bras de mer, regroupent 88% de la population. Et dans six autres îles périphériques, Terre de Haut et Terre de Bas (constituant « Les Saintes »), Marie-Galante, La Désirade, Saint Martin et Saint Barthélemy résident 12 % de la population.

Saint-Martin et Saint-Barthélemy à plus de 250 km, avec l'avion pour unique moyen de transport jusqu'à très récemment, concentrent 8,24 % de la population totale.

La géographie étirée et montagneuse des deux îles principales a conduit à une installation quasi totale des villes en bordure côtière.

Le chef lieu Basse-Terre, situé au sud de l'île de la Basse-Terre regroupe l'essentiel des administrations.

Pointe à Pitre et sa conurbation constituent le pôle urbain et économique moteur de la région.

Les parties les plus excentrées de ces pôles, au nord de la Grande-Terre, en côte sous le vent et au nord de la Basse-Terre sont moins peuplées et développées économiquement

Les difficultés de transport des personnes et des biens conduisent à des situations réelles d'inégalités de développement entre les différentes parties du territoire dans l'accès au travail, aux soins, à l'éducation et à la culture, etc...

1-12) Le contexte démographique

La population générale de la Guadeloupe est estimée à 434.716 habitants en 2002, avec un indice conjoncturel de fécondité de 2 enfants par femme (*Sources Insee Guadeloupe TER et Ti'Ter*). Cette population est plutôt jeune (32,4 % de moins de 20 ans dont 24 8% de moins de 15 ans) même si « quelques signes de vieillissement sont perceptibles » (*Les Cahiers de l'Insee « Les projections de population aux Antilles Guyane à l'horizon 2030 »*). Comparativement, en Martinique, la population est déjà vieillissante et la Métropole est installée dans le vieillissement. **Cf tableau n°1.**

41 % de cette population est concentrée dans la conurbation Pointe-à-Pitre/Abymes/Baie-Mahault/Gosier qui d'ailleurs correspond au bassin principal de l'activité économique de la région.

¹ Avec l'île de la Martinique également dans l'arc caraïbe et la Guyane située au nord de l'Amérique du sud entre le Surinam et le Brésil.

En apparence la Guadeloupe a progressé vers un niveau de développement proche du niveau national au cours de ces vingt dernières années. Toutefois certains paramètres démographiques sont encore apparentés aux caractéristiques des régions sous développées : importance de la population infantile, indice de fécondité féminine, taux de mortalité infantile, taux de mortalité maternelle, taux de prématurité, taux de mortalité prénatale...

Tableau 1 : Présentation des données démographiques.^{2,3}

	GUADELOUPE		MARTINIQUE		FRANCE METROPOLE 2001	
Population globale	434 716	100 %	388 355	100 %	59 600 000	100 %
Moins de 20ans	140 848	32	116 506	30	14 900 000	25
Plus de 20 ans	234 747	54	205 828	53	32 184 000	54
Plus de 60 ans	59131	14	66 021	17	12 518 000	21
Taux de natalité (2001)	17,7°/°°		14,9°/°°		12,7°/°° 734 000	12,7
Taux de mortalité	6,4°/°°		7,1°/°°		9,2°/°°	
Taux de mortalité infantile	11°/°°		8°/°°		4,5°/°°	(INSEE 1999)
Espérance de vie (hommes)	73,8 ans	-----	76 ans	-----	75,25 ans (DREES 2001)	-----
Espérance de vie (femmes)	80,9 ans	-----	82 ans	-----	82,7 ans (DREES 2001)	-----
Taux de fécondité/femme	2,3	-----	2	-----	1,8	-----

²Sources Insee dans Ter 2002 Guadeloupe et Martinique pages 20.

1-13) Le contexte socio-économique

Le contexte socio-économique reste très nettement marqué par un chômage élevé (25,7 % en Guadeloupe, pour 22,3 % en Martinique et 9 % en Métropole) et par la précarité qui concerne une large frange de la population. Les jeunes, les femmes, les populations des dépendances et de certaines parties excentrées de la Guadeloupe continentale sont les plus touchés.

Le pourcentage de personnes percevant le RMI est nettement plus élevé qu'en métropole (*en 1999 près 12,46% de la population contre 3%*)

Les personnes handicapées dans un tel contexte sont encore plus en marge.

Toutefois, et cela est confirmée dans les chiffres de l'INSEE, le chômage est en régression constante depuis 1999.

Du point de vue économique la comparaison des PIB/habitant révèle que le PIB en Guadeloupe correspond pas à 54 % du PIB de métropole alors que le PIB/habitant en Martinique se situe près des 60 % du PIB hexagonal.

La Guadeloupe a une économie perfusée autant par les subventions de ses productions agricoles que par les transferts sociaux. En outre le poids du tertiaire et le développement du secteur public fragilise encore davantage cette économie.

Le fonctionnement économique est caractérisé par une hypertrophie du tertiaire (plus de 50% des actifs et 70% du PIB) dans lequel les services publics sont prépondérants.

Tableau 2 : Présentation des données socio-économiques.

	GUADELOUPE		MARTINIQUE		METROPOLE	
Population globale	434 716	%	388 355	%	59 600 000	%
Population active	161 500	37,15	160 400	41,30	26 600 000	44,6
Population ayant un emploi	120 000	27,60	124 600	32,10	23 600 000	39,6
Taux de chômage	41 500	25,3 ⁴	35 700	23,3	3 000 000	9
Taux de chômage/H		21,5		19,8		10,2
Taux de chômage/F		29,4		26,8		13,8
PIB/hab en Euro	13 071 ⁵		14 283		24376	

⁴Chiffres de 2002. Sources TER 2003 Guadeloupe. Page 6

⁵ Chiffres de 2000. Sources Insee TER 2003 Guadeloupe. Page 6

1-14) Le contexte socio- politique.

La Guadeloupe a accédé comme tous les départements et régions à la décentralisation à compter de 1982.

Cette première décentralisation n'a pas été accompagnée des moyens financiers correspondants.

Le deuxième mouvement de la décentralisation devrait faire accompagner tout transfert de compétences d'un transfert financier (art. 119 de la loi du 13 août 2004 relatives aux libertés et responsabilités locales).

L'élargissement en mai 2004 de la communauté européenne à des pays moins développés de l'ancienne Europe de l'Est constitue une inquiétude alors que la Guadeloupe n'a pas en fait véritablement « décollé » au plan économique, ni atteint un niveau d'équipement, ni un développement social qui limiterait le recours aux fonds européens.

L'O.C.M. et la déréglementation des marchés sur les produits d'exportation, moteurs de l'économie productive, font peser des craintes énormes sur l'emploi alors que le tourisme n'a jamais pu constituer un secteur économique pouvant se substituer à ces productions traditionnelles.

1-2) La population handicapée et ses caractéristiques

1-21) Définitions

Partant de l'acquis conceptuel des précédents travaux de 1991-1992 page 47 ⁶ du précédent schéma qui s'appuie sur la définition de l'O.M.S., le handicap est « une réalité multiple » qui recouvre trois niveaux en interaction (la **déficience**, l'**incapacité**, le **désavantage**) lesquels conduisent à des degrés divers à des limitations ou à des impossibilités variables selon les individus d'avoir la même efficacité, de jouer le même rôle social que la majorité des autres individus dans une situation donnée.

- La **déficience** correspond à toute perte de substance, altération d'une structure d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique. Elle ne concerne qu'une partie de l'individu. Ainsi dénombre-t-on 9 déficiences au nombre desquelles les plus connues sont : les déficiences intellectuelles, sensorielles comprenant les déficiences auditives, visuelles, les déficiences motrices, etc...
- L'**incapacité** correspond à une réduction résultant d'une déficience partielle ou totale de la capacité à accomplir une activité dans les limites considérées comme normales pour un être humain.
- Le **désavantage** est le préjudice qui résulte pour un individu du fait de sa déficience et de son incapacité et qui le limite ou lui interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal au regard de son âge, de son sexe et de son environnement socioculturel. « Les présences d'au moins une déficience, d'au moins une incapacité,

⁶ Cf également du Guide Néret pour les Handicapés pages 17 à 19

d'une restriction d'activité, la reconnaissance d'un taux d'incapacité ou d'invalidité sont des indicateurs du handicap »⁷

L'OMS est récemment revenue sur ces critères du handicap pour en modifier tous les aspects qui pourraient être stigmatisants pour **les personnes en situation de handicap** : les situations de handicap étant le produit de l'interaction entre les facteurs individuels et contextuels de la personne, et les facteurs environnementaux qu'ils soient de nature culturelle, sociale ou architecturale.

Les 4 principales causes de handicaps reconnues en France sont par ordre décroissant : la maladie 38,3 %, la vieillesse 28,2 %, l'accident 12,2 %, et la naissance 10,2 % :⁸

1-22) Le dispositif réglementaire

La réglementation en vigueur actuellement depuis la loi 75-534 du 30 juin 1975 dite loi d'orientation en faveur des personnes handicapées fait des :

- **Commissions Départementales de l'Education Spéciale (CDES)**⁹ statuant pour les enfants,
et
- **Commissions Techniques d'Orientation et de Reclassement Professionnel (COTOREP)**^{*10} statuant pour les adultes,
les principales instances compétentes pour reconnaître, évaluer, orienter, compenser et indemniser le handicap.

De ce fait ne seraient légalement reconnues handicapées que les personnes ayant effectué un dossier ou pour lesquelles a été effectué un dossier auprès de la C.D.E.S. et de la COTOREP et dont ces Commissions reconnaissent le handicap et les différents droits qui s'y rattachent.

C'est sur la base de leurs données que nous tablerons nos études même s'il faut admettre que nombreuses sont encore les personnes en situation de handicap qui, pour des raisons ou une autres, refusent ou échappent à ce « recensement ».

Il faut noter que les organismes de Sécurité sociale indemnisent le handicap au titre de l'invalidité.

1-23) Observations préliminaires

A ce jour, en Guadeloupe comme en Métropole, on ne peut qu'estimer la population de personnes en situation de handicap dans la population globale¹¹. Selon les définitions et les positionnements adoptés, cette estimation est variable.

Il convient de souligner en premier lieu que nous sommes loin de parvenir à maîtriser en détail la situation du handicap dans notre population, compte tenu de la multiplicité des services et de l'éparpillement des données.

⁸ In « LE HANDICAP EN CHIFFRES » . Février 2004 page 16. Le handicap se conjugue au pluriel..

⁸ Cf. rapport Chérioux page 40)

⁹ Guide Néret pour les Handicapés pages 35 à 61

¹⁰ Guide Néret pour les Handicapés pages 63 à 122

¹¹ Cf le rapport du sénateur Jean CHERIOUX page 40 « L'estimation de la population des personnes handicapées est un exercice difficile car les chiffres disponibles varient en fonction de l'appréciation subjective de la notion de handicap ou du choix des critères retenus ».

Cf le rapport du CTNERHI, DRESS et DGAS « Le handicap en chiffres » février 2004 : « Il n'y a pas de réponse unique à cette question, car la nature, l'origine et la gravité des atteintes peuvent être très diverses... »

En second lieu, il faut reconnaître la pertinence des études menées en 1991-1992 dans le département. Les extrapolations des différentes catégories de handicaps dans la population restent encore significatives en référence aux études récentes de l'INSERM, du CTNERHI, ou du DRESS.

Il ressort que le handicap, les handicapés comme la population de la Guadeloupe en général évoluent en parallèle sur le même modèle que la société métropolitaine, avec toutefois un décalage dans le temps.

Et, en certains domaines, des particularités peuvent ressortir qui tiennent aux situations locales : les maladies génétiques (dont la drépanocytose), l'hypertension artérielle, le diabète, un taux élevé de prématurité, un taux élevé d'accidents graves sur la voie publique, la pauvreté et la précarité, l'inégal accès aux soins.

Ces facteurs aggravant appellent un renforcement de la politique de prévention du handicap qui est aussi essentiel que l'action sur le handicap lui-même.

Dans cette politique, en amont, sont parties prenantes des organismes, des établissements, des services et des professionnels du sanitaire et du social, qui ne sont pas nécessairement rattachés aux secteurs du médico-social mais avec lesquels la coopération, les interactions, les partenariats, les transversalités doivent être recherchés et cultivés.*11

Globalement, on estime que la population de personnes, vivant avec un handicap et se reconnaissant un handicap, est comprise dans une fourchette de 8 à 12 % de la population totale (cf : enquête HID).

Il est à noter que les Conseils Consultatifs Départementaux des Personnes Handicapées (CDCPH) se sont vus confier, en vertu de la loi du n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, la charge du recensement des personnes handicapées et de la « nature de leur handicap » à réaliser dans un délai de deux ans à compter de la promulgation de cette loi.

Ce travail est actuellement en cours en Guadeloupe.

1-3) L'enfance et l'adolescence handicapée

1-31) Evaluation et caractéristiques de la de la population enfant et adolescent handicapés

L'étude de la structure de la population de 0 à 15 ans (102.500) par classes d'âge et par groupes de 5 ans fait respectivement apparaître cette répartition

- de 0 à 5 ans = 29.000 soit 6,7 % du total global,
- de 5 à 9ans = 37.000 soit 8,5 % de ce total,
- de 10 à 14 ans = 36.500 soit 8,4 % de ce total.

Si l'on applique à cette population infantile le taux moyen de pourcentage du handicap reconnu dans la population en général, la population infantile concernée par un handicap serait aux environs de 8.500 personnes et sans doute plus.

Prenant appui sur les données des différents services oeuvrant autour de l'enfance et du handicap : hôpitaux, PMI, services spécialisés et la CDES, nous pouvons extraire certaines

des lignes de forces bien reconnues qui font la différence et appellent à un traitement plus spécifique.

Le rôle des différents services et professionnels autour de la petite enfance, de l'enfance et de l'adolescence est essentiel pour avoir une vision d'ensemble et asseoir une politique durable et globale de prise en charge du handicap.

1-32) Les données du Conseil Général : Service de la Protection Maternelle et Infantile (PMI)

Conformément à la réglementation les actions de la PMI se situent dans les domaines :

- du dépistage et de la prévention,
- de l'accompagnement et de l'information des familles,
- de l'épidémiologie et des statistiques de santé publique.

Chacun de ces domaines concerne la prise en charge de l'enfance handicapée, avant, après la naissance et jusqu'à 6 ans.

Et l'analyse des bilans d'activité de ce service révèle la nécessité d'un renforcement de la coopération des partenaires oeuvrant dans le champs de la petite enfance par la formalisation d'un réseau pour :

- améliorer le dépistage et la prévention précoce des troubles psycho-comportementaux et des handicaps,
- définir les rôles des partenaires,
- améliorer les pratiques,
- préciser les filières de prise en charge,

La PMI préconise pour sa part dans ce réseau de mettre en place une cellule handicap –petite enfance pour :

- dépister et accompagner les familles,
- recueillir, centraliser les données et évaluer la situation du handicap dans la prime enfance,
- coordonner l'action des professionnels et des services partenaires,
- assumer avec plénitude le rôle de référent dans le cadre de l'AIS.

La PMI a en charge les bilans de santé des enfants scolarisés en école maternelle. Ce bilan consiste en une visite systématique des enfants en petite section et d'un suivi en moyenne section. Il s'attache à rechercher tout trouble somatique nécessitant une prise en charge, au dépistage et au signalement des déficits sensoriels, au repérage des troubles orthophoniques ainsi que des difficultés psycho-comportementales.

La PMI accompagne l'intégration scolaire des enfants handicapés »¹²

Même si, à ce jour, l'action des services de la PMI ne couvre que 42 % du total des classes des enfants scolarisés en maternelle, selon le rapport d'activités 2001-2002 (3.111 enfants sur un effectif total de 7.512), toutefois elle permet de faire les 3 constats qui suivent :

- 2,7 % des enfants contrôlés présente des « troubles sévères,¹³ nécessitant une prise en charge indispensable en service spécialisé »,
- 8,3 % des enfants nécessiteraient un dépistage et un suivi soit en CAMSP soit en CMP soit en CMPP,

¹² Rapport PMI « Dépistage des handicaps des enfants scolarisés en maternelle » bilan d'activités 2001-2002, Dr Th. Eblé.

¹³ Troubles du langage sévères, troubles psycho-comportementaux graves, troubles associés graves.

- l'action de dépistage précoce est insuffisante. Nous citons le rapport du bilan 2001-2002 de la PMI : « L'ensemble des professionnels s'accorde à dire que le dépistage doit être le plus précoce possible pour assurer une prise en charge satisfaisante. Or, l'évaluation de nos activités montre la difficulté pour les institutions à réaliser cet objectif. De plus, leur activité de prise en charge des troubles repérés est concurrencée par l'activité de dépistage. De fait, les dépistages sont réalisés assez rapidement mais les prises en charge sont très retardées (en raison des listes d'attente notamment). Les familles demandeuses d'une prise en charge ont un sentiment d'abandon » ¹⁴.

En outre, il persiste encore souvent un déni du handicap qui se caractérise par le fait que les parents tardent à consulter pour leurs enfants.

Une étude conduite en 1999-2000 par le Dr PHIRAI-FABRE de la PMI dans le cadre du plan périnatal menée de 1996 à 2001 intitulée « Handicaps sévères et périnatalité » sur une population de 158 enfants âgés de 6 à 10 ans, recensés à partir de leurs dossiers à la CDES et ayant un taux d'invalidité égal ou supérieur à 80 % et dont la description des conditions de naissance et l'analyse étiologique des handicaps ont été étudiées à partir des dossiers de néonatalogie, pédiatrie, chirurgie infantile et pédopsychiatrie (CHU de PAP, CH de Basse-Terre, et CH de St Martin), aboutit aux conclusions qui suivent :

- les facteurs périnataux sont en cause pour le tiers des handicaps sévères, et pour plus de la moitié des polyhandicaps,
- ils sont responsables des handicaps les plus graves, justifiant l'attribution d'un complément d'allocation,
- la prématurité est en cause dans près de 70 % des cas, et l'hypoxie pour les enfants à terme,
- l'infection et l'HTA sont les pathologies les plus fréquentes au cours de la grossesse,
- ces enfants sont bien suivis médicalement, mais le nombre de structures médico-éducatives est insuffisant.

Cette étude conclue à la nécessité d'un travail en réseau :

- ➔ Pour diminuer la morbidité périnatale.
- ➔ Pour améliorer le soutien de ces enfants et de leurs familles.
- ➔ Pour évaluer les besoins médico-éducatifs...

Un Programme Régional de Santé a été mis en place pour la période de 1996-2001. Il prend appui notamment sur les constats :

- du taux de prématurité en Guadeloupe qui est le double de celui de la Métropole (11 % contre 5 %) et aussi très élevé par rapport à la Martinique (7 %),
- de l'évolution des possibilités de survie des prématurés naissant en milieu hospitalier mais avec des risques de séquelles et donc de handicaps graves.¹⁵

Ce plan peut être retranscrit sous le tableau qui suit avec ses objectifs et ses réalisations.

¹⁴ Rapport PMI « Dépistage des handicaps des enfants scolarisés en maternelle » bilan d'activités 2001-2002, Dr Th. Eblé.

¹⁵ En Guadeloupe l'estimation est de 150 grands prématurés/an, dont environ 50 % n'atteignent pas les 2 ans : soit environ 75 survies globales. *Source Dr. Henri Bataille CHU de PAP-Abymes.*

Dans ces survies il existe une prévalence de 16 % de troubles neuro-sensoriels graves (soit 12), de 5 % de polyhandicap (soit 4), de 30 à 50% de troubles graves cognitifs et du comportement (soit 34).

Tableau N° 3 : Bilan du Plan Périnatalité 1996/2001.

Constats	Objectifs opérationnels, Contrat, etc...	Réalisations : période de 1996 à 2003	Evaluations et observations
Taux de prématurité 11 % (France : 5 %)	Objectifs : 5 diminuer de 30 % le tp	5 campagnes médiatiques	- obj. Très loin d'être atteint (tp)
Taux de mortalité prénatale 14 ‰, (France = 7 ‰)	diminuer de 30 % le tmp diminuer de 30 % le t. de mortinatalité		- objectif pas atteint (tmp) - objectif pas atteint
Mortalité maternelle : 52 ‰	diminuer de 50 % le tm maternelle		- objectif atteint
Femmes non suivies : 7 % (France : 1 %)	diminuer de 50 % le nbre de femmes non suivies		- objectif atteint

Ces travaux, cités précédemment, comme le résultats du plan Périnatalité, conduisent aux constats que les problèmes autour de la prévention du handicap sévère infantile sont d'abord étroitement liés à la prématurité (double du taux métropolitain), puis à une échelle beaucoup moindre aux séquelles traumatologiques diverses.

Sont responsables de ce fort taux de prématurité, l'HTA et le diabète qui sont ici plus élevés, un fort taux d'infections chez les femmes, un suivi moindre autour de la maternité et de la naissance, des maladies génétiques spécifiques reconnues.

Ce taux de prématurité n'a pas varié depuis 10 ans, malgré les programmes mis en œuvre.

1-33) Les données des Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP).

Les CAMSP accueillent les enfants de 0 à 6 ans sur la base de 4 missions fondamentales :

- le dépistage précoce, le diagnostic et l'orientation,
- le suivi spécialisé en activité de cure ambulatoire,
- la participation et guidance des parents, le partenariat avec les autres institutions aux démarches de prise en charge et d'adaptation des enfants,
- la prévention spécialisée.

S'agissant des missions de dépistage, de diagnostic et de prévention, les bilans des CAMSP font principalement apparaître que :

- les dépistages, même s'ils sont en augmentation, ne sont pas précoces¹⁶.
75 % des bilans ont concerné des enfants de 3 ans à 5 ans 11 mois, essentiellement à partir de l'entrée en école maternelle. Ce qui hypothèque les suivis en raison des handicaps déjà largement enkystés. C'est pourquoi les CAMSP ont été amenés à relayer en Guadeloupe la campagne « HANDICAP : AGIR TOT » en 2003,
- les enfants ne bénéficient pas systématiquement d'examens et d'investigations spécifiques poussées faute d'équipements notamment pour les IRM,
- des corrélations existent entre le handicap, le dépistage tardif et la situation géo-socio-économique des parents,
- peu d'enfants des îles périphériques et des parties excentrées du territoire consultent les CAMSP,
- il n'y a pas d'enfants venant consulter pour déficience visuelle.

I-34) Les données de la CDES.

Créées par la loi d'orientation du 30 juin 1975, les Commissions Départementales de l'Education Spéciale sont compétentes dans le domaine de l'enfant de 0 à 20 ans. Elles ont essentiellement deux missions:

- reconnaître le handicap, définir le taux d'incapacité, attribuer l'Allocation d'Education Spéciale (AES)¹⁷, attribuer la carte d'invalidité, attribuer le transport spécialisé pour les enfants en AIS,
- orienter vers les structures médico-éducatives, notifier le type d'accueil le plus approprié.

Pour ce qui concerne **l'intégration scolaire** toutes les orientations :

- individuelles : dans toutes les classes du primaire jusqu'à l'enseignement supérieur
- ou collectives : dans les Classes d'Intégration Scolaire (CLIS), les Unités Pédagogiques d'intégration (UPI),

sont prononcées par les Commissions de Circonscription de l'Enseignement Préscolaire et Élémentaire (CCPE) ou par les Commissions de Circonscription du Second Degré (CCSD)

¹⁶ Cf Rapports des CAMSP de Basse-Terre et « René Haltebourg » à la CDCPH en date du 11 février 2004 .

¹⁷ Laquelle est versée par les CAF

Tableau N° 4 : Evolution des demandes auprès de la CDES

	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	% évol. de 1998 à 2003
Equipes techniques	60	73	62	64	73	
Base de données	1 666	2 433	3 466	3 914	4 232	+ 154 %
Demandes enregistrées	1 608	2 174	1 932	2 203	2 682	+ 67 %
Demandes examinées	1 208	2074	1 669	2 119	2 282	+ 89 %
Dossiers extraits	-	939	1 108	1 294	1 525	-
Demandes d'AES examinées		801	635	801	985	43 %
Demandes d'orientation examinées		736	682	740	596	- 6%
Demandes de carte d'invalidité examinées		112	83	125	104	stable
Demandes de transport examinées		251	259	453	478	+ 90%

Il ressort de ce tableau sur la période entre 1998 et 2003 que :

- les demandes progressent fortement : plus 67 % s'agissant des demandes enregistrées (20 % en Métropole) et plus 89 % s'agissant des demandes examinées par cette instance,
- les demandes d'AES constituent 43 % du total de ces demandes (30 % en métropole*¹⁸),
- les demandes d'orientation ne constituent que 22 % du total des demandes en Guadeloupe (40 % en Métropole).

La CDES de Guadeloupe, dans son rapport d'activité 2002-2003 relève que :

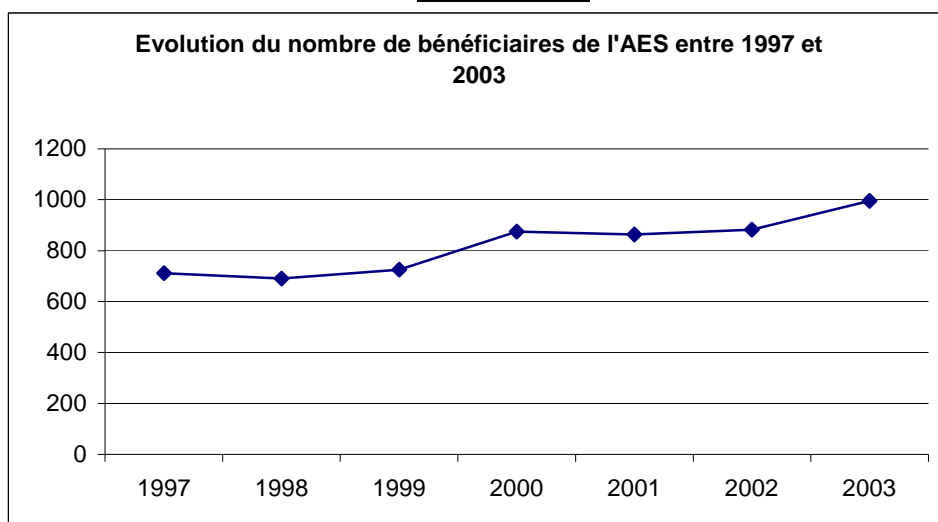
- les demande d'AES simples ou avec complément sont en progression constante(***cf Graphe n° 1***). La mise en application de nouveaux compléments (en avril 2002) crée des niveaux d'attribution plus avantageux pour les familles.

¹⁸ « Le handicap en chiffres » février 2004.

En 1999-2000 Guadeloupe, les demandes nouvelles d'AES constituent respectivement 48 % en 1999-2000 et 27 % en 2002-2003 des dossiers déposés auprès de la CDES (23 % en métropole).(sources « *Le handicap en chiffres* » février 2004).

- les grossesses à risques, les naissances difficiles et prématurités importantes entraînant des handicaps sévères donnent de plus en plus lieu - avec l'aide notamment des services sociaux des établissements- à une saisine précoce de la CDES avant un an et en particulier pour l'AES.
- les autres âges les plus concernés par une saisine de la CDES correspondent à des périodes très précises de la scolarité :
 - * 3-4 ans, âge d'entrée à l'école maternelle correspondant souvent à un dépistage PMI,
 - * 6-8 ans, période où les saisines sont les plus nombreuses et qui correspond à l'entrée en CE2 et où la perspective de l'échec scolaire se précise,*¹⁹
 - * 10-12 ans, âge correspondant à l'entrée en collège, où l'échec scolaire est déjà confirmé...

Graphe N° 1



¹⁹ Le précédent schéma situait le début de prise en charge du handicap à 7 ans donc tardivement.

Tableau n° 5 : Attribution de l'AES de 1997 à 2003

Moyenne de l'évolution en Gpe : Familles = 6 %
 Enfants = 6,4 %

Moyenne en Métropole famille et enfants = 1 %

COMPLEMENTS									
ANNEE	AES.familles	Enfants	AES 1cat	AES 2cat	AES 3cat	AES 4cat	AES 5cat	AES 6cat	Al.prés.pare.
1997	712	731	A.reg 78	A.reg 144	A.reg 84				
1998	691	801	A.reg74	A. reg 136	A.reg 1				
1999	725	743	A.reg 81	A.reg 148	A.reg 80				
2000	875	914	A.reg113	A.reg 177	A reg 99				
2001	863	900	A.reg 113	A. reg 163	A. reg 115				N. reg 4
2002	883	912	A.reg 73	A. reg 117	A. reg 63				
2002			N. reg 29	Nreg 27	N.reg 17	N. reg 19	N. reg 2	N. reg 48	N.reg 6
2003	996	1035	N,reg, 45	N,rég, 84	N,rég, 78	N,rég, 120	N,rég, 32	N, rég, 85	N,rég, 8

NB: N'est pas prise en compte ici l'AES pour toutes les catégories de fonctionnaires qui est payée directement sur leurs salaires,

sources: CAF Guadeloupe

N.reg.=Nouvelle réglementation

A.reg=Ancienne réglementation

Al.prés. Pare.= Allocation présence parentale

2003 A,rég 1ère cat, 19
 2ème cat, 26
 3ème cat, 14

1-35) Les données de la CAF

S'agissant de l'enfant handicapé, la CAF verse une prestation familiale sans condition de ressources : l'Allocation d'Education Spéciale (AES). Au 31/12/ 2003, le nombre de familles concernées par l'AES s'élève à 996 et pour un total de 1.035 enfants. (Cf : **tableau n°5**).

Le nombre d'enfants -de parents non fonctionnaires*²⁰- bénéficiaires de l'AES (**Cf. Tableau n° 5**) sur la période 1997-2003 a progressé de 42 % (731 à 1.035). Le nombre de familles attributaires a évolué dans la même proportion, 40 % (712 à 996).

La moyenne annuelle de progression est de 6 % (1 % en métropole).

1-36)) Les données de la psychiatrie infanto-juvénile.

« La circulaire n° 70 du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents, indique que les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile mettent en place des actions de prévention, de diagnostic et de soins et recommandent la constitution d'un réseau relationnel avec tous les acteurs qui interviennent dans le domaine de l'enfance et de l'adolescence »²¹.

Les orientations de cette politique de santé mentale devraient s'appuyer sur les « résultats de la mise en application de loi du 30 juin 1975 sur l'aide aux handicapés » et sur les directives des circulaires relatives à la participation des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile à la politique d'intégration scolaire.

Selon le S.R.O.S. de Psychiatrie, la morbidité psychiatrique étant préoccupante en Guadeloupe et alimentant le handicap, il s'agit de réfléchir à des modalités d'organisation destinées à prévenir l'apparition ou à dépister les troubles mentaux inhérents : à la maltraitance, au nombre important de grossesses à risques, aux retards de dépistage. Pour ce, les missions des inter-secteurs de pédopsychiatrie en Guadeloupe doivent se concevoir dans le cadre de réseaux dans lesquels la psychiatrie publique est un maillon de la chaîne de prévention, de soin, et de prise en charge.

Il ressort que l'effort doit être accentué dans le sens de la collaboration avec la PMI, l'ASE, l'Education Nationale, la DDJS, les médecins libéraux, les services de pédiatrie, d'obstétrique et de réanimation des hôpitaux, les institutions et services du médico-social.

Dans la réalité nous observons que :

- le bilan de l'activité médicale 2002 du Centre Hospitalier de Montéran fait état d'une évolution très importante de la population d'enfants reçus ou en pris en charge dans les secteurs de pédopsychiatrie pendant la période de 1996 à 2002 (**cf : Tableau n° 6**) et ce particulièrement dans les îles du Nord,
- les nouveaux patients sont en nombre dans les files actives de patients et grimpent à plus de 60 % dans les îles du Nord -alors qu'ils en constituent 50 % au niveau national,
- les garçons constituent quasiment les 2/3 de ces patients.

²⁰ Pour les fonctionnaires l'AES est directement adjointe à leurs salaires.

²¹ Extrait du Schéma Régional de l'organisation Sanitaire(SROS). Psychiatrie. Guadeloupe pages27 et suivantes.

**Tableau n° 6 . Evolution de la population en pédopsychiatrie :
Centre Hospitalier de Montéran**

	1996-2002	1999-2002	TOTAL
File active	65 %	30 %	
Nouveaux patients	80 %	38 %	1311

- le classement des affectations des handicaps par la CDES pour l'année 2002/2003 situe les « déficients mentaux » au 3^{ème} rang après les déficiences intellectuelles et le polyhandicap.

Ces observations sont reprises par « Le projet médical » 2000-2004*²² de cet établissement, lequel précise que :

- il existe par rapport au national une situation de sous équipement en lit d'hospitalisation, en alternatives à l'hospitalisation, en praticiens médicaux et autres personnels non médicaux,
- il persiste toujours en Guadeloupe une situation inquiétante de sous-dépistage et de sous-prise en charge au regard de la moyenne nationale des troubles psychiques, de l'autisme, des troubles graves des apprentissages scolaires (10 % de la population scolaire).
- la majorité des prises en charge se fait en ambulatoire avec une place prépondérante des CMP, à défaut de structures de prise en charge diversifiées et adaptées et aussi faute d'une culture de travail en réseau avec celles existantes,
- les CMP constituent même le seul mode de prise en charge des enfants et adolescents handicapés ou présentant des troubles dans les Iles du Nord, à défaut de toute forme autre de structure de prise en charge.

Ces observations sont aussi confirmées par les responsables d'IME et la Maison départementale de l'enfance (MDE). Ceux-ci font remonter qu'ils sont de plus en plus confrontés soit à des demandes, soit à des prises en charge de jeunes présentant des troubles psychiatriques importants pour lesquels les établissements n'ont ni les agréments ni les personnels adéquats. Ces difficultés étant encore beaucoup plus difficiles à gérer dans les situations d'internat.

1-37) Les données sur l'autisme

Les troubles autistiques font partie des pathologies traitées principalement par l'activité psychiatrique en Guadeloupe. Les professionnels estiment que de 300 enfants et autant d'adultes en sont atteints dans le département.

Ces troubles, vu leur important retentissement sur l'évolution des enfants qui en sont atteints et sur tout leur environnement relationnel, induisent la nécessité d'un traitement particulier dont l'impulsion a été donnée au départ -il y a une quinzaine d'années- par la pédopsychiatrie à Saint-Claude.

Les deux secteurs de pédopsychiatrie aujourd'hui ont mis en place des modalités particulières d'accueil en intra comme en extra, notamment en hospitalisation de jour. La création d'établissements ou services médico-sociaux dûment répertoriés et autorisés pour l'accueil et

²² Le Projet médical 2000-2004. Sources DIM

la prise en charge d'enfant ou d'adultes atteints d'autisme est récente, respectivement en 2002 et 2003.

La compréhension des fondements des troubles autistiques fait encore débat toutefois entre deux approches: l'une basée sur la théorie psychanalytique rattache l'étiologie des troubles autistiques à des difficultés d'architecturation relationnelle profonde ; l'autre fonde plus son approche sur une désorganisation d'ordre génétique dont les troubles autistiques seraient l'aspect émergé induisant une approche thérapeutique fondée sur l'éducation adaptée.

Il résulte de ces approches différentes, deux conceptions divergentes de la prise en charge des enfants atteints de l'autisme en Guadeloupe, et de ce fait, des difficultés notamment pour les parents à se situer au plan conceptuel et institutionnel.

Les plans nationaux ou renforcements de plans depuis 1996²³ en faveur de la prise en charge et l'intégration des personnes autistes ont conforté les options déjà prises au plan local dans un effort conjugué de l'administration, des services sanitaires suscités et des associations de parents de personnes autistes²⁴ :

- sur les nécessités du diagnostic précoce, de la prise en charge et du traitement spécifique le plus précoce des autistes,
- sur les nécessités de créer des alternatives à l'hospitalisation dans un effort organisé et partagé entre le sanitaire et le médico-social,
- sur les nécessités d'accompagner et soutenir les familles d'enfants atteints d'autisme.

Un plan d'action régional sur l'autisme en Guadeloupe a été également élaboré en 1996 et réactualisé en février 2001 avec la mise en place d'un Comité Technique Régional sur l'Autisme suite à un arrêté préfectoral en décembre 2000. Ce comité exerce une mission de concertation, de suivi et d'évaluation pour la mise en œuvre des programmes à promouvoir, des priorités à définir et des modalités de financements.

Un Centre de Ressources sur l'Autisme (CRA) est en projet depuis 2001 mais n'est pas encore fonctionnel.

Le CRA a pour missions : de répertorier la population de personnes atteintes d'autisme, d'évaluer leurs compétences individuelles, de mettre les acteurs en réseaux, d'informer et former sur les techniques d'accompagnement.

A ce jour 42 places pour enfants autistes sont autorisées dans le médico-social (mais avec 15 en fonctionnement au 31/12/2003). Les secteurs de pédopsychiatrie quant à eux comportent environ 40 places rattachées au sanitaire.

1-38) Les données sur les handicaps sensoriels (visuels, auditifs), sur les handicaps moteurs et neuromusculaires, sur les handicaps rares.....

A ce jour, seul le handicap auditif fait l'objet d'une prise en charge relativement structurée et organisée mais uniquement en Guadeloupe « continentale » et pour les seuls enfants.

Pour ce qui concerne le handicap visuel, hormis une CLIS fonctionnant à l'école de « Mangot » Gosier, pour moins d'une dizaine d'enfants, il n'y a aucune autre forme de prise en charge pour les aveugles.

Selon les statistiques du CAMSP Haltebourg très peu d'enfants consultent pour déficience visuelle. Or l'on constate, à l'analyse des tableaux d'activités de la CDES, que c'est le

²³ A la suite de la Circ. AS/EN n°95/12 du 27 avril 1995

²⁴ Sans toutefois trancher entre les deux théories.

handicap classé en second au nombre des enfants placés hors du département -après le handicap moteur-.

Les données et les appréciations de la situation sur les handicaps moteurs, neuromusculaires et les handicaps rares viennent principalement des CAMSP de par leurs activités de dépistage notamment.

Les informations venant de la PMI, des CAMSP, de la CDES montrent à tous les niveaux des difficultés à dépister, investiguer techniquement les handicaps rares sur place. Leur prise en charge, quand elle est possible, est souvent tardive, de longue durée et n'existe qu'en ambulatoire, saturant les possibilités et places théoriquement disponibles pour les autres prises en charge.

Relevé de points 1

Cette première présentation générale faite sur la population des enfants et adolescents handicapés en Guadeloupe permet de faire ressortir des indicateurs d'analyse et sans doute d'approche des problématiques :

- *importance de la population de jeunes de 0 à 20 dans la population en générale,*
- *la difficulté d'évaluation fine de la population handicapée, faute d'une, centralisation et mise en réseaux des informations des différents organismes et services qui concourent à un niveau ou un autre auprès de cette population,*
- *persistance des facteurs de santé, d'inégalités sociales et culturelles qui influent sur la survenue du handicap, sa prise en charge précoce, son instrumentalisation,*
- *des dispositifs de santé, de prévention sociale, d'éducation générale et spéciale sans couverture totale du territoire,*
- *une demande d'aide et de soutien à l'éducation et à la prise en charge des enfants handicapés en constante progression.*
- *un morcellement des services et des responsabilités conduisant à une parcellisation des actions au détriment d'une vision et d'une approche globales et de la définition de choix et d'objectifs partagés,*
- *une situation de retard généralisée dans la quasi-totalité des domaines du handicap.*

1-4) Les adultes handicapés dans la population guadeloupéenne

La proportion de personnes adultes handicapées dans la population guadeloupéenne est légèrement supérieure à celle observée en métropole, compte tenu du niveau d'éducation, de prévention sanitaire et de soin moindre. Cependant on retrouve également la même cartographie des handicaps.

La population de personnes handicapées adultes en Guadeloupe se situerait à 35.000 / 38.000 personnes environ, selon les taux de prévalence admis. Toutefois, en comparaison, cette population de handicapés est en train :

- d'évoluer en importance en Guadeloupe du fait d'une natalité plus soutenue, d'une population globalement plus jeune et des avancées techniques au plan de la survie des naissances autrefois à risques.
- de décroître, en Métropole. Phénomène qui est à mettre en parallèle avec la baisse de la natalité et le vieillissement dans l'hexagone.

1-41) Les données de la COTOREP.

Créée par la loi d'orientation du 30 juin 1975, la COTOREP a pour rôle de reconnaître le handicap²⁵ des adultes, de définir le taux d'incapacité, de faire le bilan des aptitudes, d'orienter vers le milieu du travail ou vers les établissements médico-sociaux de travail protégé. La COTOREP octroie les allocations (AAH et ACTP) prévues par la loi en fonction du niveau de gravité des handicaps.

Le bilan d'activité 2003 de la COTOREP fait état d'une évolution

- de 37 % des demandes relatives à l'insertion (1.418 demandes reçues en 2002 et 1.947 demandes reçues en 2003),
- de 27 % des demandes d'aides sociales et financières (AHH, ACTP...) et de placements en établissements médico-sociaux spécialisés (tels les MAS) autres que les établissements de travail protégé (3.775 en 2002 et 4.780 en 2003). (**cf Tableaux n° 7 et 8**)

L'examen de ces deux types de demandes montre qu'elles correspondent respectivement pour plus de 66 % et plus de 56 % à de nouvelles demandes alors qu'en Métropole les dossiers reçus par les COTOREP correspondent pour leur grande majorité à des demandes de renouvellement : soit 62 % de renouvellement de réorientation, 58 % pour l'AAH et 55 % pour l'ACTP.

En d'autres termes, nous assistons en Guadeloupe à une montée en charge des demandes d'orientation-insertion professionnelle et d'allocations ; alors que celles-ci sont stabilisées en Métropole (**cf Tableaux n° 7 à 9**).

²⁵ Toutefois « Les COTOREP ne sont pas les seules instances à reconnaître le handicap : outre l'Office nationale des Anciens combattants et les sociétés d'assurances, la Sécurité sociale joue également ce rôle en attribuant un taux d'incapacité aux personnes victimes d'un accident de travail, et en versant des pensions d'invalidité à tout assuré social de moins de 60 ans qui, victime d'une maladie ou d'une infirmité d'origine non professionnelle, voit sa capacité de travail ou de gain réduite au moins de deux tiers » page 42 in « *Le handicap en chiffres.* » février 2004. CTNERHI ,DRESS, DGAS...

Tableau n°7 : Evolution des dossiers auprès de la COTOREP entre 2001 et 2003

	2001				2002				2003			
	Total dossiers reçus 1 ^{ème} S : 1210 Total dossiers reçus 2 ^{ème} S : 3658				Total dossiers reçus 1 ^{ème} S : 1418 Total dossiers reçus : 3775				Total dossiers reçus 1 ^{ème} S : 1947 Total dossiers reçus : 4780			
Guadeloupe	1 ^{ère} demande	renouvellement	total	%	1 ^{ère} demande	renouvellement	total	%	1 ^{ère} demande	renouvellement	total	%
Insertion (1^{ère} section)	872	338	1.210		952	466	1418		1.281	655	1.936	100
RQTH	543	236	779	64	592	274	866	61	756	363	1.119	57
OP	294	100	394	33	350	191	541	38	514	291	805	41
Aides sociales (2^{ème} section) dont :	2.015	1.643	3.658		2.193	1.582	3.375		2.480	1962	4.412 dossiers décisionnés	
AAH	907	953	1.860	51	898	934	1.832	48	1.007	1.198	2.205	50
ACTP	266	221	487	13	237	132	369	10	262	155	417	9
Carte d'invalidité	729	448	1.177	32	814	454	1.268	34	931	532	1.463	33
Autres : (ACFP, Carte inv., GIC, Placements....)	113	21	134	4	244	62	306	8	280	77	357	8
TOTAL	2887	1981	4868		3145	2048	5193		3761	2617	6378	

Tableau n° 8 : Orientations par la COTOREP de 1998 à 2003

Sources : bilans COTOREP

Années	1999	%	2000 ²⁶	%	2001	%	2002	%	2003	%	M%
Nombre d'orientations prononcées	443	100	260	100	519	100	524	100	556	100	
* dont orientations en milieu ordinaire	105	24 %	75	29 %	165	31 %	180	34	220	22 %	31%
* dont orientations en milieu protégé	209	47 %	76	29%	218	41 %	162	31 %	110	-32 %	36%
CAT					215	99 %	160	99 %	70	64 %	92%
At. Protégé					3	1 %	2	1 %	40	24 %	6%
* dont orientations en formation	88	20 %	86	33 %	115	22 %	151	29 %	148	27 %	26%
* dont accompagnement et suivi	41	9 %	23	9 %	21	4 %	31	6 %	18	3 %	7%

Tableau n° 9 : Classement entre 2000 et 2003 des demandes par types de handicap 1^{ère} et 2^{ème} Section de la COTOREP

Types de handicaps	1 ^{ère} Section			2 ^{ème} Section		
	2001	2002	2003	2001	2002	2003
Maladies invalidantes internes	1	1	1	1	1	1
Défic ; motrice Osteo-articulaire	3	2	2	2	2	2
Troubles psychiatriques	2	3	3	3	3	3
Défic. Motrice d'origine neurologique	5	6	5	4	4	4
Handicaps associés (2)	6	5	6	5	5	5
Déficiences intellectuelles	4	4	4	6	6	6
Hand. visuel	8	8	8	7	7	7
Hand. auditif	7	7	7	8	8	8
Polyhandicaps (+ de 2)	9	9	9	9	9	9

En outre, l'analyse des données apportées par le **tableau n° 9** suivant sur les catégories de handicaps justifiant les demandes conduit à des observations qui interpellent sur l'évolution des handicaps et quant aux logiques de réponse qu'elles devraient induire.

²⁶Observation : L'activité de l'année 2000 est perturbée suite aux conséquences du cyclone Lenny

La nature du handicap chez l'adulte (-comme chez l'enfant-) aujourd'hui évolue. On constate :

- une place de plus en plus importante des incapacités et déficiences d'étiologie génétique et somatique conséquence des progrès bien en amont au plan médical
- une montée des problématiques sociales et individuelles complexes avec une émergence flagrante des handicaps suite à des troubles et épisodes psychiatriques ou encore toxicomaniaques. La désocialisation est de plus en plus une porte d'entrée dans le handicap. Et les troubles psychiatriques sont en troisième position dans l'ordre de classement des demandes par type de handicap (demandes faites auprès de la COTOREP 1ère et 2ème section).
Et les services sanitaires, notamment les CMP recourent de plus en plus aux solutions de prises en charge et d'accompagnement des établissements de travail protégé. Pour autant il manque une pratique de l'information réciproque, et de coopération entre les établissements médico-sociaux et les secteurs psychiatriques, et aussi les structures en charge de l'exclusion.
- un tassement du nombre des handicaps liés à des déficiences et incapacités intellectuelles. C'est pour cette catégorie de handicap particulièrement que les structures médico-sociales de travail protégé ont été principalement conçues, dotées en personnels et sont le plus répandues en métropole et en Guadeloupe. Or le public actuel des personnes handicapées nécessite un accompagnement plus important et plus spécialisée. Cette réflexion vaut autant pour la prise en charge des enfants et adolescents handicapés et interpelle sur la formation des professionnels chargés de la prise en charge des personnes handicapées.
- le classement des autres demandes par type de handicap met en dernières positions, dans l'ordre, les handicaps visuels, auditifs et les polyhandicaps (classés respectivement 7ème , 8^{ème} et 9^{ème}).

On note aussi que :

- le nombre de demandes concernant le handicap intellectuel (classés en 6^{ème} position) est égal ou supérieur aux trois demandes pour les handicaps visuel, auditif et polyhandicap réunis,
- et la tendance est de solliciter les allocations(en 2^{ème} section) dans le cas du handicap visuel plutôt que la RTH ou l'ORP, sans doute en raison de l'absence de prise en charge du handicap visuel en Guadeloupe...

L'importante base d' informations sur le handicap en Guadeloupe dont dispose la COTOREP reste cependant difficile à exploiter en l'absence d'une typologie suffisamment fine des origines du handicap dans les dossiers étudiés. Par exemple, la catégorie de handicap « Autres maladies » utilisée mérite d'être éclatée compte tenu du fait qu'elle est de loin plus importante que l'ensemble des autres handicaps dûment identifiés.

De plus l'absence de données sur le suivi des décisions, notamment en ORP, en orientation vers le travail protégé et les autres formes d'accueil prive d'une information importante sur le devenir des personnes orientées.

1-42) Les données de la CGSS.

Les données de la Caisse Générale de Sécurité Sociale permettent aussi d'appréhender le poids du handicap dans notre société puisqu'elle attribue un taux d'incapacité et verse une pension d'invalidité aux personnes assurées sociales de moins de 60 ans, victimes d'accident de travail et de maladie. La CGSS finance également la prise en

charge de soin, d'éducation et aussi de transport des personnes handicapées, enfants ou adultes, orientées dans les établissements spécialisés de soin et d'éducation spéciale.

Toutefois ces données concernant les pensions d'invalidité et les prises en charge de placement hors du département sont difficilement exploitables en l'état et méritent d'être corroborées avec d'autres sources (**cf Tableau n°10**).

Tableau n° 10 : Evolution des pensions d'invalidité versées par la CGSS

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Pension invalidité	967	1053	1085	1101	965	992
Régime général	867	956	984	1007	876	895
Régime agricole	100	97	101	94	89	97
Taux d'évolution	1%	9%	3%	1%	-12%	3%

Source CGSS

Par ailleurs, la CDES (Bilan d'activités 2002-2003) fait état de 130 enfants pris en charge dans les établissements hors du Département, plus particulièrement dans les établissements en Métropole. Ces placements hors département étaient au nombre de 208 en 1992.

1-43) Les données de la CAF.

La CAF effectue pour le compte de l'Etat le versement de l'AAH aux adultes handicapés tributaires sur décision de la COTOREP. L'AAH constitue un revenu minimal attribué aux personnes reconnues handicapées sous conditions de ressources et de taux d'incapacité. Au 31/12/2003, l'AAH a été versée à 6894 personnes et, parmi celles-ci, 1168 ont en moyenne 2 enfants à charge. (**Cf : tableau n°11 et Graphe n° 2**).

En Guadeloupe, le taux d'allocataires AAH équivaut à 3 % de la population adulte entre 20 et 59 ans. Le taux national est de 1,37 % (*Sources DREES*).

Les études réalisées par l'OIH pour le schéma de la précarité, à partir des données sur les bas revenus et les allocations fournies par la CAF, font aussi ressortir que :

- les communes les plus en retard au plan économique (les communes de la Côte-sous-le-vent en Basse-Terre, les communes du Nord/Ouest de la Grande-Terre et Marie Galante) ont les plus fortes proportions de bas revenus, de RMI et de AAH dans les populations.
- lesquels revenus couvrent une population plus importante que dans les communes ayant une forte activité économique.

Tableau n° 11 : Evolution de l'attribution de l'AAH DE 1997 à 2003

Evolution moyenne sur 7 ans : 3,52%

Années	AAH. Taux plein	AAH Taux. réduit	Total AAH	évolution	Complément	AAH. TH TP	AAH.TH /MO
1997	5087	513	5600	3%	151	40	221
1998	5200	530	5730	2%	260	40	245
1999	5287	610	5897	3%	257	45	294
2000	5466	652	6118	3,75%	317	55	292
2001	5848	670	6518	6,55%	355	64	282
2002	5931	739	6670	3%	380	62	363
2003	6110	784	6894	3,4%	408	-	-

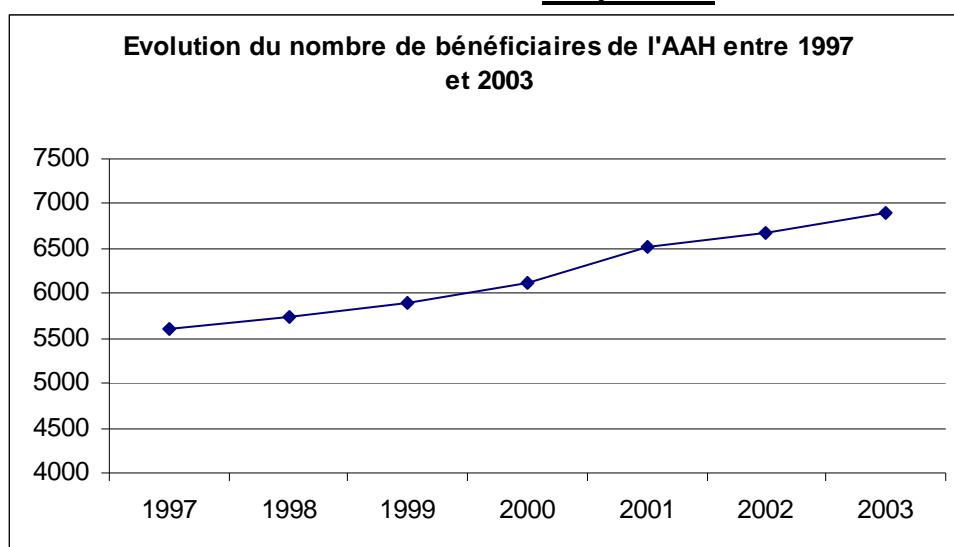
Source : CAF Guadeloupe

AAH. TH TP = AAH versé aux Travailleurs handicapés en établissement de travail protégé

AAH.TH /MO = AAH versé aux travailleurs handicapés en milieu ouvert

Observation : Le nombre d'allocataires AAH équivaut à près de 3% de la population adulte entre 20 et 59 ans en Guadeloupe, alors que le taux national est de 1,37%. (Source: DREES)

Graphe N° 2



1-44) Les données du conseil général (CG)

S'agissant de l'action du Conseil général en faveur des personnes handicapées (PH) deux types de données sont à prendre en considération :

- les actions en faveur des handicapés PH relevant des compétences dévolues au conseil général par les lois sur la décentralisation,
- les actions menées par le CG dans le cadre de sa politique spécifique en faveur des PH .

1-441) Les actions réglementaires du CG.

Sont incluses dans ce registre :

- les allocations : l'Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP), et l'Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels (ACFP). Ces allocations sont attribuées sur décision de la COTOREP et payées par le Département.
- l'aide à l'hébergement et à l'accueil des personnes handicapées

1-4411 Les allocations.

L'Allocation compensatrice dont le nombre de bénéficiaires a cru régulièrement jusqu'en 1997 -**Cf tableau N°12**- connaît une décline à compter de 1998 avec la mise en place de la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) en 1998 puis de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Lesquelles, à la charge du département, sont en constante évolution.

Tableau n°12 : Evolution de l'Allocation Compensatrice (ACTP) de 1996 à 2003 ²⁷

Année	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Nombre de Bénéficiaires	2874	<u>3101</u>	2626	1745	1435	1236	1306	<u>1270</u>
Taux d'évolution	-	8 %	- 15 %	- 34 %	- 18 %	- 14 %	6 %	- 0,6 %

L'Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels (ACFP) est versée à 8 personnes handicapées au 31 décembre 2003.

1-4412 L'aide à l'hébergement et à l'accueil des Personnes Handicapées.

Sont ici concernées les personnes handicapées (PH) en foyer d'accueil de jour ou occupationnel ou dans des familles d'accueil , et les PH (souvent des travailleurs handicapés (TH) en Foyer d'hébergement.

Le Département de la Guadeloupe a été le premier des départements d'Amérique à créer des structures de Foyers occupationnels en régularisant des initiatives de prise en charge conduites par les Ateliers de Matouba, par l'APAJH à Basse-Terre, par Soleil Levant à Pointe à Pitre et poussant à la professionnalisation des personnels d'encadrement de ces établissements une fois agréés.

C'est aussi en Guadeloupe qu'a démarré le premier hébergement foyer pour TH en 1987. Cet effort de la collectivité départementale est lié à l'effet de la proximité mais aussi correspond à une démarche volontariste pour pallier les retards cumulés d'équipements du département.

²⁷ Source : Conseil Général.

Dans la période comprise entre 1996 et 2003 l'évolution de la capacité autorisée en foyer d'accueil et foyer d'hébergement passe de 202 à 305 places (**Cf Tableau N°22**).

Cet effort a concerné en particulier les foyers d'accueil de jour sans toutefois qu'il n'y ait une répartition des places créées sur la totalité du territoire et en particulier dans les autres îles de l'archipel, notamment à Marie Galante et St Martin.

La question de l'hébergement des PH en particulier des travailleurs handicapés du secteur du travail protégé interpelle de plus en plus aujourd'hui. En effet, les TH reçus en CAT évoluent progressivement vers des niveaux et désirs d'autonomie qui nécessairement les conduisent à souhaiter une autre solution de logement que la vie au domicile de leurs parents et cela, sans volonté de rompre les liens. D'autres déterminants sont aussi à prendre en compte : leur montée en âge la vie en couple et aussi l'âge des parents, la disparition de ceux-ci, etc... Cette problématique et la réponse à ce besoin que soulignent les professionnels du secteur du travail protégé n'ont été abordées à ce jour que par une seule association et le Département ne finance que 33 places d'hébergement de TH au 1^{er} juillet 2004. (**Cf Tableau N°22**).

La comparaison avec la métropole où plus de 80% des TH sont en foyer d'hébergement montre dans quel sens les besoins évolueront inéluctablement. En dépit de certains freins à l'autonomie dans des familles du fait d'une instrumentalisation du handicap d'une part et d'autre part d'une information et formation insuffisantes des parents sur les trajectoires d'évolution de leurs enfants handicapés .

Le Conseil Général assure par ailleurs le suivi des PH reçues en familles d'accueil, le contrôle des accueillants et participe au financièrement aux frais d'accueil des accueillis dépourvus de ressources suffisantes.

L'accueil familial est une alternative à l'hébergement en établissement exercée par une personne préalablement agréée par l'autorité du Président du conseil général.

48 personnes handicapées étaient placées dans **36** familles d'accueil au 31/12/2003,

Le Conseil Général finance également un service d'accompagnement à domicile - l'AGS- des personnes handicapées particulièrement à mobilité réduite.

137 personnes handicapées sont prises en charge par ce service.

Enfin le Conseil général prend en charge les frais d'hébergement et de transport pour ses ressortissants hébergés hors du département (au nombre de **26**), pour lesquels le département assure la charge de leurs frais de retour dans leurs familles une fois dans l'année.

1-442) Les actions volontaristes du CG.

Service du Département rattaché à la Sous-Direction Personnes Agées et Personnes Handicapées, la Mission Départementale « Handicapés » fonctionne depuis janvier 1999. Elle a pour missions l'accueil, l'information, l'orientation et facilite l'accès aux droits des personnes handicapées, le suivi de leurs dossiers en assurant les liaisons avec les administrations, les organismes et associations pour les questions relatives à la vie et à l'amélioration de la qualité de vie des personnes handicapées. Ces missions se traduisent par :

- des actions et interventions individuelles et collectives dans les domaines de l'accessibilité,
- des prestations sociales et familiales et d'intégration sociale.

Les demandes faites auprès de la MDH sont

- à (61 %) relatives à l'intégration sociale (demande d'aide pour le logement essentiellement),
- à 38 % des sollicitations de prestations,

et concernent principalement les personnes handicapées moteurs qui ne constituent cependant pas la majorité du handicap en Guadeloupe.

En outre, la MDH est sollicitée dans les cas d'urgence, de précarité ou pour les événements exceptionnels et assure une coordination de fait de ce type d'aide.

La réforme de la loi de 1975 devrait logiquement conduire à la création d'un guichet unique, « La Maison départementale des personnes handicapées ».

1-45) Les données des secteurs de psychiatrie

La population en psychiatrie adulte est aussi à forte prédominance masculine, notamment en ce qui concerne l'hospitalisation. L'insertion sociale de cette population en majorité célibataire et bénéficiaire de l'AAH²⁸ reste fragile.

Les bilans du CHM et l'étude du SROS de psychiatrie révèlent une augmentation des files actives de patients suivis ou traités et, notamment les nouveaux patients. **cf Tableau n° 13.**

- 7% des patients des files actives des secteurs psychiatriques ont des troubles liés à l'alcool,
- 5% ont des troubles liés à d'autres drogues,
- en tout 7300 personnes sont concernées par un usage dépendant aux drogues ou à l'alcool,
- les troubles liés à des conduites addictives induisent 17% des hospitalisations et sont la 2^{ème} cause d'admission au CHM de St. Claude. (Sources DIM CHM)

**Tableau n° 13 . Evolution de la population en psychiatrie adulte :
Centre Hospitalier de Montéran**

	1996-2002	1999-2002
File active Basse-Terre	33 %	23 %
File active Grande-Terre	15 %	
Nouveaux patients Basse-Terre	57 %	52 %
Nouveaux patients Grande- Terre	43 %	18 %

²⁸ Cf Analyse de l'activité médicale du CHM. Année 2002. page 17.

La maladie mentale, la toxicomanie, la grande précarité, sont des facteurs générant le handicap psychique, de fait ce fait cette catégorie de handicap devient de plus en plus important dans la typologie du handicap en Guadeloupe.

Les bilans de la COTOREP des années 2000 à 2003 montrent que les demandes d'AAH et de cartes d'invalidité pour raisons de troubles psychiatriques sont les seules qui soient en constante augmentation. De 20 % à 23 % pour l'AAH.

Les demandes pour les autres types de handicaps sont plus stables sur la période considérée.

1-5) Les îles périphériques.

L'éloignement géographique, les spécificités et complexités démographiques des autres îles de l'archipel (surtout Saint-Martin) sont autant de raisons qui plaident pour une approche territorialisée de la problématique du handicap dans ces îles. A ce jour, bien que les besoins semblent évidents, les données disponibles sont insuffisantes ou noyées dans les chiffres globaux et ne permettent pas une évaluation fine de l'ensemble de la situation et des besoins dans le champ du handicap.

L'accès aux aides de compensation du handicap reste la solution la plus usitée et hormis les possibilités de prise en charge en ambulatoire en CMP sur place, les personnes handicapées n'ont pas d'autre alternative que « l'exil sur le continent ».

1-6) La santé des personnes handicapées

Les liens de causalité sont démontrés entre les problèmes de santé physique, les troubles métaboliques et génétiques des parents avec les risques de prématurité chez l'enfant. Laquelle prématurité augmente le risque interactif de troubles de santé et du handicap grave chez l'enfant.

Des corrélations existent également entre le potentiel économique des familles, la précarité, la santé mentale des parents, les appétences addictives et le handicap.

Enfin les personnes handicapées dans un environnement non incitatif aux plans économique, professionnel, social et affectif négligent et ne s'approprient pas les démarches nécessaires pour s'occuper de leur santé.

De ce fait toute action de santé ciblée sur la population handicapée ne peut être que globale. L'élévation des conditions économiques et sociales est le levier fondamental autant en amont pour ce qui concerne les parents qu'en aval pour les personnes en situation de handicap.

Ensuite viennent :

- l'éducation pour la santé des parents et la prévention des risques de santé avant et après la naissance,
- le dépistage, l'intervention précoce auprès des parents et des enfants,
- les actions institutionnelles de prévention et d'éducation pour la santé auprès des enfants et adultes en situation de handicap,
- et leur accompagnement.

Relevé de points 2

La présentation faite sur la population adulte handicapée en Guadeloupe met en exergue les indicateurs suivant :

- *importance de la population adulte handicapée dans la population générale,*
- *difficulté d'évaluation fine de cette population adulte handicapée faute d'une centralisation et d'une mise en réseau des informations des différents organismes et services,*
- *importance des facteurs de santé, d'inégalité et précarité économique, sociale et culturelle qui génèrent la désocialisation et le handicap, favorisent leur instrumentalisation et font obstacle à leur prise en charge,*
- *l'évolution des problématiques psychiatrique et de désocialisation dans le champ du handicap,*
- *des difficultés d'insertion sociale et professionnelle encore plus importantes pour ce public*
- *un éclatement du dispositif conduisant à une parcellisation des actions au détriment d'une vision et d'une approche globales et de la définition des choix et des objectifs partagés,*

Deuxième partie:

Le bilan du schéma du handicap 1996-2001

Préliminaires

Le précédent schéma cosigné en Novembre 1996 par le Préfet de Région et le Président du Conseil Général devait couvrir la période de 1996 à 2001. Il n'a pas fait l'objet d'une décision de prorogation au terme de cette limite.

2-1) Les orientations et objectifs préconisés par le schéma de 1996.

Ce schéma a été axé autour de six principes fondateurs à partir desquels ont été déclinés 16 objectifs opérationnels.

Les six principes fondateurs sont les suivants :

- 1 - Privilégier la prévention et l'intervention précoce.**
- 2 - Favoriser et accompagner le maintien en milieu naturel.**
- 3 Optimiser les structures existantes et leurs inter-relations.**
- 4 - Traiter le handicap au plus près et mettre en place des complémentarités tenant compte des particularités du département et des relations à établir avec l'inter région et la Métropole.**
- 5 - Innover, en particulier dans le sens de la complémentarité et de la médiatisation.**
- 6 - Favoriser la mobilisation des handicapés et de leurs familles.**

Les 16 objectifs sont les suivants :

Les objectifs du schéma de 1996

Objectifs	Définition
	Agir sur le dispositif existant
Objectif n°1	Accompagner le dispositif de prévention et de dépistage précoce.
Objectif n°2 :	Mettre en place un dispositif permanent d'amélioration de l'adéquation des placements
Objectif n°3:	Enrichir le contenu des interventions des institutions spécialisées pour associer étroitement les familles
Objectif n°4	Renforcer le partenariat santé/éducation nationale pour la définition et la mise en place d'une politique conjointe et renforcée d'intégration scolaire.
Objectif n°5	Engager à la CDES et à la COTOREP une démarche de projet de service afin d'en faire le cœur d'un système de prise en charge
Objectif n°6	Renforcer les actions associatives menées dans le domaine de l'accessibilité, du logement et de l'apprentissage adaptés en préparant des contrats d'objectifs cadres pluripartenariaux.
	Compléter le dispositif
Objectif n°7	Repenser les placements en métropole
Objectif n°8	Développer, selon un plan pluriannuel dispositif d'action médico-

	sociale précoce et d'aide à domicile. 8.1 Pour les mineurs. 8.2 Pour les adultes.
Objectif n°9	Mener une réflexion spécifique sur les besoins de Saint-martin et de Marie- Galante et les structures les plus adéquates pour y répondre : Antennes d'établissements guadeloupéens, établissements à vocation polyvalente, placement familial en Guadeloupe auprès des établissements.
Objectif n°10	Rééquilibrer les places IMP/IMPRO pour répondre mieux aux besoins et rechercher des solutions innovantes.
Objectif n°11	Rechercher un dispositif intégré pour l'aide et l'accueil des grands handicapés (enfants et adultes).
Objectif n°12	Rechercher l'innovation.
	Accompagner les projets
Objectif n°13	Créer auprès du CROSS un comité de suivi du schéma.
Objectif n°14	Développer la recherche
Objectif n°15	Médiatiser le dessein
Objectif n°16	Créer une cellule de suivi des programmes européens en faveur des handicapés.

2-2) Evaluation des objectifs dans le domaine de l'enfance et de l'adolescence

Les 8 premiers objectifs et le dixième du schéma signé en 1996 concernent particulièrement l'enfance et sont liés -dans l'ordre- aux principes 1,2,4,3 et 5. Ils mettent l'accent sur l'effort à faire notamment en matière :

- de prévention, de dépistage et de prise en charge précoce du handicap chez l'enfant,
- de maintien des relations et des proximités avec la famille,
- de recherche de l'innovation et l'amélioration des placements,
- de renforcement des partenariats avec les services de santé, de l'éducation,
- de contrats d'objectifs...

Un travail d'analyse en terme de bilan n'est cependant possible que sur les objectifs 1, 4, 7, et 8.

Les autres n'ont pas fait l'objet d'une concrétisation.

OBJECTIF N° 1 « Accompagner le dispositif de prévention et de dépistage précoce »

Constat	Objectifs opérationnels, Contrat etc...	Réalizations : période de 1996 à 2003	Evaluations et observations
La lutte contre le handicap doit s'effectuer d'abord par la prévention et le dépistage précoce.	<ul style="list-style-type: none"> - Actions auprès des maternités et cliniques. - Certificats et bilan de santé en maternelle. - Contrat d'objectif sur la périnatalité et le dépistage. Mention des acteurs (PMI, IDS, les pédiatres...) et des partenariats mais pas d'objectifs de réalisations fixés, pas d'opérateurs chef de file désigné...	Plan Périnatalité 1996-2001 Réseau périnatal	Pas d'objectifs de réalisations fixés. Constats concordants de la PMI, des CAMSP, des CMPP, de la CDES et des services hospitaliers sur la prévention et le dépistage précoces, sur l'importance de la prématurité dans les handicaps lourds La PMI dans son rapport 2001/2002 concernant le dépistage des enfants en maternelle : Sur 195 écoles, 95 ont pu être visitées soit 42 % de l'effectif des 7.512 enfants scolarisés en maternelle. <ul style="list-style-type: none"> - les dépistages sont pour la plupart non suivis de prise en charge, - non suivi des cas et des familles, - importance de la prématurité 11 % (France 5 %) à un niveau incompressible dans le spectre du handicap.

Observations

Les problèmes autour de la prévention du handicap sont d'abord étroitement liés à la prématurité (double du taux métropolitain), puis à une échelle beaucoup moindre aux séquelles traumatologiques diverses.

Concernant la prématurité, son taux ne variant guère depuis 10 ans malgré les programmes, il faut reconnaître qu'il est arrivé à un niveau incompressible lié à la structuration sociale et économique.

Le dispositif médico-social fonctionnel dans le champ de la petite enfance comprend au 31/12/2003 : 3 CAMSP pour 150 places et 3 CMPP pour une file active de 1200 prises en charge. Toutefois avec des listes d'attente et des délais d'attente de consultation et de prise en charge importants.

OBJECTIF N°2 : « Mettre en place un dispositif permanent d'amélioration de l'adéquation des placements »

11	Constats	Objectifs opérationnels, Contrat etc...	Réalisations : période de 1996 à 2003	Evaluations et observations
	<p>Les constats font émerger des questions sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'adéquation des structures et des prestations offertes, - la transversalité insuffisante entre les professionnels, les organismes orienteurs et financeurs, les tutelles. 	<p>Proposition de création d'une cellule ad hoc auprès du CROSS chargée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'évaluer les institutions, - d'organiser la transparence par la collégialité de travail, les échanges entre les établissements et les organismes - d'amener à une dynamique globale de la prise en charge 		<p>Cette cellule n'a pas été mise en place.</p> <p>A noter la mise en place récente d'une commission d'affectation au sein de la CDES. Elle est chargée d'établir les priorités dans les placements. Ce qui assure la transparence. Elle rencontre cependant des problèmes liés aux territoires d'agrément des institutions.(CDES rapport 2002/2003. page...).</p> <p>Le fonctionnement du CROSS n'a pas varié et son image n'a pas été modifiée.</p>

OBJECTIF N°3 : « Enrichir le contenu des interventions des institutions spécialisées pour associer étroitement les familles »

Const ats	Objectifs opérationnels, Contrat etc...	Réalisations : période de 1996 à 2003	Evaluations et observations
<p>*Les parents ne sont pas associés aux prises en charges et à la vie des établissements * Carences du département en matière de nombreuses professions éducatives et paramédicales.²⁹</p>	<p>Pour les intéresser sont avancées les propositions de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - développement des services en ambulatoire - guidance parentale précoce. - Concertation avec l'EN pour pallier l'insuffisance des professions nécessaires au secteur médico-social. <p>Idée de mission à l'URIOPSS</p>	<p>Développement des SESSAD</p>	<p>Toutes ces propositions sont restées en majeure partie sans application véritable</p> <p>L'URIOPSS quant à elle n'a pas pu fonctionner faute d'accord pour son financement... avant de ré-émerger en 2000.</p>

²⁹ Nb : Nous retrouvons avec cet objectif une parfaite illustration d'absence de relation entre l'énoncé de l'objectif et son contenu pour la deuxième catégorie d'objectif.

OBJECTIF N° 4 : « Renforcer le partenariat santé/Education Nationale pour la définition et la mise en place d'une politique conjointe et renforcée d'intégration scolaire »

Constats	Objectifs opérationnels, Contrat, etc...	Réalizations : période de 1996 à 2003	Evaluations et observations
Carences des échanges et réciprocités entre l'EN et le secteur médico-social	Mettre en place des complémentarités.	<p>Mise en place du plan HANDISCOL.*1</p> <p>-139 enfants en intégration scolaire :</p> <p>. 59 à temps complet (40 %)</p> <p>. 80 à temps partiel (60 %)</p> <p>Création par l'APAJH d'un service AVS.</p> <p><small>*1 Bien que ce plan soit totalement du ressort de l'Edu. Nationale. Insuffisance de prise en compte de la situation des enfants aveugles (cf : rapport groupe Handiscol 2001/2002 pages 13/14)</small></p>	<p>Aucun dispositif spécifique (en l'état de nos investigations...) n'a été prévu pour parvenir à cet objectif.</p> <p>Néanmoins, on constate un renforcement de l'Adaptation et de l'Intégration Scolaire (AIS) par l'Education Nationale. <u>cf: tab n° 22.</u></p> <p>Toutefois, les rapports de la CDES (2001/2002) et du groupe Handiscol soulignent l'insuffisance du nombre d'AVS (Auxiliaire à la Vie Scolaire) et la lourdeur de la procédure pour le mettre en œuvre, pages 37-39. Le besoin d'AVS est estimé à 64 mais devrait être augmenté du fait de la récente réglementation.</p> <p>Le rapport de la CDES 200/2003 préconise :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la mise en place d'un véritable réseau d'AVSI. - et l'augmentation du temps de médecin attaché à la CDES.

Objectif N°5 : « Engager à la CDES et à la COTOREP une démarche de projet de service afin d'en faire le cœur d'un système de prise en charge ».

Constats	Objectifs opérationnels, Contrat etc...	Réalisations : période de 1996 à 2003	Evaluations et observations
<p>Cet objectif est en relation étroite avec les fonctionnements de l'époque de la CDES et de la COTOREP</p>	<p>Les effets escomptés sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'Examen rapide des dossiers et la diminution des délais des réponses et de satisfaction. - que la CDES et la COTOREP deviennent les pôles de référence pour l'information, l'interpellation du secteur et l'adaptation des réponses aux besoins. 	<p>Il faut constater :</p> <p>Une amélioration très nette du fonctionnement de la CDES et de la COTOREP. Pour ex :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la COTOREP est en section unique depuis 2000. - un projet de service de la COTOREP a été mis en place <p>- et leur informatisation est largement engagée.</p>	<p>Améliorations notables et reconnues du fonctionnement de ces 2 organismes :</p> <p>Articulations à travailler entre les 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pour le suivi de la prise en charge de l'enfant à l'adulte • l'évolution et le passage de l'information et des dossiers • l'harmonisation des critères et des catégorisations (et donc de la compatibilité de données informatisées) • Toutefois la CDES, comme la COTOREP en terme de suite des orientations et de délai d'attente des placements restent tributaires des disponibilités de places des établissements et services et des créations. <p>Les limites en termes de possibilités d'orientation finissent par influencer sur les décisions d'orientations.</p> <p>Cette informatisation cependant a ses limites car ces deux organismes utilisent des progiciels non compatibles et il manque le personnel pour saisir les informations sur les dossiers existants.</p>

Objectif N°6 : « Renforcer les actions associatives menées dans le domaine de l'accessibilité, du logement et de l'apprentissage adaptés en préparant des contrats d'objectifs cadres pluri partenariaux ».

ats Const	Objectifs opérationnels, Contrat etc...	Réalizations : période de 1996 à 2003	Evaluations et observations
<p>Cet objectif prend en compte les retards importants dans tous les domaines et sur tous les aspects de l'accessibilité et de l'intégration des personnes handicapées.</p>	<p>Sont préconisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des contrats d'objectifs pluripartenariaux, - des quotas de logement pour les <u>handicapés moteurs</u> dans tous les programmes de construction de logements, - l'obligation d'accessibilité dans tous les lieux publics. 	<p>Mission qui devait être confiée au comité de suivi du schéma.</p>	<p>Ce comité de suivi n'a pas été créé. Malgré les rappels faits notamment au CROSS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des commissions accessibilité départementale et communale fonctionnent et il a été nommé un responsable chargé de l'accessibilité à la DDE. - La sensibilisation des opérateurs dans le logement a été réelle (mais certaines restent à la traîne...) et les associations de handicapés ont été associées à la grande majorité des programmes nouveaux. Il y a donc eu une progression certaine en terme de l'accessibilité dans le logement neuf. - Les Préfets qui se sont succédés n'ont pas convoqué de réunion plénière de l'accessibilité <p>Les véritables problèmes résident aujourd'hui dans :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la mise aux normes des ERP de construction ancienne. Ex : mairies, églises, services de l'état et des collectivités, cinémas etc...pour faciliter l'autonomie et l'intégration des PH. - également dans l'effort en terme d'accessibilité des logements par le coût pour les PH, notamment les TH. <ul style="list-style-type: none"> - dans le transport départemental interurbain et inter-îles - dans le coût des transports spécialisés - dans l'accès aux loisirs et la participation à la vie sociale normale, - dans le coût et l'obtention des aides à la vie sociale.

Objectif N° 7 : « Repenser les placements en Métropole »

Constats	Objectifs opérationnels, Contrat, etc...	Réalisations : période de 1996 à 2003	Evaluations et observations
<p>En 1992 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 208 enfants sont placés dans des institutions en Métropole et dans d'autres pays européens (surtout les handicaps sensoriels). - On ne peut comptabiliser le nombre d'adultes placés. <p>Le retour au pays se fait avec difficulté pour beaucoup d'entre eux.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Organiser le retour progressif des enfants placés en Métropole. - Obtenir du Ministère et de la CGSS les dotations pour prendre le relais. - Rechercher les partenariats avec la Martinique pour les handicapés sensoriels et les polyhandicapés. 	<p>Il y a eu depuis :</p> <ul style="list-style-type: none"> -une augmentation de l'offre médico-sociale avec les créations nouvelles notamment les SESSAD (voir au tableau suivant), -un changement de mentalité des parents -la réticence des établissements métropolitains à accepter les originaires des DOM - les restrictions budgétaires ; <p>qui ont contribué à une réduction de ces placements.</p>	<p>Cet objectif n'a pas donné lieu à un véritable programme d'actions .</p> <p>De 208 environ en 1992, les placements d'enfants en Métropole sont chiffrés à 130. (soi -35 %). Les placements ont certes diminué avec les créations mais aussi en raison du changement de mentalité des parents et des orientations institutions de métropole</p> <p>L'absence d'établissements pour les handicapés visuels, les insuffisances notoires en terme de places pour les polyhandicapés, les IMC, les troubles importants de la conduite et du comportement conduisent toujours à la nécessité de ces choix de placements hors du département pour certains parents.</p> <p>Il n'y a pas eu de politique organisée mise en place, ni recherche de solutions de fond.</p> <p>Il n'y a pas eu de contact à ce jour avec la Martinique pour engager un partenariat sur les handicaps sensoriels, les polyhandicapés et les handicaps rares.</p> <p>L'évaluation des besoins reste toutefois toujours difficile à établir à partir des données de la CDES et de la CGSS</p>

OBJECTIF N° 8 : « Développer, selon un plan pluriannuel, le dispositif d'action médico-sociale précoce et d'aide à domicile ».

8-1 : Pour les mineurs

Constats	Objectifs opérationnels, Contrat etc...	Réalizations : période de 1996 à 2003*	Evaluations et observations
<p>La difficulté de créer des places en institutions conduit à privilégier les actions ambulatoires</p>	<p>Création sur 5 ans de : - 8 structures légères de 10-20 places soit environ 140 places, gérées à partir de l'existant.</p> <ul style="list-style-type: none"> • CAMSP • SESSAD • SAS 	<p>Effort en partie réussi sur les SESSAD et les CAMSP Cf. tableaux n° ...et</p> <ul style="list-style-type: none"> • création de 2 SESSAD et de 157 places nouvelles entre 1996 et 2003 • création du CAMSP du CHU et 98 places nouvelles de CAMSP entre 1996 et 2003 	<p>Dans le schéma de 1996 est précisée la vanité de tout exercice de programmation auquel, dès lors, on se refuse de procéder, malgré les retards soulignés.</p> <p>Les objectifs présentés sont manifestement très en dessous des besoins.</p> <p>Les places sont développées en prévention (CAMSP), dans l'aide à domicile (avec les SESSAD) mais sans qu'il y ait une véritable planification débouchant sur dispositif structuré en amont et aval et dans toutes les composantes autour du handicap. Des insuffisances demeurent à ce jour qui concernent :</p> <ul style="list-style-type: none"> * le dépistage et la prise en charge précoces des handicapés lourds (y compris mentaux) et des polyhandicapés, les IMC, les handicaps rares, les TCC graves, * l'accueil temporaire et/ou de répit, * l'accueil des handicapés sensoriels notamment les aveugles et ceux présentant de troubles sensoriels et mentaux associés.... <p>cf : le rapport CDES 2002/2003 dans « Les perspectives et propositions ».</p>

2-3) Orientations et objectifs dans le domaine de la prise en charge des adultes

Les objectifs 8 (dans sa partie (8.2)) et 11 concernent les adultes handicapés et sont liés aux principes -2, 3, 6 et 5.

Dans la formulation de l'objectif 8.2 il est précisé que l'enquête réalisée dans le cadre de l'étude du schéma n'apporte pas les informations suffisamment précises sur les handicaps et particulièrement pour induire « les indications de prises en charge auxquelles il faudrait répondre ». D'autant que la même enquête ne repérait « que 5% de demandeurs d'orientation et de placement auprès de la COTOREP ».

Ce qui paraît paradoxale compte tenu des prévalences admises, des extrapolations qu'elles permettaient de faire et enfin, compte tenu des retards reconnus en matière d'équipements et des attentes de placements dont les établissements existant pouvaient faire état.

L'objectif 11, dans le fond comme dans la forme ne peut faire l'objet d'une évaluation chiffrée.

OBJECTIF N° 8 : « Développer, selon un plan pluriannuel, le dispositif d'action médico-sociale précoce et d'aide à domicile ».
8-2 : Pour les adultes

Constats	Objectifs opérationnels, Contrats, etc...	Réalizations : période de 1996 à 2003*	Evaluations et observations
<p>L'étude menée sur les adultes serait insuffisante pour déduire les besoins auxquels répondre.</p>	<p>Objectifs dans deux directions :</p> <p>1°) Développement des services en ambulatoire d'aide à l'insertion dans le milieu d'origine et dans le milieu du travail normal,</p> <ul style="list-style-type: none"> - développer et équiper en ressources humaines l'EPSR qui devrait suivre 200 personnes, - développer les services d'aide à la vie sociale à partir des foyers de jour existants, - création de 40 places d'AP. <p>2°) Développement pour les adultes lourdement handicapés des équipements de prise en charge spécialisée.</p> <ul style="list-style-type: none"> - parvenir à 400 places de CAT, -107 places de MAS-FDT., - étudier les moyens de répondre aux besoins en foyer d'accueil de jour de Marie-Galante et St- Martin. 	<p>- <u>Réalisations</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> * Mission pour handicapés par le Département. * du SGVA, * et de l'UEROS. <p>L'EPSR est transformé en Cap-Emploi :371 RH suivis en 2002</p> <p>20 places d'AP en fonctionnement jusqu'à récemment et 20 de plus prévu incessamment.</p> <p>79/336 de CAT places créées depuis-1996</p> <p>Pas de création de FDT et seulement 45 places de MAS en en fonctionnement en fin 2003.</p> <p>Pas de structure dans les dépendances</p>	<p>- Ces services aux compétences et actions enchevêtrées posent le problème d'une véritable coordination et regroupement pour une meilleure optimisation des réponses aux besoins des PH.</p> <p>- Difficultés à aller au-delà, faute de moyens humains suffisants. L'ANPE réoriente de plus en plus vers le CAP-EMPLOI</p> <p>- Aucun service en ambulatoire à vocation l'insertion et l'adaptation en milieu de vie normale à partir des structures existantes.</p> <p>- Il faudrait largement trois fois plus de places d'AP.</p> <p>- Il faudrait largement 2 fois plus de places de CAT. Selon le rapport de la CDES 2002/2003 les chiffres des années 2000 à 2003 révèlent chaque année une trentaine d'enfants sortants d'IMPRO en attente de placement en CAT. Le délai d'attente de placement en CAT est de 3 à 4 ans pour 387 personnes en attente de placement au 31/12/03. Ce qui entraîne la démobilisation des postulants et hypothèque leurs perspectives de progression.</p> <p>Aucune étude menée, aucune approche de solution, aucune création dans les grandes dépendances</p>

Objectif N° 9 : « Mener une réflexion spécifique sur les besoins de St Martin et de Marie-Galante »

Const ats	Objectifs opérationnels, Contrat etc...	Réalisations : période de 1996 à 2003	Evaluations et observations
<p>Le constat est simple : il n'existe rien dans ces dépendances.</p>	<p>Il faut pour ces îles créer les structures les plus adéquates : - antennes d'établissements, - établissements polyvalents, - placements familiaux en Guadeloupe.</p> <p>Il faut rechercher des solutions innovantes</p>	<p>.</p>	<p align="center">Tous ces objectifs restent encore d'actualité.</p>

Objectif N° 10 : « Rééquilibrer les places en IMP/IMPRO pour répondre mieux aux besoins et rechercher des solutions innovantes »

Const ats	Objectifs opérationnels, Contrat etc...	Réalisations : période de 1996 à 2003*	Evaluations et observations
<p>Il existe un IMP sans IMPRO à l'époque.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Eviter les ruptures de prise en charge, - Accentuer la réinsertion des adolescents en milieu ouvert avec le concours de SAIS. <p>Mise en réseaux des EMS et des établissements de formation</p>	<p>La transformation de cet IMP en IME s'est faite seulement en 2003 avec 30places d'IMPRO.</p> <p>Et 15 autres places de plus sont actuellement en réel fonctionnement. (Cf tableaux n° 21 & 22)</p>	<p>Ces chiffres sont à rapprocher des orientations en IME faites chaque année depuis par la CDES.</p> <p>Les ruptures de prises en charges sont toujours réelles entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les CAMSP, les CMPP et les IME, - les CMP et l'Hôpital de jour pour enfants et les IME, - les IME et les SESSAD - les IME et les CAT <p>Cette mise en réseaux des EMS et des institutions de formation est toujours d'une grande actualité compte tenu des orientations de ces dernières, privilégiant la formation initiale. La question de la formation des personnels en place non formés et leur droit à la formation continue crée actuellement de réelles difficultés aux EMS.</p>

Objectif N° 11 : « Rechercher un dispositif intégré pour l'aide et l'accueil des grands handicapés (enfants et adultes) »

Constats	Objectifs opérationnels, Contrat etc...	Réalisations : période de 1996 à 2003	Evaluations et observations
<p>Nous choisissons de retranscrire telle quelle le contenu de cet objectif du schéma de 1996 :</p> <p><i>« Sauf à obtenir, avec les bénéficiaires, le redéploiement des crédits qui leur sont consacrés actuellement pour un placement en métropole ou une dotation spécifique, la création d'une institution lourde pour de tels handicaps est d'un tel coût, qu'elle absorberait la totalité des capacités actuelles de financement du département. Il convient donc de tirer parti de toutes les expériences qui ont été menées en métropole ou ailleurs afin de diversifier l'aide et de travailler par tranches » page 32</i></p> <p>Observation : La question des moyens « verrouille » de fait tout débat sur la prise en compte des besoins.</p>			

2-4) Orientations et objectifs d'ordre général et politique

L'objectif 9 vise la prise en compte la réalité archi-pélagique du département mentionnée dans l'orientation 4. Les objectifs 12, 13, 14, 15 et 16 concernent la politique et les préconisations en matière de dispositif d'accompagnement et d'évaluation du schéma. Ces objectifs, bien que légitimes dans leurs principes, cependant ne comportent pas les modalités de mise en œuvre, les délais prévisibles de réalisation, les opérateurs désignés, les estimations escomptées en termes d'acquis et de développement du secteur médico-social.

Objectif N° 12 : « Rechercher l'Innovation »
(page 32 du schéma).

ats Const	Objectifs opérationnels, Contrat etc...	Réalizations : période de 1996 à 2003	Evaluations et observations
<p>La situation « d'extrême rigueur » réduit les possibilités de financement de tous les financeurs et impose de rechercher des solutions innovantes.</p>	<p>Diminuer le coût des places existantes pour les redéployer.</p> <p>Atténuer le coût des créations lourdes.</p> <p>Les remplacer par des services légers.</p> <p>Mieux répondre à la demande</p>	<p>Création de places de SESSAD, mais uniquement pour les mineurs</p>	<p>Cet objectif est en droite ligne de la politique de redéploiement de l'époque en métropole. Il implique un sur-équipement du territoire en certains domaines et interpellent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - comment diminuer les coûts des places alors que les surcoûts infra structurels et de rémunération sont reconnus en Guadeloupe ? - dès lors, comment atténuer le coût des créations lourdes qui sont nécessaires ? - la Guadeloupe doit-elle être privée de ces créations dites « lourdes » ? <p>Malgré tout, les créations de proximité (SESSAD) sont insuffisantes, difficiles à financer et ne répondent pas aux nécessités de prise des handicaps graves.</p> <p>Aucune réflexion n'a été initiée pour rechercher comment mieux répondre à la demande et impulser un travail en réseaux des EMS.</p> <p>Concernant le coût des infrastructures en Guadeloupe :</p> <p>Il faut au contraire une comptabilisation des surcoûts – à identifier définitivement - hors du cadre budgétaire réglementaire et leur prise en compte au titre de la solidarité nationale et européenne vu notre réalité de RUP et les particularités qui découlent de l'histoire.</p>

Objectif N° 13 : « Créer auprès du CROSS un comité de suivi du schéma ».

Const ats	Objectifs opérationnels, Contrat etc...	Réalisations : période de 1996 à 2003	Evaluations et observations
<p>La réalisation des objectifs du schéma est autant du ressort des partenaires qui y ont travaillé que des administrations.</p>	<p>Créer un comité de suivi du schéma pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eviter l'empirisme. - Travailler sur le moyen et long terme. - Coordonner les participations <p>Rendre un rapport annuel au CROSS</p>		<p>Aucune ébauche de création de ce comité n'a été engagée.</p> <p>La demande d'un comité de suivi était une volonté forte de tous ceux qui ont travaillé dans les différentes commissions de préparation du schéma.</p> <p>Elle reste une exigence au vu de la réalité du bilan de ce précédent schéma.</p> <p>Elle devra être mise en place dès l'entrée en vigueur du nouveau schéma.</p> <p>Ses missions, son fonctionnement devront être arrêtés dans le nouveau schéma.</p>

Objectif N° 14 : « Développer la recherche ».

ats	Const	Objectifs opérationnels, Contrat etc...	Réalisations : période de 1996 à 2003	Evaluations et observations
		<p><i>Nous citons directement le Schéma :</i> « Développer dans le cadre de l'Observatoire Départemental Sanitaire et Social les études complémentaires à celles menées dans le cadre du schéma et toutes synergies avec les ORS » page 33</p>		<p>Aucune ébauche d'organisation d'une telle démarche n'a été engagée</p>

Objectif N° 15 : « Médiatiser le Dessein »

ats	Const	Objectifs opérationnels, Contrat etc...	Réalisations : période de 1996 à 2003	Evaluations et observations
Nécessité d'accompagner les associations		<ul style="list-style-type: none"> - Investir la maison des handicapés. - Créer un bulletin de liaison entre les familles, les associations et les administrations. - Monter une stratégie médiatique. 		<p>Aucune ébauche d'organisation de telles démarches n'a été engagée.</p> <p>Les associations disent qu'elles n'ont jamais été aussi isolées et peu soutenues autant dans leurs projets que dans les responsabilités qu'elles assument pour le compte la collectivité.</p>

Objectif N° 16 : « Créer une cellule de suivi des programmes européens en faveur des handicapés ».

Constats	Objectifs opérationnels, Contrat etc...	Réalisations : période de 1996 à 2003	Evaluations et observations
<p>Nécessité de prendre conscience des possibilités de financement offertes par l'Europe pour les études des projets, les formations, l'aide à la création par l'intermédiaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des Programmes d'initiative communautaire (PIC). - de par notre situation de RUP, - de région classée Objectif 1. 	<p>Création et/ou assurer les interfaces avec la cellule Europe pour amener à découvrir les perspectives offertes.</p> <p>Profiter d'une dynamique déjà enclenchée par des professionnels et des institutions du secteur</p>		<p>Cet objectif est resté en l'état de vœu.</p> <p>Aucune tentative de suivre cette dynamique n'a été mise en œuvre.</p> <p>Les personnes handicapées font pourtant partie des publics cibles pouvant bénéficier de l'aide de l'Europe aux titres de la cohésion sociale, de l'intégration professionnelle et sociale... et aussi pour les équipements en leur faveur.</p> <p>Cependant l'information à leur destination est insuffisante, voire inexistante. Et il n'a pas été mis en place de dispositif qui pourrait accompagner les associations dans l'élaboration de leurs projets qu'ils soient d'équipement, d'adaptation et de formation des publics pour accéder aux fonds européens.</p> <p>Quant aux difficultés déjà reconnues pour l'obtention des fonds européens elles demeurent :</p> <p>* aucune association gestionnaire ne peut faire l'avance des frais et attendre les financements européens. De ce fait toute tentative est vouée à l'échec sans financement relais.</p> <p>L'accession à ces fonds européens est désormais plus difficile dans une Europe élargie à 25.</p>

Relevé de points 3.

- * Le secteur médico-social ne s'est pas approprié le schéma.*
- * Le schéma n'a pas constitué la véritable référence à partir de laquelle se sont déclinées les créations nouvelles, ni dessinée une réflexion pour une planification.*
- * Le secteur médico-social a continué à évoluer en Guadeloupe de 1996 à 2003, sous les impulsions des plans étatiques successifs, des collectivités, des initiatives des associations, des professionnels*
- * Le schéma précédent n'a pas contribué à faire émerger un pouvoir d'interpellation suffisant des décideurs, ni une forme d'organisation structurée entre les établissements et les associations.*
- * Le comité de suivi prévu n'a pas été mis en place.*
- * Le schéma n'a pas donné lieu à un accompagnement du secteur médico-social et des associations.*

Troisième Partie :

L'offre Médico-sociale.

3-0) La répartition et le panorama du secteur médico-social

Le secteur médico-social s'est cependant développé. La répartition géographique des établissements et le panorama sont les suivants :

3-01 : La répartition géographique.

Celle-ci fait apparaître, cf. tableau n° 14 et la carte ci-après :

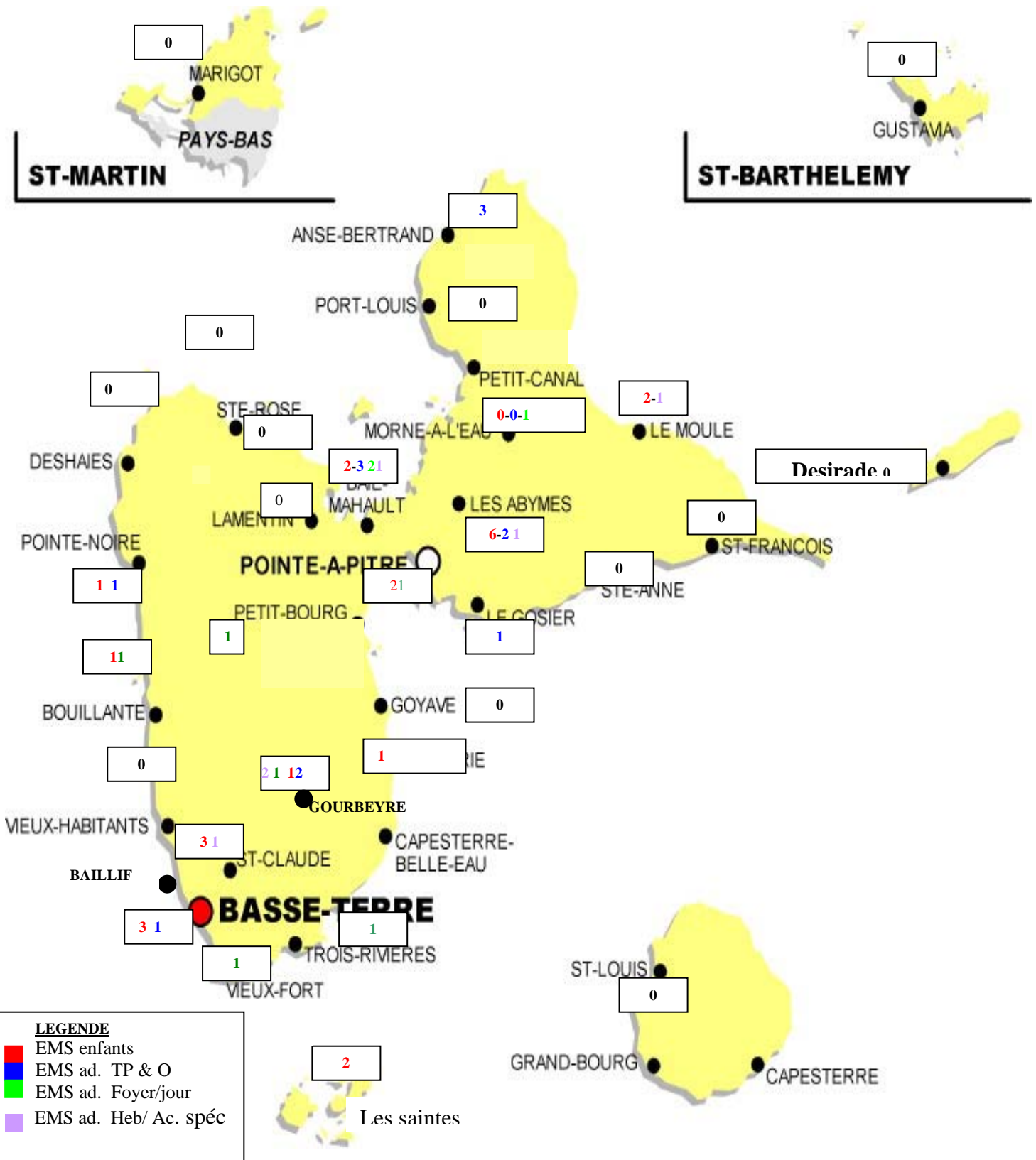
- Une absence de structures dans certaines régions de la Guadeloupe continentale, notamment :
 - * la côte Nord de la Basse-Terre,
 - * la partie Est de la Grande-Terre ;
- Une absence de structures dans les dépendances, hormis Les Saintes ;
- Une concentration des établissements, services et effectifs en place au Sud des deux îles principales, autour du pôle administratif de Basse-Terre et, dans la conurbation de Pointe à Pitre où se concentrent l'essentiel de l'activité économique du pays et plus de la moitié de la population de l'archipel ;

Toutefois, au nombre de places, la région de la Basse-Terre regroupe le maximum de places au regard de sa population.

Tableau n° 14 : Répartition géographique des places des principales institutions

	% Population	% Places IME installées	% places SESSAD installés	% Places CAT installées	% places de foyers de jour adulte installées
Basse-Terre (Sud)	31%	62%	62%	50%	57%
Grande-Terre	57%	38 %	38 %	50%	43%
Dépendances	12%	0%	0%	0%	0%

CARTE des IMPLANTATIONS des ETABLISSEMENTS et SERVICES MEDICO-SOCIAUX P au 31/12/ 2003



3-02) Le panorama.

D'emblée, ce panorama permet de découvrir, alors qu'il est reconnu que la Guadeloupe souffre d'un retard important en matière d'équipements médico-sociaux, **cf. tableau n° 15**, qu'il existe :

- des institutions qui ne fonctionnent pas (au 31/12/03) au maximum de leurs capacités autorisées (7 structures et....places non installées),
- un nombre important de projets autorisés en cours d'installation (6),
- des projets frappés de caducités (4).

**Tableau n° 15: Panorama des Etablissements et Services Médico-Sociaux.
ENFANTS ET ADULTES : Capacités installées/capacités autorisées au 31/12/ 2003**

Enfance Handicapée/Education spéciale ³⁰	Capacité	Adultes Handicapés/ Travail Protégé et orientation	Capacité	Adultes Handicapés/ Foyer de vie et jour	Capacité	Adultes Handicapés/ Hébergement et accueil spécialisé	Capacité
<i>CAMSP de Basse-Terre (CHM)</i>	30/30	CAT « ALIZE »	110/110	Foyer « le PELICAN »	43/43	Foyer de S. « Le Champfleury »	8/20
CAMSP Grand-Camp	90/90	CAT « Le CHAMPFLEURY »	153/156	Foyer de vie « CAJITL »	55/55	Foyer Permanent « Le Champfleury »	20/20
<i>CAMSP CHU</i>	30/30	CAT « Les PLAINES »	40/40	Foyer de vie « Soleil Levant »	32/32	Domiciles Regroupés SKN	11/12
CMPPP « les ANOLIS »	4300 actes	CAT « HORIZON »	30/30	Foyer de vie « le Flamboyant »	40/40	Maison d'Accueil Spécialisé (KHAMA)	19/46
CMPPP "EMERAUDE"	7200 actes	CRRPS Gosier	30/30	Les Ateliers «Matouba»	68/78	MAS ADSEA St Claude(autistes)	26/26
CMPPP « les LUCIOLES »	9300 actes	UEROS de l'APAJH B/M	10/10				
IME « les GOMMIERS »³¹ dont :Externat Internat	124/124 60 64						
IME « ESPOIR »	60/60						
IME « l'ANCRE »	84/84						
IME « DENIS FORESTIER » Dont : externat Internat	96/96 83 13	At. Protégé AGIPSAH	19/24				
IME KARUKERA³²	15/15						
Centre « les AIRELLES »	15/30						
Centre EPHPHETA	74/74						

Les établissements et services soulignés sont sous compétence du Département. Les établissements et services *en italique* sont des structures publiques et sont de fait rattachées au sanitaire. Tous les autres établissements ou services sont gérés par des associations régies par la loi 1901.

³⁰ Il est à noter que les Hôpitaux de jour rattachés au CHM et au CHU contribuent aussi aux prises en charges des enfants handicapés sans être pour autant inclus dans le secteur médico-social.

³¹ Tous les établissements en gras sont régis au titre de l'annexe 24 décret n°56-284 du 9 mars 1956.

³² Rattaché à l'IME « les Gommiers »

SAIS « DENIS FORESTIER »	36/36					
SSEFIS 5 (CESDA-CERAC)	24/24					
SESSAD « Abel Sibilli »	19/30					
SESSAD « ESPOIR »	40/40					
SESSAD « EMERAUDE »	160/160					
SESSAD « LANBELI »	25/50					
SESSAD « René HALTEBOURG »	40/40					

Etablissements et Services Médico-Sociaux: ENFANTS et ADULTES

En cours d'installation (W)

Autorisés et non installés = (XY)

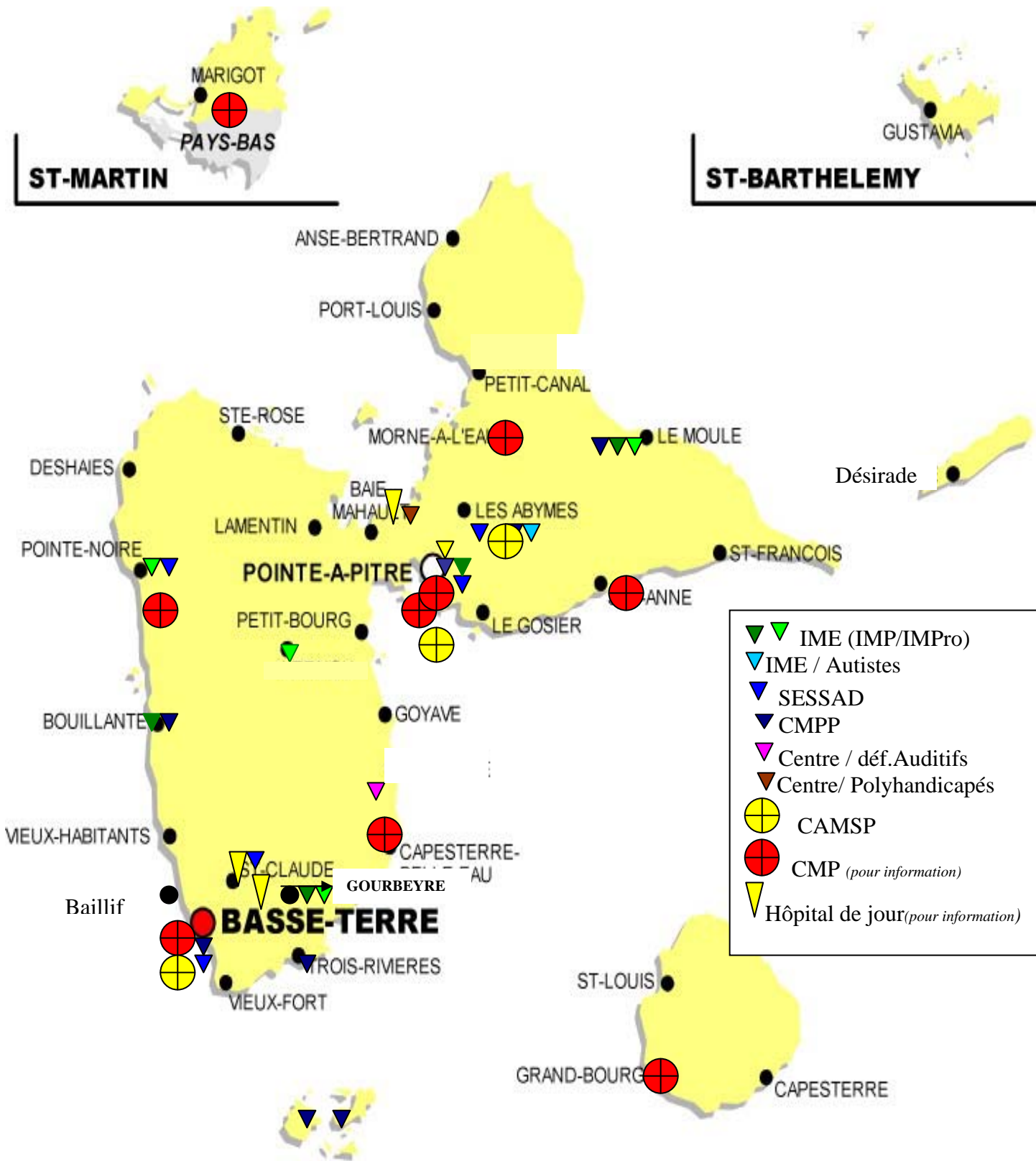
Frappés de caducité= (Z)

Enfance Handicapée/Education spéciale	Capacité	Adultes Handicapés/ Travail Protégé et orientation	Capacité	Adultes Handicapés/Foyer de vie et jour	Capacité	Adultes Handicapés/Hébergement et accueil spécialisé	Capacité
IME de BAIE-MAHAULT ³³	72 (XY)	CRPS GOSIER	10 (Z)	Atelier de MATOUBA	10(XY)		
IME ADSEA B/Mahault	15 (w)	CAT Hand. Prod. Locale	20(w)			FDT AGIPSAH ³⁴	20(Z)
Sais SAINTE ROSE	30 (Z)	AP Hand. Prod. Locale	15(w)			(1992) FDT Soleil Kléré Nou	9 (Z)
SESSAD LANBELI	25 (XY)	At. Protégé KHAMA	20(W)			MAS KHAMA	27/46 (W)
(1998) SESSAD St MARTIN. caduc	40(Z)					MAS AGIPSAH	25(XY)
Centre « les Airelles »	12(XY)						
Centre Ressources sur l'Autisme	(w)						

³³ Dont 12 places enfants et adolescents autistes

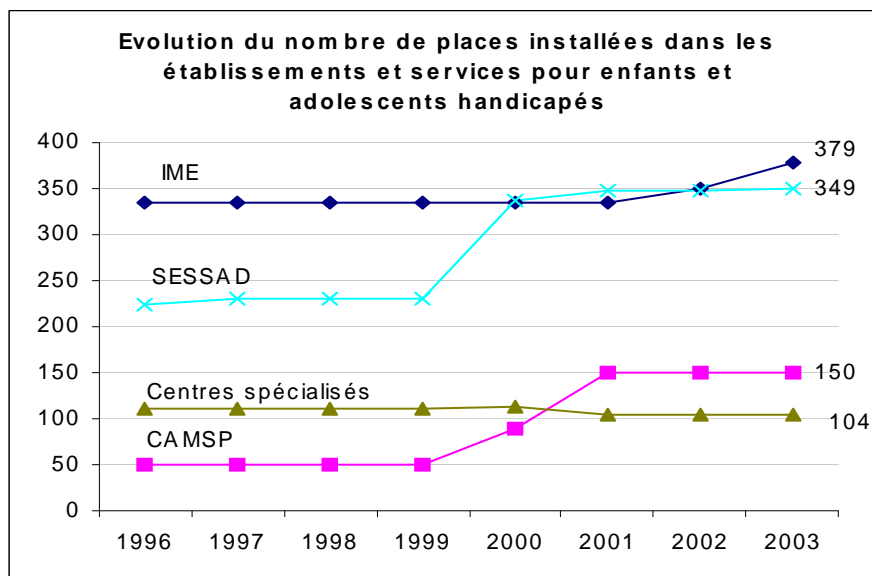
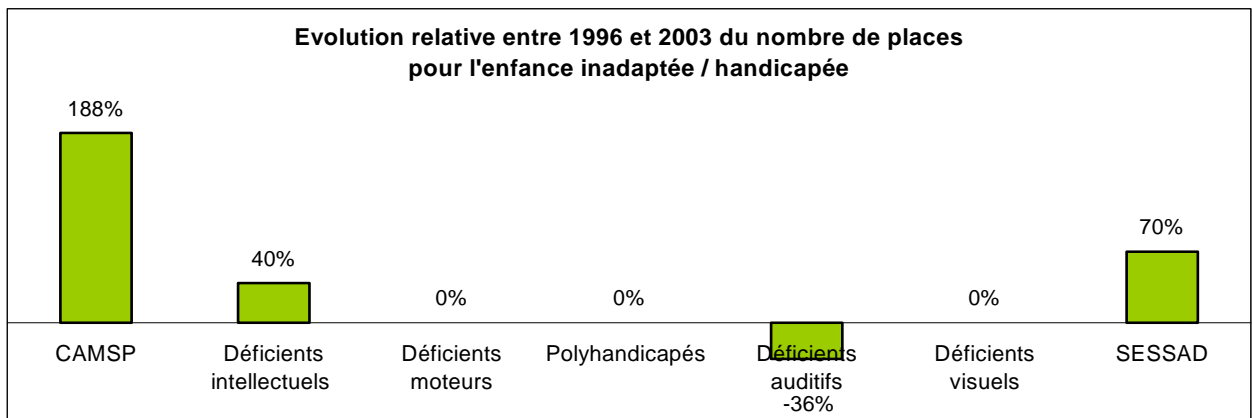
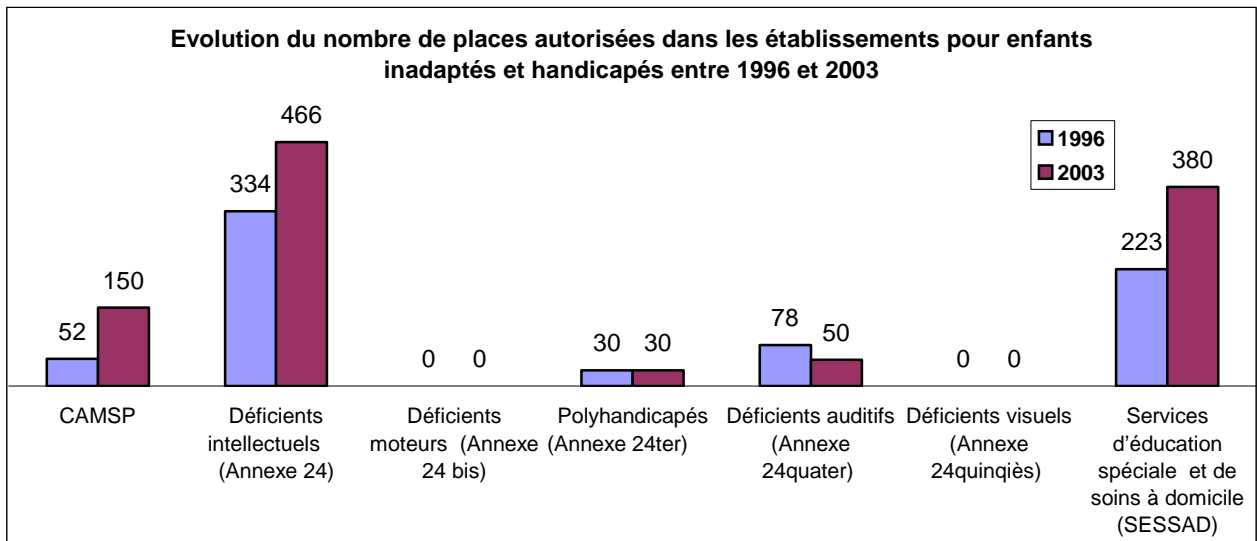
³⁴ Sous compétence partagée Etat/Département.

Carte des établissements et services médicaux et médico-sociaux de la Guadeloupe³⁵
Enfants et adolescents handicapés de 0 à 20 ans



³⁵ Avec la collaboration de la CDES

Graphes n° 3



3-1) Les réalisations dans le domaine de l'enfance et de l'adolescence **cf Tableaux n° 16, n° 17 et les Graphes n° 3 à 5.**

Globalement, de 1997 à 2003 l'équipement médico-social en faveur des enfants et adolescents handicapés passe de 17 à 22 établissements ou services. Le nombre de places autorisées passent de 717 à 1.076 tout établissement confondu, soit une augmentation de 50 % (néanmoins, sur ces places autorisées 11,33 % n'étaient pas encore installées au 31 décembre 2003).

Sur cette période, cela équivaut à une progression du nombre de places de 7 % l'an alors que pour exemples l'Ile de France et la Réunion, qui sont en situation de sous équipement, dans la même période, connaissent une progression de plus 17% l'an dans le cadre de plans de rattrapage dûment établis et avalisés par l'Etat.

3-11) L'offre médico-sociale sous compétence de l'Etat : Evolution et situation

S'agissant de l'enfance et de l'adolescence handicapées, **tous les équipements et la quasi totalité des services médico-sociaux sont sous compétence de l'Etat.**

L'évolution la plus significative -mais néanmoins relative- est à l'actif des SESSAD qui augmentent de plus de 70 % (**cf. : Graphes n° 3**), sur la lancée d'un plan de relance gouvernemental. Toutefois cet effort ne permet toujours pas :

- de toucher toutes les catégories de handicaps, particulièrement les handicaps visuels et les handicaps moteurs,
- une extension aux autres îles.
- n'atteint pas le niveau d'évolution constatée en Métropole qui est de 256 % **entre 1987 et 2001** (*Source « Le Handicap en chiffres. Février 2004, page 35*).

Les places d'IME autorisées passent de 334 à 466 ; soit une progression de 40 % alors qu'elles diminuent de 10 % en Métropole pour être majoritairement redéployées sur les SESSAD.

Néanmoins, 18,6 % de ces places³⁶ ne sont pas véritablement en fonctionnement au 31/12/2003.

A noter que les 15 premières places pour enfants autistes dans le secteur médico-social sont installées en 2002 par adjonction d'une antenne à l'IME « Les Gommiers » aux Abymes, là aussi, dans le cadre d'un plan gouvernemental en faveur de l'autisme.

Enfin, la capacité des CAMSP est multipliée par 3 dans les deux années 2000/2001. Cependant les besoins sont loin d'être couverts

Une modification d'établissement est autorisée en 2001 : Le CEDRA (30 places destinées aux enfants déficients auditifs) aux Abymes est transformé en SESSAD polyvalent de 40 places qui entre en fonctionnement en janvier 2002.

Dans l'ensemble l'évolution des places n'a été très importante qu'à compter des années 2000.

En observations générales il faut noter (cf. : Tableau N°18) :

- que la majorité de la population d'enfants handicapés reçus dans les IME et SESSAD se situe dans les âges entre 10 et 17 ans
- que la majorité d'enfants handicapés reçus en CAMSP, CMPP et CESDA se situe dans les âges compris entre 6 et 14 ans

³⁶ Correspondant à 87 places d'IME autorisées non installées

- comme en Métropole, le lourd tribut payé par le sexe masculin au handicap (entre 60 et 65%). Ce tribut est même si énorme quand il s'agit de l'autisme (87 % en Guadeloupe contre 72 % en Métropole), qu'il devrait logiquement conduire à une recherche spécifique plus approfondie.³⁷

Il y a une réelle interrogation sur la situation et la suite de la prise en charge s'agissant des usagers ayant dépassé les 18 ans alors que :

- l'analyse des effectifs relève un nombre très infimes d'enfants relevant de l'amendement CRETON
- les places en Foyers de jour et dans le secteur protégé sont en nombre insuffisant ,
- le milieu de l'entreprise est réticent à l'embauche des personnes handicapées. Ce qui nuit à la libération de places de CAT pour l'admission des jeunes adultes orientés vers le secteur du travail protégé par la COTOREP.

³⁷ Observation qui d'ailleurs va dans le sens d'une étiologie génétique de l'autisme.

Tableau n° 16 : « Evolution globale entre 1996-2003 du nombre places autorisées et installées par catégories d'établissement et handicap : Enfance/adolescence inadaptée et handicapée ».

Types d'établissements ou services	Nombre d'EMS 1996	Cap. autorisée.	Cap. installée	Nombre d'EMS autorisés 2003	Capacité Autorisée 2003	Capacité Installée 2003
		1996	1996			
1) Dépistage, Orientation et rééducation	5	52	52	7	150	150
CAMSP	2	52	52	3	150	150
CMPP	3	-	-	3	-	-
Centre de Ressources Autisme (CRA)	0	0	0	1	-	-
2) Etabl. d'éducation spéciale pour déficients intellectuels Annexe 24	4	334	334	6	466	379
IMP (Espoir)	1	30				
IME (Annexe 24)	3	304	334	6 ³⁸	466 ³⁹	379
IR-EREA	0	0	0	0	0	0
3) Etabl. d'éducation spéciale pour déficients moteurs Annexe 24 bis	00	00	00	00	00	00
4) Etabl. Edu. Spé. pour polyhandicapés(Annexe 24ter)	1	30	20	1	30	20
5) Etabl.Edu. Spé pour déficients auditifs (Annexe 24.quater) CESDA & CDRA	2	78 (48+30)	78	1	50	50 ⁴⁰
6) Etabl. Edu. Spé. déficients visuels (Annexe 24 quinquès)	0	0	0	0	00	00

³⁸ Dont l'IME autorisé de Baie-Mahault de 72 places et l'IME de 15 places pour autistes tous deux non encore en fonction.

³⁹ Ce chiffre comporte 42 places autistes autorisées : (15 en fonctionnement rattachées aux Gommiers, 15 en cours d'installation à B/Mahault et 12/72 places IME non créées.

⁴⁰ Le CDRA ferme pour être remplacé par le SESSAD « R Haltebourg » en janvier 2000. Le CESDA- SERAC voit sa capacité augmenter de 2 places en octobre 2000.

Tableau n° 16 (suite) : « Evolution globale entre 1996-2003 du nombre places autorisées et installées par catégories d'établissement et handicap : Enfance/adolescence inadaptée et handicapée ».

Types d'établissements ou services (<i>suite</i>)	Nombre d'EMS 1996	Cap. autorisée. 1996	Cap. installée 1996	Nombre d'EMS autorisés 2003	Capacité Autorisée 2003	Capacité Installée 2003
7 Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)	5	223	223	7	380	355
dont						
Sessad A 24 -----	3* ⁴¹	181	181	4 rattachés à l'An. ter 2* ⁴³	276	276
Sessad A. 24 bis-----	-----	-----	-----		35	25
Sessad A. 24 ter.-----	-----	-----	-----	1	45	30
Sessad A. 24 quater-----	2* ⁴²	42	42	0	---24---	---24---
Sessad A. 24 quinques-----	0	0	0	0	0	0
TOTAL	17	717	707	22	1076	954

⁴¹ SESSAD Emeraude 100 places, SAIS D.Forestier 36 places et SAS ESPOIR 45 places=181

⁴² Dont 12 places du SSEFIS du CESDA et le CDRA de 30 places aux Abymes -qui sera transformé en SESSAD polyvalent de 40 places en 2001. Reste les 24 places du SSEFIS porté de 20 à 24 places en 2000.

⁴³ Sont situés ici en fonction de leurs agréments le SESSAD « A.SIBILI » de St Claude d'une capacité de 35 places dont 20 places de polyhandicapés et 15 places de déficients moteurs et, le SESSAD « Kalité pou viv » de 55 places avec 25 places de polyhandicapés et 25 places de déficients moteurs. Par contre les places sont ventilées en fonction des répartitions reconnues.

Tableau n° 17 : Evolution détaillée des capacités et créations. Bilan 1996-2003
ETABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICO-SOCIAUX EN FONCTIONNEMENT AU 31/12/2003 :
ENFANCE/ADOLESCENCE INADAPTEE ET HANDICAPEE.

Etablissement	Jusqu'à Octobre 1996			1996- 1998			1999-2000			2001-2003			Capacité au 31/12/2003
	Augmentation de capacité /création			Augmentation de capacité/création			Augmentation de capacité/création			Augmentation de capacité/création			
	Année	Capacité	Caractéristique	Année	Capacité	Caractéristique	Année	Capacité	Caractéristique	Année	Capacité	caractéristique	
IME « Les Gommiers »	1974/75	124 64 IMP et 60 IMPRO	Déf. Intellectuel. et mental . Troub cpt et personnalité	-	-	-	-	-	-	2002	15	Enfants7 et Adolescents8 autistes	139
IME Denis Forestier	1994	96	96 IME	-	-	-	-	-	-	-	-	-	96
IMP Espoir	1981	30	Déf.. intel. Prof.	« 98 »*	-	-	-	-	-	2003	30	IMPRO	60
IME L'ancre	1981	84	Déf. intel										84
CAMSP B/Terre	1980	20	Déf.mentale	-	-	-	2000	+10	DM,TDNMOC, ⁴⁴ Autisme	-	-	-	30
CAMSP Gd Camp	1995	30	12 sourds 18 entendants	-	-	-	-	-	-	2001	+60	18 sourds 72 entendants	90
CAMSPS CHU	-	-	-	-	-	-	2000	30	Hand. Moteurs Hand. mentaux	-	-	-	30
CMPP Les lucioles	1977	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9300 séances 500 enfants
CMPP Emeraude	1980	140	-	-	-	-	99 2000	140+60+60 30+30	B/T,Bouil.,T/ Res, Saintes	-	-	-	320 enf. suivis
CMPP « Les Anolis »	1980	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4200 séan 230 enfants
SEES-CESDA	1995	48	-	-	-	-	2000	+2	-	-	-	-	50
Centre les Aïrelles	1992	30	Polyhandicap lourd	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20/30

Tableau n° 17 (suite) : Evolution détaillée des capacités et créations. Bilan1996-2003
ETABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICO-SOCIAUX en fonctionnement au 21/12/2003 :
ENFANCE/ADOLESCENCE INADAPTEE ET HANDICAPEE.

	Jusqu'à octobre1996			1996-1998			1999-2000			2001-2003			Capacité au 31/12/03
SAIS D.Forestier	1994	36	Def. Int.17à20ans	-	-	-	-	-	-	-	-	-	36
SSEFIS- CESDA	1995	12	Def. Auditives	1997	+8	-	2000	+2	-	-	-	-	24
SESSAD Emeraude	1991	100	Déf. Intellect.	-	-	-	2000	+60	-	-	-	-	160
SESSAD Espoir	Ex : SAS	45	Déf. Intellect.	-	-	-	2000	40	0-16 ans Déf. Intellect.	-	-	-	40
SESSAD.KPV « Lanbeli »	-	-	-	-	-	-	2000	50	Polyhandicap Handicap mteur	-	-	-	30/50
SESSAD R. Haltebourg	Ex: CEDRA	30	Def. Intellect.	-	-	-	-	-	-	2001	40	6 à 20 D, SD, IS	40
SESSAD Abel Sibili	-	-	Polyhandicap	«1998»*	-	-	-	-	-	2002		IP,IS	19/30

¹ DM : Déficience mentale. TDNMOC, Trouble du développement neuro-moteur d'origine cérébrale.

**Tableau N° 18 : Etude des âges des enfants handicapés
dans les établissements et services médico-sociaux**

Etablissements	0- 2 ans	2- 3 ans	3- 4 ans	4- 6 ans	6- 8 ans	8- 10ans	10- 12 ans	12- 14 ans	14- 16 ans	16- 18 ans	18- 20ans	20 ans et +	Total général	Total garçons	Total filles	% garçon
IME Les Gommiers					1	11	18	31	32	30	1		124	84	40	68
"" Karukera							3	6	5	1			15	13	2	87 ⁴⁵
IME l'Ancre					4	2	10	19	24	24	2		85	57	28	67
IME D. Forestier					2	8	16	22	29	29	18		124 ⁴⁶	82	42	66
IME Espoir																
CAMSP R Haltebourg			11	59	20								90	65	25	72
CAMSP Basse-Terre																
CAMSP CHUPPA																
CMPPEmeraude			3	28	125	176	115	67	42	9	0	0	565	392	173	69
CMPP Les Lucioles		3	23	50	161	164	110	64	32	8	2		617	429	188	70
CMPP Les Anolis	2	2	17	61	89	67	47	30	13	5	2	0	335	221	114	66
CESDA-SERAC	(SEES-SPFP)			3	1	2	3	4	6	4	9	1	33	12	21	36
Centre Les Airelles				3	5	4	7	3	1				23	13	10	57
SEDAHA(CESDA)				1	2	2	1	2	-	-	-	-	8	5	3	63
SAIS D. Forestier ⁴⁷																
Cesda- Serac SSEFIS				3	-	2	3	7	2	3	6	-	26	8	18	31
SESSAD Espoir																
SESSAD Emeraude						10	15	15	20	4	1	-	65	39	26	60
SESSAD Lanbeli				2		7		8		9	5		31	16	15	52
SESSAD R.Haltebourg					3	9	13	8	-	2	2	-	37	18	19	45

⁴⁵ Le pourcentage de l'autisme chez les garçons en métropole est de 72%

⁴⁶ Comprend aussi l'effectif du SAIS

⁴⁷ Effectif intégré dans l'IME D. Forestier

3-12) Actions de l'Education nationale pour l'accompagnement des enfants handicapés. L'intégration scolaire. Le plan Handiscol

La population d'âge scolaire concernée par le handicap et relevant d'une orientation par la CDES s'élève à environ 2.750 au cours de l'année scolaire 2003-2004.

Le **Tableau n° 19** situe l'ensemble de l'évolution du dispositif de l'Adaptation et l'Intégration Scolaire (AIS) pour la population d'enfants et d'adolescents handicapés qui s'est amplifiée progressivement depuis 1997.

- **D'abord en milieu scolaire ordinaire :**

* Dans le primaire coexistent les deux dispositifs de prévention/adaptation et d'intégration scolaire :

- **En prévention/adaptation.** On y retrouve, orientés plus vers les prises en charges individuelles ou collectives des difficultés d'apprentissage, les RASED (Réseaux d'Aides Spécialisés aux Enfants en Difficulté) au nombre de 40 et les CLAD (Classes d'Adaptation) au nombre de 41.
- **En Intégration scolaire.** On comptabilise 46 Classes d'Intégration Scolaires (CLIS) et 3 CLIS spécialisées par type de déficience pour les petits : (la CLIS de l'école primaire de Mangot Gosier pour les déficients visuels, la CLIS pour polyhandicapés et Handicapés moteurs aux Aïrelles, la CLIS pour déficients auditifs au CESDA à Capesterre).

A noter une toute nouvelle CLIS pour enfants atteints de l'autisme à l'école primaire de Grand Camp à la rentrée 2004.

* Aux âges de collège fonctionne un dispositif d'enseignement adapté avec :

- Les Unités Pédagogiques d'Intégration (UPI) suite des CLIS au nombre de 14 pour 140 enfants environ.
- Les Sections d'Enseignement Général et professionnel Adapté (SEGPA) au nombre de 18.
- Les Classes Relais au nombre de 6...

Pour faciliter l'intégration scolaire des enfants, l'EN gère en direct depuis 2003 et met à leur disposition des Auxiliaires à la Vie Scolaire Individuelle (**AVSI**) et des Auxiliaires à la Vie Scolaire Collective (**AVSCO**).

En 2002/2003 la Guadeloupe compte :

- 134 enfants en intégration dans l'école ordinaire (89 en intégration totale et 45 en intégration partielle). En comparaison l'Aube en compte 2 fois plus (366).
- et 2747 enfants en intégration collective.

Les AVSI gérés par l'EN sont au nombre de 46 personnes pour 30,50 équivalents temps plein (ETP) auxquelles il faut adjoindre 17 autres personnes faisant fonction de AVSI employées sous différents statuts par les collectivités (soit 8,5 ETP)

Au premier trimestre 2004 /2005,

- 68 enfants de maternelles
- 41 enfants de classes élémentaires
- 3 enfants en collèges
- 6 enfants en lycées sont accompagnés individuellement.

La CDES dans son bilan 2002/2003 souligne la lourdeur de la procédure pour obtenir une aide à la vie scolaire, l'insuffisance de leur nombre et la nécessité de mettre en place un véritable réseau des AVSI.

En ce qui concerne les AVSCO la politique actuelle de l'EN tend à adjoindre un AVSCO dans chaque classe collective - CLIS, CLAD, UPI -. Ce qui fait que les AVSCO ne seraient pas exclusivement voués à l'accompagnement des enfants handicapés.

- **En milieu spécialisé.**

Des classes fonctionnent en milieu spécialisé dont des classes avec des personnels de l'Education Nationale.

- dans les IME : 23 classes pour 410 enfants,
- dans les centres d'éducation spécialisée : 3 classes pour 75 enfants au SEES-EPHPHETHA et aux Aïrelles,
- dans les établissements sanitaires : 4 classes avec des prises en charge individualisées pour un nombre variable d'enfants en fonction des hospitalisations et des durées de celles-ci.

3-13) L'offre sous compétence du département : le transport des enfants handicapés en AIS.

Le département prend en charge le transport des enfants handicapés vers les établissements scolaires sur décision de la CDES. Le nombre d'enfants bénéficiaires de ce type de transport en en augmentation constante. On compte 285 enfants au 31/12/2003.

Trois types de transport sont existents :

- le transport en VSL(Véhicule Sanitaire Léger),
- le transport en commun en mini bus,
- le transport en taxi.

Tableau n° 19 : Evolution des structures d'adaptation et d'intégration scolaire en Guadeloupe de 1996/1997 à 2003/2004

	96/97*	97/98	98/99	99/00	00/01	2001/2002	2002/2003	2003/2004	Nombre enfants
CDES	1	1	1	1	1	1	1	1	-
CCSD	1	1	1	1	1	1	1	1	-
CCPE/CIRC,		10 sur 12	10 sur 12	10 sur 12	10 sur 12	10 sur 12	10 sur 12	10 sur 12	-
CLIS	53?		20	20	37	40	46	46	552
Clis Déf, visu	1		1*1	1	1	1	1	1	8
Clis Déf, mot				1*2	0	0	0	1	8
Clis Déf, aud	4		3*3	3	1*4	1	1	1	12
CLAD	32		40 CDP	42 CDP	35 CLAD	40	41	41	615
RASED	32					40	40	40	-
UPI				6	6	11	14	14*5	140
SES/SEGPA	18			18	18	18	18	18*6	1345
CI, Relais	3				3	3	6	6*7	67

Total : 2747

* Chiffres présents dans le schéma 96 mais que l'on ne peut confronter avec le bilan 96 de la CDES

(page 18)

*1 Dans école Mangot Gosier

Sources CDES

*2 Dans les Airelles

Sources CDES

*3 dont 2 au Cedra et 1 à Ephpheta

Sources CDES

*4 1 à Ephpheta

Sources CDES

*5 dont 2 à St Martin et 1 à M-galante

Sources CDES

*6 dont 1 à St Martin et 1 à M-Galante

Sources CDES

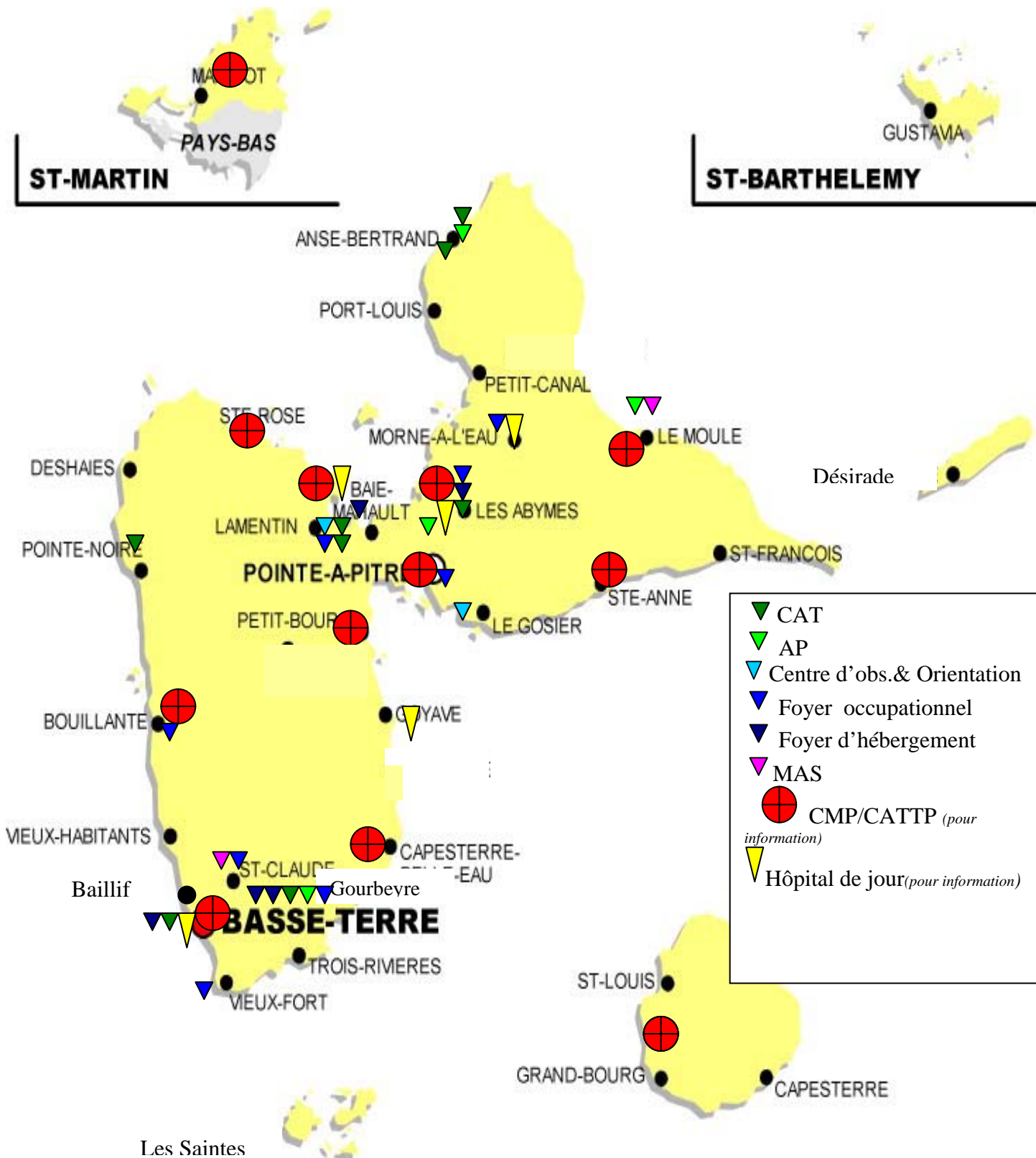
*7 dont 2 à ST Martin

Sources CDES

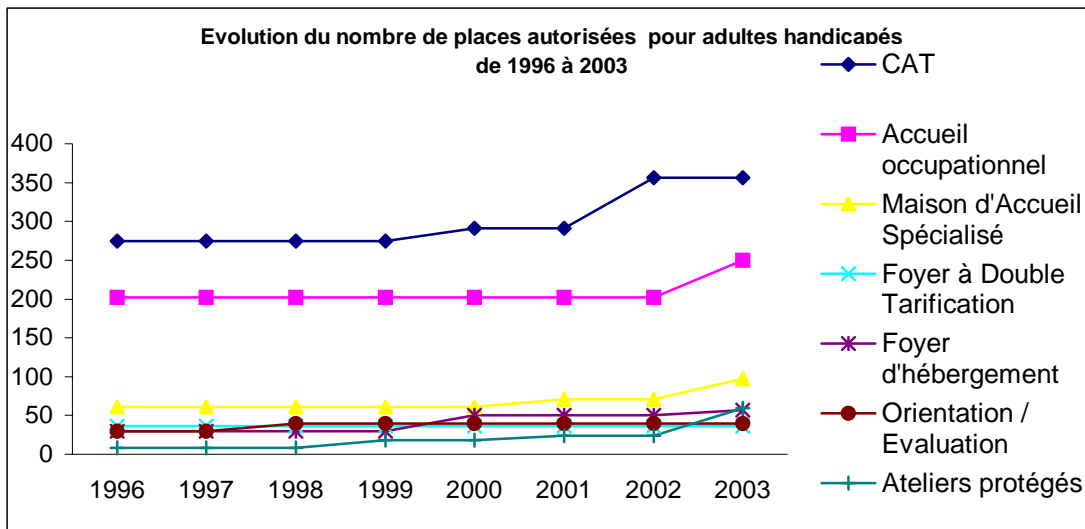
3-2 L'équipement médico-social pour les adultes

Carte des établissements et services médicaux et médico-sociaux de la Guadeloupe pour adultes en situation de handicaps

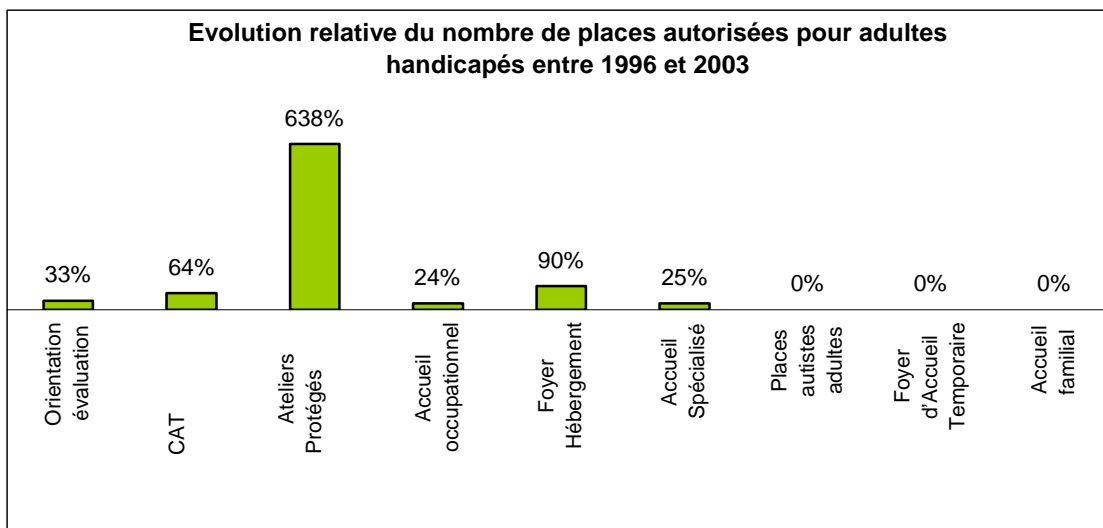
(Avec la collaboration du CHM)



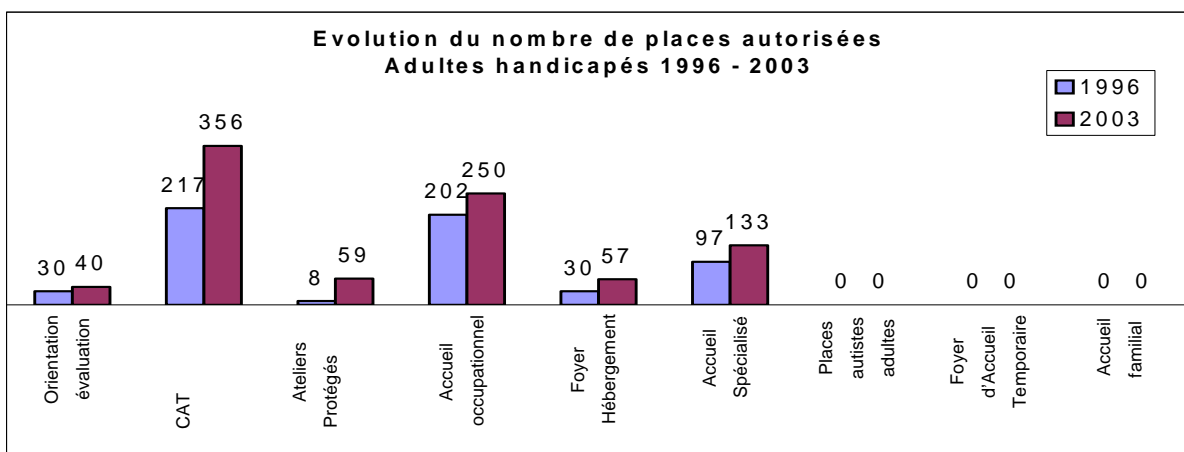
Graphes n° 4 : Evolution des places autorisées adultes



NB : Aucune place FDT n'a été installée et on compte 45 places installées en MAS, 0 en FDT au 31/12/ 2003.



NB : A notre qu'au 31/12/2003 il n'y a cependant que 333/356 places de CAT, 19/59 places d'atelier protégé, 45/97 places de MAS qui fonctionnent réellement



3-21) Evolution des équipements en faveur des adultes handicapés **Cf tableaux n° 20 et 21 et les Graphes N° 4**

L'équipement médico-social de la Guadeloupe en faveur des adultes handicapés passe globalement de 1997 à 2003 de 16 à 23 établissements ou services autorisés : soit une évolution de 44 %.

Toutefois en fin 1996, 11/16 établissements ou services sont installés : soit 69 % de la capacité autorisée . Et, au 31/12/2003, 17/23 établissements ou services sont réellement installés : soit 77 % de la capacité autorisée.

Le nombre de places autorisées passent de 593 à 903 : soit une augmentation de + 52 %. Néanmoins, sur ces places autorisées, 20 % n'étaient pas encore en véritable fonctionnement au 31 décembre 2003.

Cet écart permanent entre la capacité autorisée et la capacité installée et sur des durées souvent supérieures à 3 ans, atteste :

- des difficultés de toutes sortes -et notamment financières- que rencontrent tous les promoteurs de projets pour réaliser les lourds investissements nécessaires et obtenir des garanties d'emprunt,
- l'insuffisance de formation de certains promoteurs
- l'absence de soutien des politiques,
- l'insuffisance d'accompagnement en amont et en aval des promoteurs par l'administration.

Tableau n° 20 : « Evolution globale des Structures et capacités pour adultes handicapés. Bilan 1996-2003 ».

Type d'Établissements et Services	Nombre d'EMS autorisés/en fonctionnement 1996	Capacité. Autorisée 1996	Capacité. Installée	Nombre d'EMS autorisés/ en fonctionnement 2003	Capacité Autorisée 2003	Capacité Installée 2003
1) Orientation évaluation	1	30	30	2	40	40
CRSPS (AFPAG)	1	30	30	1	30	30
UEROS	-	-	-	1	10	10
2) Etabl. de Travail Protégé	3	225	225	6/8	415	352
CAT	2	217	217	4/5	356	333
Ateliers Protégés	1	8	8	1/3	59	19
3) Accueil de jour	5	168	160	5	248	238
Foyers d'accueil de jour	5	168	160	5	248	238
4) Foyer Hébergement	2	34	30	3	57	45
Foyer SKN Hand. moteurs	1	12	12	1	12	12
Foyers d'hébergement TH	1	22	18	2	45	33

**Tableau n° 20 (suite) « Evolution globale des Structures et capacités pour adultes handicapés.
Bilan 1996-2003 »**

Dénomination	Nombre d'EMS autorisés /En fonctionnement 1996	Capacité. Autorisée 1996	Capacité. Installée 1996	Nombre d'EMS autorisés/ en fonctionnement 2003	Capacité Autorisée 2003	Capacité Installée 2003
5) Accueil Spécialisé	4/0	97	0	2/3	97	45
Foyer Double Tarification(FDT)	2/0	36	0	0/0	00	0
Maisons d'Accueil Spécialisé	2/0	61	0	2/3	97	45* ⁴⁸
6) Foyer d'Accueil Temporaire	00	00	0	00	00	00
TOTAL	11/16	584	445	17/23	857	720

*⁴⁸ Dont 26 places autistes dans la toute nouvelle MAS de St. CLAUDE.

Depuis en 2004 ce nombre est passé à **82** : 46 places de la MAS de la KAHMA réinstallée au Moule, 3 places de plus à St Claude et 7 places pour la MAS de l' AGIPSAH à Gourbeyre.

**Tableau n° 21 : « Evolution détaillée des capacités et créations : Adultes handicapés »
Bilan 1996-2003**

Etablissement	Jusqu'à Octobre 1996			Après 1996-98			1999-2000			2001-2003			Effectif au 30 octobre 2003
				Augmentation d'effectif/création			Augmentation d'effectif/création			Augmentation d'effectif/création			
	Année	capacité	Population : caractéristiques	Année	Nombre de places	Population caractéristiques	Année	Nombre de places	Population caractéristique	Année	Nombre de places	Population caractéristique	
CAT Alizé	1985	95								2002	15		110
CAT Champfleury	1987	122		1996	+ 18		2000	+ 16					153/156
CAT Les Plaines	1995				40								40
CAT Horizon										2002	15/30	Trau. crâniens	15/30
CAT Handi. Prod. Local										2003	20		0/20
Ateliers Matouba	94	70					1999	18 ?					68/78
Foyer Le flamboyant	88	25											40
Foyer Soleil Levant	93	32											34
Foyer CAJITL (ex Mapou)	88	35					?	?					55
Foyer Le Pélican	87	40											43
Foyer SKN	92	12											11/12
Foyer de Semaine « Champfleury »	1987	18	TH de CAT										20
Foyer Permanent. « Champfleury »							2000	20	TH en CAT	2003	25		25

**Tableau n° 21 (suite): « Evolution détaillée des capacités et créations : Adultes handicapés
Bilan 1996-2003.**

MAS KHAMA	<u>1992</u>	<u>36</u>							<u>2001</u>	<u>19/46</u>		19/46
MAS-AGIPSAH	<u>1992</u>	<u>25</u>						<u>1999</u>				0/25-
MAS- ADSEA				1997					2003	26		26
FDT- KHAMA	<u>1992</u>	<u>16</u>										0/0
FDT-AGIPSAH	<u>1992</u>	<u>20</u>						<u>2000</u>				0/0
AP Champfleury”	1992	8					1999	18	2001	24		19/24
AP Capesterre									2002 fin			0
AP KHAMA									2003			0/20
AP Handi- Production Locale									2003	15		0/15
CPRPS (AFPAG)	19981	30		1998	+10 TC				2003		Abandon 10 TC	30
UEROS (APAJH)									2003	10	TC	10

3-22) Evolution des équipements sous compétence de l'Etat

Sont à ce jour toujours sous la compétence de l'Etat (**cf. Tableaux n° 20 et 21 et les Graphes N°4**) :

- Les établissements faisant l'orientation/l'évaluation (CRSPS, UEROS).
- Les établissements de travail Protégé : CAT et Atelier Protégé.
- Les établissements d'accueil spécialisé : les MAS essentiellement.

Le **tableau n° 21** donne les dates d'entrée en fonctionnement de ces équipements.

3-221) En orientation/évaluation :

10 nouvelles places ont été créées avec un nouvel établissement (l'UEROS) notamment au bénéfice des traumatisés crâniens.

3-222) Le secteur du travail protégé :

L'évolution la plus importante dans la période considérée (1997-2003) concerne le **secteur du travail protégé** :

- Les places de CAT évoluent de 217 places à 356 autorisées en 2003 soit une progression de 64,4 %
- Les places d'Atelier protégé autorisées passent de 8 à 59 places (+ 638 % mais de 2003 à 2004).

Toutefois il faut rappeler qu'en décembre 2003, 6,4 % de places autorisées en CAT (soit 23 places) et 67 % des places d'AP (soit 40 places/ 59) ne sont pas encore en fonctionnement..

3-223) Le secteur de l'accueil spécialisé :

Dans le secteur de l'accueil spécialisé les places autorisées en 1996 et en 2003 restent identiques (97) car entre temps des projets de FDT sont devenus caduques. La création de la MAS de Saint-Claude (pour autistes) et les augmentations de places de la MAS de la KHAMA sont venues compenser les places de FDT disparues.

Nous constatons que :

- dans la période comprise entre 1997-2003, 45 places de MAS sont installées alors que 61 étaient autorisées depuis 1992
- dans le même temps, un plan pluriannuel (1997 à 2001) de l'Etat incitait à la création de places pour les adultes lourdement handicapés. Sources « *Le handicap en chiffres page 60* ». Alors que ce plan s'est traduit en Métropole par « des vagues successives de créations »⁴⁹ doublant la capacité en places de MAS, il n'a pas été possible en Guadeloupe de parvenir à créer ce qui était déjà reconnu comme nécessaire et opportun 10 ans auparavant.

Les raisons tiennent principalement comme il a été souligné précédemment à :

- la fragilité du tissu associatif local,
- l'absence de soutien financier et d'accompagnement des associations locales promotrices des projets alors que les projets agréés nécessitent de lourdes infrastructures et des créations totales d'établissement.

Il est à noter, comme déjà observé pour les enfants, que ces créations nouvelles :

- sont quasiment toutes postérieures à l'année 2000,
- qu'elles s'inscrivent dans des plans d'actions spécifiques impulsant des programmations de créations soit pour les TH en CAT et AP, soit pour les traumatisés crâniens, soit pour les autistes,

Elles ne résultent pas d'une mise en application d'une programmation projetée.

⁴⁹ Sources « *Le handicap en chiffres* » février 2004 page 60.

3-23) Evolution des équipements sous compétence du Département

Sont à ce jour sous la compétence du Département (**cf Tableaux n°20, 21 et 22**) :

- 5 Foyers d'accueil de jour .
- 3 foyers d'hébergement, parmi lesquels 2 foyers pour des travailleurs handicapés (un Foyer de Semaine, un Foyer d'hébergement permanent), le troisième foyer assurant un hébergement dans des appartements regroupés à des personnes handicapées (12 places) à mobilité réduite.

3-231) Les Foyers d'accueil de jour :

En 1996, les 5 établissements assurant l'accueil et la prise en charge de jour fonctionnent avec une capacité de 168 places autorisées et 160 installées.

Dans la période comprise entre 1996 et 2004 on assiste à 3 mouvements dans l'évolution des places de foyer d'accueil de jour et d'hébergement **cf tableau N°22** :

- une phase de pause dans les créations de 1996-1998 déjà signalée mais moins longue que pour les équipements sous compétence Etat
- une phase de relance de 1999 à 2002,
- puis à nouveau une pause à compter de 2003....

Au 31/12/ 2003, la capacité globale autorisée des foyers d'accueil de jour est de 248 places (+ 23 %) pour 238 en fonctionnement effectif. Toutefois la raison de cet écart dans le cas présent est davantage liée à l'insuffisante capacité d'accueil des locaux qu'à une restriction des financements.

3-232) Les Foyers d'hébergement :

Au 31/12/2003 les foyers d'hébergement au nombre de trois ont une capacité totale de 57 places, soit une évolution de + 90 % par rapport à 1996. En fait ce sont uniquement les Foyers recevant des adultes surtout TH et/ou en activités occupationnelles qui augmentent (**cf Tableau n° 21**) avec particulièrement la création d'un foyer d'hébergement permanent en 2000 (initialement 20 places) pour les TH voulant ou ayant accédé à plus d'autonomie. Il est prévu que cette formule d'hébergement ira en se développant progressivement pour se substituer à l'hébergement en Foyer de semaine en 2004. **CF Tableau N°22**⁵⁰

Le foyer de « Soleil Kléré Nou », quant à lui, devrait évoluer en Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) en fonction de l'évolution des usagers. Ces derniers nécessitent de plus en plus une assistance et médicalisation plus importantes en raison de la dégradation de leur état physique et de leur perte d'autonomie dans les actes essentiels.

Il est aussi à noter :

- le très faible pourcentage de TH en foyer d'hébergement (10,8 %) par rapport au total de la population en travail protégé. Ce pourcentage est de 80 % en Métropole,
- les difficultés d'hébergement des TH des îles périphériques,
- le très fort pourcentage d'hommes par rapport aux femmes en hébergement permanent qui correspond là à une tendance également observée en métropole,
- la forte résistance des parents à accepter la séparation et l'idée de l'hébergement en foyers de « leurs enfants » qu'ils soient TH ou en accueil de jour

⁵⁰En effet le Foyer de semaine a été fermé en juillet 2004 et une partie de sa capacité a été reversée sur le Foyer d'hébergement permanent.

Tableau : N°22 Evolution des capacités d'accueil et d'hébergement des établissements ou services pour adultes handicapés. Compétence du Département(1996-2004)

Année / Etablissement	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Observations
Foyer « Ateliers de Matouba »	48	48	48	48	78	78	78	78	78	
Foyer « Soleil levant »	32	32	32	32	32	32	32	32	40*	* au 1 ^{er} janvier 2004
Foyer de semaine « Champfleury »	22	22	22	22	25	25	25	25	-*	* arrêt le 1 ^{er} juillet 2004
Foyer d'hébergement « Champfleury »					20	20	20	20	33*	*au 1 ^{er} janvier 2004
Foyer « Le Pélican	43	43	43	43	43	43	43	43	43	
CAJTL	20	20	20	45	50	50	55	55	55	
Foyer permanent « Domiciles Regroupés »	12	12	12	12	12	12	12	12	12	
Foyer « Le Flamboyant »	25	25	25	25	25	25	40	40	40	
total	202	202	202	227	285	285	305	305	293	

3-3) L'Offre en terme de prise en charge sociale

Les dispositifs d'intégration sociale concernent notamment les services d'accompagnement à l'insertion et à l'autonomie, les transports spécialisés, les loisirs des personnes en situation de handicap. Ils sont tous gérés par le secteur associatif ou privé ...

Il faut distinguer les services respectivement sous compétence Etat et sous compétence du Département.

Certains des services d'intégration sociale existants ne sont pas à proprement considérés comme des établissements médico-sociaux conformément à la loi du 2 janvier 2002 (par exemple les services de transport), tandis que d'autres le sont et nécessitent, pour certains, une mise en conformité au regard de cette loi.

3-31) Le Site Guadeloupéen pour une Vie Autonome (SGVA)

Le Site Guadeloupéen pour une vie autonome est sous la compétence de l'Etat (DSDS) et fonctionne depuis 2001.

Sa mission :

- ☞ Développer l'accès aux solutions de compensation fonctionnelle pour les personnes en situation de handicap ;
- ☞ Simplifier, clarifier les procédures de financement et réduire les délais ;
- ☞ Apporter un financement pour les solutions.

Ce dispositif départemental vise à recentrer dans un lieu unique, le traitement administratif et financier du dossier de l'utilisateur demandeur d'un moyen de compensation fonctionnelle quel que soit le handicap pour sa vie personnelle, familiale, sociale ou autres.

L'objectif :

L'objectif est de permettre à toute PH qui le désire d'avoir accès à des moyens compensant ses incapacités et d'avoir la possibilité de demeurer dans son milieu ordinaire de vie.

Pour ce, le SGVA étudie et met en œuvre avec chaque personne un plan d'aide individualisé qui comprend : les aides techniques, les aides humaines, les aides animalières, l'aménagement du logement ou des lieux de vie.

Rentrent dans le dispositif du SGVA :

- ☞ Une commission des financeurs, comprenant principalement la DSDS, le Conseil Général, la CGSS, l' AGEFIPH et Karukera Logement,
- ☞ Une comité de suivi, avec les mêmes cités élargi à d'autres partenaires institutionnels et associatifs.
- ☞ Une Equipe Technique Labellisée (ETEL) : l'AGS et des services spécialisés intervenant dans l'évaluation.

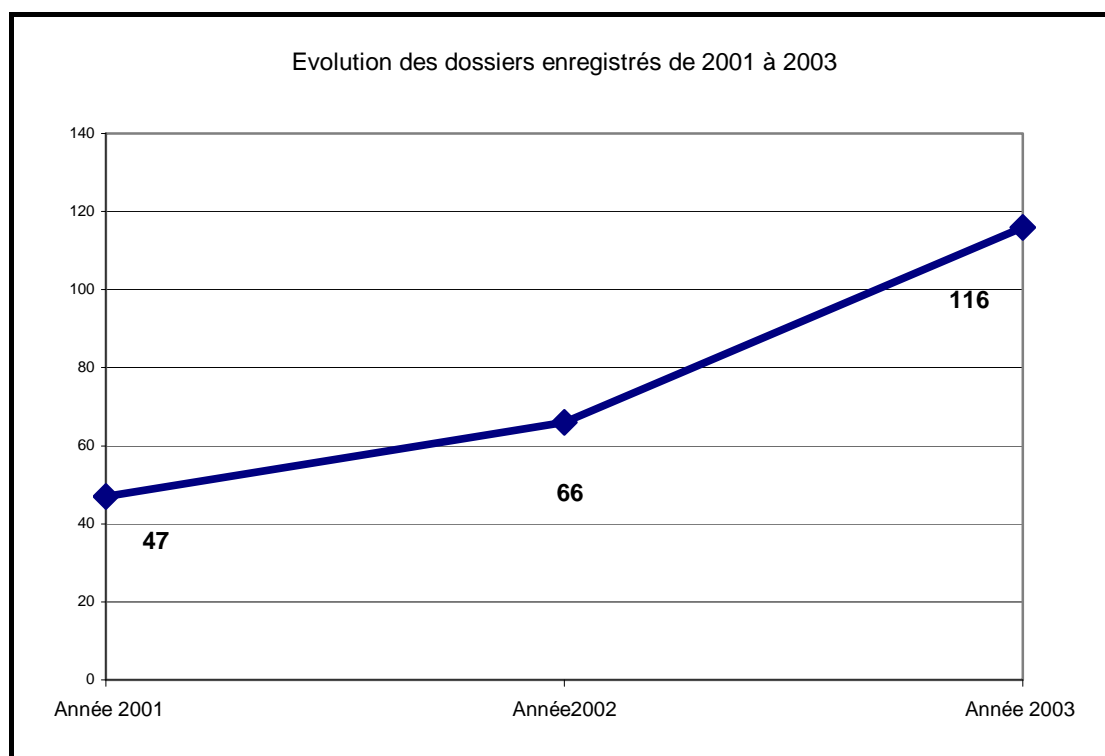
Ces services sont chargés de l'évaluation individualisée des besoins des PH en fonction des déficiences et incapacités, de l'environnement et de leur choix de vie.

L'Activité du SGVA

Le nombre de dossiers enregistrés par le SGVA est en constante augmentation : 47 en 2001, 66 en 2002, 116 en 2003, pour 83 effectivement traités au cours de l'année 2003.⁵¹

Dans ces 116 dossiers, 111 concernent des aides techniques, 5 concernent l'amélioration des conditions d'habitat et 10 ont donné lieu à l'attribution d'un logement adapté.

Evolution des dossiers enregistrés par le SGVA



Activité 2003 du SGVA

Répartition par sexe		Type de déficience		Nature des demandes		Dossiers traités en 2003	
Homme	44	Déf. visuelle	05	Demandes multiples	05	Demandes multiples	05
Femme	39	Déf. auditive	28	Aménagement du domicile	02	Appareillage visuel	05
						Appareillage auditif	28
		Déf. motrices	50	Aides techniques à la vie quotidienne	75	Aides techniques	44
				Aménagement du véhicule	01	Aménagement du véhicule	01
	83		83		83		83

Il ressort de ces données d'activités de la SGVA :

- que les demandes d'aides techniques⁵² individualisées pour faciliter le projet de vie autonome sont les plus nombreuses et que leur évolution se poursuivra : parce les

⁵¹ Le rapport d'activité 2003 du SGVA mentionne en outre 41 dossiers reportés de 2002 en 2003 et 44 dossiers reportés de 2003 sur 2004. (page 24)

handicaps moteurs sont en progression et que le besoin d'autonomie est une nécessité vitale pour les personnes en situation de handicap. Dès lors, la question du délai de traitement des dossiers devrait se poser .

- que les demandes d'aides pour l'habitat peuvent faire l'objet de traitement par des organismes et partenaires différents : le SGVA se positionnant alors plus pour faciliter l'adaptabilité individualisée à la demande de la personne handicapée.
- que l'insularité pénalise les PH des autres îles pour la livraison de leurs matériels.
- un manque cruel de spécialistes notamment pour les déficiences visuelles.

3-32) L'Action Guadeloupéenne de soutien (AGS)

Le service Action Guadeloupéenne de soutien est financé par une subvention annuelle du Département.

L'AGS est un service d'accompagnement à domicile des personnes handicapées motrices et sensorielles vers plus de sécurité, d'autonomie et de confort. Ces missions visent l'accompagnement, le retour et le maintien à domicile.

Il dispose par ailleurs d'un Centre d'Information et de Conseils en Aides Techniques (CICAT) financé par la CGSS, et fonctionne en Equipe Technique labellisé(ETEL) pour l'évaluation des besoins de compensation fonctionnelle.

Activité 2003 de l'AGS

Répartition par type de handicap	Nombre	%	Répartition par Tranche d'âge	Nombre	Répartition par sexe	
					H	F
Handicap moteur	87 ⁵³	63,5	0-20 ans	39	86	51
Handicap neuro musculaire	27	20	21-40 ans	47 ⁵⁴	-	-
Handicap sensoriel	10	7,2	41-60ans	41	-	-
Autres (personnes autistes, PA>60ans...)	13	9,3	+ 60ans	10	-	-
	137	100	-	137	137 ⁵⁵	

⁵²L'aide technique étant un produit, instrument, équipement ou système technique utilisé par une personne handicapée destinée à prévenir, compenser, soulager ou neutraliser la déficience, l'incapacité ou le handicap.

⁵³ Avec une très forte proportion d'accidentés sur la voie publique qui concerne particulièrement les Hommes

⁵⁴ Idem

⁵⁵ Dont 49% de célibataires tous âges et sexes confondus

3-33) L'insertion professionnelle en milieu ordinaire :

Sous cette rubrique nous travaillerons avec les données du PRITH, de l'AGIH, de l'AGEPIPH.

L'AGIH-CAP EMPLOI, mise en place en 1997 par l'Union des entreprises (UDE-Medef) de la Guadeloupe avec le soutien de l'AGEFIPH et de l'Etat, exerce la mission d'Equipe de Préparation et de Suivi du reclassement (EPSR) des personnes handicapées depuis 1997.

Cette mission comprend :

- L'accueil et la préparation à l'emploi des personnes reconnues travailleurs handicapés (RTH) et orientés par la COTOREP vers l'emploi en milieu ordinaire de travail,
- L'information et la sensibilisation des entreprises à l'emploi des TH,
- Le placement des TH,
- Le suivi et le maintien dans l'emploi des TH.

En 2003 le Cap-Emploi avait comme objectifs à réaliser :

- 220 parcours d'insertion (dont 50% des nouveaux inscrits),
- 130 placements (dont 50% en CDI),
- 88 personnes formées.

Analyse de l'activité du CAP-EMPLOI entre 1999 et 2003

(Sources AGIH-Cap Emploi)

		1999	2000	2001	2002	2003
1	Nouveaux dossiers	178	175	202	371	224
2	Dossiers actifs	164	312	553	975	1154
3	Proportion Hommes	61%	53%	65%	58%	56%
4	Proportion Femmes	39%	47%	35%	42%	44%
5	Handicap moteur	30%	36%	42%	39%	44%
6	Tranche d'âge 26-39	57%	62%	54%	42%	52%
7	Tranche d'âge 40-49	11%	24%	29%	34%	22%
8	Catégorie de Hand. A	29%	25%	29%	27%	23%
9	Catégorie de Hand. B	33%	35%	34%	37%	54%
10	Catégorie de Hand. C	11%	14%	7%	7%	4%
11	Niveau de formation V bis & VI	52%	39%	31%	57%	53%
12	Niveau de formation V	38%	42%	31%	28%	34%
13	Niveau de formation IV et -	10%	19%	12%	15%	13%
14	Jamais travaillé	15%	39%	44%	57%	53%
15	Placements réalisés	104	120	126	121	131
16	dont contrat aidés+ prime AGEFIPH	88%	74%	95%	64%	58%
17	Dont CDI	43%	33%	34%	32%	27%
18	Bilan, évaluation, orientation	56	46	60	92	141
19	Formation(s)	53	47	54	55	153
20	Parcours d'insertion	126	160	227	272	294
21	Instruction dossiers AGEFIPH	-	-	-	35	65
22	Placement en entreprise de - 20 sal	59%	62%	66%	70%	59%
23	Placement en entreprise De + 20 sal	41%	38%	34%	30%	41%

Le public pris en charge par le CAP-Emploi présente ces caractéristiques principales :

- le handicap moteur est le plus représenté : 44%,
- la RTH catégorie B est en augmentation : 54% ,

- la majorité des personnes reçues sont de niveau V bis ou VI (53%) donc les plus éloignés de l'emploi
- 53 % n'ont jamais travaillé.

L'insertion et le suivi des personnes sont rendus difficiles par le fait :

- de leurs très faibles niveaux de qualification,
- que la majorité des offres d'emplois concernent le secteur tertiaire qui requiert des niveaux de qualification plus élevés que V bis ou VI,
- que la majorité des entreprises de plus de 20 salariés de Guadeloupe - qui sont soumises à l'obligation d'emploi de TH- ne s'engage pas dans la voie de l'intégration de TH (Taux 1,8% en Guadeloupe contre 4 à 5% en Métropole),
- que ce sont plutôt les entreprises de moins de 10 salariés (TPE) qui font l'effort d'embauche de TH. Mais leurs situations souvent difficiles les conduisent à des choix de CDD plutôt que des CDI,
- que les contrats aidés sont les plus nombreux et usités dans les collectivités, les secteurs associatifs et de l'aide à la personne. Pour autant ils sont nécessaires et constituent des étapes de préparation et d'adaptation aux obligations de travail pour un public qui en était souvent très éloigné,
- d'une absence d'aide et d'incitation spécifiques et suffisamment attractives de l'AGEFIPH pour les entreprises locales au regard de leurs situations particulières et des efforts qu'elles fournissent notamment pour ce qui concerne les TPE.

3-34) Les Transports.

La question des transports publics (aérien, maritime et terrestre) se pose avec acuité en Guadeloupe.

Les personnes handicapées ne bénéficient ni de transports publics collectifs, ni de réduction des frais de transport.

Le transport des personnes handicapées est laissée à l'initiative privée et, pour une large part, à la charge de la personne handicapée.

Hormis les déplacements :

- pour raisons médicales, pris en charge par la Sécurité sociale,
- pour la scolarisation des enfants handicapés, pris en charge par le Département.

Au 31/12/ 03 on recense 8 services de transport spécialisés pour personnes handicapées dont une seule gérée par une association loi 1901 est en partie subventionnée par le Département (le TGPMR), les autres constituent des sociétés-entreprises de droit commercial. (**Cf. En annexe**).

Le parc des véhicules utilisés par ces services ne comprend que 6 véhicules aménagés uniquement sur la Basse-Terre et la Grande-Terre

Les personnes en situation de handicap usagers de ces services de transport arguent dans leur grande majorité :

- du coût élevé et non réglementé de ces transports, au regard de leurs revenus,
- de l'absence d'équipements complémentaires des véhicules et de service d'accompagnateur pour leur sécurité et leur confort ,
- de l'absence de formation des personnels de ces services aux difficultés des personnes handicapées.

Tous ces points conduisent de fait à limiter leur autonomie et leur participation à la vie sociale.

3-35) L'Accessibilité

L'accessibilité a évolué positivement principalement dans l'offre de logements collectifs ou sociaux neufs et dans certains équipements publics de conception récente.

Les personnes handicapées ou les associations sont associées de plus en plus :

- aux études et opérations de constructions de logements par les opérateurs du logement social ou les collectivités,
- aux visites de conformité des équipements nouveaux.

Le problème de l'accessibilité perdure dans les nombreux établissements officiels ou recevant du public anciens où l'accès des personnes handicapées reste difficile voire impossible.

Il est à noter que dans les équipements nouveaux, publics ou privés, la prise en compte du handicap n'est pas d'emblée intégrée en assurant l'accessibilité globale ou du maximum des espaces et des locaux, pour prendre en compte le vieillissement prévisible de la population et les risques éventuelles du handicap qui surviendrait.

3-36) Loisirs et vie sociale des personnes handicapées.

Le droit et la perception de la participation des personnes handicapées aux loisirs et à la vie sociale en général ont très largement fait leur chemin dans le public et dans l'esprit des personnes handicapées elles-mêmes.

Toutefois les possibilités de loisirs et la participation à la vie sociale, culturelle, sportive et citoyenne des personnes en situation de handicap sont étroitement tributaires de facteurs en interaction : d'abord à leurs capacités propres d'autonomie et de ressources et ensuite aux conditions d'environnement et d'organisation à leur disposition.

Et, si potentiellement les capacités d'autonomie des personnes handicapées ont été développées, leur expression se trouve trop limitée du fait de leurs ressources, des contraintes de l'accessibilité et des transports, de l'absence de locaux, d'espaces et d'équipements adéquats, de maîtrise et d'organisation de leur secteur associatif.

Certaines associations, des institutions, des administrations peuvent organiser ponctuellement des manifestations festives, des activités, des sorties, des rencontres sportives. Mais à ce jour le loisir des personnes handicapées enfants (hormis une expérience de type CLSH gérée par l'Association APEDEG) et surtout des adultes ne fait l'objet d'aucune organisation structurée.

3-4) Le secteur associatif.

Comme en métropole, la quasi totalité des institutions sociales et médico-sociales et de l'action faveur des personnes handicapées en Guadeloupe est menée par les associations sous conventions passées avec l'Etat ou les départements selon les compétences dévolues à chacun par les lois de décentralisation.

Ainsi :

- toutes les structures médico-sociales pour enfants, hormis les CAMSP de Basse-Terre et de Pointe à Pitre, sont sous gestion privée associative,
- toutes les structures médico-sociales pour adultes handicapés sont pour une large part d'initiative et sous gestion privée associative,
- le développement des activités sportives et de loisirs adaptés sont aussi à l'initiative des associations.

L'étude du tissu associatif en charge du handicap en Guadeloupe et les observations comparatives avec des départements de métropole⁵⁶ font ressortir des éléments significatifs qui expliquent aussi la situation de retard que présente la Guadeloupe au plan de l'équipement médico-social et d'accompagnement de la personne handicapée.

Il existe 4 IME et 4 CAT en fonctionnement en Guadeloupe qui sont gérées par 4 associations différentes. Les départements métropolitains de même population (AIN, DROME, MANCHE...) ont souvent trois à quatre fois plus d'établissements et de places d'IME et de CAT mais qui sont gérés par seulement 3 à 5 associations. Ces mêmes associations, souvent gèrent également des IR, des EREA, des SESSAD et aussi des MAS et des Foyers dans le même département et dans d'autres départements limitrophes.

Le Guide Néret répertorie plus d'associations dans le champ du handicap en Guadeloupe que dans les mêmes départements précités et également la Martinique.

L'URIOPSS Guadeloupe dénombre⁵⁷ :

- 21 associations gestionnaires d'établissements et services en Guadeloupe alors même que ceux-ci sont en nombre insuffisant,
- 54 associations dont l'action est orientée dans le champ du handicap ont l'ambition de créer ou d'impulser la création d'établissement ou de service. Or, elles n'ont pour la plupart aucune réalité de fonctionnement statutaire et, souvent, elles ne disposent pas du potentiel humain ni des ressources financières pour porter leur projet à terme.

Il existe de fait un émiettement, une fragilité du tissu associatif et une absence de coordination, de concertation, de développement de pôles de compétences des acteurs associatifs en Guadeloupe qui sont préjudiciables en terme de gestion, de capacité de création, de projection et d'innovation.

En amont, la ressource de bénévolat, de mécénat et de gestionnaires associatifs est limitée. A ce jour, en Guadeloupe, une seule association œuvrant auprès des Personnes handicapées et d'autres publics dispose d'un siège administratif et d'une organisation véritablement architecturée.

L'URIOPSS qui veut œuvrer dans le sens du regroupement, de la coordination et de la coopération des associations dans leurs actions, est confrontée à des difficultés dans chacune de ces orientations alors que les enjeux actuels du secteur médico-social sont importants :

- les retards d'équipements médico-sociaux,
- l'approfondissement de la décentralisation et les craintes qu'elle suscite,
- la gestion de la question de la sur-rémunération des personnels,
- la gestion prévisionnelle de la formation, de la qualification et du renouvellement des professionnels,
- l'application des dispositions de la loi du 2 janvier 2002 dans la gestion des établissements : la participation des usagers, l'évaluation de l'action des établissements et la démarche qualité...

⁵⁶ Guide Néret pour les personnes handicapées Mai 2003

⁵⁷ Cf en Annexes : Tableau N°... Associations orientées vers le champ du Handicap, Tableau N° Associations gestionnaires d'établissements et services pour personnes handicapées

Relevé de points 4

** Le secteur médico-social en Guadeloupe, au terme de la durée d'application de son premier schéma d'organisation, enregistre globalement une évolution relative.*

Toutefois cette évolution ne se caractérise pas par un développement quantitatif et qualitatif attestant d'une modification véritablement en profondeur du paysage médico-social, eu égard au retard quasi général constaté dans presque tous les aspects de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes handicapées.

** On constate une quasi-absence de création dans le secteur au cours des deux années qui suivent l'entrée en application du schéma.*

Cette absence de réalisations majeures et en nombre de places sur la période de 1996 à 1999 explique en partie le retard actuel en matière d'équipement.

** Le précédent schéma n'a pas contribué à créer les conditions de programmation, d'organisation et d'émergence de projets.*

** L'offre médico-sociale bien qu'ayant augmenté, n'a pas évolué de façon significative pour tous les âges et toutes les catégories de handicaps.*

** L'offre reste inexistante pour des catégories de handicaps pourtant reconnues prioritaires dans le schéma (les handicaps sensoriels, moteurs, les polyhandicaps, les troubles de la conduite et du comportement, les handicaps d'origine génétique....).*

** L'offre est inexistante dans les îles périphériques.*

** L'offre est mal répartie aux plans géographique et démographique.*

** L'offre n'est pas articulée avec un développement concomitant des formations spécialisées pour disposer des professionnels qualifiés.*

** Il existe aussi un retard dans l'accès aux soins, la prévention, la formation des parents, l'accompagnement, l'accessibilité, les transports, le logement.*

** Le retard est donc général.*

Quatrième Partie :

Les Besoins théoriques

Préambule

Les présentations faites aux chapitres précédents de l'état des lieux sur le handicap, du schéma cosigné en 1996 et de l'offre médico-sociale à ce jour conduisent aux constats des besoins suivants :

4-0) Comparaison première des taux d'équipement national et local.

L'illustration qui suit (**cf tableau n° 23**) des taux globaux d'équipement dans les secteurs enfants et du travail protégé fait apparaître les écarts très importants avec la Métropole et aussi avec la Martinique dont le niveau d'équipement reconnu se situe à 9,8%°).

Toutefois, dans les autres catégories d'établissements pour adultes (accueil de jour, Foyer d'hébergement et MAS) la Guadeloupe a un taux d'équipement supérieur par rapport à la Martinique.

La structuration du tissu associatif, l'intérêt du politique, la qualification du personnel éducatif sont autant de facteurs qui pourraient expliquer autant les écarts avec la Martinique que la fracture avec la métropole.

Tableau n° 23 : Illustration des niveaux d'équipement.

Taux d'équipement en établissements pour mille habitants de la population de référence	Guadeloupe 31/12/2003	National 31/12/2003	Ecart d'équipement entre taux Guadeloupe et taux National
Accueil moins de 20ans (hormis les SESSAD et CMPP)	4,92	7,15	2,23
Accueil des Travailleurs Handicapés (TH) en CAT	1, 51	3,12	1,61
Accueil spécialisé des adultes handicapés (MAS)	0,30* ⁵⁸	0,75	0,45
Foyers occupationnels	1,06	1,20	0,14
Foyers d'Hébergement	0,24	1,27	1,03

*⁵⁸ A noter toutefois que 54% des places autorisées en MAS n'étaient pas encore en fonctionnement au 31 janvier 2004.

4-1) Dans les domaines de l'enfance et l'adolescence

4-11) La nécessité de la prévention, du dépistage, de l'action précoce.

On retrouve toujours cette préoccupation dans la grande majorité des schémas départementaux nationaux. En Guadeloupe, ce besoin demeure, compte tenu de l'état des retards qui persistent.

4-12) Dans le champ sanitaire

Les progrès de la médecine et le niveau d'équipement hospitalier ont pour contrepartie une augmentation du nombre de nouveaux-nés potentiellement plus fragiles et porteurs de handicaps graves et souvent associés.

Il existe une plus forte prévalence de certaines maladies génétiques et des pathologies du métabolisme dans nos régions (Drépanocytose, HTA, Diabète...) que dans d'autres.

Par ailleurs, la situation économique, sociale et démographique de la Guadeloupe a des incidences sur les capacités et potentialités de certaines parties de la population à se prendre en charge au plan sanitaire.*⁵⁹

Ces facteurs amplifient le risque du handicap.

Toutefois on ne dispose pas de travaux de synthèse et d'outils épidémiologiques, pour mesurer les effets et répondre aux besoins de planification..

4-13) Dans le champ de la PMI

La PMI, dans le domaine du handicap de l'enfant exerce son action dans 3 directions : le dépistage et la prévention précoces, l'information-accompagnement des familles, les études épidémiologiques et statistiques.

Elle fait ressortir le besoin d'organiser l'action des partenaires travaillant auprès de l'enfant handicapé. Cette organisation pourrait être formalisée en réseaux et en unités locales fonctionnelles.

4-14) Dans le champ de l'Education Nationale : l'AIS

4-141) Comparaison de l'intégration scolaire avec des Départements métropolitains.

L'essai de recherche de comparaison avec des départements métropolitains ayant soit la même population globale, soit une population de 0 à 20 ans égale à celle de la Guadeloupe n'a pas abouti.

Les CDES contactés (AIN, DROME, MANCHE) n'ont pas répondu à nos diverses demandes d'informations.

⁵⁹ Cf : les observations faites en état des lieux à partir des informations et études des Dr H. Bataille du CHU et Firaï- Fabre de la PMI (à partir des dossiers CDES) sur les incidences de la grande prématurité. Par ailleurs, l'étude de la précarité montre, sur la base des données de la CAF Guadeloupe concernant l'attribution de l'AES et l'AAH, que la répartition du handicap se retrouve dans le même sillage de la précarité.

Département & Population	Population 0à19 ans	Intégration scolaire individuelle 2002/2003	AVSI	SESSAD	Total intégration collective	Intégration scolaire collective			
						CLIS	UPI	SEGPA	EREA
Ain 520 473	143 999					47	5	12	
Drôme 440 874	115 582								
Manche 482 881	124 156								
Guadeloupe 434 716	140 848	134 89 totale 45 partielle		258	2747	46	14	18	0
Aube⁶⁰ 292634	75 267	366				46	0	11	0

4-142) L'AVIS par rapport aux besoins.

La méthodologie actuelle de recueil des données et le fait que les décisions d'affectations en Guadeloupe sont largement influencées par la présence ou non des institutions, services et/ou classes en correspondance sur place rendent difficile la définition des besoins à couvrir en matière d'adaptation et d'intégration scolaires.

On peut toutefois en avoir une approximation au travers des décisions d'orientations dans les bilans d'activité des CCPE, de la CCSD et de la CDES sur les deux dernières années scolaires 2001/2002 et 2002/2003

Le rapport 2001/2002 de la CDES et du groupe Handiscol faisaient ressortir un besoin de 64 AVSI. Le nombre d'AVSI rattachés à l'EN en fonction en 2004 est 46 personnes pour un total réel de 30,5ETP.

Or, la présence de l'AVSI est soulignée comme un atout primordial (cf. rapport de la CDES année 2002/2003) pour faciliter l'intégration de l'enfant handicapé en classe normale ou en classe adaptée et pour emporter l'acceptation des enseignants.

La récapitulation des activités des CCPE par la CDES fait ressortir que :

- 55 enfants orientés en CLIS en 2002/2003 n'ont pu trouver d'affectation. Ce qui correspond à un besoin identifié de 5 CLIS minimum.
- 88 enfants en attente de placement (55 en CLIS et 33 en IME) sont en fait en intégration.

⁶⁰ Cf : Schéma régional de l'enfance et de l'adolescence handicapées et inadaptées de Champagne-Ardenne 2001à 2005. Page 26 (L'Aube : 292634 hts en 2000).

Orientations de la CCPE et de la CCSD en 2001/2002 et 2002/2003

CCPE			CCSD		
	2001/2002	2002/2003		2001/2002	2002/2003
Nombre de dossiers examinés	1000	1000	Nombre de dossiers examinés	598	468
Orientation en CLIS	207	189	Orientation en SEGPA	460	362
Attente CLIS	70	55			
			Orient. UPI	57	52
Attente IME	44	33	Attente UPI		32

Sur les 52 enfants orientés en UPI en fin d'année scolaire 2002/2003 seulement 20 (soit38%) ont pu y être effectivement affectés à la rentrée 2003/2004. Les autres ont été affectés par défaut de places en SEGPA.

Il existe de fait une problème de continuité éducative et de prise en charge :

- premièrement entre les CLIS (au nombre de 49) et les UPI (14) et ce, d'autant qu'il y a aussi peu de possibilités d'orientations en IME et SEGPA,
- et deuxièmement au terme de la 16^{ème} année pour les enfants en UPI ou SEGPA.

Le rapport 2002/2003 de la CCSD révèle qu'au terme de la 3^{ème} année de SEGPA, 7% des enfants ne peuvent bénéficier de solutions d'orientation dans les filières professionnelles (LEP) ou pré-professionnelles (Cycle d'Insertion Pré-professionnelle Adapté (CIPPA), Maison Familiale Rurale (MFR), Centre de Formation d'apprentis (CFA)⁶¹.

Même si la comparaison avec des départements métropolitains de mêmes niveaux ne peut être faite, les éléments dont nous disposons sur d'autres font cependant toujours ressortir la probabilité d' un équipement en solutions d'adaptation et d'intégration scolaires en défaveur de la Guadeloupe dans toutes les catégories liées à l'intégration scolaire individuelle ou collective, alors même que la population entre 0 et 19 ans est en proportion plus importante en Guadeloupe.

Par ailleurs les départements métropolitains disposent de solutions alternatives dans les départements limitrophes lorsqu'ils sont sous-équipés.

⁶¹ Le rapport d'activité 2002/2003 de la CDES fait en proposition la création d'une CFAS pour les enfants sortis d'UPI

4-2) Etat des besoins pour l'enfance handicapée.

4-21) Etude des orientations par la CDES

Une enquête réalisée en métropole au cours de l'année scolaire 1997/1998 révèle que 4,9% des enfants orientés par les CDES le sont vers le milieu scolaire ordinaire contre 90,4% vers le milieu médico-éducatif spécialisé⁶². Cette tendance perdure, malgré le plan Handiscol mis en application à partir de 1999.

Dans ces orientations, la part des décisions pour enfants déficients intellectuels et polyhandicapés a diminué passant de 66% en 1989/1990 à 53% en 1999/2000. « *Le Handicap en chiffres* » février 2004 pages 30-31.

Etude comparative des orientations CDES Guadeloupe Métropole

Affectations vers	Guadeloupe	Métropole
Le milieu scolaire ordinaire	23%	5%
Le Médico-Educatif	75%	90%
dont :IME	47%	53%
dont :SESSAD	27%	20%

En métropole au cours des deux dernières décennies la diminution des affectations en établissements médico-éducatifs (passant de 66% à 53%) s'est faite au profit des placements en Services d'Education et de Soins Spécialisés à Domicile qui évoluent de 16% à 20%. Cela, en relation avec l'intégration scolaire.

Nous retrouvons, ci-dessus et au **tableau N°24**, des proportions différentes en Guadeloupe : 23% des enfants orientés par la CDES le sont vers le milieu scolaire et 75% vers le milieu médico-éducatif spécialisé dont 47% en IME et 27% en SESSAD. Ces différences dans les orientations vers le milieu scolaire ordinaire et vers les SESSAD sont davantage liées à l'insuffisance de places en IME d'une part et au délai d'attente de prise en charge par les CMPP d'autre part.

⁶² Guide Néret page 47

Tableau n° 24 : LES DIFFERENTES AFFECTATIONS de la CDES de 1999 à 2003 en Guadeloupe

Affectations en établissement pour :	Affectations réalisées				Affectations en instance				Affectations hors département			
	99/00	00/01	01/02	02/03	99/00	00/01	01/02	02/03	99/00	00/01	01/02	02/03
Déficients intellectuels⁶³	76	64	56	69	197	75	99	60	0	1	-	-
<i>Moyenne Déf. Intellectuels et % sur total des affectations</i>	66 (18%)				107 (29%)				-			
	47%											
Déficients moteurs	1	1	2	2	12	11	13	12	3	2	1	1
Déficients visuels	1	3	2	2	2	6	7	6	-	-	1	1
Déficients auditifs	16	6	3	2	5	7	6	3	2	-	-	-
Déficients mentaux / Autisme	-	-	15 ⁶⁴	-	-	-	-	18	-	-	-	-
SESSAD	36	96	58	57	11	51	43	36	-	-	-	1
<i>Moyenne des affectations SESSAD et % sur total des affectations</i>	62 (17%)				35 (10%)							
	27%											
Polyhandicapés	-	6	6	5	31	20	23	24	1	-	-	1
Autres(dont IR, EREA, Sanitaire...)	-	-	-	2	1	3	11	11	1	-	-	-
Total	130	176	178	139	259	224	202	135	7	3	2	3
<i>Moyenne</i>	156				205				4			
	361											
	365											

⁶³ Déficients intellectuels : Clis, UPL, SEGPA avec convention, IMP, IMPRO, SAIS

⁶⁴ Correspond à l'ouverture de l'unité IME Karukera dépendant des « Gommiers »

**Tableau N° 25 : Comparaisons des Affectations CDES réalisées
entre 1999 et 2003**

	Années scolaires 1999/2000 à 2002/2003 Guadeloupe				
	Moyenne des affectations réalisées	Moyenne des affectations en instance	Total	% affectations réalisées / total Guadeloupe	% affectations en instance / total
Total	156	205	361	43%	<u>57%</u>
Etabl. pour déficients intellectuels	66	107	173	38%	<u>62%</u>
Etabl. pour déficients moteurs	1	12	13	8%	<u>92%</u>
Etabl. pour polyhandi- capés	6	25	31	19%	<u>81%</u>
SESSAD	62	35	97	64%	36%

Toutefois l'analyse des **Tableaux 24 et 25** des affectations par la CDES sur les 4 dernières années scolaires fait ressortir :

- une moyenne globale tous handicaps confondus de 205 affectations en instance contre 156 affectations réalisées localement.
- une moyenne de 107 affectations en instance contre 66 affectations réalisées (soit 38% du total des 174 affectations) pour la catégorie la plus nombreuse classée « déficients intellectuels » relevant des CLIS, UPI, SEGPA et surtout, des IME, SAIS.

Il faut noter les très forts pourcentages des affectations en instance/total pour les déficients moteurs et les polyhandicaps. Or ce sont des catégories de handicaps en augmentation d'une part en raison du développement de la médecine autour de la natalité d'autre part en raison du haut niveau des risques génétiques et des pathologies de la grossesse.

4-22) Les constats des besoins

Au regard des orientations des CCPE, CCSD, et CDES les besoins sont importants tant en places d'intégration scolaire que d'éducation spéciale en établissements médico-sociaux.

Ce, malgré l'augmentation des affectations en SESSAD, seule catégorie d'établissement où les affectations réalisées dépassent les affectations en instance. Toutefois si ces services sont une indéniable avancée ils ne peuvent constituer le type de réponse de prise en charge adaptée à toutes les situations.

La CDES souligne en outre :

- une prévention encore insuffisante et la prise en charge des enfants qui n'est pas suffisamment précoce,
- l'absence totale d'équipements spécialisés dans les îles et aussi une couverture de soin insuffisante dans certaines parties du territoire,
- l'insuffisance de perspectives dans le cas notamment des déficients visuels graves, des handicaps rares, des handicaps moteurs, des adolescents quittant le circuit scolaire,

- l'émergence et les risques du nombre croissant d'enfants avec des troubles de la conduite et du comportement en milieu scolaire qui nécessitent une prise en charge plus dense -et au moins momentanée- hors du circuit scolaire habituel en IR et EREA,
- l'absence de dispositif de soutien, de familles d'accueil et de relais familiaux pour les enfants éloignés placés en institution ou dont les cas nécessitent des solutions momentanées de retrait du contexte problématique familial ou environnemental.

4-3) Les établissements ou services médico-sociaux pour enfants handicapés : analyse des taux d'équipement et des besoins à couvrir

Nous prenons comme base pour l'état des besoins*⁶⁵ les prévalences étudiées en 1992 à partir des chiffres de la CDES et certaines études réalisées depuis.

Les analyses qui suivent sont dans la suite du bilan de l'existant et de la présentation de l'offre d'équipements faite au chapitre précédent et dans les tableaux n° 21, 22 et 23.

4-31) Les besoins à couvrir

La présentation des équipements en institutions et services médico-sociaux (**cf. tableau n°26**) au regard du nombre de personnes handicapées estimées dans chaque type de handicap, fait ressortir **un différentiel de besoins à couvrir important pour toutes les catégories de handicap**. Si une forte progression de places a pu être constatée au cours de la période 1997-2003, elle résulte en réalité du fait d'un faible niveau ou d'une inexistence totale d'équipement au départ. Ce qu'il faut considérer dans tous les cas c'est le niveau réel atteint par rapport aux besoins.

Toutes les situations sont préoccupantes et interpellent pour l'avenir, d'autant que notre situation de région mono-départementale ne permet pas le recours à des solutions palliatives sur la proximité comme c'est le cas dans les autres régions françaises.

Il faut noter que tous les besoins à couvrir et toutes les formes de réponses à ces besoins ne figurent pas dans ce tableau.

Outre les structures les plus courantes, les possibilités doivent être largement ouvertes pour l'innovation.

La CDES notamment, dans son bilan 2003 fait état de structures nouvelles à créer et correspondant aux besoins identifiés. Ces structures nouvelles :

- un CFAS,
- des Structures relais entre IME et CAT,
- un IR et 2 EREA avec hébergement,
- un Centre de Répit,
- un Centre de soins et d'accueil pour enfants polyhandicapés (CESAEP),⁶⁶
- des Réseaux de familles d'accueil,
- une autre structure pour enfants polyhandicapés en Basse-terre tenant compte de la pénibilité des trajets pour ceux qui n'ont d'autre solution que « Les Airelles ».
- un SAAAI (Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire) en position centrale (de 25places) pour les enfants déficients visuels de 3 à 20 ans,
- un SSEFIS (Service de soutien à l'éducation familiale et à l'insertion scolaire) en Grande Terre ;

devraient élargir les possibilités de réponses institutionnelles plus adaptées aux problématiques de plus en plus complexes (**cf. tableau n°26**).

*⁶⁵ Ces taux de prévalences devraient être réactualisés en 2004 pour les études statistiques 2003 avec la mise en place des logiciels OPALES à la CDES.

⁶⁶ La CDES dans son bilan préconise une implantation de cette structure en sud B/T .

Tableau N° 26 : L'équipement pour l'enfance handicapée et les besoins à couvrir
Base : Estimation Insee population Guadeloupe 2002 : 434 .716 Sources Ti'Ter 2002.
Estimation population de référence moins de 20ans : 140.848

Types de handicaps 0 A 20 ANS	Taux de prévalence (‰) ⁶⁷	Projection Effectif Handicapés dans la population de référence	Nombre places autorisées en 2003 dans les établissements	Nombre places autorisées en 2003 dans les services	Taux de couverture des besoins %		Besoins à couvrir en place en Gpe au 31/12/03
					En Etablissm.	Etablis.& serv.	
1) Dépistage et Rééducation (CMPP & CAMSP)			CAMSP 150⁶⁸		En Etablissm.	Etablis.& serv.	Hors Sessad
2) Troubles spécifiques, retards scolaires et autres	2,76	389	0		0 %	0 %	389⁶⁹
3) Déficiences intellectuelles (Annexe 24)		1754⁷⁰	466	276	53,6 % (b, c) (424/791)	42 % (a,b,c) (742/1754)	?
Retard léger (a)	4,78	673 ⁷¹		276 SESSAD ⁷²			
Retard moyen (b)	5,10	718)	424 IME ⁷³				355
Retard sévère (c)	0,52	791 73)					
Troubles Autistes	1,77	250 ⁷⁴	42 ⁷⁵		17 %	17%	208
Troubles du comportement	0,28	40	00 (IR et EREA)		0 %	0 %	40⁷⁶

⁶⁷ Base taux de prévalence admis en 1992

⁶⁸ CAMSP :150. On ne peut mettre un nombre de places pour les CMPP dont l'activité est sous forme d'acte

⁶⁹ Ce Type de trouble est le plus fréquent chez les enfants scolarisés. On y range les dyslexies, dysphasies etc...-. La CDES préconise d'ores et déjà une structure de prise en charge de 40 places avec le personnel qualifié.

⁷⁰ (673+718+73)=1464+250+40= 1754

⁷¹ Ces déficiences légères sont généralement prises en charges en milieu scolaire normal par les CLISet UPI.

⁷² les276 places de Sessad (AN.24) se décomposent comme suit : Emeraude160, Espoir 40, Haltebourg 40, SAIS D. Forestier 36= 276

⁷³ Ces 424 places d'IME (An. 24) se décomposent comme suit : « Les Gommiers »124, D Forestier 96, Espoir 60, L'ancre 84, le futur IME de Baie-mahault 60/72= 424

⁷⁴ Cf L'étude du Dr Duquesnoy sur la base des recherches de Baird et al.2000 et CDC 2001in « Projet de Centre de Ressources Diagnostic en Autisme et Troubles apparentés de la communication »..

⁷⁵ 15 places autistes en fonctionnement à l'IME « Karukera » antenne de l'IME « Les Gommiers », plus -en attente de création- 12/72 places à l'IME de B-Mahault et 15 à l'IME spécialisé autistes de B-Mahault=42. Il convient de signaler toutefois dans le sanitaire une trentaine de places autistes en Hôpitaux de jour au CHM et au CHUPPA

⁷⁶ Cette projection semble cependant très juste au regard des alertes de la CDES, des responsables des IME et des CMP de pédopsychiatrie. La CDES dans son bilan 2003 souligne l'évolution alarmante des troubles du caractère et du comportement et fait aussi mention d'un besoin identifié de places pour la création d'un EREA avec hébergement (20 en Sud B/T, 20 en Nord B/T).

Types de handicaps	Taux de prévalence (°/oo) base 92	Projection Effectif Handicapés	Nombre places existant 2003 dans les établissements	Nombre places existant 2003 dans les services	Taux de couverture des besoins %		Besoins à couvrir en place en Gpe au 31/12/03
					En Etablissem	Etablis.& serv.	
							Hors SESSAD
4) Handicap moteur (Annexe 24 bis)		304	00	35	0 %	11 %	
Cérébraux (IMC/IMOC)	0,89	126	0	35 SESSAD		11%	304
Périphériques	1,26	178					
5) Polyhandicapés (Annexe 24 ter)		165	30	45	18 %	45 %	
Polyhandicapés (Annexe 24 ter)	1,17		30	45 SESSAD			135
6) Handicap Auditif (Annexe quater)		231	50	24	22%	32 %	
Léger (a)	0,05	7	50	24 SESSAD			
Moyen (b)	0,37	52				22 %	181⁷⁷
Sévère ©	1,22	172					
7) Handicap Visuel(Annexe quinquies)		111	00		0 %	0 %	111⁷⁸
Cécité totale	0,09	13	0		0 %	0 %	
<i>Baisse importante de l'acuité. visuelle</i>	0,28	39				0 %	
<i>Amblyopie</i>	0,42	59			0 %	0 %	
8) Handicaps d'étiologie somatique	3,15	444			0 %	0 %	?
TOTAL I			696	380	0 %	0 %	
			1076				1723⁷⁹

Nb : Total des places SESSAD Gpe : 380. soit(276+35+45+24)
Taux d'équipement Gpe = 2,70.
Taux d'équipement national = 1,4

⁷⁷ Avec une priorité d'un SSEFIS en G/Terre

⁷⁸ La CDES dans son bilan fait mention 2003 d'un besoin identifié et urgent d'un SAAAIS(Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire) en position centrale (de 25places) pour les enfants déficients visuels de 3 à 20 ans.

⁷⁹ Ce total ne peut être considéré comme absolu. Il manque encore notamment des appréciations des besoins et des types de réponses en dépistage et rééducation et pour les handicaps rares et d'étiologie somatique.

4-32) Les taux d'équipement pour les enfants

La comparaison des taux d'équipement en Guadeloupe par rapport au taux national et aux taux de deux autres départements métropolitains en référence (Ain et Lot) **cf tableaux n° 27 et 28 et graphes n° 5**, éclaire avec évidence la situation de « fracture médico-sociale » existant en Guadeloupe et ce, pour les équipements les plus anciens.

L'inexistence et/ou l'insuffisance persistantes de ces équipements sont encore plus néfastes en conséquences et en durée dans un contexte de région mono-départementale ou pour les îles périphériques éloignées.

Le besoin en équipements médico-sociaux pour les enfants est plus crucial et restera d'autant plus en phase aiguë que la population jeune est plus importante.

Tableau n° 27 : Comparaison des taux d'équipement avec ceux du national et de deux départements métropolitains de référence
Enfance handicapée de 0 à 20 ans. Sources : DREES au 1^{er} janvier 2002 et « Le handicap en chiffres » : février 2004

Types de handicaps 0 A 20 ANS	ETABLISSEMENTS					SERVICES			
	Nbre de place Et Lits Gpe	Taux d'équipement Gpe	Taux d'équipement National	Taux d'équipement AIN ⁸⁰	Taux d'équipement LOT	Taux d'équipement Gpe	Taux d'équipement National	Taux d'équipement AIN	Taux d'équipement LOT
1) Centres de Dépistage et de Rééducation : (CMPP et CAMSP)	150	CAMSP : 1,06	CAMSP : 1,45	CAMSP : 1,56	CAMSP : 0,9				
2) Etablissements d'éducation spéciale pour enfants déficients intellectuels (Annexe 24)	466	3,30	5,65	6,64	7,80				
Retard léger (a)									
Retard moyen (b)) IME	424	3,01	4,61	3,27	6,57	1,96			1,38
Retard sévère (c)									
Troubles autistiques	42	0,29		0,03					
Instituts de rééducation : Troubles du comportement	00	00	1,04	3,34	1,23				0,15
3) Etablissements d'éducation spéciale pour enfants déficients moteurs (annexe 24 bis)	00	00	0,50	0	0	0,2			0,52
4) Etablissements d'éducation spéciale pour enfants polyhandicapés (Annexe 24 ter)	30	0,21	0,30	0,33		0,31			
5) Etablissements d'éducation spéciale pour enfants atteints de déficiences auditives (Annexe quater)	50	0,35		0,70	0	0,17			0,67
6) Etablissements d'éducation spéciale pour enfants atteints de déficiences visuelles. (Annexe quinquies)	00	00	0,70	0	0	0			
7) Etablissements d'éducation spéciale pour enfants atteints de handicaps d'étiologie somatique									
TOTAL (hors CAMSP et CMPP)	696 ⁸¹	3,86	7,15	7,67	7,8	2,64	1,50	1,37	2,59

⁸⁰ AIN : population de 0 à 20 ans 143 999 au 1/01/2000. Le LOT : population de 0 à 20 ans 33 707..

⁸¹ Hors CMPP dont l'activité n'est pas généralement représentée en lits ou places mais en actes.

Graphes n° 5 : Illustration des taux d'équipement.

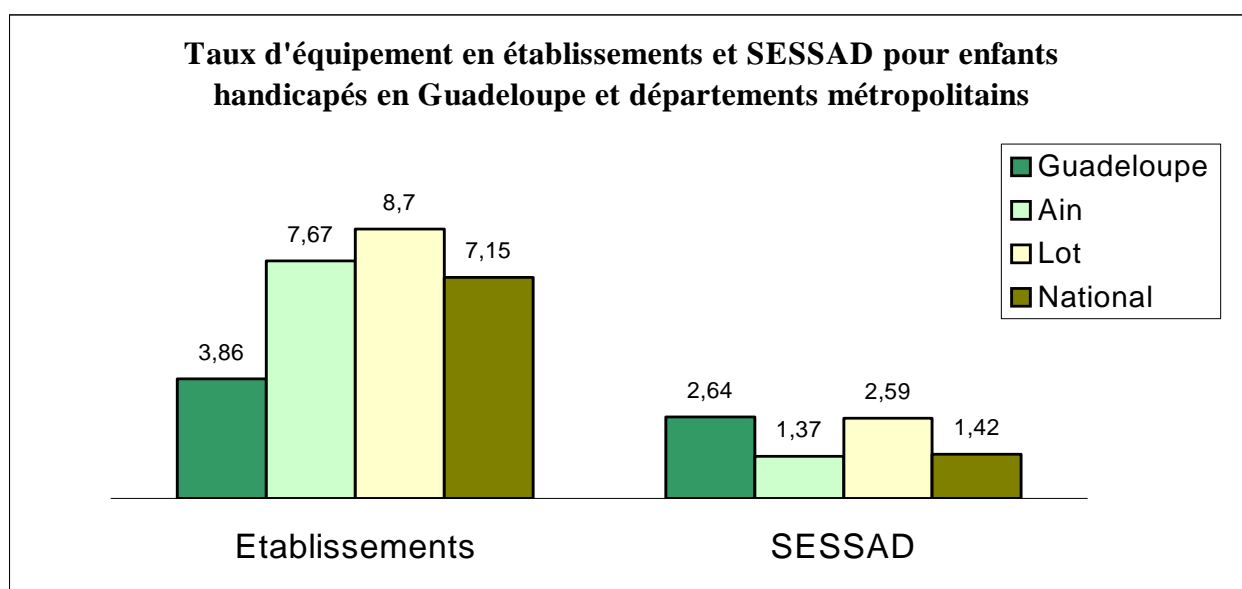
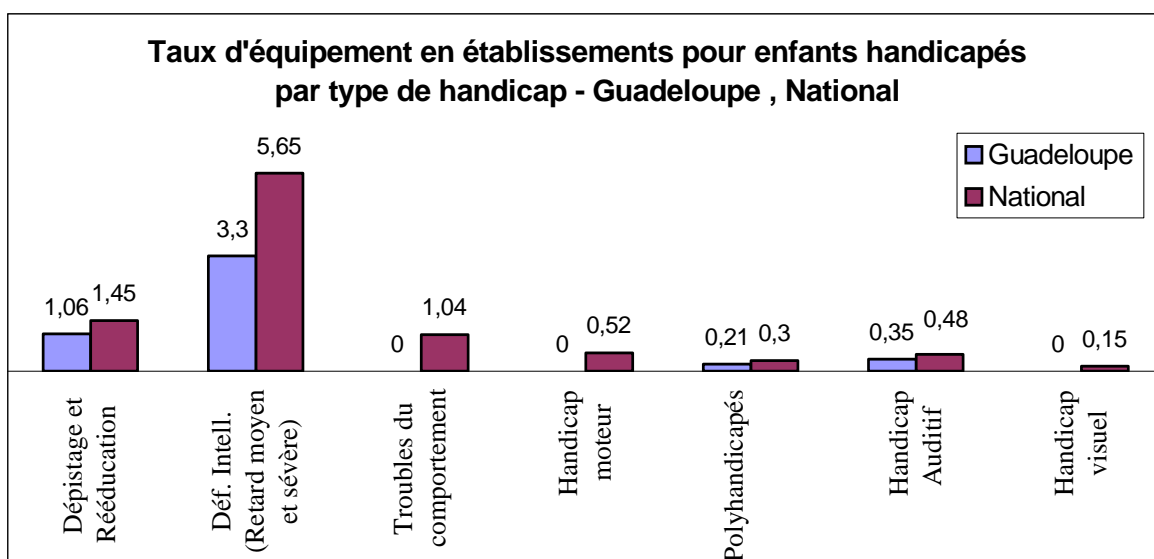


Tableau n° 28 : TAUX D'EQUIPEMENT ET ECARTS
GADELOUPE – METROPOLE
Enfance handicapée de 0 à 20 ans

Etablissements	Nombre de places en Guadeloupe au 21/12/2003	Taux d'équipement		Ecart Guadeloupe-Métropole
		Guadeloupe	Métropole ⁸²	
Etablissements (hors CMPP et SESSAD)	696	3,86	7,15	- 3,29
SESSAD	380	2,64	1,50	+ 1,14
Etablissements et SESSAD (hors CMPP)	1076	6,50	8,65	- 2,15

Le taux d'équipement établissements et SESSAD de l'AIN= **9,04**

Le taux d'équipement établissements et SESSAD du LOT= **10,39**

⁸²Source : interrogation Finess par la GDAS au 30/09/2001

4-4) Les besoins pour les adultes handicapés

Pour l'étude des besoins concernant les adultes handicapés il faut prendre en considération quatre aspects fondamentaux :

- Le dispositif institutionnel existant :
 - *Avec les Centres d'Aide par le Travail, les Ateliers Protégés, les Structures d'orientation ou d'évaluation, -tous sous compétence de l'Etat-, assurant leur autonomie et insertion socioprofessionnelle ;
 - * Avec également les Foyers d'accueil de jour ou occupationnel et les Foyers d'hébergement -sous compétence du département-.Ce dispositif étant plus particulièrement conçus et adaptés pour les handicaps cognitifs, moteurs ou sensoriels
- Le dispositif de compensation, réparation du handicap, et d'intégration sociale.
- Le dispositif institutionnel de prise en charge pour les personnes les plus lourdement handicapées et /ou en situation de dépendance importante.
- La forte progression des maladies mentales et des conduites addictives sévères qui génèrent des handicaps psychiques importants. Ces handicaps nécessitent des types de prise en charge et d'accompagnement plus conséquents que ceux initialement prévus dans les établissements du secteur du travail protégé ou de l'accueil de jour.

4-41) Les équipements et services médico-sociaux pour les adultes handicapés et les besoins à couvrir. cf tableaux n° 29 et 30 et Graphe n° 6

Cette partie comprend toutes les institutions prévues par le Code de l'action Sociale et des familles (CASF) qui constituent le dispositif assurant l'autonomie et l'insertion socioprofessionnelle des personnes adultes handicapées.

4-42) Les équipements de travail protégé.

De 1996 à 2003 l'évolution du nombre de places de CAT autorisées en Guadeloupe est de 64 % en Guadeloupe contre 42 % au plan national (jusqu'en 2001) et pour les places d'Atelier Protégé⁸³ l'évolution est plus importante puisque le point de départ n'était que de 8 places en 1996.

Le **tableau n° 29** montre qu'il faudrait multiplier par trois les places de travail protégé existantes (CAT et d'Atelier Protégé) pour atteindre le niveau moyen d'équipement national. Ce qui pourtant ne permettrait d'ailleurs pas de répondre à la totalité des besoins.

En effet :

- au 31/12/2002⁸⁴ il y avait 389 personnes orientées en attente d'une admission en CAT.
- le nombre moyen d'orientations sur les trois dernières années (2001 à 2003) vers le Travail Protégé par la COTOREP s'élève à 160⁸⁵.

⁸³la nouvelle appellation est maintenant : Entreprise Adaptée.

⁸⁴ source COTOREP

Chaque année le nombre potentiel de jeunes handicapés adultes quittant les IME avec une orientation en CAT varie entre 30 et 40 personnes environ.⁸⁶

Par ailleurs, la réglementation prévoit que les établissements de travail protégé pourraient servir de tremplin pour l'accès au milieu ordinaire de travail pour les Travailleurs Handicapés qui parviennent à acquérir les capacités suffisantes de travail.

Mais la situation difficile de l'emploi, des entreprises, le nombre restreint d'entreprises de plus de 20 salariés soumises à l'obligation d'embauche en Guadeloupe réduisent les possibilités d'embauche de Travailleurs Handicapés aptes à travailler en milieu ordinaire.

Ces insuffisances de places de Travail Protégé conduisent à « défiliariser » les jeunes adultes arrivant au terme de leur placement en IME ou embouteillent les entrées en établissement.

Enfin, une autre donnée est à prendre en compte dans la prise en charge et l'accompagnement des TH en Institutions de travail protégé. Il s'agit du vieillissement précoce des personnes handicapées.

Pour répondre à ce besoin, les formules d'accueil à temps partiel préconisées dès 1992, n'ont à ce jour pas encore été mises en place et concerneraient 10% des places actuelles de travail protégé.

Il y a un besoin de formules d'accueil de jour innovantes, articulées au sein même des lieux de travail pour tenir compte de leur fatigabilité et éviter qu'ils ne se dégradent trop vite en cas d'arrêt total d'activité.

4-5) Les équipements Foyers

4-51) Les foyers d'accueil de jour

Le département de la Guadeloupe se rapproche du taux d'équipement national en ce qui concerne les foyers d'accueil de jour. Il faut reconnaître là un effort réalisé bien avant le schéma et certainement un effet de la pression de la proximité liée à la décentralisation.

Toutefois il manque :

- une meilleure répartition géographique des équipements au plus près des concentrations de besoins, (cf tableau n°19)
- une réponse aux besoins dans les îles.

4-52) Les foyers d'hébergement

Le niveau actuel d'équipement en places de Foyer d'hébergement pour les travailleurs handicapés -principalement- correspond à 10 % des places de travail protégé agréées.

La logique de l'accession à de meilleures capacités d'autonomie et d'insertion sociale par le travail conduit les Travailleurs Handicapés, comme tout adulte, à vouloir vivre de façon autonome, signe d'une insertion réussie.

Le besoin d'autonomie par le logement⁸⁷ des personnes handicapées a du mal à se réaliser compte tenu d'un travail éducatif insuffisant sur la séparation avec les parents.

En Métropole plus de 80 %⁸⁸ de la population des personnes handicapées en établissements de travail protégé et 55 % des handicapés en accueil de jour résident dans des foyers d'hébergement dont la diversité est fonction des capacités d'autonomie des personnes handicapées reçues.

⁸⁵ source COTOREP

⁸⁶ Source CDES

⁸⁷ Les places de foyer de semaine sont actuellement en pleine reconversion en hébergement permanent.

⁸⁸ Source DREES et « Le handicap en chiffres ».

Le besoin en places d'hébergement permanent croît avec le besoin d'autonomie et la longévité en âge des Personnes handicapées dont les parents vieillissent.

Dès lors le logement en foyer d'hébergement devient la solution la plus adéquate aussi bien pour les Travailleurs Handicapés que le reste de leur famille et au regard des formes multiples de la maltraitance dont ils pourraient être victimes.

Tableau n° 29 : L'équipement pour les adultes handicapés et les besoins à couvrir

Base : Estimation Insee population Guadeloupe 2002 : 434 .716 Sources Ti'Ter 2002.

Estimation population de référence moins de 20ans à 60 ans : 234 747.

Population de référence moins de 20 ans à 60 ans : 234 747						
Catégories d'établissement ou services et Population reçue	Projection Effectif Handicapés	Nombre places autorisées 2003	Taux de couverture des besoins en %	Besoins à couvrir	Taux d'équi.‰ Guadeloupe 2003	Taux d'équi.‰ National 2003
1) Evaluation et orientation		40		30	0,17	
2) Travail Protégé	950	415	43,7	535		
Dont : CAT	800	356 ⁸⁹	44,5	444	1,52	3,12
Atelier Protégé	150	59	39,3	91	0,25	
3) Foyers occupationnels	300	248	83,3	50	1,06	1,20
4) Foyers d'hébergement	270	57	21,1	213	0,24	1,06
5) Accueil spécialisé	426	97	22,7	329	0,41	0,75
(dont MAS tout handicap)	176	71	40,3	105	0,30	
(dont Accueil spécialisé autistes)	250	26	10,4	224	0,11	
(dont FAM ex FDT)		0			0	
6) Accueil temporaire					0	
TOTAL		857			3.65	

⁸⁹ Ce chiffre a entre-temps varié. Le nombre de places autorisées au 31/05/05 s'élève à 419 dont 50 places attribuées au CAT de l'UDAF mais non encore en fonctionnement.

Tableau n° 30 : TAUX D'EQUIPEMENT ET ECARTS

GADELOUPE – METROPOLE

Adultes handicapés de 20ans à 60 ans

Etablissements	Nombre de places Au 21 / 12 / 2003	Taux d'équipement		Ecart Guadeloupe- Métropole
		Guadeloupe	Métropole	
CAT	356	1, 52	3, 12	- 1, 6
3 Foyers occupationnels	248	1, 05	1, 20	- 0 ,15
4 Foyers d'hébergement	57	0, 24	1, 06	- 0 ,82
5 Accueil spécialisé	97	0, 41	0, 75	- 0 ,34
Total	758	3,22	6,13	- 2,91

**Graphe n° 6 : Taux d'équipement en établissements pour adultes. Comparaison
Guadeloupe- National**

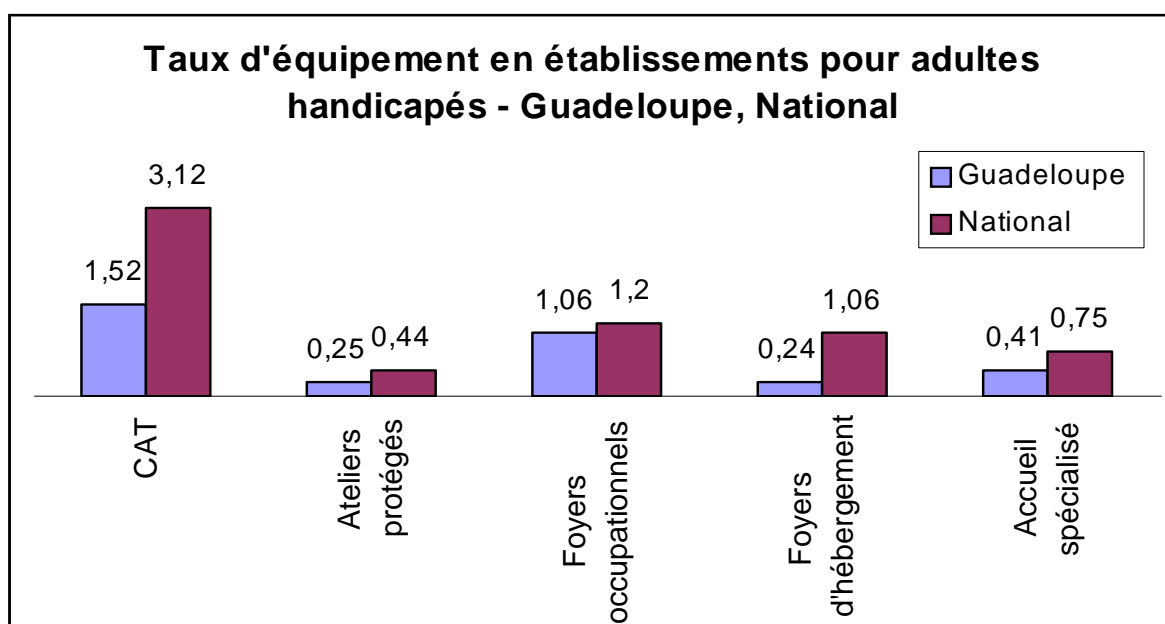


Tableau n° 31 : Comparaison des taux d'équipement de Guadeloupe avec ceux du national et de deux départements métropolitains
Adultes handicapés de 20ans à 60 ans

ETABLISSEMENTS	Nombre de places et Lits Guadeloupe ⁹⁰	Taux d'équipement Guadeloupe 3,48 ‰	Taux d'équipement National 6,57 ‰	Taux d'équipement AIN ⁹¹ ‰	Taux d'équipement. LOT ⁹² 10,19 ‰
1) Etablissements de travail protégé dont :	415	1,77	3,56	3,5	4,17
CAT	356	1,52	3,12		4,12
At. Protégé	59	0,25	0,44		0,05
2) Etablissements d'hébergement et d'accueil dont :	402	1,71	3,01	3,9	6,04
Foyers occupationnels	248	1,06	1,20	-	1,98
Foyers d'hébergement	57	0,24	1,06	-	3,28
Accueil spécialisé	97	0,41	0,75	-	0,78

⁹⁰ Hors l'évaluation et l'orientation

⁹¹ Source : Lettre de la DRASS Rhône-Alpes « Premiers résultats de l'enquête ES 2001.Etablissements pour adultes handicapés ».Situation au 31/12/2001.

⁹² Source : Schéma départemental des adultes handicapés du LOT. NB : La population de 20 ans à 60 ans du LOT est de 76 732 .Chiffres INSEE 2000.

4-6) Le dispositif de compensation, réparation du handicap, et d'intégration et d'aide à la vie sociale.

Sont rangées sous cette rubrique les allocations et les dispositions réglementaires pour faciliter la mobilité et l'intégration citoyenne des personnes handicapées dans tous les domaines et espaces publics comme privés.

Il est trop encore trop courant de n'envisager l'intégration et l'accessibilité qu'au regard de la situation des personnes handicapées à mobilité physique réduite qui apparaît d'emblée la plus visible. Les handicapés physiques ayant souvent les capacités intellectuelles qui leur permettent d'exprimer leurs attentes et d'être entendues.

Les autres personnes en situation de handicaps sont confrontées avantage aux limitations d'accessibilité :

- au logement faute de moyens financiers,
- aux services recevant du public faute d'accompagnement et de possibilité de communication pour les sourds par exemple, les déficients intellectuels, les aveugles aussi.

L'accessibilité de la quasi-totalité des bâtiments publics, des transports, des logements anciens, des lieux de cultes et de loisirs etc... correspond en effet aux besoins les plus urgents et apparents à satisfaire.

Mais il faut aussi contribuer à lever les obstacles à la mobilité, à l'accession au logement autonome, aux services publics, aux loisirs etc... pour les autres catégories de handicapés..

La perspective prochaine de la création, suite à la loi sur l'égalité des chances, d'une « Maison départementale de la personne handicapée » ouvre la voie pour une prise en compte de la problématique globale de la personne qui devrait rompre avec une logique administrative éclatée et du handicap fragmenté pour aller plus à la rencontre et au service de toutes les personnes handicapées.

4-7) Le dispositif institutionnel de prise en charge des adultes grands déficients et/ou dépendants.

Sous cette rubrique sont inclus les Maisons d'Accueil Spécialisé (MAS), les Foyers d'Accueil (FAM ex FDT), les établissements de prise en charge spécialisée, les lieux de répit ou d'accueil temporaire.

Au 31/12/2003 seuls deux MAS sont en service avec 45⁹³ places en fonctionnement sur 97 places autorisées. Soit une couverture – au regard de l'autorisé - des besoins estimée à 22 %.

Les 2 projets de FDT qui étaient autorisés sont entre temps devenus caducs.

Le total de places d'accueil spécialisé restant à réaliser pour répondre aux besoins estimés s'élève à 330 places.

4-71) Pour les personnes adultes atteintes de l'autisme.

Le dispositif institutionnel pour les personnes adultes atteintes de l'autisme comporte 26 places de MAS récemment mises en fonctionnement à Saint-Claude pour un besoin estimé de 250 places environ.

Un recensement des personnes atteintes de l'autisme est à réaliser.

Dès lors, les personnes adultes atteintes de l'autisme pourraient faire l'objet d'une démarche coordonnée entre le sanitaire et le médico-social pour une meilleure adéquation des prises en charge.

4-8) Le handicap et le vieillissement⁹⁴

Il est nécessaire d'établir les projections à court, moyen et long terme pour évaluer l'évolution du vieillissement des personnes handicapées et des besoins en correspondance, en articulation avec le schéma gérontologique départemental (Axes 1-2-3 pages 28). Ces projections concernent autant les personnes handicapées déjà prises en charge dans les établissements⁹⁵ que celles vivant dans leurs familles.

Les responsables d'établissements font ressortir que la situation de nombreuses personnes handicapées devient problématique à la disparition de leurs parents et remet en cause des années de prise en charge.

15,70 % des usagers des institutions sur un total de 656 personnes ont un âge compris entre 41-60 ans.

C'est dans cette période d'âge que le processus de vieillissement s'accélère.

Il existe cependant des disparités très importantes entre les établissements. Ce pourcentage étant à :

- 75 % aux Domiciles regroupés de Soleil Kléré Nou,
- 35,29 % au Foyer Soleil Levant,
- 30 % au foyer le Pélican.

⁹³ Depuis, à la date du 31/12/2004, le nombre de places en fonctionnement est porté à 79/97 : 46 au Moule, 26 à St Claude, 7 à Gourbeyre. Soit une réalisation de 81% de l'autorisé en fin 2004.

⁹⁴ Le vieillissement des personnes Handicapées est une lancinante réalité en métropole compte tenu du vieillissement global plus important de la population

⁹⁵ Cf Tableau en annexes « Etude sur le vieillissement des personnes handicapées en EMS »

Il faut noter que la prise en charge et l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes (surtout celles ayant un vécu en institution) appellent à des modalités spécifiques d'accompagnement, distinctes de celles à mettre en œuvre avec les personnes âgées venant à être atteintes par un handicap.

4-9) Les adultes handicapés à domicile

Le principe du maintien des personnes handicapées à domicile ne se conteste pas.

Mais les situations du maintien à domicile sont diverses et peuvent rapidement devenir problématiques soit à la suite d'un événement (mort d'un ou des parents) ou selon la propriété réelle du domicile, selon la gravité du handicap physique, intellectuel et/ou mental (causes de perte d'autonomie), selon la qualité de l'environnement familial et proche, selon la topographie du logement lui-même et des lieux.

Il y a donc un besoin de veiller à la qualité de ces paramètres et aux ajustements qu'ils réclament par un accompagnement en fonction des besoins et de l'évolution de la personne handicapée qui monte en âge- comme pour la personne âgée vu la similitude des problèmes rencontrés-

Toutefois, les incapacités, déficiences et possibilités financières moindres des PH nécessiteront un accompagnement plus important.

Les structures d'hébergement, les Foyers de jour, les établissements de travail protégé existants sont à même d'apporter les éléments de connaissance des besoins des personnes handicapées.

L'accueil en famille relève de la même logique tout en en différant.

Le besoin est réel de valoriser l'accueil en famille dans les parentés -toutes les fois que cela peut-être judicieux- .

4-91) L'accueil familial, les services à domicile.

L'accueil familial est en progression : En 2003 on dénombre 48 personnes handicapées accueillies dans 36 familles. Toutefois les demandes exprimées non satisfaites sont nombreuses.

Il correspond à un besoin des personnes handicapées ne pouvant plus rester à leur domicile.

L'accueil familial constitue en effet l'unique solution en l'absence de structure d'hébergement permanent en nombre suffisant, en l'absence aussi de structure de répit et correspond à une préférence de choix de vie pour les bénéficiaires.

Ce qu'il faut éviter, en définitive, c'est qu'aux difficultés du handicap, du vieillissement et de la perte d'autonomie ne s'ajoutent celles de l'exclusion.

4-92) Les adultes handicapés sensoriels et les handicaps rares

De fait, le handicap visuel est le handicap sensoriel qui légitime le plus urgemment un traitement particulier ou des dispositions spécifiques annexées aux configurations institutionnelles existantes. Le besoin d'équipement est urgent autant pour les enfants que pour les adultes.

Il y a aussi besoin d'assurer la continuité du processus d'intégration sociale et professionnelle :

- pour les personnes déficientes auditives prises en charge localement dès leur enfance,

- et surtout pour ceux qui reviennent adultes après un parcours de rééducation en Métropole.

4-93) Les aides techniques servies aux personnes handicapées adultes

Les nécessités d'aides techniques peuvent concerner tous les âges.

Ces aides sont très diverses, en fonction de la nature du handicap, de l'utilisation, de leur complexité technique, du niveau de besoin à satisfaire etc... et enfin, en fonction de leur coût.

Le système existant de gestion de l'accès à ces aides se caractérise actuellement par sa parcellisation qui a pour corollaire des dysfonctionnements.

Ces dysfonctionnements entraînent des difficultés supplémentaires à surmonter pour la personne handicapée dans ses démarches pour les obtenir.

Relevé de points 5

L'étude de l'ensemble du dispositif médico-social qui existe à ce jour fait apparaître une insuffisance généralisée de l'offre médico-sociale pour toutes les catégories de handicaps et pour toutes les formes d'équipements et de réponses possibles aux nécessités de prise en charge et d'accompagnement des personnes handicapées.

En terme de besoin il appert :

- * la nécessité d'organiser un plan de rattrapage généralisé aussi bien pour les handicaps courants que les handicaps à ce jour non encore pris en charge.***
- * la nécessité d'une organisation cohérente des dispositifs institutionnels et de services sur le territoire pour la prise en considération des besoins sur toutes les parties du territoire avec une priorité : le cas des sous régions excentrées en difficulté et des « îles périphériques ».***
- * la nécessité d'une coopération entre les organismes, les institutions et services en charge du handicap.***
- * la nécessité d'une gestion prévisionnelle des formations, des compétences et des professionnels pour répondre au déficit généralisé de professionnels qualifiés (notamment éducateurs spécialisés et paramédicaux) dans quasiment tous les secteurs actuels du médico-social, pour répondre aux besoins des créations nouvelles, pour assurer le renouvellement des générations et assurer les encadrements nécessaires***

Aperçu des perspectives d'évolution et de l'offre médico-sociale à promouvoir.

La Guadeloupe (Etat, Région et Département) a besoin :

- * de se donner les moyens d'une véritable organisation convergente de la collecte, du traitement et de l'évaluation des données sociales, le handicap y étant compris ;
- * d'organiser la fiabilité des informations à la source, et la collecte puis le traitement des données :
 - pour une vision et observation plus fines de la population des personnes handicapées, de leur évolution, de l'environnement à lui créer pour le prendre en charge et l'accompagner,
 - pour la meilleure information des décideurs politiques,
 - pour établir les objectifs dans l'adéquation avec les besoins et les conditions de l'environnement ;
- * d'optimiser le dispositif institutionnel et les prestations par la coordination et la mise en réseaux des organismes, des dispositifs et des institutions ;
- * de définir avec netteté des objectifs quantifiés avec les moyens en correspondance (voir schéma de la Réunion) et un échéancier ;
- * de procéder par appel d'offres et cahier des charges.
- * de promouvoir l'initiative, les adaptations, les innovations pour améliorer et ajuster les dispositifs et institutions existants, sur la base des objectifs définis par le schéma.
- * de jumeler en parallèle et en amont toute étude de besoin, toute planification avec les besoins en professionnels, en formations et en qualifications qu'elles impliquent
- * d'informer les jeunes en lycée, en concertation avec l'Education Nationale, sur les besoins et perspectives des métiers du médico-social ;
- * de contractualiser avec les associations, les établissements et services pour un accompagnement administratif dans leurs démarches et recherches de financements, de personnels qualifiés pour assurer les prises en charge et l'encadrement des personnes handicapées, enfants comme adultes.

Sachant qu'il faut aussi tenir compte que la Guadeloupe :

- est autant rurale qu'urbaine,
- doit faire face aux contraintes spécifiques de mono-région isolée et en même temps éclatée et, aux contraintes de distances,
- est confrontée aux contraintes de dispersion de sa population,
- est pénalisée au plan des équipements classiques pour lesquels elle a encore des besoins réels à combler,
- ne dispose pas de service organisé des transports,
- est pénalisée aussi au niveau des services légers adaptés à la proximité urbaine sans moyens à redéployer qui faciliteraient l'initialisation de chaque opération de reconversion,
- doit enfin aussi construire ses ressources en professionnels en adéquation avec le tissu médico-social..

C'est l'existence de possibilités réelles d'emplois qui conduit à l'émergence des professions dans un pays.

ANNEXES

A

l' ETAT des LIEUX et des BESOINS.

	Intitulé	Page
	Liste des sigles utilisés.	129
Tableau An1	Croisements des objectifs et des orientations du schéma de 1996	131
Tableau An 2	Etude sur le vieillissement des personnes en EMS	132
	Services de transport des personnes handicapées	133
	Tableau de bord	134
	Etude de la population de départements de référence	137

Liste des sigles utilisés.

Sigles	Définitions
AAH	Allocation aux adultes Handicapés.
ACFP	Allocation compensatrice pour frais professionnels
ACTP	Allocation compensatrice « tierce personne ».
AES	Allocation d'éducation spéciale
AFPA	Association pour la formation professionnelle des adultes
AGEFIPH	Association de gestion du Fonds pour l'insertion professionnel des handicapés.
AIS	Adaptation et Intégration scolaire
ALS	Allocation de logement spécial
ANPE	Agence nationale pour l'emploi
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
AVSI	Auxiliaires à la Vie Scolaire Individuelle
AVSCO	Auxiliaires à la Vie Scolaire Collective
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce.
CASF	Code de l'Action sociale et des Familles
CAT	Centre d'aide par le travail
CCAA	Centre de cure ambulatoire en alcoologie
CCPE	Commission de circonscription pour l'enseignement préélémentaire et élémentaire
CCSD	Commission de circonscription pour l'enseignement du second degré
CDES	Commission départementale de l'éducation spéciale
CDTD	Centre de distribution de travail à domicile
CESAEP	Centre de soins et d'accueil pour enfants polyhandicapés
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHM	Centre hospitalier de Monteran
CHU-PPA	Centre hospitalier universitaire de Pointe à Pitre -Abymes
CICAT	Centre d'Information et de Conseils en Aides Techniques
CLAD	Classe d'adaptation
CLIS	Classe d'intégration scolaire
CMP	Consultation médico-psychologique
CMPP	Consultation médico-psycho- pédagogique
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNCPH	Conseil national consultatif des de personnes handicapées.
CDCPH	Conseil départemental consultatif des personnes handicapées
CNOSS	Comité national de l'organisation sanitaire et sociale
COTOREP	Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel
CROSS	Comité régional de l'organisation sanitaire et sociale
CRP	Centre de rééducation professionnelle
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSST	Centre spécialisé de soin aux toxicomanes
CTNERHI	Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations
DASD	Direction des actions de solidarité départementale
DSDS	Direction de la santé et du développement social

DDTEFP	Direction départementale du travail de l'emploi et de la formation professionnelle
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES	Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques
EPSR	Equipe de préparation et de suite de reclassement
EREA	Etablissement régional d'enseignement adapté (<i>voir LEA</i>)
ETEL	Equipe Technique Labellisée
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FDT	Foyer à double tarification (<i>voir FAM</i>)
GIC	Grand invalide civil
HTA	Hyper Tension Artérielle
IME	Institut médico-éducatif
IMPRO	Institut médico-professionnel
IR	Institut de rééducation
LEA	Lycée d'enseignement adapté
MAS	Maison d'accueil spécialisé
MDH	Mission départementale aux handicapés
OMS	Organisation mondiale de la santé
OP	Orientation professionnelle
PA	Personne âgée
PH	Personne handicapée
PMI	Protection maternelle et infantile
PRITH	Programme régional d'insertion des travailleurs handicapés
PSD	Prestation spécifique dépendance
RASED	Réseau d'aide spécialisé aux élèves en difficulté
RMA	Revenu minimum d'activité
RMI	Revenu minimum d'insertion
RQTH	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
RUP	Région ultra périphérique
SAAAIS	Service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire
SAFED	Service d'accompagnement familial et d'éducation précoce
SEDAHA	Section pour enfants déficients auditifs avec handicaps associés
SEGPA	Section d'enseignement général et professionnel
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SES	Section d'éducation spéciale
SEES	Section d'enseignement et d'éducation spécialisée
SGVA	Site guadeloupéen pour la vie autonome
SMIC	Salaire minimum interprofessionnel de croissance
SPFP	Section de première formation professionnelle
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSEFIS	Service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire
TH	Travailleur handicapé
UPI	Unité pédagogique d'intégration

Tableau AN : 1 : Croisement des objectifs et des Orientations du Schéma 1996

Objectifs / Orientations	Enfance								Dim. Archipel	IMP-IMPRo	Adulte	Politique : préconisations, accompagnement, évaluation et suivi				
	1	2	3	4	5	6	7	8 Adulte	9	10	11	12	13	14	15	16
I/ Prévention & Intervention précoces	x	x	x	x	x	x	x	(x enf.)		x						
II/ Favoriser le Maintien en famille	x	x	x	x	x	x	x	x (en & ad)		x	x					
III/ Optimiser les Structures Existantes	x	x	x	x	x	x	x	x (en & ad)		x	x	x				
IV/ Traiter au plus près et rechercher complémentarités Régionales	x	x	x	x	x	x	x	(x enf.)	x	x						
V/ Innover vers complémentarités et médiatisation	x	x	x	x	x	x	x	x (en & ad)		x	x	x				
VI/ Mobiliser les handicapés et leurs familles								x (ad.)			x					

Tableau AN 2 :

Schéma de l'Action Sociale et Médico-sociale en Guadeloupe
ETABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICO-SOCIAUX EXISTANT : PERSONNE ADULTE HANDICAPEE
 (compétences Etat & Département)

<i>ETUDE SUR LE VIEILLISSEMENT DES PERSONNES EN EMS</i>											
Dénomination EMS	CAPACITE										
	Age Effectif	20-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51- 55	56- 60	De 41-60 %	De 51-60 %
Cat « Alizé »	110	23	19	30	24	8	6	0	0	12,73%	0,00%
Cat « Champfleury »	146	37	42	28	26	8	2	3	3	10,96%	4,11%
Cat « les Plaines »	36	16	8	5	2	4	0	1	0	13,89%	2,78%
Cat « Horizon »	12	4	4	1	3	0	0	0	0	0,00%	0,00%
At Protégé	19	0	6	9	1	3	0	0	0	15,79%	0,00%
At. Protégé KHAMA	1	3	5	3	4	3	0	1	0	27,00%	5,00%
Foyer « Pélican »	43	4	5	12	9	4	5	4	0	30,23%	9,30%
Foyer « Soleil levant »	34	3	3	7	9	7	2	1	2	35,29%	8,82%
Foyer "AT. Matouba"	69	22	23	18	6	0	0	0	0	0,00%	0,00%
Foyer « Le Flamboyant »	41	9	7	6	7	6	0	0	0	14,63%	0,00%
Foyer « CAJITL »	55	14	7	11	9	6	2	0	0	14,55%	0,00%
Foyers « Champfleury »	33	7	5	13	3	2	1	1	0	12,12%	3,03%
Foyer SKN	12	0	1	1	1	3	1	3	2	75,00%	41,66%
MAS KHAMA	19	1	6	7	-	3	1	1	0	26,32%	5,26%
MAS ADSEA	26	4	2	3	3	4	4	0	0	30,77%	0,00%
Total	656	144	138	151	103	58	24	14	7	15,70%	3,20%

SERVICES DE TRANSPORT DE PERSONNES HANDICAPEES

Nom du transporteur Sigle	Situation juridique	Résidence	Téléphone : Fax :
Transport Guadeloupéen pour Personnes à Mobilité Réduite (TGPMR)	Association loi 1901	Abymes	Tel : 0590-20-67-41 Fax :0590-20-67-64
Antilles Transport Handicapés Spécialisé (ATHS)	Société	Petit-Bourg	
Transport des îles	Société	Marie Galante	
Transport Spécialisé de Personnes à Mobilité Réduite (TSPMR)	Société	Deshaies	
Association Transport Guadeloupéen d'Handicapés (ATGDH)	Société	Pointe-Noire	
Société Guadeloupéenne de Transport de Personnes en Difficulté (SGTPD)	Société	Gosier	
Ambulance ACACIA	Société	Abymes	
Euro Transport Difficulté Mobilité Réduite (ETDM)	Société	Pointe à Pitre	

TABLEAU DE BORD INDIVIDUEL.

**Intitulé de la saisine : Schéma de l'Action Sociale et Médico-sociale en
Guadeloupe en faveur des Personnes Handicapées**

Commanditaire(s) : DSDS et (DASD ?)

Date saisine :

Prévi.volume/ho :

Personne en charge :E. PULVAR

Date rapport inter 1 : 29/01/04

Date rapport inter 2 : 17/02/04

Date rapport inter 3 :

Date rapport final :

Date	Réunions extra.	Réunions intra.	Objets	1=Documents, 2=Données activités recueillies, 3=PV réalisé&retour observations.
19 juin 03	H. Lamasure		Consult. Départ. Réfor. Loi du 30/06/75	1
4 juillet 03	Boisripeaux/Abymes		Rencontre des CMPP & CAMSP	2
15juillet03	Jarry		Mission Départ. handicapée sur schéma	1
23juillet03	DSDS		Mmes SAVON, JEAN-LOUIS et Mr STATTNER sur schéma	3
29 juillet03		OIH	Mme le Dr URBINO sur schéma et autisme	2
31 juillet03	CAMSP/ B-Terre		Dr PLENET sur schéma	2
31 juillet03	CHM St-Claude		Mr BERNOS sur Schéma	-
21 aout03	DDTEFP/ COTOREP		Mr DELANNAY sur Schéma	2
26 août 03		OIH	MR DORVILLE sur Schéma	3
28 août 03	DASD		Mme LOUBET sur Schéma	3
1 Septembre 03	DSDS		Rencontre avec Mmes SAVON, LOUBET et MR STATTNER sur Schéma	3
2 septembre 03		OIH	Rencontre avec Mr AGAPE (CDES) sur Schéma	2
3 septembre 03	Jarry		Mission départ. handicapée sur schéma	-
17 septembre 03	DSDS		Sur Schéma & cahier de charge	3
19 septembre 03	DSDS		Mme SAVON préparation CDCPH sur Schéma	-
24 septembre 03	DSDS		Mr MOIZAN remise document Mr COURSIN sur Schéma	1
25septembre 03	CAVA/Abymes		Rencontre avec le Dr D. DUCOSSON sur Schéma et CAMSP / CHU	2
30 septembre 03	CHM		Dr DUQUESNOY sur Schéma et plan autisme	1
06 octobre 03	PAPELARD/ Abymes		Sur Schéma	-
06 octobre 03	CHM / ST CLAUDE		Dr EYNAUD sur Schéma et perspectives pour le handicap mental	2
06 octobre 03	DSDS		Mme SAVON préparation CDCPH sur Schéma	1
14 octobre 03	DSDS		Mise en place CDCPH et présentation du Schéma	-
16 octobre 03	PMI/ P à Pitre		PMI, Drs CHATAIGNE & EBLE sur Schéma	2
23 octobre 03		OIH	Rencontre avec les CMPP sur bilan Schéma précédent	3
29 octobre 03		OIH	Rencontre avec les IME sur bilan Schéma précédent	3
5 novembre 03		OIH	Rencontre avec les CAMSP sur bilan Schéma précédent	3
6 novembre 03		OIH	Rencontre avec les CAT, FOYER, MASS sur bilan Schéma précédent	3
18 novembre 03		OIH	Séminaire sur handicap et vieillissement et perspectives pour le nouveau Schéma	1-2
25 novembre 03		OIH	Rencontre avec le PRITH (Mr Bourguignon)	(nb: rencontre renvoyée)
10 décembre 03	DSDS Gourbeyre		COPIL préparation du schéma	

2004				
0 janvier 04	ARH Abymes		Préparation du schéma articulation avec le sanitaire	2
12 janvier 4		OIH	Rencontre avec les Présidents des Associations sur bilan et préparation du Schéma	3
13 janvier 04	AGIH Jarry		Rencontre avec COTOREP, AGIH, PRITH Rencontre avec les Présidents des Associations sur bilan et préparation du Schéma	1-2
15 janvier 04	CHM St Claude		Rencontre d'information avec les personnels éducatifs et sociaux sur bilan et préparation du Schéma	1
15 janvier 04	DSDS Gourbeyre		1è re Présentation des travaux du schéma	1
22 janvier 04	CHU		Rencontre avec le Dr H BATAILLE sur préparation schéma : périnatalité et articulation du sanitaire et du sociale	2
29 janvier 04	DSDS Gourbeyre		COPIL 1 ^{er} présentation intermédiaire du bilan du schéma de 1996	1
2 février 04	PMI Abymes		Rencontre avec le Dr FIRAI-FABRE sur étude prématurité à partir des dossiers CDES	2
4 février 04		OIH	Rencontre avec Mme CIREDERF sur Bilan schéma et action en faveur de l'autisme	2
9 février 04		OIH	Rencontre avec Mme SAVON sur schéma	-
10 février 04		OIH	Rencontre avec Mr COROSINE AGEFIPH sur bilan et perspective du schéma de PH	-
11 février 04	DSDS Gourbeyre		CDCPH	-
17 février 04	DSDS Gourbeyre		COPIL 2 ^{er} présentation intermédiaire du bilan du schéma de 1996	1
8 mars 04	AIS Grd Camp		Rencontre avec Mme BAILLEUL responsable de l'ais Ed. nationale et Mr AGAPE de la CDES	-
15 mars 04		OIH	Rencontre avec Mme DAHOMAY AF	2
1 avril 04		OIH	Travail avec Melle CLAIR M. sur la présentation graphique des chiffres du schéma.	3
6 avril 04		OIH	Mme ARTHUR Berthe Présidente de FLAMERG sur la prise en charge des maladies rares et génétiques	-
6 mai 04		OIH	Rencontre sur schéma avec Mr AGAPE de la CDES	-
10 mai 04	DSDS Gourbeyre		Rencontre avec Mme SAVON sur schéma	-
11 mai 04		OIH	Travail avec Melle CLAIR M. sur la présentation graphique des chiffres du schéma.	3
18 mai 04	DSDS Gourbeyre		Rencontre avec Mme SAVON sur schéma	3
25 mai 04		OIH	COPIL présentation regroupée du bilan et de l'état des lieux du schéma de 1996	1-2-3
3 août 04	DSDS Gourbeyre		Rencontre avec Mme SAVON et Mr STATTNER sur schéma	3
12 août 04	DSDS Gourbeyre		Rencontre avec Mme SAVON sur schéma	1
30 août 04	DSDS Gourbeyre		Remise du document du schéma	-
2 septembre 04	DSDS Gourbeyre		Rencontre avec Mme SAVON et Mme JEAN sur document schéma remis (rencontre renvoyée pour cause de barrage à Capesterre)	2
7 septembre 04	CDCPH	OIH	Synthèse de l'état des lieux	2
24 septembre 04		OIH	Rencontre avec E.THEOPHILE sur SGVA	2
28 septembre 04	DSDS		Travail sur état des lieux Schéma	2
5 octobre 04	DSDS		CDCPH	2
5 octobre 04	DSDS		Travail sur état des lieux Schéma	2
15 octobre 04	MDH Jarry		Travail sur état des lieux Schéma	2
21 octobre 04			Travail sur état des lieux Schéma	2
26 octobre 04			Travail sur état des lieux Schéma	2
26 octobre 04	CDCPH		Commission permanente	2
9 Novembre 04	MDH Jarry		Travail sur état des lieux Schéma	2
15 novembre 04	CDES		Travail sur état des lieux Schéma	2
23 novembre 04		OIH	Travail sur état des lieux Schéma	2
10 décembre 04		OIH	Travail sur état des lieux Schéma avec B MOUNIEN	2

2005				
14 janvier 05	MDH Jarry		Remise CD bilan état des lieux Me JEAN	2
01 février 05	DSDS		Travail sur état des lieux Schéma et bilan Me JEAN, Melle FERRAND , Mr STATNER	2
16 mars 05		O I H	Travail sur état des lieux Schéma Me JEAN, Mr STATNER	2
18 mars 05	DSDS		Travail sur état des lieux Schéma Me JEAN, Mr STATNER	2
28 avril 05	MDH Jarry		Travail sur état des lieux Schéma Me JEAN, Mr STATNER	2
10 mai 05	MDH Jarry		Travail sur état des lieux Schéma Me JEAN, Mr STATNER	2
30 mai 05	MDH Jarry		Travail sur état des lieux Schéma Me JEAN : fin	2-3

**Etude de la population au 1^{er} janvier 2000 de Départements de référence :
Comparaison grandes classes d'âges et pourcentages.**

Départements	Total	0 à19 ans	%	20 à 59 ans	%	60 et plus	%	Observations
Ain	520 473	143 999	27	281608	54	94 866	19	
Doubs	500 042	133 579	27	272 190	54	94 273	19	
Drôme	440 874	115 582	26	234 157	53	96135	21	
Manche	482 881	124 156	26	241720	50	117 005	24	
Vaucluse	502 035	131 104	26	262 273	52	108 308	22	
Lot	161 170	33 707	21	78 732	49	48 731	30	
Orne	292 683	74 073	25	147 305	50	71 305	25	
Guadeloupe	434 717	140 848	32	234 747	54	59 131	14	
Martinique	388 355	116 506	30	205 828	53	66 021	17	