# 2016-2021

# Schéma Départemental Autonomie





Schéma Départemental Autonomie - 2016-2021- [	épartement de l'Avevron
---	-------------------------

# Editorial

La loi Nouvelle Organisation territoriale de la République (NOTRe) a renforcé la collectivité départementale dans sa mission en matière sociale vis-à-vis de la population. Le Département est clairement identifié comme le chef de file et le référent dans ce domaine sur notre territoire. L'article 94 de la loi précise « Le Département est compétent pour mettre en œuvre toute aide ou action relative à la prévention ou à la prise en charge des situations de fragilité, de développement social, l'accueil des jeunes enfants et l'autonomie des personnes. Il a également compétence pour faciliter l'accès aux droits et services des publics dont il a la charge »

Quant à la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, elle renforce le rôle du Département dans le champ des personnes âgées notamment en matière de prévention, d'accompagnement des aidants et de la mise en synergie des acteurs à travers son rôle identifié en matière de coordination

Ainsi le rôle du Conseil Départemental en matière d'action sociale et médico-sociale défini au sein du Code de l'Action Sociale et des Familles s'en trouve renforcé et élargi en particulier à la notion de développement social local.

Au-delà de ce fondement législatif, et dans le cadre du programme de mandature 2015-2021 du Conseil Départemental adopté en Assemblée Plénière le 29 février 2016, la collectivité a défini des valeurs et des principes généraux qu'elle a souhaité donner à sa politique des solidarités départementales, ainsi que ses priorités pour la période 2016/2021

- des valeurs : la solidarité, la proximité, l'équité, la neutralité, l'écoute
- des principes : l'action sociale est conduite dans un cadre coordonné et concerté avec les partenaires
- Une démarche globale de développement social local.

Ainsi, au delà des orientations définies, le Schéma départemental « Autonomie » en reprenant les valeurs et les principes arrêtés intègre cette nouvelle dimension au profit des deux publics qu'il concerne.

En effet dans la même dynamique que le précédent, le présent schéma concerne à la fois les personnes âgées et les personnes en situation de handicap à travers de nombreuses actions communes à ces deux populations.

Il réaffirme la priorité de la politique du Département en la matière : le maintien à domicile.

Il entend mettre l'accent à la fois :

- sur le regard porté sur le vieillissement et le handicap
- sur la culture de la prévention en partenariat avec les autres institutions œuvrant en la matière
- sur les réponses envers les seniors encore valides
- sur une part d'innovation (domotique)
- sur la qualité et la diversification de l'offre à domicile ou en établissement.

Il est construit autour d'un fil conducteur : «Proposer des accompagnements et des prises en charge en adéquation avec le parcours de vie des personnes en renforçant la dynamique partenariale».

Ce schéma a été élaboré en cohérence avec les objectifs et les orientations du Programme Stratégique Régional de Santé et des schémas régionaux de l'organisation médico-sociale concernant les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.

Il vise à travers les nombreuses actions identifiées à développer le partenariat et renforcer la coordination entre les acteurs qui depuis quelques années trouve une dynamique appréciée de tous.

En Aveyron, l'importance de la solidarité départementale en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap n'est plus à démontrer. Le Département en fait sa priorité en lui consacrant notamment chaque année 75 % du budget de la solidarité. Le schéma départemental en leur faveur est le document de référence de cette politique.

Le choix fait par le Conseil Départemental de l'Aveyron de réunir en un schéma unique, à l'image du précédent, les champs du handicap et du vieillissement témoigne autour de la notion d'AUTONOMIE d'une volonté d'homogénéisation et de coordination de l'offre médico-sociale en mettant l'accent sur une égalité de traitement des parcours de vie empruntés par les personnes âgées et les personnes en situation de handicap. A travers cette démarche il s'agit de redonner un sens global à l'action publique en matière de soutien à l'autonomie, en rapprochant les politiques certes destinées à des publics différents mais dont les caractéristiques et la mise en œuvre présentent des similitudes.

L'association de nos partenaires à l'élaboration des orientations stratégiques constitue un levier décisif pour engager des coopérations durables. Elle favorise, sur la base d'une analyse partagée des besoins, un partenariat de conviction mieux à même de générer un véritable partenariat d'action entre tous les acteurs, point de départ d'une action publique coordonnée et plus efficiente.

Que tous ceux qui ont contribué à l'élaboration de ce programme d'actions, représentants des usagers, professionnels, représentants institutionnels, partenaires du Conseil Départemental, soient ici remerciés.

**Jean-Claude LUCHE** 

Sénateur de l'Aveyron Président du Conseil Départemental

# Sommaire

Intro	oduction	-
Cha	pitre 1]Diagnostic partagé et état des lieux	
[]	Diagnostic partagé du précédent schéma Vieillesse Handicap 2008-2013	p. 13
II]	Contexte socio-économique démographique	p. 14
	A]Un département dont le vieillissement de la population se poursuit	p. 14
	B] Un vieillissement avec des disparités au niveau des Territoires d'Action Sociale	p. 16
	C]Un département marqué par de faibles revenus	p. 18
	1- Chez les personnes âgées	p. 18
	2- Chez les personnes en situation de handicap	p. 19
	D] Un département relativement bien doté en équipements	p. 19
	1- De nombreux pôles maillent le territoire	p. 19
	a- un niveau d'équipement relativement élevé	
	b- un temps d'accès aux services disparate et parfois élevé	
	c- un levier pour faciliter l'accès à ces équipements : le schéma d'accès aux transports	
	2- Les services de proximité	p. 22
	a- Les SSIAD	
	<ul> <li>b- Une démographie médicale et paramédicale préoccupante mais prise en main</li> <li>les maisons de santé pluriprofessionnelles</li> </ul>	
	l'accompagnement des internes	
III]	Etat des lieux des prestations et de l'offre	p. 24
	A]Personnes âgées	p. 24
	1- Dispositifs à domicile	p. 24
	a- Prestations	
	<ul> <li>l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile</li> <li>l'aide ménagère au titre aide sociale</li> </ul>	
	b- Offre médico-sociale alternative à l'hébergement	
	<ul> <li>les services d'aide à domicile</li> <li>l'accueil familial</li> </ul>	
	l'hébergement temporaire et l'accueil de jour	
	2- Dispositifs en établissement	p. 32
	a- Prestations	
	<ul> <li>allocation personnalisée d'autonomie en établissement</li> <li>aide sociale à l'hébergement</li> </ul>	
	b- Offre médico-sociale en hébergement permanent	
	<ul> <li>définitions</li> <li>EHPAD : quelques indicateurs au niveau régional</li> </ul>	
	évolution des caractéristiques de l'offre en établissement	
	<ul> <li>sur le département : capacité, répartition et aide sociale</li> </ul>	
	<ul> <li>prise en charge de la maladie d'Alzheimer</li> <li>programme d'équipement social</li> </ul>	
	B]Personnes en situation de handicap	p. 42
	1- Données générales sur le public en situation de handicap	
	2- Prestations	
	a- Prestations versées par les Caisses d'allocations familiales	•
	b- Prestations versées par le Conseil départemental	

	<ul> <li>prestation de compensation du handicap</li> <li>et allocation compensatrice pour tierce personne</li> <li>fonds départemental de compensation du handicap</li> </ul>	
	• aide ménagère et aide sociale à l'hébergement	
	3- Accompagnement à domicile des personnes en situation de handicap	p. 48
	a- SAVS et SAMSAH	
	b- Autres services d'aide à domicile	
	4- Accompagnement des personnes handicapées en établissement	p. 50
	5- Offre alternative à l'hébergement : l'accueil familial	p. 54
	6- Insertion professionnelle des personnes handicapées	p. 54
	7- Réponses aux besoins spécifiques	p. 55
	a- Vieillissement des personnes en situation de handicap	
	b- Prise en charge des personnes handicapées psychiques	
	<ul> <li>définition et fiabilisation des besoins</li> </ul>	
	développement des dispositifs d'accompagnement à domicile	
	<ul> <li>et en milieu professionnel protégé</li> <li>amélioration de la continuité de la prise en charge</li> </ul>	
	c- Problématiques spécifiques	
	c- Froblematiques specifiques	
IV]	Structuration de la coordination au plan départemental	p. 59
	A]Personnes âgées	•
	B] Personnes en situation de handicap	
Chap	pitre 2] Orientations et fiches-actions	p. 61
Axe	1] Prévention – Anticipation	<b></b> p. 64
	ématique 1- Valoriser l'image de la personne âgée et de la personne en situation de handicap	-
	ématique 2- Améliorer l'information sur les dispositifs existants	-
	ématique 3- Repérer et prévenir les situations de risques de rupture dans le parcours de vie	
	ématique 4- Favoriser la continuité ou la création de liens sociaux et solidaireset	-
		'
Axe	2] Parcours individualisé de la personne âgée et de la personne handicapée -	n 05
Thá	Adaptation  Ématique 1- Promouvoir une offre de logement adaptée et accessible	
	·	-
	Ématique 2- Accompagner les aidants non professionnels	
	ématique 3 - Diversifier l'offre de service	
	ématique 4- Améliorer la qualité de l'offre	•
Ine	ématique 5- Accompagner les besoins spécifiques des personnes en situation de handicap	p. 102
Axe	3] Coordination et territorialisation - Accompagnement	p. 108
	ématique 1- Se connaître entre acteurs professionnels	
	ématique 2- Mettre en capacité les professionnels d'accompagner la personne âgée et son entourage dans son choix.	
	ématique 3- Développer les complémentarités entre les instances de coordination	-
IIIe	entatique 3- Developper les complementantes entre les instances de coordination	p. 110
Axe	4] Garantir la mise en œuvre du schéma en faveur de l'autonomie des personnes	p. 120
	ématique 1- Assurer la mise en œuvre et l'évaluation du schéma	
	ématique 2- Développer une politique globale et transversale dans le champ de l'autonomie des personnes	•
	ématique 3- Améliorer la connaissance des besoins et des dispositifs existants	-
1110	and the state of the commissioned and second of any disposition existence and any and any and any and any any	p. 120
Λ	over	n 120

# Introduction

Prévus à l'article L. 113-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), les schémas d'organisation médico-sociale sont établis pour une période de cinq ans. Le Code de l'Action Sociale et des Familles dispose que «les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie sont arrêtés par le Président du Conseil départemental, après concertation avec le représentant de l'Etat dans le département et avec l'Agence Régionale de Santé, dans le cadre de la commission de coordination dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux. Les représentants des organisations professionnelles représentant les acteurs du secteur du handicap des usagers sont également consultés, pour avis, sur le contenu de ces schémas. L'objectif de ces schémas est d'assurer l'organisation territoriale de l'offre de services de proximité et de leur accessibilité.»

Le renforcement de la coordination entre les acteurs, du pilotage et de l'évaluation des dispositifs, voulu par la loi 2002-2 passe donc largement par une démarche de planification mettant en cohérence les interventions et ajustant les dispositifs aux besoins. Le texte de la loi précise les objectifs assignés aux schémas:

- apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins du secteur
- dresser le bilan qualitatif et quantitatif de l'offre existante et déterminer les perspectives et les objectifs de développement de cette offre
- préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services sociaux et médico-sociaux
- définir les critères d'évaluation des actions conduites.

La loi a également rendu les schémas opposables : tout projet d'établissement ou de service doit dorénavant être compatible avec ses objectifs et répondre aux besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le schéma départemental.

Le renouvellement du schéma départemental en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap représente une opportunité : celle de s'interroger sur la politique départementale, ses impacts, celle de croiser les regards sur les réponses apportées et les points d'amélioration, celle d'impulser de nouveaux partenariats et d'en approfondir d'autres, celle, enfin, de rendre lisibles et intelligibles les choix de la collectivité et ses priorités.

L'objectif pour le Département et ses partenaires est de rendre accessibles et adaptés les dispositifs solidaires existants aux besoins de ces publics, voire de développer les offres de service à l'échelle du département

L'enjeu étant non seulement de maintenir la proximité et la cohésion sociale mais aussi d'être en mesure de s'adapter aux défis démographique et sociétal des années à venir.

Le contexte législatif et institutionnel a connu d'importantes évolutions depuis l'adoption du précédent schéma

- la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- les divers plans nationaux
- le Plan régional de santé, décliné en schémas régionaux d'organisation sanitaire et médicosociaux
- le Plan départemental pauvreté-précarité
- et dernièrement la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement et celle du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Plusieurs plans départementaux sont en cours ou vient d'être renouvelés, notamment le Plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PDALHPD).

A son initiative, le Département a adopté deux documents directeurs importants

- le Schéma départemental de coordination gérontologique
- le Schéma départemental de prévention et de protection des majeurs vulnérables.

Par ailleurs à travers les Projets de territoire d'action sociale le Conseil Départemental propose un cadre pour l'émergence d'une action sociale de proximité coordonnée entre les différents acteurs.

Enfin de nouveaux dispositifs ont vu le jour

- l'Agence régionale de santé (ARS) (cf. carte des 6 bassins de santé)
- les Groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS)
- la Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA) et les Points Info Seniors (PIS).

Ce contexte nécessite de renouveler des façons de travailler, entre institutions, collectivités publiques et acteurs de terrain.

Certaines orientations du schéma seront déclinées à l'échelle des territoires d'action sociale réalisant l'adéquation des réponses aux besoins, au regard de la diversité du territoire aveyronnais et des rééquilibrages à opérer au sein de l'offre médico-sociale. Là encore, la concertation et l'animation des partenariats sur les territoires infra-départementaux seront la condition d'un dispositif vivant et cohérent.

Ces orientations traduisent les finalités fondamentales poursuivies par le schéma

- la prévention
- la proximité
- l'accessibilité
- la fluidité des parcours de vie
- la coordination, la transversalité et la convergence des politiques publiques.

# Elaboration du schéma : méthode et consultation

Le Conseil départemental a choisi de construire en interne ce schéma unique regroupant la politique en faveur des personnes âgées et des adultes en situation de handicap, dans la continuité du précédent (2008-2013).

Une construction du schéma en mode projet		Janvier 2014
Évaluation du schéma précédent	Janvier – Avril 2014	
Réunion institutionnelle avec les partenaires : Partage du diagnostic Lancement des travaux	22 avril 2014	
Groupes de travail	Septembre 2014 Décembre 2014	
Ecriture	Janvier – Avril 2015	
Réunion de clôture avec les partenaires	15 février 2016	
Consultations règlementaires : CODERPA, CDCPH et ARS	30 Mars et 4 avril 2016	leinage
Validation par l'Assemblée Départementale	Juin 2016	Juin 2016
Mise en œuvre du plan d'actions et communication	2 <sup>ème</sup> semestre 2016	

Le Conseil départemental a souhaité associer à cette démarche un maximum de partenaires dans une phase de «consultations».

### Zoom sur les consultations

Cette phase permettant de recueillir l'expression des acteurs départementaux s'est traduit par :

Un comité de pilotage qui a pour mission de

- suivre la construction du schéma
- valider les actions à mettre en œuvre
- suivre la mise en œuvre de son plan d'actions

Une réunion de lancement le 22 avril 2014 pour

- présenter la démarche d'élaboration du schéma
- construire les groupes de travail

9 groupes de travail : l'expression des acteurs de terrain Les groupes de travail co-animés par des représentants du Conseil départemental (PSD – DPAPH), MDPH et des professionnels auquel s'est associée la CARSAT se sont réunis à 3 reprises

Pour recueillir les attentes des professionnels et des représentants des usagers, ces groupes de travail ont été constitués en prenant en compte :

- un nombre de participants permettant l'expression de chacun
- une représentation d'un maximum de partenaires
- une représentation de l'ensemble des secteurs Personnes Agées Personnes Handicapées.

Le nombre de participants a varié de 13 à 22. Au total, 165 personnes ont participé aux 27 réunions des groupes de travail.

L'animation de ces groupes a été menée par un cadre du Conseil départemental et de la Maison Départementale des Personnes Handicapées. L'animation a nécessité une forte implication de la part des animateurs, car il a été organisé pour chaque groupe de travail 3 réunions.

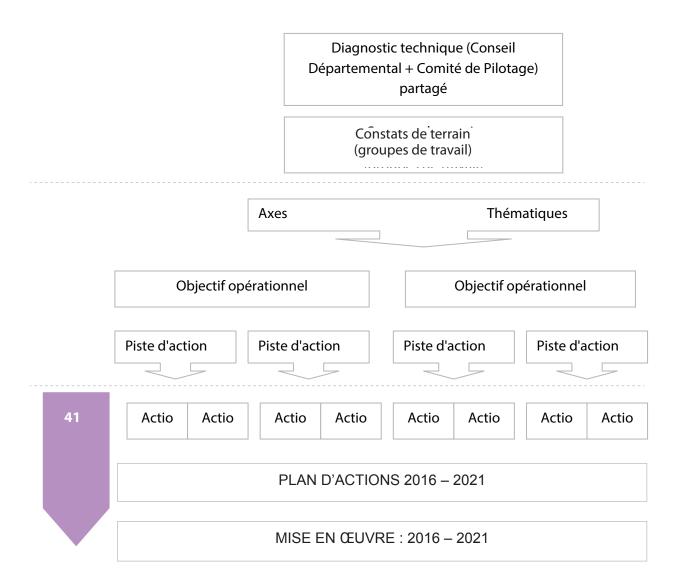
### La méthode de concertation

9 groupes de travail «thématiques»

- ♦ Axe 1 : Prévention Anticipation
  - Groupe 1 : Autonomie : accès aux services et lien social
  - Groupe 2 : Autonomie et changements de vie
- → Axe 2 : Parcours individualisé de la personne âgée et de la personne handicapée Adaptation
  - Groupe 3 PA et PH : Diversité, accessibilité et qualité de l'offre à domicile ou en établissement
  - Groupe 4 PA et PH: Domicile ou établissement
  - Groupe 5 : Les prises en charge spécifiques pour les personnes handicapées
- ♦ Axe 3 : Coordination et territorialisation Accompagnement
  - Groupe 6: Les aidants non professionnels
  - Groupe 7 : Instances de coordination et complémentarités

## La méthode de concertation

De l'expression des acteurs en groupes de travail à la construction du plan d'actions.



# CHAPITRE 1 Diagnostic partagé et état des lieux

# 1. Diagnostic partagé du précédent schéma Vieillesse Handicap 2008-2013

Le précédent schéma dont l'objectif était de «parfaire les dispositifs et adapter les réponses à de nouveaux besoins», regroupait autour de 9 thématiques 25 actions menées au niveau du département.

#### Les six objectifs du précédent schéma

- le respect et la liberté de choix de vie de la personne
- la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer
- l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes
- le soutien aux familles aidant leurs proches
- la diversification des modes de prise en charge des personnes âgées ou personnes en situation de handicap
- l'amélioration de la couverture territoriale et le renforcement de la coordination

Actions et thématiques soumises à	l'évaluation
Thématique 1 Actions 1 à 4	Parfaire le dispositif de maintien à domicile
Thématique 2 Actions 5 et 6	Soutenir les aidants naturels
Thématique 3 Actions 7 à 9	Développer la prise en charge des malades d'Alzheimer et de pathologies apparentées
Thématique 4 Actions 10 à 13	Poursuivre les efforts de qualité de prise en charge en établissement médico-social
Thématique 5 Actions 14 à 16	Développer une offre diversifiée d'accueil
Thématique 6 Actions 17-18	Répondre à la problématique du handicap psychique
Thématique 7 Actions 19-20	Mieux articuler accompagnement social du handicap et insertion professionnelle
Thématique 8 Actions 21-22	Favoriser la politique de formation
Thématique 9 Actions 23 à 25	Promouvoir l'information et la coordination

L'évaluation qui en a été faite a montré que 70 % des actions ont été réalisées totalement ou partiellement.

Illustration par quelques actions significatives

- Adoption du schéma de coordination gérontologique et en particulier la création de Points Info Seniors
- Augmentation et diversification de places aussi bien pour les personnes âgées que pour les personnes en situation de handicap
- Conventionnement avec la CNSA au titre du soutien et de la modernisation de l'aide à domicile
- Manifestations annuelles sur des thématiques d'actualité
- Poursuite du conventionnement tripartite avec les EHPAD
- Amélioration des sites internet du Conseil départemental et de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

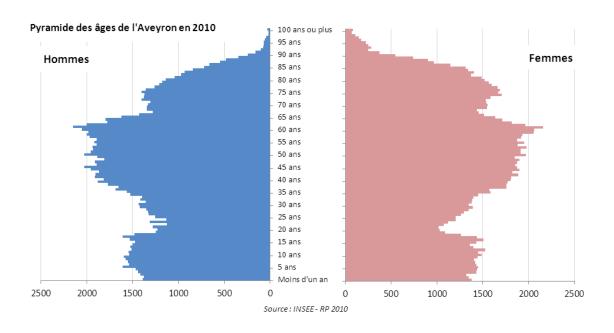
Le présent schéma est bâti autour de 4 axes thématiques. Il intègre certaines des actions non achevées ou partiellement réalisées au cours de la période précédente afin d'améliorer voire d'optimiser les objectifs précédemment fixés notamment :

- la création d'un service d'accompagnement à domicile pour personnes en situation de handicap psychique
- l'accueil d'urgence pour les personnes âgées
- les modalités de prise en charge des personnes handicapées vieillissantes.

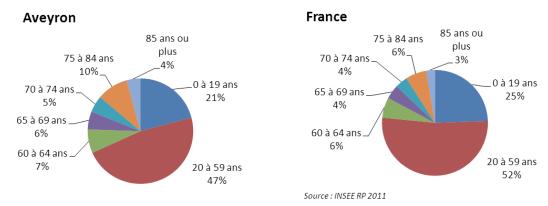
# 2. Contexte socio-économique-démographique

# A] Un département dont le vieillissement de la population se poursuit

Le département de l'Aveyron occupe le 5<sup>ième</sup> rang des départements métropolitains par sa superficie. Au 1<sup>er</sup> janvier 2013, la population de l'Aveyron était estimée par l'INSEE à 275 487 habitants. L'Aveyron reste très marqué par le vieillissement.



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



Aujourd'hui, la part des personnes âgées de plus 65 ans avoisine les 24 % de la population départementale.

Tableau 1: Projection de la population en Aveyron à l'horizon 2042

POPULATION Aveyron	2008	2014	2020	2026	2032	2038	2042
0-64 ans	209 952	213 603	212 580	212 059	211 315	211 709	213 301
de 65 à 74 ans	29 244	31 529	39 604	41 159	42 813	43 219	41 264
de 75 à 84 ans	26 485	25 848	23 879	29 826	35 474	36 642	38 407
85 ans et plus	9 932	13 066	15 143	15 211	16 514	21 923	24 441
65-85 ans et plus	65 662	70 443	78 626	86 196	94 801	101 783	104 111
Population Totale	275 613	284 046	291 206	298 255	306 116	313 492	317 412

Source: Insee - Modèle Omphale

Tableau 2 : Projection démographique de l'Aveyron
Part des différentes strates de population et leur évolution à l'horizon 2030-2042

Aveyron (en %)	2008	2014	2020	2026	2032	2038	2042
0 à 64 ans	76,2	75,1	73	71,1	69	67,5	67,2
65 ans et plus	23,8	24,9	27	28,9	31	32,5	32,8
65 à 74 ans	10,6	11,1	13,6	13,8	14	13,8	13
75 à 84 ans	9,6	9,1	8,2	10	11,6	11,7	12,1
85 ans et plus	3,6	4,6	5,2	5,1	5,4	7	7,7
Ensemble	275 889	284 046	291 206	298 255	305 810	313 179	317 412
Indice de vieillissement 65 ans et +/moins de 20 ans	1,13	1,18	1,3	1,41	1,55	1,63	1,66

Source INSEE Modèle Omphale

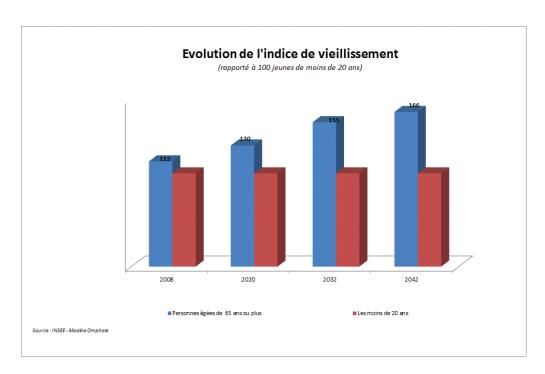
Les projections démographiques montrent une évolution assez contrastée de la structure de la population

- > la proportion des moins de 20 ans cessera d'augmenter et cette tendance se confirmera jusqu'en 2042
- > une progression continue de la part des personnes âgées de + 65 ans avec une accélération à l'horizon

2030-2042 : de 24,9 % elle passera à 32,8 % soit en 30 ans 8 points de plus

- > quant aux plus de 75 ans, ils diminueront dans un premier temps et repartiront à la hausse pour atteindre 19.8 % en 2042
- > enfin, les plus de 85 ans augmenteront pour franchir le taux de 7,7 % de la population aveyronnaise en 2042 (soit 3,1 points de plus)
- La lecture de l'indice de vieillissement (+65ans/-20ans) montre que le processus du vieillissement se poursuivra inéluctablement :





A titre de comparaison, cet indice est aujourd'hui sur la nouvelle région Midi-Pyrénées - Languedoc Roussillon de 87,3.

(Source: Insee-RP, exploitation Fnors-Score Santé)

# B] Un vieillissement avec des disparités au niveau des territoires d'action sociale

Evolution de la part de la population des 65 ans et plus de 2008 à 2042 par territoire d'action sociale (TAS)

#### Projections de population (en %)

			-	
TAS	2008	2020	2032	2042
Espalion	26,3	30,2	35,4	37,7
Villefranche- Decazeville	26,6	28,9	32,2	33,8
Millau- Saint- Affrique	23,5	26,1	30,3	32,4
Rodez (PRLS)	20,1	24,0	27,6	29,1

Evolution de l'indice de vieillissement par TAS

TAS	2008	2020	2032	2042
Espalion	1,3	1,6	2,0	2,2
Villefranche- Decazeville	1,3	1,4	1,6	1,7
Millau- Saint- Affrique	1,1	1,2	1,5	1,6
Rodez (PRLS)	0,9	1,1	1,3	1,4

Source: Conseil départemental

Au fil des années la part de la population des + 65 ans par rapport à celle des moins de 20 ans reste plus faible sur le territoire d'action sociale Pays Ruthénois, Levézou, Ségala que dans la plupart des autres territoires. C'est sur le territoire d'action sociale d'Espalion qui présente actuellement l'indice de vieillissement le plus élevé que la hausse sera la plus forte (+ 0, 9 point) sur la période 2008-2042.

Evolution de la population potentiellement dépen-dante : 2 000 personnes âgées dépendantes en plus en 2030

#### **Définitions**

Population âgée: personnes ayant 60 ans ou plus.

**Dépendance**: la dépendance des personnes âgées est définie par des incapacités à effectuer des actes de la vie quotidienne (s'habiller, se déplacer, faire sa cuisine, ...). Dans le cadre de l'étude, il s'agit d'une dépendance qu'il faut qualifier de « potentielle » ou « déclarée » car elle a été mesurée par le biais de l'enquête Handicap – Santé, elle n'a pas été mesurée et avalisée par le corps médical ; la grille Aggir a été retranscrite à partir de cette enquête (encadré Méthode). La dépendance correspond ici aux groupes iso-ressources (GIR) compris entre 1 et 4.

Taux de dépendance : part de la population âgée potentiellement dépendante dans l'ensemble de la population âgée.

Département et Territoires d'action Sociale (TAS)		Aveyron	Pays Ruthénois- Lévézou-Ségala	Millau- St- Affrique	Villefranche- de-Rgue – Decazeville	Espalion
Danielatian ânta	2010	85 600	23 500	18 600	28 300	15 200
Population âgée	2030	113 400	31 900	25 300	35 300	20 800
Population âgée	2010	8 300	2 100	1 800	2 800	1 600
Dépendante	2030	10 400	2 900	2 200	3 200	2 100
Taux	2010	9,7%	9,1%	9,5%	9,8%	10,7%
de dépendance	2030	9,1%	9,0%	8,7%	9,1%	10,0%
S	Solde population 2010-2030	+ // /()()	+ 8 300	+ 6 800	+ 7 000	+ 5 600
Solde population âgée dépendante 2010-2030		+ 2 100	+ 800	+ 400	+ 400	+ 500
Évolution population âgée 2010-2030		+ 32%	+ 35%	+ 36%	+ 25%	+ 37%
	population âgée dante 2010-2030		+ 34%	+ 25%	+ 16%	+ 29%

Source: Insee - Omphale 2010, Insee-Dress -

Enquêtes Handicap-Santé 2008 – 2009, Insee Recensement de la population

Entre 2010 et 2030, la population âgée augmente de 32 %, alors que la population dépendante croit de 25 %.

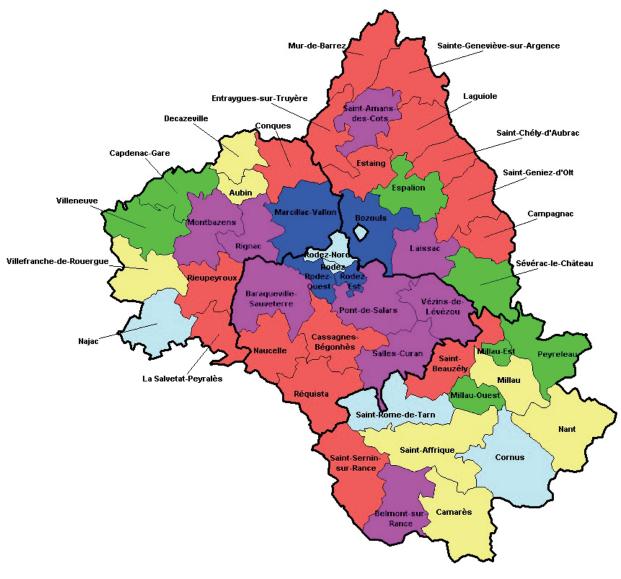
Au niveau de chacun des territoires d'action sociale une hausse significative du nombre de personnes âgées potentiellement dépendantes pour les quinze années à venir, est projetée. Toutefois, le taux de dépendance connaîtra une baisse significative. Cette baisse évolue différemment selon les territoires : Pays Ruthénois (-0,1 point) / TAS de Millau - Saint Affrique (-0,8) Espalion et Villefranche Decazeville (-0,7) entre 2010 et 2030.

En termes de dépendance de la population âgée, l'Aveyron et dans une moindre mesure, le Gers et l'Ariège, seraient les départements de la Région Midi-Pyrénées les moins impactés à l'horizon 2030.

Concernant la population en situation de handicap âgée de moins de 60 ans il n'existe pas de données statistiques permettant d'établir des projections. Toutefois compte tenu de l'allongement de leur espérance de vie on peut envisager une évolution comparable de cette population.

# C] Un département marqué par de faibles revenus

# 1- Chez les personnes âgées



Revenus relativement homogènes, aisés, faible exposition à la précarité

Revenus relativement homogènes, modestes et relative faible exposition à la précarité, forte proportion d'ouvriers

Revenus modestes et précarité limitée, forte proportion d'agriculteurs

Revenus faibles, population âgée, plus forte composante de retraités et d'agriculteurs, des signes de précarité monétaire

Coexistence de forte précarité financière, de précarité liée à l'emploi et de revenus aisés

Revenus modestes et vulnérabilité sociale forte, forte proportion d'ouvriers

Source: Diagnostic Aveyron 2012 – INSEE

La typologie traduit un clivage entre la classe 1, regroupant les cantons les moins exposés à la précarité, et les classes 5 et 6 comptant les cantons les plus vulnérables socialement. Elle va au-delà du découpage en Territoires d'Action Sociale Chaque TAS apparaît en effet composé de cantons d'au moins 4 classes.

## 2- Chez les personnes en situation de handicap

Allocataires et population couverte par l'AAH en Midi-Pyrénées

	Allocataires			Population couverte			
	au 31/12/ 2011	au 31/12/ 2012	Évolution 2011-2012	au 31/12/ 2011	au 31/12/ 2012	Évolution 2011-2012	Part parmi les moins de 65 ans en 2012
Aveyron	5 129	5 373	4,8%	7 622	7 970	4,6%	3,8%
Midi-Pyrénées	49 690	51 923	4,5%	73 934	76 948	4,1%	3,3%
France métropolitaine	925 306	964 900	4,3%	1 382 053	1 433 200	3,7%	2,7%

Sources: Caf, MSA, Insee

L'Allocation adulte handicapé (AAH) constitue, en nombre d'allocataires, le deuxième minimum social distribué dans la région comme au niveau national.

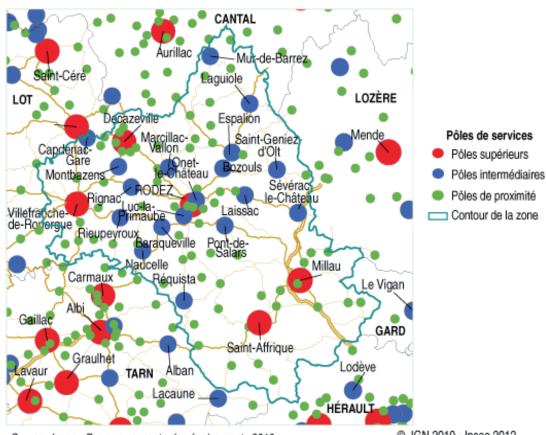
En Aveyron, l'AAH est versée à davantage d'allocataires que le RSA socle non majoré.

# D] Un département relativement bien doté en équipements

# 1- De nombreux pôles maillent le territoire

Le niveau d'équipement est relativement élevé mais l'Aveyron est un département dont le temps d'accès aux services est disparate et pour certains, élevé.

#### Communes pôles de services du département de l'Aveyron



Source : Insee - Base permanente des équipements 2010

© IGN 2010 - Insee 2012

Sources : Insee - Recensements de la population, exploitation principale

#### a- Un niveau d'équipement relativement élevé

Recouvrant 873 512 hectares de superficie, désavantagé par sa géographie et son relief assez composites, le département devra faire face à un risque d'accroissement de l'isolement d'une partie de sa population du fait de la faiblesse de la densité démographique (31,6 habitant/km²). Aussi, les grandes orientations stratégiques de la solidarité départementale doivent en priorité, tenir compte des enjeux en matière de prévention et de repérage territorial de la perte d'autonomie des personnes en rupture sociale.

Le département offre tous les équipements des gammes de proximité (ex : pharmacie, bureau de poste, médecin omnipraticien, épicerie...), intermédiaire (supermarché, magasins divers, établissements et services pour personnes âgées...) et supérieure (hypermarché, lycées, établissements et services pour personnes en situation de handicap...) (voir en annexe la liste des équipements de ces 3 gammes. Référentiel INSEE).

Ainsi avec une moyenne de 378 équipements pour 10 000 habitants, la population aveyronnaise bénéficie d'un taux d'équipement par habitant élevé par rapport à la région et à des départements à tous points de vue comparables. Ce niveau élevé d'équipement se vérifie pour la gamme de proximité et la gamme intermédiaire.

#### b- Un temps d'accès aux services disparate et parfois élevé

Favoriser la qualité de vie des populations, l'attractivité des territoires et faire reculer de façon durable la précarité nécessitent d'améliorer le temps d'accès aux équipements commerciaux et services.

Pour toutes les gammes d'équipements, les temps moyens d'accès sont comparables dans l'Aveyron aux départements similaires.

En revanche, la part de la population très éloignée des équipements est plus élevée en Aveyron et ceci pour toutes les trois gammes d'équipements.

Si seuls 2,8 % de la population résident à plus de 15 minutes des équipements de proximité, c'est 17,6 % qui résident à plus de 15 minutes de la gamme intermédiaire (9,3 % en Midi-Pyrénées) et 20,5 % à plus de 30 minutes de ceux de la gamme supérieure (10,5 % en région).

C'est la pointe Nord avec l'Aubrac, la zone centrale du Lévezou et la frange sud avec les Grands Causses qui sont les zones les plus éloignées des équipements. En effet elles cumulent les difficultés que représentent le relief, la faible densité de population, le réseau routier et l'organisation des transports.

#### c- Un levier pour faciliter l'accès à ces équipements : le schéma d'accès aux transports

# ✓ Le schéma d'accès aux transports

Le réseau de transports interurbains « Mobi 12 » comporte 18 lignes et fonctionnent toute l'année, du lundi au vendredi.

#### Ces 18 lignes se répartissent en :

- ➤ 4 lignes principales avec trois allers/retours par jour (cinq jours par semaine sur toute l'année):
  - Espalion / Rodez
  - Decazeville / Rodez
  - Villefranche de Rouergue / Rignac / Rodez
  - Millau / Saint-Affrique
- ➤ 14 lignes secondaires avec un aller / retour par jour (cinq jours par semaine toute l'année) et des lignes complémentaires avec un aller / retour deux jours par semaine en période de vacances.



La tarification mise en place est la suivante :

- le tarif unique à 3 € le trajet
- le carnet de 10 tickets à 20 €, soit 2 € le trajet
- le tarif solidarité (demandeurs d'emploi et béné-ficiaires du RSA) à 0,50 € le trajet
- l'abonnement mensuel à 60 € à nombre de trajets mensuels illimités (possibilité de prise en charge par les entreprises à 50 %).

Les titres de transport peuvent être achetés chez les 13 entreprises qui exécutent les lignes (contact sur les dépliants horaires) ainsi qu'à l'intérieur des autocars.

Les dépliants horaires sont disponibles dans les mairies, chez les transporteurs et aux gares routières de Rodez et de Millau.

Ce réseau MOBI 12 est complété par le réseau scolaire ouvert au public et le réseau TAD (transport à la demande), délégué aux Communautés de Communes (80 % du territoire couvert).

Le site internet «Mobi12.fr» est dédié à ce transport (renseignements, horaires, tarifs).

Dans un souci de complémen-tarité, les lignes régulières desservent les aires de covoiturage qui sont aménagées par le Conseil départemental.

#### ✓ Le transport à la demande

Le transport à la demande (TAD) est un service qui relève de la compétence du Conseil départemental de l'Aveyron. Celui-ci délègue le service, par le biais d'une convention spécifique aux Communautés de Communes qui, à leur tour, contractualisent avec des exploitants locaux. Un service à la fois fluide et en faveur de l'ensemble de la population.

80 % du territoire est couvert par des services de TAD.



Les dépliants sont à retirer dans les Communautés de Communes et peuvent également être consultés sur le site Mobi12.fr.

#### √ La ligne particulière expérimentale d'accessibilité aux personnes en situation de handicap.

Le schéma directeur d'Accessibilité (SDA) des transports a été voté en juin 2009 par l'Assemblée Départementale.

Depuis janvier 2011, la ligne Villefranche de Rouergue / Rignac / Rodez est accessible. Les véhicules sont équipés de plateforme élévatrice et 8 arrêts d'autocars ont été aménagés.

Les nouveaux textes imposent de mettre en place un Agenda d'Accessibilité Programmé (Ad'ap) en 2015.

Pour les nouveaux arrêts d'autocar, les aménagements tiennent compte des prescriptions liées à l'accessibilité aux personnes à mobilité réduite.

## 2- Une offre de soins et en équipements de santé

Les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) sont territorialement bien présents avec toutefois des zones blanches encore à couvrir. Une désertification médicale prégnante et qui va s'accentuer mais face à laquelle des mesures commencent à être mises en place.

Par ailleurs cette offre est complétée par les établissements de santé qui assurent une couverture du Département.

La proximité d'un service de soins et des médecins est une donnée incontournable pour non seulement maintenir la santé de la population, mais aussi garantir la continuité du parcours de santé. Leur rôle de relais dans l'orientation des patients et leurs familles vers les dispositifs sociaux et médico-sociaux est à développer.

#### a-Les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD

Le taux d'équipement régional au 1er janvier 2012 est de 23,4 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus (19,6 places au niveau national).

Le SROMS «personnes âgées» au titre de la poursuite de la diversification de l'offre identifie un premier objectif de conforter l'offre en SSIAD, notamment de favoriser leur accès aux personnes âgées de 75 ans et plus.

A ce titre sont identifiés comme prioritaires, compte tenu de leur équipement :

- > le bassin de santé de Saint Affrique ayant une offre faible (inférieur au taux d'équipement moyen national)
- les bassins de santé de Decazeville, Millau et Villefranche de Rouergue comme bassins de santé ayant un taux d'équipement moyen (compris entre le taux d'équipement moyen national et régional)
- trois zones blanches: deux dans le bassin de santé d'Espalion et une dans le bassin de santé de Villefranchede-Rouergue.

Les créations de places par extensions non importantes sont prioritairement ciblées sur :

- les zones blanches
- les communes classées dans les zones d'offre faible
- et celles en zones « sous dotées » (Decazeville).

Le second objectif du SROMS est d'améliorer la capacité des SSIAD à prendre en charge les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer notamment par la création d'équipe spécialisée (ESA). Aujourd'hui, 2 ESA existent en Aveyron, relevant respectivement de l'ADMR et de l'USDMA.

Les SSIAD proposent seulement 16 places pour personnes en situation de handicap.

#### b- Une démographie médicale et para-médicale préoccupante mais prise en main

La présence des professionnels libéraux sur le territoire aveyronnais représente un atout de qualité et de sécurité des prises en charge à domicile. La démographie médicale et paramédicale est un enjeu fort pour le département qui voit le nombre de ses professionnels médicaux et paramédicaux baisser.

Aussi le Conseil Départemental a mis en place un Programme départemental de soutien à la couverture médicale qui se décline en deux dispositifs d'accompagnement en faveur

- de la création des maisons de santé
- > et des internes.

#### √ Les maisons de santé pluriprofessionnelles

Le Conseil départemental de l'Aveyron accompagne depuis septembre 2008, les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) dont la maîtrise d'ouvrage est assurée par une intercommunalité.

Une MSP est une personne morale qui unit des professionnels de soins par une charte, un projet et des objectifs opérationnels concernant la santé des patients. Ces praticiens assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours et le cas échéant, de second recours et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé.

La réalisation de ces objectifs nécessite une nouvelle organisation des pratiques professionnelles et met en jeu des aspects immobiliers, financiers et juridiques.

Pour favoriser le développement de ce type de projet, un comité départemental de suivi animé Maisons de santé
en Aveyron

Bassin de sante

Bassin de sante

Projet Maison de sante
Hóptal, clinique
Hóptal local, sulte soins
THERMES

Copyright IGN CD12 - PADT - Date : Mars 2016

par l'Etat réunit l'ARS, la Préfecture, la Direction Départementale Territoriale (DDT), le Conseil départemental, la CPAM et la MSA, le Conseil de l'ordre des médecins et les représentants des autres professions médicales. Cette structure informelle existe depuis 2010 et a ainsi permis de présenter au niveau régional ou national une position commune de l'Aveyron pour mobiliser au mieux les financements sur les priorités aveyronnaises.

C'est ainsi que depuis cette date, 12 projets ont été accompagnés financièrement et 8 sont déjà en fonctionnement.

#### √ L'accompagnement des internes

En 2011, le Conseil Départemental, à l'issue de nombreux échanges avec la profession médicale, a identifié plusieurs facteurs intervenant dans le processus d'installation :

- **le facteur financier** : une aide financière visant à inciter les internes à venir faire leurs stages dans le département est accordée. Le Conseil départemental peut verser jusqu'à 1 660 € au titre de l'aide à l'hébergement. Ce programme a permis à ce jour d'aider financièrement plus de 150 internes.
- le facteur relations humaines est facilité par la création d'un lien entre la collectivité et les internes (adresse mail, numéro de téléphone, profil Facebook et page sur son site internet aveyron.fr) de manière à garder un contact permanent avec les internes. Ils ont accès notamment à l'offre de logements, informations socio-culturelles: animations locales, complétés par un partenariat avec les associations culturelles et sportives.

Par ailleurs le Conseil Départemental se rend chaque année en octobre et en avril, grâce à un partenariat avec le département universitaire de médecine générale, à la journée d'accueil des nouveaux internes entrant à la faculté de médecine de Toulouse Ranqueil.

Enfin un livret d'offres de postes de médecin à pourvoir en Aveyron leur est édité.

#### Bilan en chiffres de la mise en œuvre du programme

- → 37 internes ont émis le souhait de s'installer en Aveyron : dont 5 ont signé avec l'ARS un contrat CESP (aide à l'installation dans les zones fragiles) : 1 à Saint-Affrique, 2 à Espalion, 1 à Entraygues, 1 à Laguiole.

  Les zones fragiles ARS : Mur de Barrez, Laguiole, Entraygues, Espalion, Saint Geniez d'Olt, Marcillac, Séverac le Château et Saint Affrique.
- → Depuis 2010, le chiffre des installations est encore fragile mais reparti à la hausse 2 pour 2011, 5 pour 2012 et 2013, 6 pour 2014 mais 8 sont déjà planifiées pour 2015.

# 3. Etats des lieux des prestations et de l'offre

L'ancrage fort du Département dans l'attribution et le versement des aides sociales, notamment celles, en constante augmentation, en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées, l'a amené à rechercher des modalités de modernisation de la gestion de ces prestations.

Ce projet a reposé sur la recherche d'une double optimisation :

- la rationalisation des dépenses inhérentes à la mise en œuvre des prestations servies
- la structuration de la coordination des pratiques professionnelles notamment avec les services d'aide à domicile intervenant auprès des personnes.

L'axe de travail de cette modernisation de la gestion des prestations d'aide sociale a été centré sur l'aide humaine, principal élément constitutif des mesures d'aides accordées.

Pour cela, le Département a eu recours à deux dispositifs garantissant le suivi de la mise en œuvre des plans d'aide attribués.

Ainsi, désormais, l'utilisation du Chèque Emploi Service Universel dématérialisé (e-CESU) est proposée aux bénéficiaires employeurs d'un salarié. Le e-CESU est aujourd'hui effectif auprès des bénéficiaires APA et PCH ayant recours à l'emploi direct. Le dispositif assure un contrôle continu de la dépense affecté à cette activité et couplé avec une liaison directe avec les services de l'URSSAF, assure la protection des intervenants en luttant contre l'emploi illégal.

S'agissant de l'aide humaine en service prestataire, l'installation d'un dispositif départemental de télégestion auprès des 10 principaux services d'aide à domicile du département, garantit la traçabilité de près de 90 % de l'activité prestataire APA, laquelle représente les 4/5 de la totalité de l'aide humaine financée à ce titre par le Département. Outre le suivi de réalisation des interventions et leur paiement direct aux services d'aide à domicile, la télégestion créée un système d'information partagée avec les services départementaux favorisant l'échange des informations, l'adaptabilité des plans d'aide et plus globalement une meilleure coordination des services. Les pratiques professionnelles de fait sont réinterrogées pour intégrer une dimension qualitative plus forte.

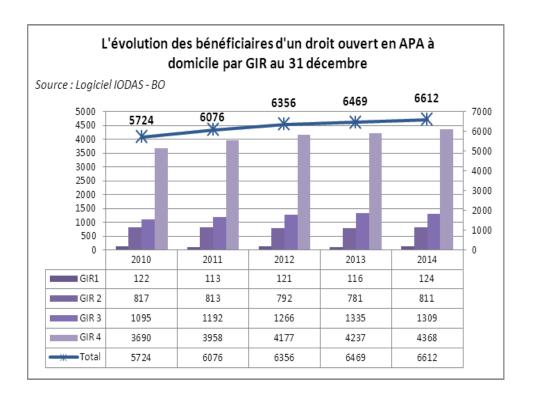
## A] Personnes âgées

# 1- Dispositifs à domicile

#### a- Prestations

- ✓ Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile (APA)
- En Aveyron, <u>le nombre des bénéficiaires APA</u> a augmenté de près de 20 % depuis 2008, soit une croissance moyenne annuelle de 253 bénéficiaires (droits ouverts). Au 31 décembre 2014, 6 612 bénéficiaires de l'APA à domicile étaient recensés contre 5 205 en 2008.

Cette augmentation a évolué différemment sur la période 2008/2014. Ainsi, les premières années une nette progression est observée pour atteindre en 2011 une évolution quasiment à + 6 %. Ensuite, la progression ralentit et approche en 2013 et 2014 + 2 %. Elle tend en 2015 à se stabiliser.



#### - <u>La proportion des bénéficiaires APA domicile et APA établissement</u>

#### En 2013 (Source DRESS)

	Nombre	Taux (1)	Dont à domicile	% APA domicile
Ariège	4 441 / 19 201	23,12 %	2 749	61,9%
Aveyron	11 500 / 38 402	29,95 %	6 469	56, 3 %
Haute Garonne	25 652 /102 286	25,08 %	17 893	69,8%
Gers	6 856 /25 644	26,73 %	4 608	67, 2%
Lot	6 137 /24 724	24,82 %	3 986	64, 9 %
Hautes Pyrénées	8 062 /30 172	26,72 %	5 629	69,8 %
Tarn	10 551 /48 385	21,81%	6 493	61,5 %
Tarn et Garonne	6 689 /26 731	25,02%	4 501	67,3%
Midi Pyrénées	79 888 / 315 545	25,32 %	52 328	65 5%

(1) taux pour 1 000 habitants de plus de 75 ans

En 2008, au plan régional, l'Aveyron est le département qui présente la plus faible proportion de bénéficiaires de l'APA à domicile par rapport à l'ensemble des bénéficiaires (57 %). Ce taux est également inférieur à la moyenne nationale établie à 60,7 %.

En 2013, la situation est la même, avec 56,3 % de bénéficiaires à domicile, contre 44,7 % en établissement, c'est le département qui a la plus faible proportion de bénéficiaires résidant à leur domicile.

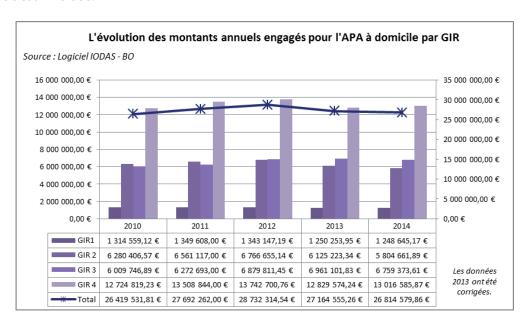
La présence d'un fort taux d'équipement en places d'hébergement permanent sur le département en est la principale raison.

Il est à noter que ce taux est à la baisse depuis 2008 pour tous les départements de Midi-Pyrénées sauf pour les Hautes-Pyrénées.

En 2013 l'Aveyron avec un taux de 29,95 % est le département de Midi-Pyrénées qui présente le plus fort taux de bénéficiaires de l'APA pour 1 000 habitants de + de 75 ans.

#### ■ Budget

Le Département a consacré en 2014 27 285 788 € à Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile, soit une augmentation de 13 ,7% depuis 2008. La dépense a été en hausse régulière jusqu'en 2012. A partir de 2013 la tendance s'est inversée.



#### ■ <u>Répartition des bénéficiaires par GIR</u>

La forte progression des bénéficiaires en 2011 correspond à l'entrée de la population du baby-boom dans la tranche des 60–74 ans. Sur cette même année, il est d'ailleurs observé une forte augmentation de la proportion des bénéficiaires dont la dépendance est classée en GIR 4.

En effet, 86 % des bénéficiaires de l'APA à domicile sont dans une dépendance faible ou modérée (GIR 4 et GIR 3).

Les personnes âgées en perte totale d'autonomie représentent une faible part (1,7 %), par rapport à l'ensemble des bénéficiaires.

L'augmentation du nombre des bénéficiaires APA sur la période 2008/2015 (+ 652 bénéficiaires se concentrent d'ailleurs sur la catégorie des allocataires les plus faiblement dépendants : + 345 bénéficiaires GIR 4 et + 313 bénéficiaires GIR 3 entre 2008 et 2015

L'Aveyron recensait d'ailleurs le plus fort taux de GIR 4 parmi les départements de Midi-Pyrénées. Cette proportion des personnes âgées moyennement dépendantes est restée stable sur la période 2008 (66,5 %) – 2014 (66,06 %). Au niveau régional et national, la tendance est similaire.

- Répartition des bénéficiaires selon l'âge
- → Part des bénéficiaires de l'APA domicile selon l'âge
  - les 60 ans et plus
  - et les 75 ans et plus.

Précisions méthodologiques : la part des bénéficiaires de l'APA est calculée en faisant le rapport entre le nombre de personnes âgées dépendantes (bénéficiaires APA) et l'effectif de chaque catégorie de population : + 60 ans et + et 75 ans et +.

#### Démographie de la population Aveyronnaise

	Total population	60-74 ans	75-89 ans	90 ans et plus	60 ans et plus	75 ans et plus	
Aveyron	275 813	49 436	34 629	3 554	87 619	38 183	

Source INSEE RP 2011

En 2014	Part des bénéficiaires de + de 60 ans / population de 60 ans et plus	Part des bénéficiaires de + de 75 ans /Population de 75 ans et plus
Part des bénéficiaires de l'APA domicile (en%)	7,5%	14,7%

#### ■ Contenu des plans d'aide

La progression de la dépendance se traduit par la volumétrie et dans la composition des plans d'aide établis en tenant compte des facteurs environnementaux du bénéficiaire de la prestation.

Les plans d'aide financés au titre de l'APA sont très majoritairement constitués d'un dispositif d'aide humaine, qu'il s'agisse d'un service en emploi direct, en mandataire ou en prestataire. L'aide humaine représente d'ailleurs 93 % de la dépense en APA domicile.

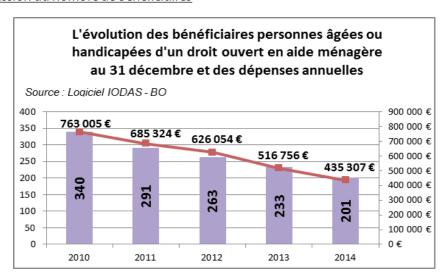
Aide Humaine	Nombre de bénéficiaires	Part en %
Emploi direct Mandataire	995	15,37 %
Prestataire	5 476	84,63 %

#### Projections

A partir de ces constats, une nouvelle évolution peut donc être attendue pour la période 2021–2022, tant en terme de nombre de bénéficiaires APA que de dépenses. En effet, deux phénomènes pourront être relevés. Tout d'abord, une augmentation du nombre des nouveaux bénéficiaires APA compte tenu que la population née du baby-boom entrera dans la tranche 75–89 ans, laquelle recense la majorité des bénéficiaires APA. Ensuite, cette entrée massive dans la tranche des 75-89 sera probablement assortie d'une augmentation de la dépense non seulement du fait de nouveaux bénéficiaires APA mais aussi du fait d'une augmentation du coûts des plans d'aide des bénéficiaires entrés en 2011, dont la dépendance se sera accrue.

#### √ Aide ménagère au titre de l'aide sociale

#### ■ Progression du nombre de bénéficiaires



L'évolution des bénéficiaires de l'Aide ménagère attribuée au titre de l'aide sociale départementale se caractérise par une baisse quasi constante depuis 2008.

En 6 ans (2008-2014) la part des bénéficiaires de l'Aide ménagère s'est réduite de moitié. Mis à part la légère remontée observée en 2010, le taux moyen annuel de diminution du nombre de bénéficiaires (personnes âgées et personnes handicapées confondues) se situe autour des 15 %.

Sur la période 2008-2014 la proportion des bénéficiaires de l'Aide Ménagère personnes âgées représente en moyenne les ¾ des bénéficiaires de la prestation.

La baisse a été également répartie entre les deux catégories de bénéficiaires personnes âgées et personnes handicapées, sauf en 2012 où elle est plus marquée pour les bénéficiaires personnes âgées.

Sur l'ensemble des prestations à domicile servies (Aide ménagère et Allocation Personnalisée d'Autonomie) la part des bénéficiaires de l'Aide ménagère représentait en 2008 7,3 % alors qu'en 2014 elle n'est plus qu'à 2,9 %.

#### ■ <u>Budget</u>

Le budget affecté à l'Aide-Ménagère a logiquement suivi la même évolution que celle relative à la volumétrie des bénéficiaires, la dépense moyenne annuelle par bénéficiaire restant toutefois stable.

#### Analyse

Cette évolution est à mettre en corrélation avec plusieurs mesures appliquées ces dernières années :

- la mise en place de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie qui a permis de répondre aux besoins d'aide à domicile des personnes les plus dépendantes
- l'augmentation de la part de la population âgée dont les ressources sont supérieures aux minima sociaux et les rendent inéligibles à la prestation.

#### b- L'offre médico-sociale alternative.

✓ Les services d'aide à domicile (SAAD)

Jusqu'à la promulgation de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'Adaptation de la Société au Vieillissement (ASV), les SAAD relevaient de deux types d'habilitation

-<u>autorisation Conseil Départemental</u>: elle confère au service d'aide à domicile **le statut d'établissement médico-social**. Elle est délivrée pour 15 ans par le Président du Conseil départemental uniquement aux services prestataires. L'autorisation vaut agrément par équivalence et habilitation à l'aide sociale. L'autorisation permet d'intervenir auprès des personnes âgées et des personnes en situation de handicap dans le cadre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) et de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH). La tarification est arrêtée par le Conseil départemental.

- <u>agrément DIRECCTE</u>: la direction des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) délivre l'agrément, **obligatoire dès lors que la structure ne bénéficie pas de l'autorisation de fonctionnement pour intervenir auprès d'un public dit «vulnérable». Il est délivré pour cinq ans par le Préfet du département via la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.** 

L'agrément est délivré aux structures demandant à exercer des activités d'accompagnement et d'aide aux personnes «vulnérables» telles que les personnes âgées de 60 ans et plus, les personnes handicapées, les enfants de moins de 3 ans, dans les actes essentiels de leur vie quotidienne tels que garde malade, aide à la préparation et à la prise des repas, aide à la toilette, à l'habillage, à la prise de médicaments, aux déplacements à l'extérieur etc. Les tarifs proposés par les services agréés sont librement consentis entre le prestataire et l'usager et accepté par la signature d'un contrat.

Ces tarifs ne font pas l'objet de contrôle de la part du Conseil départemental mais ils doivent se conformer à l'arrêté ministériel qui fixe chaque année le pourcentage d'augmentation à ne pas dépasser.

#### Il existe aujourd'hui:

- > 13 SAAD autorisés par le Conseil départemental
- > 10 services agréés par la DIRECCTE.

Les services à la personne (non autorisés par le Conseil Départemental), quant à eux, offrent une large palette de prestations dont le financement peut être couvert par l'APA (portage des repas et téléalarme).

**Depuis la promulgation de la loi ASV**, les SAAD intervenant auprès des bénéficiaires de l'APA et de la PCH relèvent désormais d'un régime d'autorisation unique (sans tarification), sous la compétence du Département.

#### √ L'accueil familial

L'accueil familial constitue la possibilité pour une personne âgée ou handicapée d'être hébergée à titre onéreux par une famille d'accueil.

Les accueillants familiaux doivent être agréés par le Président du Conseil Départemental.

L'accueillant familial assure l'hébergement et prend en charge : la nourriture, les soins, le ménage, les courses, les activités de la personne accueillie.

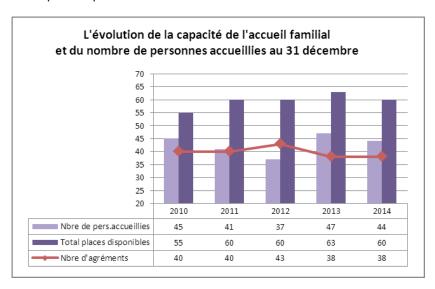
Les familles d'accueil se situent principalement en milieu rural, et accueillent des personnes âgées dépendantes ou pas. Les modalités d'accueil sont diverses pour répondre à tout type de besoins : temps complet, week-end et vacances, accueil de jour...

Au 31 décembre 2015, le département compte 43 accueillants familiaux totalisant 73 places. Parmi ces places :

- 40 sont mixtes (PA ou PH) et 15 sont exclusivement pour les personnes handicapées
- ➤ 43 places d'accueil individuel
- ➤ 24 places **d'accueil familial regroupé** (dont 4 d'accueil temporaire à Rodez) répartie sur 4 dispositifs comprenant 6 places chacun à :
  - Saint-Hyppolyte
  - Sénergues
  - Rodez
  - Saint Rémy de Montpeyroux.

Le gestionnaire d'un accueil familial regroupé doit bénéficier d'un accord du Président du Conseil départemental sur son projet pour pouvoir recruter des accueillants familiaux.

On compte également sur le département 40 places en accueil familial thérapeutique. Celui-ci est organisé par l'hôpital psychiatrique Sainte Marie. C'est une alternative à l'hospitalisation. Les 27 familles d'accueil sont recrutées et rémunérées par l'hôpital.



La capacité d'accueil des personnes en situation de dépendance en accueil familial, depuis 2008, est toujours restée excédentaire dans le département.

#### √ L'hébergement temporaire et l'accueil de jour

L'hébergement temporaire (HT) est un mode de prise en charge limité dans le temps (90 jours). Il s'adresse aux personnes âgées dont le maintien à domicile est momentanément compromis : isolement, absence des aidants, etc. Il peut être également utilisé comme premier essai de la vie en collectivité avant une entrée en établissement.

Certains sont consacrés pour tout ou partie à l'hébergement de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. Autrement dit, il fait, dans la plupart des cas, l'objet d'une autorisation conjointe avec l'ARS (public dépendant), sinon d'une autorisation exclusive de la part du Département (public autonome).

**L'accueil de jour (AJ)**, quant à lui, est destiné à proposer, en journée, des activités aux personnes âgées qui vivent à domicile. Si la quasi-totalité des AJ sont adossés à des EHPAD, il existe également un accueil de jour autonome spécifiquement dédié à la prise en charge des malades d'Alzheimer à Saint Cyprien sur Dourdou. Même principe du point de l'autorisation que pour les places d'HT.

→ Récapitulatif de l'évolution des créations de places pour l'accueil de jour et l'hébergement temporaire de 2008 à 2015 en établissement (EHPAD/EHPA - LF, PUV, MARPA) ou pas (aucun mouvement sur 2014/2015)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total capacité en établissements en 2014	Nombre d'établissements
Accueil de jour (40 places au total en 2008)	4	19	0	31	12 (AJ autonome)	0	103 (+66)	15
Hébergement temporaire (66 places au total en 2008)	0	16	0	11	0	6	99 (+33)	18

Source: Conseil Départemental au 31 décembre 2015

→ Répartition du nombre de places en AJ/HT sur les territoires d'action sociale

Nombres de places par TAS	Millau —Saint-Affrique	Pays Ruthénois, Lévézou et Ségala	Villefranche – Decazeville	Espalion	Total Aveyron
Accueil de jour	Accueil de jour 17		39	16	103
Hébergement temporaire	16	28	51	4	99

Source: Conseil Départemental au 31 décembre 2015

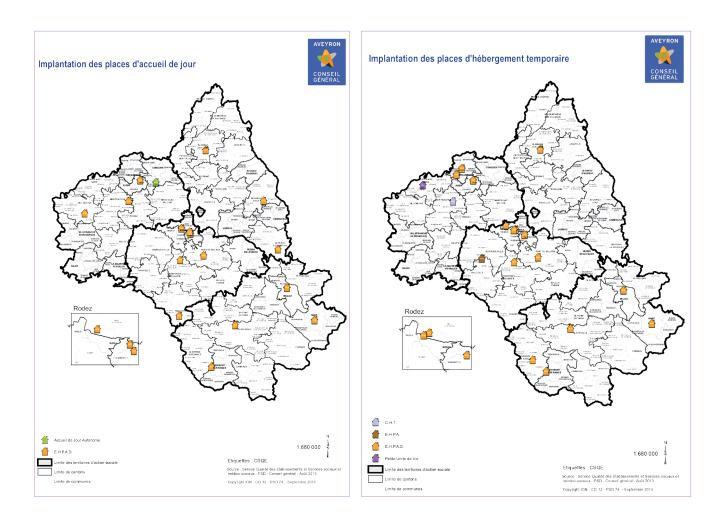
→ Nombre total et capacités des prises en charge alternatives

Nature de la prise en charge	Nombre de places
Accueil de jour autonome	12
Accueil familial regroupé	24
Accueil de jour	103
Hébergement temporaire	99
Centre d'hébergement temporaire	28
TOTAL	266

Source: CD 31 décembre 2015

#### **Perspectives**

Le Schéma Régional de l'Organisation Médico-Sociale pour Personnes Agées pose, en 2012, comme objectif d'impulser, avec les Conseils départementaux, la création de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire dans les bassins de santé les moins bien dotés, pour le département de l'Aveyron par redéploiement au moins partiel de l'hébergement permanent vers l'hébergement temporaire.



Les bassins de santé de Saint Affrique et de Millau font partie des bassins de santé avec un équipement nul ou quasi inexistant en matière d'offre alternative (moins d'une place pour 1 00 habitants) : Saint Affrique pour les places d'accueil de jour et Millau pour celles en hébergement temporaire.

C'est ce que confirment les résultats du diagnostic de l'offre sur les bassins de santé de Millau et de Saint Affrique qui a été réalisée conjointement avec la DTARS en 2014 (le rapport est consultable sur le site du Conseil départemental).

Les diagnostics pour chacun des 4 autres bassins de santé sont en cours d'élaboration selon la même méthodologie. La conclusion de cette démarche permettra d'avoir une photographie complète et comparative de l'offre pour personnes âgées dépendantes sur le département avec, le cas échéant, les hypothèses de redéploiement qui en découleront.

#### A noter la situation au niveau régional

Le taux d'équipement régional au 1<sup>er</sup> janvier 2012 est de 2,37 places d'accueil de jour pour 1 000 habitants de 75 ans et plus et pour l'hébergement temporaire de 1,84 place pour 1 000 habitants de 75 ans et plus.

A titre de comparaison, le taux d'équipement départemental au 1er janvier 2013, est de :

- 2,85 pour l'Accueil de jour
- 2,4 pour l'Hébergement temporaire.

Ce taux d'équipement est marqué par une forte disparité territoriale.

#### ✓ Le soutien aux aidants

Tous ces dispositifs participent aux solutions de répit en faveur des aidants en cohérence avec les nouvelles dispositions préconisées par la loi ASV.

### 2- Dispositifs en établissement

#### a- Prestations

#### l'APA en établissement

#### Progression nombre bénéficiaires

Au 31/12	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
APA en établissement	3 446	3 982	ND	5 190	ND	5 284	5 390	5 351
Total APA	8 651	9 429	ND	11 266	ND	11 753	12 002	11 727
Part APA établissement / APA globale	39,83 %	42,23 %	ND	46,07 %	ND	44,95 %	44,91 %	45,63 %

Source: Conseil départemental

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010, le Conseil départemental a adopté le financement de la dépendance dans les établissements aveyronnais par le versement d'une dotation mensualisée.

Les données de recensement présentées jusqu'en 2014 sont issues de la campagne de tarification des établissements en dotation globale auxquelles est ajoutée la volumétrie des bénéficiaires de l'APA en établissement accueillis hors du département.

A partir de 2014, les données sont issues du logiciel de tarification SOLATIS.

A l'instar de la progression globale des bénéficiaires de l'APA sur la période 2008-2015, la proportion de ceux recevant la prestation au titre d'un accueil en établissement a augmenté de 3,1 % depuis 2011.

Cette évolution repose sur une triple augmentation :

- du nombre de places en établissement pour personnes âgées dépendantes (voir ci-dessous : offre en établissement)
- du nombre de droits ouverts en APA établissement du fait d'une entrée systématique dans le dispositif APA, la constitution du dossier n'étant plus requise avec la gestion en dotation globale (notamment en 2011 lors de la mise en place de la dotation globale)
- 360 bénéficiaires APA accueillis dans des établissements hors département au 31 décembre 2015 (325 en 2014)
  - Budget

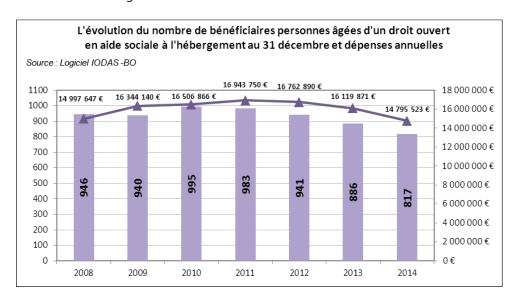
#### → Evolution des dépenses liées à l'APA

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015 (prévisionnel)	Évolution 2008/2015	
APA en étab.	13 617 209	15 072 186	16 110 593	18 107 016	18 435 789	18 702 911	19 442 998	19 523 219	5 906 010	
Evolution dépenses	1 1454 977   1038 407   1996 473   378 773   767 177   740 087							80 221	+ 43,3 %	
	Évolution moyenne annuelle : 970 964 €									

Les dépenses relatives à l'APA en établissement ont toujours été croissantes sur la période 2008/2015 avec au total une hausse de 43,3 %. La progression annuelle est plus marquée au cours des premières années de la période (2008/2011) avec une augmentation entre 1 million à quasi 2 millions chaque année. La forte augmentation de la dépense relevée entre 2010 et 2011 s'explique essentiellement par le passage en dotation globale avec l'application du ticket modérateur unique sur la base du minimum prévu par les textes (valeur du GIR 5/6). A compter de 2011, l'évolution se réalise ensuite plus lentement les deux années suivantes (environ 300 000 € d'augmentation de la dépense). En 2014, la croissance de la dépense reprend un essor avec + 740 000 € réalisé. Cette seconde évolution est la conséquence du nombre de renouvellement des conventions tripartites attributives de moyens supplémentaires aux établissements (créations de postes, investissements, formations.....). La hausse contenue en 2015 s'explique par le faible nombre de renouvellements de conventions tripartites et la légère baisse du nombre de bénéficiaires.

Sur l'ensemble du budget APA celui affecté à la prestation en établissement représente 42,8 % du compte administratif 2015 prévisionnel. Cette proportion est en augmentation constante depuis 2012.

#### √ L'Aide sociale à l'hébergement



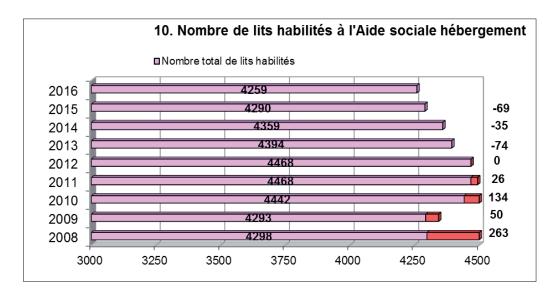
#### Progression des bénéficiaires

Après une hausse de 2008 à 2010, le nombre de personnes âgées bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement connait une baisse constante et significative (- 18 %) de 2010 à 2014.

Le taux d'occupation des places habilitées à l'aide sociale est ainsi établi en 2014 à 19,15 %. En 2008, il était de 22,01 %.

Pour mémoire, l'année 2009 a été l'occasion pour le Département de fixer des nouvelles règles concernant ces habilitations en plafonnant le tarifs hébergement pris en charge, en limitant le nombre de lits habilités à 25 % de la capacité de l'établissement, et en mettant en place les conventions d'aide sociale permettant de maîtriser sur cinq ans l'évolution du tarif hébergement pris en charge (délibération de la Commission Permanente du 27 juillet 2009).

Le nombre de places habilitées à l'aide sociale dans les établissements pour personnes âgées a progressé jusqu'en 2012 comme suit :



Depuis 2013, 3 établissements ont fait l'objet de déshabilitation pour un total de 119 places en moins. A ce jour, **70 établissements** sur 84 structures (EHPAD, Unités de Soins de longue Durée, Logements Foyers et Petites Unités de Vie) sont habilités à accueillir les bénéficiaires de l'aide sociale, soit totalement (49) soit partiellement (21).

Ce qui représente un potentiel de **4 259 places** (dont 3 732 lits en habilitation totale et 485 en habilitation partielle) sur un total de 5 791 places : soit un taux de places habilitées de **74** %.

Au 31 décembre 2014 ce sont **796 résidents aveyronnais** (sachant que certaines places d'aide sociale, dont le nombre n'est pas connu à ce jour, peuvent être occupées par des résidents relevant d'un département extérieur) qui bénéficient de l'aide sociale soit **19 % des places habilitées**. Ce chiffre a peu varié depuis plusieurs années et ne cesse de diminuer. Entre 2008 (946 bénéficiaires) et 2013 (886), c'est l'année 2010 qui a connu le plus de bénéficiaires (995).

On constate donc aujourd'hui un nombre de lits habilités largement supérieur au nombre de résidents effectivement pris en charge par le Département.

#### ■ Budget

La dépense consacrée à cette prestation suit une évolution en corrélation avec celle de ses bénéficiaires, nettement à la baisse depuis 2011. Alors que le nombre de bénéficiaires diminuait de 16,88 % passant de 983 à 817 (- 166) le montant des dépenses diminuait de 12,52 % (- 2 210 445 €).

#### b- L'offre médico-sociale

#### **Définitions**

■ Pour les personnes âgées dépendantes

<u>EHPAD</u>: relevant d'une compétence conjointe ARS/Conseil départemental, il s'agit d'une structure médicalisée assurant une prise en charge globale de la personne âgée dépendante.

Les prestations proposées doivent répondre aux besoins individuels de la personne, et comprennent les lieux de vie dont l'hébergement, l'aide à la vie quotidienne, des soins médicaux et de confort, un service de restauration, une blanchisserie et des animations.

<u>USLD</u>: l'Unité de Soins de Longue Durée est un établissement sanitaire qui relève de la compétence de l'ARS. Toutefois, il s'agit, aujourd'hui encore, d'une structure qui doit signer une convention tripartite (Conseil départemental/ARS/USLD) et dont la tarification est assurée également par le Conseil départemental. Ces unités accueillent des personnes âgées très dépendantes et dont l'état de santé nécessite une surveillance médicale permanente, des soins continus.

#### ■ Pour les personnes âgées non dépendantes

<u>EHPA</u>: relevant d'une compétence exclusive du Conseil départemental, il assure l'accueil et hébergement, principalement de personnes âgées valides et autonomes (GIR 5-6), mais aussi de personnes âgées peu ou pas dépendantes.

Structures non médicalisées par opposition aux EHPAD, ils regroupent, théoriquement, les Logements-Foyers, les Petites Unités de Vie (PUV), les Maisons d'Accueil Rural pour Personnes Agées (MARPA) et tout autre établissement qui n'est pas un EHPAD.

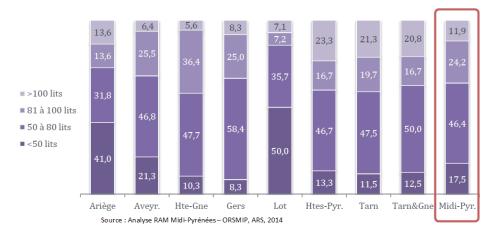
#### A noter que:

- la dénomination EHPA en Aveyron désigne une structure adossée à un EHPAD
- les PUV et les MARPA ont une capacité inférieure ou égale à 25 places.

Les personnes hébergées dans un EHPA peuvent bénéficier de l'APA selon les règles de l'APA à domicile (GIR 1 à 4).

# EHPAD: quelques indicateurs au niveau régional

Capacité en nombre de lits par EHPAD et par département (en %)



Il apparaît dans la majorité des établissements une capacité d'accueil comprise entre 50 et 80 lits, ce qui correspond à la situation aveyronnaise.

	Ariège	Aveyr.	Hte-Gne	Gers	Lot	Htes-Pyr.	Tarn	Tarn et Gne	Ré- gion
Nb EHPAD répondants	22	47	107	24	28	30	61	25	344
Nb total de lits installées*	1502	3342	8027	1785	1541	2500	5072	2198	25967
Nb résidents présents au 1/01/2012*	1465	3273	7536	1704	1490	2440	4852	1990	24750
Nb résidents présents au 31/12/2012*	1461	3271	7698	1732	1519	2439	4887	2143	25150
Taux d'occupation moyen (en %) *	97.4	97.9	94.9	96.2	97.6	97.6	96.0	94.0	96.1
Répartition des Ehpad en fonction de leur taux d'occupation (%)*									
< 90 %	0	2.2	12.7	8.3	0	3.5	8.3	20.8	8.1
[90 %; 97 %[	50.0	28.2	36.3	41.7	18.5	31.0	26.7	16.7	31.4
[97 %; 100%[	22.7	34.8	28.4	33.3	48.2	37.9	26.7	41.7	32.4
100 %	27.3	34.8	22.6	16.7	33.3	27.6	38.3	20.8	28.1

<sup>\* 10</sup> Ehpad exclus (nb de lits installés ou nb de résidents présents au 1er janvier ou 31 décembre non renseigné) Source : Analyse RAM Midi-Pyrénées – ORSMIP, ARS, 2014

Les données ci-dessus font notamment apparaître un taux d'occupation moyen en Aveyron le plus élevé de la région. En effet, plus de 2/3 des EHPAD aveyronnais ayant répondu à l'enquête (71 %) observent un taux d'occupation supérieur à 97 %.

#### → Evolution capacitaire sur la période du précédent Schéma :

Types d'établissement	Nombre d'établissements autorisés				Capacités c	orrespond	orrespondantes			
	2000	2012	2013			2013				
	2008	2013		2008	TOTAL	HP	HT	AJ		
EHPAD (dont unités Alzheimer)	64 EHPAD (dont 8 avec des unités Alzheimer) + 1 maison de retraite	66 (dont 15 avec des unités Alzheimer)		4 688 (146)	5 214 (286)	5 068 (189)	55 (15)	91 (82)		
EHPA (adossés EHPAD)	0	3		0	51	49	2			
USLD	8	8		793	330	330				
LF – PUV-MARPA	11	10 <b>(5 LF-4</b> PUV-1		319*	299*	299*				
		MARPA)		86**	91**	77**	14**			
TOTAL	84	87		5 886	5 986	5 823	<b>71</b> (+ 28 CHT)	91+12 AJ auto- nome		

Source: CD12, 31/12/2014 \* LF \*\* PUV

#### A noter par rapport au tableau ci-dessus que:

- la capacité ciblée comprend les transformations de places existantes (ex : places de logement-foyer transformées en places d'EHPAD) ainsi que les places créées (ex : extension capacitaire)
- l'évolution capacitaire par catégorie d'établissement : + 241 places d'EHPAD / + 51 places d'EHPA / 20 places de LF / + 5 places de PUV / soit : 277 places autorisées et 463 places d'USLD redéployées
- la quasi-totalité des places autorisées est aujourd'hui installée (à venir : 12 places d'EHPA)
- la variation du nombre d'EHPAD (+ 2) entre 2008 et 2013 est due à la transformation d'un Logement-Foyer en EHPAD à Laissac et à la création d'un EHPAD à Onet le Château
- la diminution du nombre de logements-foyers s'explique par la transformation citée ci-dessus
- 3 EHPA ont été autorisés dont 2 sont, aujourd'hui, installés.

#### Sur 2014, seuls trois EHPAD ont vu leur capacité impactée, comme suit :

- création de 2 places supplémentaires (régularisation EHPAD Julie Chauchard » de Rodez)
- diminution de 35 lits (20 pour l'EHPAD « Saint-Jacques » à Rodez et 15 pour celui de Mur de Barrez). Le nombre total de lits en hébergement permanent au 31 décembre 2015 est donc de 5 790.

#### Aucun mouvement n'a eu lieu en 2015.

→ Récapitulatif de l'évolution des places autorisées en établissement de 2008 à 2013

Années	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Création de places	0	86	42 (5 PUV)	12	1 (LF)	15	- 33	0	123

#### → Répartition des types d'établissement par TAS

Type Etablissements	EHPAD	ЕНРА	USLD	Autres : LF, PUV, MARPA	Nombre d'établissements
Espalion	14	-	3	1 (PUV)	18
PRLS	17	2	1	4 (2 LF, 1 PUV 1MARPA)	24
VD	22	1 (non installé)	2	2 (1 LF, 1 PUV)	27
MSAF	13	-	2	3 (2 LF, 1 PUV)	18
Total	66	3	8	10	87

Source: CD12, 31 décembre 2015

→ Places habilités à l'aide sociale par catégorie d'établissements actualisé

EHPAD	3 835
EHPA	24
USLD	300
LF	70
PUV	302
Total places habilitées à l'aide sociale	4 259

Source: CD12, novembre 2015 - Source: CD12, 31/12/2015

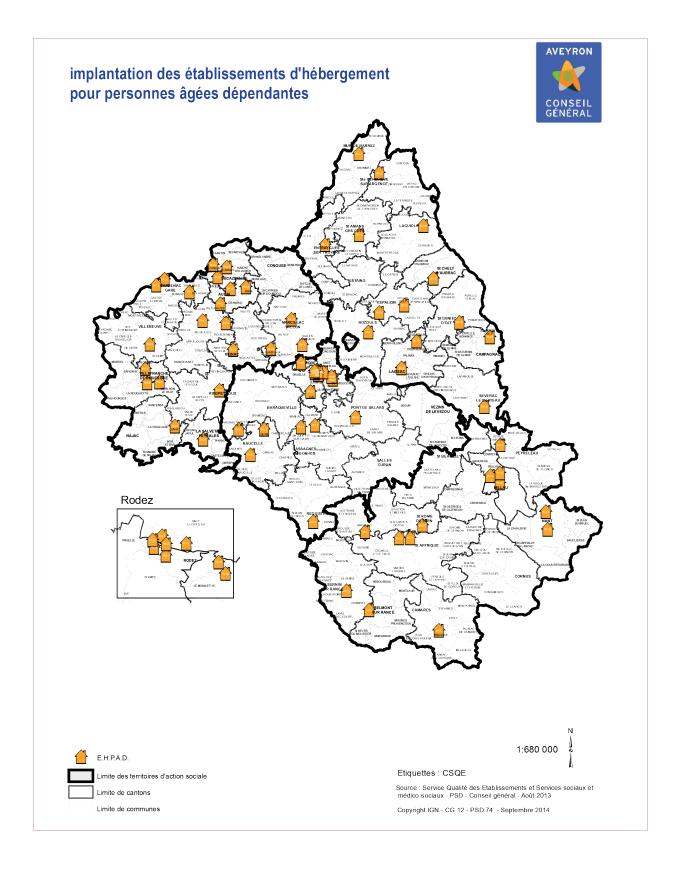
→ Statut juridique des EHPAD dans le département et répartition de l'habilitation à l'aide sociale (HAS) correspondante

Type d'établissement	Nombre Etablissements	ESMS HAS totalement	ESMS HAS partiellement	ESMS non habilités	Capacité places (HP)	Places habilitées à l'aide sociale
Structures privées à but non						
lucratif	25	1.0	12	_	2 205	1 260
* EHPAD	35	16	13	6	2 285	1 269
* LF  * PUV	3 5	0	1	2	188 90	20 30
* EHPA	2	1	0	2	37	12
Structures public autonomes : * EHPAD	6	5	1	0	495	483
* EHPA	1	1	0	0	12	12
Structures public rattaché à un Centre Hospitalier : * EHPAD	10	9	1	0	1 380	1 356
* USLD	7	7	Ö	0	300	300
Structures public rattaché à un CCAS totalement habilités à l'aide sociale :						
* EHPAD	13	9	4	0	886	727
* LF	2	1	0	2	118	50
TOTAL	84	49	21	14	5 791	4 259

Source: CD12, 31 décembre 2015

L'écart entre ce tableau et le total des établissements du tableau page 36 [Evolution capacitaire...] (-3) s'explique par certains mouvements ayant eu lieu sur la période 2014-2015 :

- fusion entre 2 EHPAD,
- regroupement de 2 EHPAD situés sur un même site (budget unique)
- suppression d'une USLD



# La prise en charge de la maladie Alzheimer

La maladie d'Alzheimer et les affections apparentées qui sont liées au vieillissement et à l'allongement de la durée de vie constituent la première cause de dépendance lourde chez les personnes âgées en France. C'est pourquoi, la lutte contre cette maladie est un enjeu de santé publique majeur.

L'Aveyron se caractérise par une forte représentation de personnes touchées par cette maladie : de 6 220 en 2010 jusqu'à 7 530 en 2025.

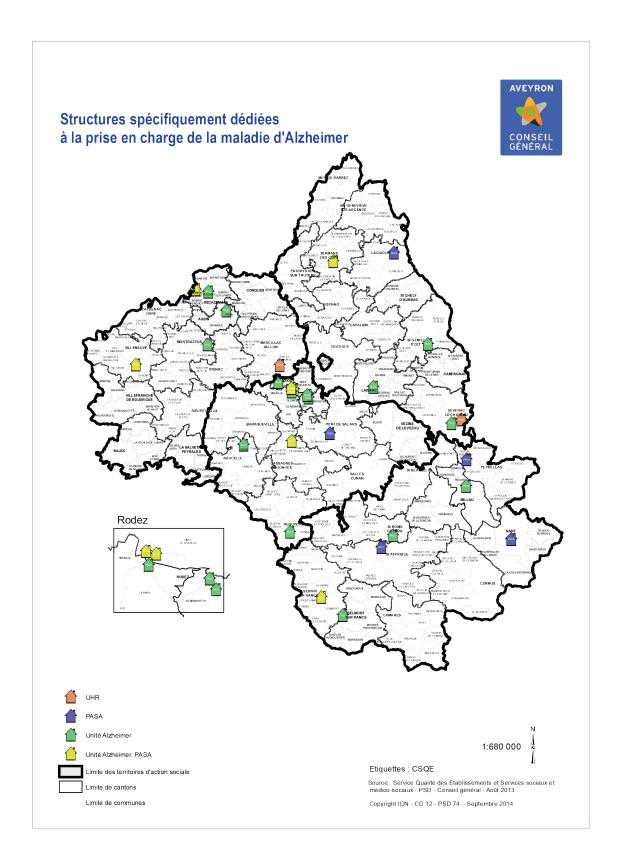
En matière de prise en charge de la maladie d'Alzheimer, les efforts du Département, en lien avec l'ARS qui est pilote en la matière, sont orientés en priorité vers la diversification de l'offre d'accueil aux malades et les outils spécifiques permettant de recréer un environnement social favorable au bien-être des malades et à leur entourage proche.

Par ailleurs, l'intégration des malades en établissements médico-sociaux est favorisée par le dynamisme des dispositifs de prise en charge en place dans le département. Ces dernières années, le choix a été fait de créer des unités Alzheimer au sein des EHPAD (15 unités pour 204 places en 2015).

En complément de ces unités, d'autres formes d'accueil sont mises en place : hébergement temporaire et accueil de jour qui représentent une solution de répit pour les aidants familiaux. On compte aujourd'hui parmi les 106 places d'accueil de jour, 82 places dédiées aux unités Alzheimer et 15 places en hébergement temporaire. Il est important de souligner que parmi les places d'accueil de jour, on compte un dispositif autonome installé à Saint Cyprien sur Dourdou.

D'autres dispositifs, relevant de la compétence de l'ARS (en lien avec le Conseil Départemental pour les PASA et les UHR), se sont enfin développés dans le cadre du Plan Alzheimer 2008-2012

- les Pôles d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) qui sont des lieux de vie dans les EHPAD où sont organisées des activités sociales et thérapeutiques à destination des résidents durant une journée. On trouve dans l'Aveyron 13 PASA pour 174 places.
- > les <u>Unités d'Hébergement Renforcé</u> (UHR) qui accueillent les malades Alzheimer souffrant de troubles du comportement sévères. A ce jour, 2 UHR sont installées : 1 UHR "médico-social" adossée en EHPAD et 1 UHR "sanitaire" adossée en USLD. A terme, le département devrait disposer de 3 UHR.
- > la <u>Plateforme d'accompagnement et de répit</u> du Valadou qui place l'aidant au centre du projet en accueillant les familles sous différentes formes : consultations avec une psychologue, en individuel ou au sein de groupes de parole ; ateliers aidants/aidés (photographie, stimulation cognitive, chant, danse, couture, Qi-Gong, sorties culturelles, etc.) assurés par divers intervenants professionnels et/ou bénévoles; possibles.
- > les Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA) qui ont vocation à renforcer l'action des services d'aide à domicile pour le compte de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée, diagnostiquée à un stade peu évoluée. Ces services fonctionnent comme des équipes mobiles. En Midi-Pyrénées, ces services sont bien représentés et agissent. En Aveyron, cette forme d'initiatives se développe progressivement à l'instar de la création de 4 ESA.



# Le Programme d'Equipement Social

Adopté pour la première fois en 1987, le Programme d'Equipement Social a vocation à apporter une aide financière aux établissements pour personnes âgées réalisant d'importants travaux d'humanisation, de mise aux normes de sécurité et de construction. Il a notamment permis d'humaniser la plus grande partie des établissements du Département.

Le taux de participation pouvait s'élever à 25 % du montant des travaux, plafonné selon un barème par lit indexé sur l'indice BT01 des coûts à la construction, répartie comme suit

- d'un prêt sans intérêt remboursable sur 10 ans (15 % des travaux)
- et/ou d'une subvention (10 % des travaux).

De 2008 à 2011, l'aide à l'investissement a concerné notamment la mise en place d'unités Alzheimer, la création d'accueils diversifiés (hébergement temporaire...), et la fin de l'importante vague d'humanisation en EHPAD.

Depuis 2011, le Programme d'Equipement Social a dû être gélé en raison du cadre budgétaire contraint. Il a pu être réactivé en 2014 uniquement par le biais de prêt sans intêret (PSI).

Ainsi quatre établissements médico sociaux ont pu bénéficier de cette aide en 2014 et 8 en 2015.

A ce programme s'est ajouté, en 2014, un programme exceptionnel pour apporter une aide finançiére, également sous forme de prêt sans intérêt, sépcifiquement dédiée à la reconstruction d'établissements. Ce programme exceptionnel a été élargi aux opérations de réhabilitation ou de reconstruction des logemens foyers transformés en EHPAD et pour ces opérations sous forme de subvention.

→ Récapitulatif des aides du Département pour les établissements médico- sociaux de 2008 à 2015

	Nombre d'établissements aidés	Montant Subvention	Montant PSI	Montant Total de l'aide
2008	11	884 312 €	615 688€	1 500 000 €
2009	19	1 584 013 €	1 208 023 €	2 792 036 €
2010	26	2 233 938 €	2 943 625 €	5 281 544€
2011	11	1 362 296 €	2 251 616 €	3 613 912 €
2014	4		828 335 €	828 335 €
2015	8		PES: 1 324 060€ Programme exceptionnel : 434 348 € Total : 1 160 559 €	PES: 1 324 060€ Programme exceptionnel: 434 348 € Total: 1 160 559 €
TOTAL	71	6 064 559 €	9 605 695 €	15 774 235 €

Source: CD12, 31 décembre 2015

#### ✓ Groupement de coopération social et médico-social (GCSMS)

Ce mode réglementaire de regroupement d'établissements et de services a fait l'objet d'un développement significatif ces dernières années. En effet, 8 GCSMS sont constitués à ce jour sur le département, dont 7 sur le secteur Personnes Agées:

- Palaïos : 7 EHPAD

- Ensemble pour la vie : 6 EHPAD

- Terres Rouges: 1 EHPAD + structures Personnes Handicapées gérées par l'ABSEAH

- Soléa: 14 EHPAD + 1 LF

- Groupement Intercommunal du Carladez et de la Truyère : 2 EHPAD

- Les Aînés du Viaur (convention constitutive en cours de validation) : 1 EHPAD + 1 LF
- COPAMAD, regroupant 2 SSIAD et 1 CIAS.

Les principaux objectifs poursuivis sont :

- mutualiser des moyens en tout genre (formations, achats, ressources techniques, etc.)
- développer une complémentarité de l'offre et assurer un maillage territorial
- gérer des équipements communs (exemple : cuisine)
- favoriser l'échange sur les pratiques
- développer de projets innovants
- développer une politique qualité commune
- travailler en réseau.

# B] Personnes en situation de handicap

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a apporté un autre regard sur le handicap.

Elle a notamment défini le handicap, posé le principe d'un droit à la compensation des conséquences du handicap et reconnu à toute personne porteuse de handicap le droit à l'insertion scolaire, professionnelle, à la participation à la vie de la société et l'accessibilité à tous les lieux publics ou privés.

Elle a offert aux personnes en situation de handicap et à leur famille un lieu unique d'accès aux droits et aux prestations : la Maison départementale des Personnes Handicapées (MDPH) qui exerce dans chaque département une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement de conseil d'évaluation des besoins et d'attribution des droits.

Ainsi, depuis 2006, la MDPH de l'Aveyron joue un rôle primordial, aux côtés du Département, pour accompagner les personnes en situation de handicap.

# 1- Données générales sur le public en situation de handicap

Le recensement des personnes en situation de handicap a été établi à partir des données communiquées par la MDPH.

Le périmètre d'étude se base par conséquent sur la population ayant au moins un droit ouvert à la MDPH : reconnaissance administrative du handicap et/ou bénéfice d'une prestation attribuée par la Commission des Droits et de l'Autonomie (CDAPH).

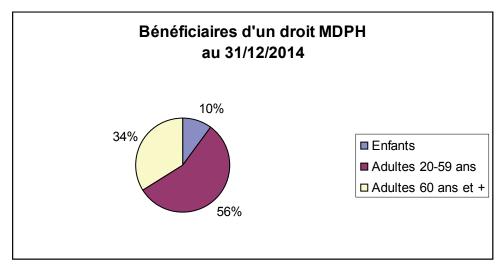
√ Nombre de personnes ayant au moins un droit ouvert

Au 31 décembre 2014, 23 439 usagers ont au moins un droit ouvert soit 8,5 % de la population totale de l'Aveyron répartis en

- 2 367 enfants
- 13 098 adultes entre 20 et 59 ans
- 7 974 adultes de 60 ans et plus.

Les usagers âgés sont un public très présent au sein des MDPH : les personnes âgées de plus de 60 ans représentent 34 % des bénéficiaires de droits à la MDPH.

Ce pourcentage devrait s'accentuer avec le vieillissement de la population.

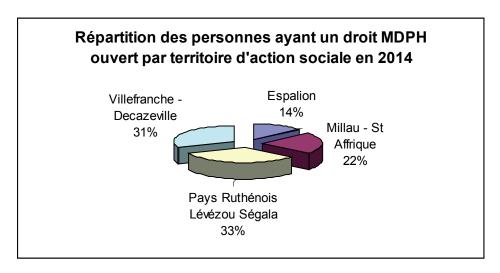


Source: MDPH12

✓ Répartition des personnes ayant au moins un droit ouvert par Territoire d'Action Sociale

Sur les 23 439 personnes ayant un droit ouvert au 31 décembre 2014

- ❖ 3 218 sont sur le territoire d'Espalion
- ❖ 5 207 sont sur le territoire de Millau Saint Affrique
- 7 722 sont sur le territoire de Rodez
- ❖ 7 292 sont sur le territoire de Villefranche-Decazeville.



Source: MDPH 12

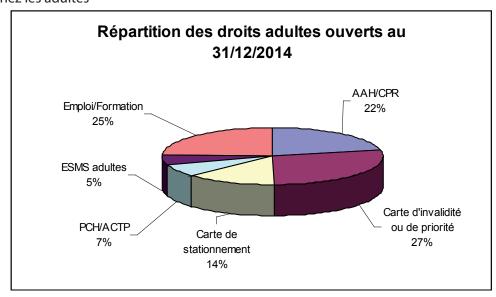
#### ✓ Nombre de droits ouverts

Au 31 décembre 2014, 40 357 prestations ou droits sont ouverts soit en moyenne 1,7 droits ouverts par personne

- 35 435 droits concernent des adultes
- 4 922 droits concernent des enfants.

#### ✓ Répartition des droits ouverts par nature

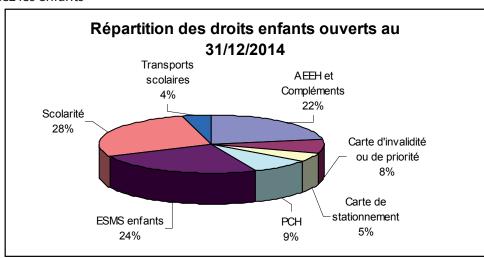
#### Chez les adultes



Source: MDPH 12

Les cartes (invalidité et stationnement) concernent plus d'un tiers des droits ouverts. Viennent ensuite les droits en lien avec l'emploi (notamment RQTH), et l'AAH.

#### Chez les enfants



Source: MDPH 12

La majorité des droits ouverts sont des droits en lien avec la scolarisation.

# 2-Les prestations

Les personnes adultes en situation de handicap peuvent prétendre à différents types de prestations. Elles peuvent être versées soit par les caisses d'allocations familiales ou par le Conseil Départemental.

#### a-Les prestations versées par les caisses d'allocations familiales

Une prestation sociale concerne plus particulièrement les personnes handicapées : l'Allocation Adulte Handicapée (AAH).

L'AAH est une prestation non contributive destinée à assurer un minimum de ressources aux personnes handicapées. Il s'agit d'un des principaux minima sociaux. C'est une allocation subsidiaire.

Elle est accordée par la CDAPH et est versée sous conditions de ressources et d'âge par les caisses d'allocations familiales.

Elle peut être complétée par le complément de ressources ou la majoration pour vie autonome qui vise à améliorer le niveau de revenu de certaines catégories de bénéficiaires de l'AAH.

Le complément de ressources (CPR) est apprécié par la CDAPH et est attribué aux personnes dont la capacité de travail est inférieure à 5 %.

Le nombre de bénéficiaire d'un droit AAH et complément est en constante évolution comme en témoigne le tableau ci-après.

#### Au 31/12/N

Année	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
TOTAL	5 701	5 967	6 230	6 553	6 873	7 050	7 685

Dans notre département, cette évolution est particulièrement notable, en raison des caractéristiques sociodémographiques

- vieillissement de la population
- faiblesse des revenus de certaines catégories socio-professionnelles
- prépondérance de territoires ruraux
- contexte économique avec un taux de chômage important des personnes handicapées.

#### b-Les prestations versées par le Conseil Départemental

✓ La Prestation de Compensation du Handicap et l'Allocation Compensatrice Tierce Personne

La Prestation de Compensation du Handicap (PCH) est une prestation personnalisée non forfaitaire pour compenser les charges liées au handicap. C'est une prestation affectée à des besoins définis par la règlementation, soumise à des critères d'âge et de situation de handicap.

- Evolution du nombre de personnes bénéficiaires de droits ouverts en PCH de 2008 à 2014
- → Nombre de personnes ayant au moins un droit PCH ouvert au 31/12/N (quel que soit le nombre d'éléments PCH ouverts)

Années	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
PCH	530	772	958	1 118	1 264	1 405	1 525

Le déploiement de ce dispositif à l'ensemble des personnes handicapées concernées s'est fait de manière très progressive.

Les premiers bénéficiaires de droits ont été surtout des personnes très lourdement handicapées précédemment éligibles au forfait grande dépendance ; puis le bénéfice de cette prestation s'est petit à petit étendu à une population plus large concernée par les différents éléments de cette prestation (aménagement de véhicule, aménagement de logement, aides techniques...).

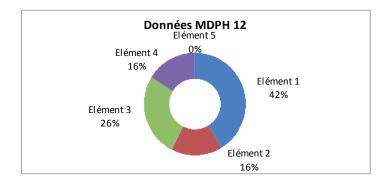
La possibilité d'une PCH pour les personnes handicapées hébergées ou accompagnées dans un établissement ou un service médico-social ou hospitalisées dans un établissement de santé s'est peu à peu généralisée à partir de 2007.

Enfin, à partir de 2008, la prestation a été élargie aux enfants.

La PCH comprend plusieurs volets ou éléments : aide humaine, aide technique, aide pour aménager le logement ou le véhicule, aide aux transports, charges spécifiques et exceptionnelles, aides animalières.

L'aide humaine est l'élément le plus sollicité parmi les composantes de la PCH. Elle représente en 2014, 42 % des éléments accordés.

Le graphique ci-après fournit une photographie des différents éléments de compensation attribués par la CDAPH pour répondre aux besoins des personnes ; certains éléments, comme l'aide humaine, étant attribués mensuellement d'autres étant attribués ponctuellement.



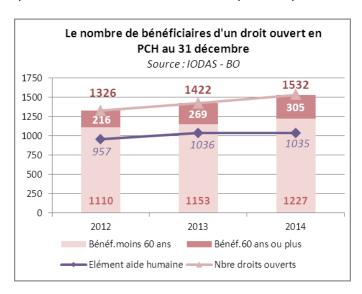
L'aide humaine accordée peut se décliner de différentes façons en fonction du statut de l'aidant.

En 2014, les heures attribuées au titre de l'aide humaine (en %) se répartissent comme suit :

Type d'intervenant	Aidant familial	Prestataires	Emploi direct	Mandataire
% par type 'intervenant	73 %	21 %	5 %	1 %

Source: MDPH 12

Il est à souligner la place particulière des aidants familiaux auprès des personnes handicapées.



L'allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP) est remplacée par la PCH depuis 2005. Cependant, les personnes qui disposaient de l'ACTP avant l'entrée en vigueur de la PCH ont la possibilité de continuer à bénéficier de cette prestation lors de son renouvellement.

#### → Nombre de droits ouverts en ACTP

#### Au 31/12/N

Années	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Evolution 2008/20134
ACTP	432	337	293	266	243	225	206	- 52,3%

Le nombre de bénéficiaires de droits ouverts en ACTP ne cesse de baisser depuis 2008 (-40 %). Cette prestation ne peut plus être attribuée en première demande et lors des renouvellements, certaines personnes optent pour la PCH et de fait renoncent à cette prestation puisqu'elles ne sont pas cumulables.

#### Evolution du budget PCH et ACTP de 2008 à 2015

#### ✓ La PCH et ACTP : montant des dépenses

Exercice	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015 (prévisionnel)
PCH	3 160 482,34 €	5 303 912,70€	6 304 580.49 €	6 553 522.55€	7 220 931.99 €	7596844.93 €	8137074.91 €	8487626.31 €
ACTP	2 032 386,49 €	1 816 706,16 €	1 597 274,1 €	1 541 719,01€	1 485 266,53 €	1 363 939,64€	1 301 466,54 €	1 193 461,3 €

Le financement consacré par le Département à la PCH ne cesse d'augmenter chaque année dans de fortes proportions. C'est ainsi qu'il est passé de 3 160 482 € en 2008 à 8 487 626 € en 2015, corrélativement à la hausse du nombre de bénéficiaires, soit + 5 327 143 € soit + 168,85 % depuis 2008. La stabilisation attendue n'a pas eu lieu.

Quant à l'ACTP, l'évolution est corrélativement à la baisse constante mais pas dans les proportions attendues puisque il reste 191 bénéficiaires en 2015 (291 en 2008). Les dépenses ont diminué de 838 925 € soit - 41, 27 % entre 2008 (2 032 386 €) et 2015 (1 193 461 €).

#### ✓ Le Fonds Départemental de Compensation du Handicap

Quand il existe un reste à charge supérieur à 100 € sur les frais liés à des besoins autres que l'aide humaine, les personnes handicapées ont la possibilité de solliciter le Fonds Départemental de Compensation.

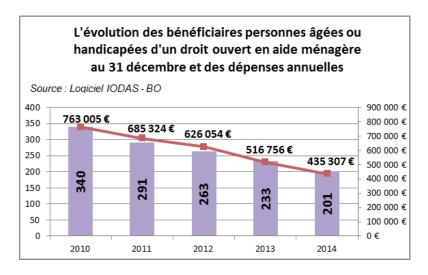
Le Fonds Départemental de Compensation du Handicap est chargé d'accorder des aides financières destinées à permettre aux personnes handicapées de faire face aux frais de compensation restant à leur charge, après que les intéressés aient fait valoir l'ensemble de leurs droits.

Le Fonds intervient en faveur des bénéficiaires de la Prestation de Compensation, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'Allocation Compensatrice ou de la Majoration pour Tierce Personne.

Il intervient également en priorité en faveur des enfants et adolescents handicapés dont les familles restent exposées à des frais de compensation liés à l'acquisition d'aides techniques, d'aménagement de logement (ou frais de déménagement), de véhicule.

#### ✓ L'aide ménagère et l'Aide Sociale à l'Hébergement

Les personnes handicapées peuvent bénéficier, sous réserve de conditions médicales et de ressources, de prestations d'aide-ménagère au titre de l'aide sociale.



Les personnes handicapées admises en établissements sociaux ou médico-sociaux peuvent bénéficier de l'aide sociale à l'hébergement qui prend en charge les frais d'hébergement en partie ou en totalité et dont l'attribution relève du Conseil Départemental.

Depuis 2008, il est à noter une hausse du **nombre des bénéficiaires** de 26 %.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Aide sociale hébergement	736	657	768	780	805	926	1 003

#### Evolution des dépenses Aide Sociale Hébergement PH

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Dépenses sociale hébergement (en €)		25 889 974,50 €	23 983 651 €	25 727 369 €	26 896 499 €	30 171 181 €	33 694 040 €

# 3- L'accompagnement à domicile des personnes en situation de handicap

Les personnes handicapées vivant à domicile peuvent bénéficier d'un accompagnement par des services d'aide à domicile (SAAD, SSIAD) comme les personnes âgées et par des services spécifiques (SAVS, SAMSAH).

#### a- Les SAVS et les SAMSAH

Les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) offrent un accompagnement individuel, adapté et coordonnée aux personnes en situation de handicap souhaitant vivre à domicile afin que celles-ci puissent parvenir au plein exercice de leur citoyenneté et de leur capacité d'autonomie. Ils nécessitent une orientation MDPH.

✓ Les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)

Ils ont pour vocation à contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration des liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité. Ces prestations peuvent être réalisées au domicile de la personne, ou dans tous les lieux où s'exercent ses activités sociales, de formation, professionnelle.

Il existe aujourd'hui 4 SAVS d'une capacité totale de 246 places.

Ces SAVS sont généralistes, l'accompagnement proposé est polyvalent.

✓ Les services d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé (SAMSAH)

Ces services proposent des soins réguliers et un accompagnement médical et paramédical (dimension thérapeutique) en sus de ce que fait le SAVS. Ils prennent en charge des personnes lourdement handicapées qui nécessitent une assistance pour les actes essentiels de la vie.

Il existe aujourd'hui 1 SAMSAH d'une capacité totale de 30 places.

→ Tableau des capacités et des créations (en lits ou places) de 2008 à 2013 en SAVS et SAMSAH

Années	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total 2015
Capacité totale autorisée SAVS	146	191	211	211	246	246	246
Capacité totale autorisée SAMSAH							30
Créations ou transfert SAVS*		45*	20**		35***		100
Création SAMSAH							0

Source: Conseil Départemental-1er mars 2015

#### Dans une période antérieure

Le Département a créé 115 places de SAVS rattachées aux foyers d'hébergement de Capdenac, Clairvaux, Martiel et Sébazac, dans le cadre du CROSMS 2005. Au 1<sup>er</sup> janvier 2006, 10 places créées sont dédiées au SAMSAH. Leur financement est assuré conjointement par l'Assurance Maladie et le Département, complétées au 1<sup>er</sup> janvier 2007, par

20 places par réaménagement du SAPHAD.

<sup>\*</sup> création de 15 places aux Charmettes à Millau, transfert de 15 places du FH de Belmont et transformation des 15 places SAPHAD en SAVS à Rodez (ADAPEAI)

<sup>\*\*</sup> création de 20 places aux Charmettes à Millau

<sup>\*\*\*</sup> transfert de 35 places du SAS en SAVS « Les Chênes »ADPEPA

#### b- Les autres services d'aide à domicile

√ Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)

Ils assurent auprès de la personne des prestations de services ménagers et des prestations d'aide pour les activités ordinaires de la vie et pour les actes essentiels.

24 services d'aide à domicile sont implantés sur le territoire départemental et peuvent intervenir auprès de la personne en situation de handicap.

Leur présentation est détaillée dans la partie consacrée aux personnes âgées, ces services intervenant auprès des deux catégories de publics.

#### Parmi ces services

- 13 services sont autorisés et tarifés par le Conseil départemental
- 10 disposent uniquement d'un agrément délivré par la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE) après avis du Conseil Départemental.

Ces services interviennent dans le cadre de la prestation de compensation du handicap (PCH) au titre de l'aide humaine en mode prestataire ou mandataire.

✓ Les services de soins à domicile (SSIAD)

Ils mènent sur prescription médicale, une intervention globale de soins et d'hygiène. Leur présentation est détaillée dans la partie relative à l'offre de soin, dans l'introduction.

33 services de soins à domicile dans le département (871 places) dont 6 spécifiques pour PH (16 places) dispersées au sein des SSIAD pour personnes âgées sur les secteurs de Rodez, Villecomtal, Rignac, Cransac, Villefranche de Rouergue.

# 4- L'accompagnement des personnes en situation de handicap en établissement

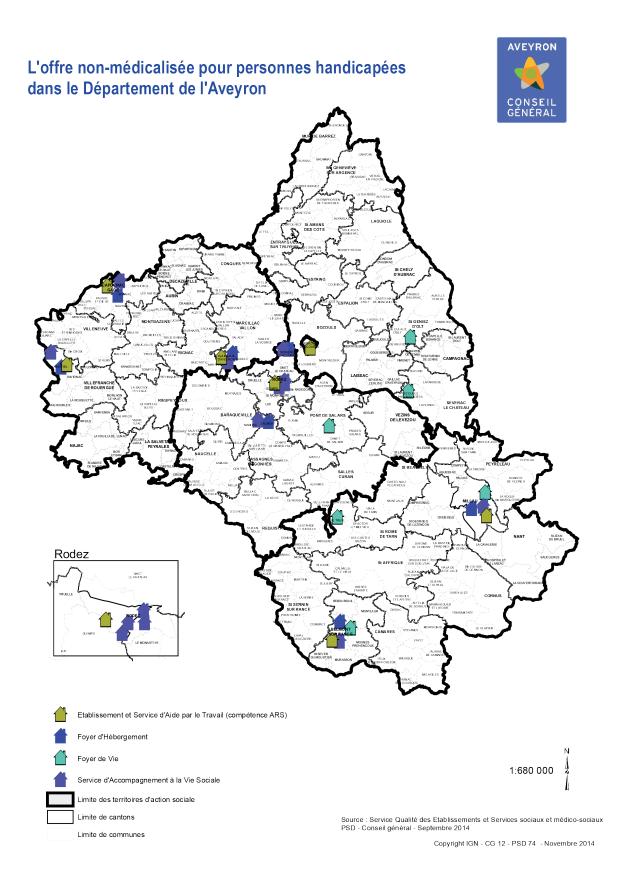
Les personnes handicapées peuvent être accueillies en établissement. Cette entrée est subordonnée à une décision d'orientation de la CDAPH (instance de la MDPH) qui, en se basant sur le projet de vie, le degré d'autonomie de la personne handicapée dans sa vie quotidienne, se prononcera sur le type d'établissement le plus adapté.

L'accueil en établissement des personnes handicapées peut se faire avec hébergement, de façon permanente ou temporaire.

La CDAPH peut décider d'orienter vers deux types d'établissement

- l'établissement d'hébergement : Foyer de vie, Foyer d'hébergement sous compétence exclusive du département
- les établissements d'hébergement médicalisés : Foyer d'accueil médicalisé, maison d'accueil médicalisée qui sont soit sous compétence partagée avec l'ARS, soit sous compétence exclusive de l'ARS.

Le Département dispose d'une offre de service en établissement regroupant l'ensemble de ces dispositifs.



#### ✓ Offre d'hébergement non médicalisé

Les Foyers d'Hébergement accueillent en fin de journée et en fin de semaine les personnes handicapées qui travaillent soit en milieu protégé (ESAT) soit en milieu ordinaire.

**Les Foyers de vie** sont des structures destinées aux personnes handicapées qui ont conservé une certaine autonomie dans les actes ordinaires de la vie mais qui sont incapables d'occuper un emploi en milieu ordinaire ou d'exercer une activité à caractère professionnel en milieu protégé.

Dans ces deux types de structure, le prix de journée, arrêté par le Président du Conseil Départemental, est à la charge de l'intéressé mais peut être financé par l'aide sociale en cas de ressources insuffisantes.

→ Les Foyers d'hébergements et Foyers de vie pour adultes en situation de handicap : places installées

Etablissements	Nombre dans le Département	Capacité autorisée
Foyers d'hébergement	7	315
Foyers de vie	7	305
TOTAL	14	620

Source: Conseil Départemental - 1er mars 2015

N.B: la création d'un foyer de vie pour adultes handicapés mentaux a fait l'objet d'une autorisation en 2010 pour une capacité de 45 places. Il est en cours d'installation.

→ Taux d'équipement en hébergement non médicalisé par Territoire d'action sociale (TAS)

Territoires d'action sociale	Nombre de lits en foyers d'hébergement	Taux d'équipement pour 1000 adultes de 20 à 59 ans	Nombre de lits en foyer de vie	Taux d'équipement pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans
Espalion	-	-	100	3,3
PRLS	82	1,5	81	1,2
Villefranche-Decazeville	134	2,9	58	1,2
Millau-St-Affrique	99	3,3	66	1,8
Aveyron	315	2,6	305	2,1

→ Tableau des capacités et des créations de 2008 à 2013 en foyer d'hébergement et en foyer de vie

Années	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total Places installées 2015	Création de places
Capacité totale autorisée Foyers d'hébergement	315	315	315	315	315	315	315	0
Capacité totale autorisée Foyers de vie	200	200	283 (+ 83)	283	<b>305</b> (+ 22 dont 15 PHV)	305	305	105

Source: Conseil Départemental - 1er mars 2015

#### ✓ Offre d'hébergement médicalisé

Les Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM) accueillent des personnes handicapées adultes dont la déficience les rend inaptes à toute activité à caractère professionnel et nécessite l'assistance d'une tierce personne pour la plupart des actes essentiels de l'existence ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants. Les soins sont financés par l'assurance maladie et le prix de journée (hébergement et accompagnement à la vie sociale) est arrêté par le département et est à la charge de l'intéressé sauf intervention de l'aide sociale.

Les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) accueillent des personnes handicapées adultes dont la déficience rend nécessaire l'intervention d'un tiers dans les actes essentiels de l'existence et qui sont tributaires d'une surveillance médicale et des soins constants. Les frais d'accueil et les soins sont financés par l'assurance maladie.

#### → Places de FAM et de MAS installées

Type Etablissement	Nombre dans le département	Capacité autorisée	Dont accueil permanent	Dont accueil temporaire
FAM	2	62	60	2 HT*
MAS	6	232	224	5 HT + 3 AJ*
Total	8	294	284	7 HT + 3 AJ

\*HT: Hébergement Temporaire

\*AJ: Accueil de Jour

→ Taux d'équipement en hébergement médicalisé par Territoire d'action sociale (TAS)

Territoires d'action sociale	Nombre de lits en FAM	Taux d'équipement pour 1000 adultes de 20 à 59 ans	Nombre de lits en MAS	Taux d'équipement pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans
Espalion	22	0,8	40	-
PRLS	0	-	144	-
Villefranche-Decazeville	40	0,8	12	-
Millau-St-Affrique	0	-	36	-
Aveyron	62	0,5	232	1,7
Midi-Pyrénées	-	0,9	-	1,2
France Métropolitaine	-	0,7	-	0,8

→ Tableau des capacités et des créations de 2008 à 2013 en Foyer d'accueil médicalisé (FAM) (compétence conjointe CD et ARS) et en Maison d'accueil spécialisé (MAS) (Compétence exclusive de l'ARS)

Années	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Foyers d'accueil médicalisé	40	40	40	40	62	62
Maisons d'accueil médicalisé						232
Créations (FAM+MAS)					22*	

# 5- L'offre alternative à l'hébergement : l'accueil familial

L'accueil familial de personnes adultes en situation de handicap constitue une forme alternative entre le domicile et l'établissement. Il offre à ceux qui ne peuvent plus ou ne souhaitent plus rester chez eux, un cadre de vie familial qui leur permet de bénéficier d'une présence aidante, stimulante et d'un accompagnement personnalisé.

Au 31 décembre 2015, le département compte 43 accueillants familiaux totalisant 73 places d'accueil dont 58 places mixtes (personnes âgées ou personnes handicapées), 9 dédiées spécifiquement à l'accueil de personnes handicapées et 6 dédiés exclusivement aux personnes âgées.

On compte également sur le département 40 places en accueil thérapeutique. Celui-ci est organisé par le centre hospitalier spécialisé. C'est une alternative à l'hospitalisation qui concerne aussi bien les personnes handicapées que les personnes âgées.

# 6- L'insertion professionnelle des personnes handicapées

La loi du 11 février 2005 contribue à favoriser l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés en milieu ordinaire de travail. Or, le travailleur handicapé peut se trouver dans l'impossibilité d'accéder à un emploi momentanément ou plus durablement dans le milieu ordinaire en raison de son handicap. Dans ce cas, il peut exercer son activité professionnelle dans le milieu protégé au sein des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) ou bénéficier, dans certains cas, de formations en centres de reclassement professionnel (CPO et CRP) qui lui permettront de travailler un nouveau projet professionnel et retrouver un emploi en milieu ordinaire.

Les établissements et services d'aide au travail (ESAT) accueillent des personnes pour lesquelles l'orientation sur le marché du travail s'avère impossible (capacité de travail inférieure à un tiers de la capacité normale). Ils offrent aux personnes handicapées des activités à caractère professionnel et un soutien médicosocial et éducatif, en vue de favoriser leur épanouissement social et personnel.

Le département est doté de 567 places en ESAT qui relèvent de la compétence de l'Etat pour leur financement.

→ Taux d'équipement en ESAT par Territoire d'action sociale (TAS)

Territoires d'action sociale	Nombre de places en ESAT
Espalion	22
PRLS	0
Villefranche-Decazeville	40
Millau-St-Affrique	0
Aveyron	62
Midi-Pyrénées	-
France Métropolitaine	-

Les Centres de pré orientation (CPO) accueillent sur décision de la CDAPH des travailleurs reconnus handicapés dont l'orientation professionnelle présente des difficultés particulières et pour lesquels un stage est nécessaire pour élaborer un projet professionnel.

Les Centres de rééducation professionnelle (CRP) sont des centres agréés qui ont pour but de dispenser, dans un environnement médico-social adapté, une formation qualifiante aux personnes handicapées en vue de leur insertion ou réinsertion professionnelle. Les personnes sont orientées vers le CRP par la CDAPH.

Les CPO et CRP relèvent de la compétence de l'Etat. Le département compte un CPO de 8 places (Sésame) et un CRP de 92 places (2 ISA) à Millau.

# 7- Les réponses aux besoins spécifiques

#### a-Vieillissement des personnes en situation de handicap

Les personnes handicapées connaissent une augmentation importante et constante de leur espérance de vie, la question de leur vieillissement et de l'ajustement de leur prise en charge est donc une problématique de plus en plus présente.

Il convient de préciser en premier lieu qu'en dehors de situations particulières (personnes autistes, psychotiques, épileptiques, polyhandicapées ou porteuses de trisomie 21 par exemple), les personnes handicapées ne sont pas concernées par un vieillissement prématuré.

Cependant, leur vieillissement peut présenter des traits caractéristiques comme le précise la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie).

«Une personne handicapée vieillissante est une personne qui a entamé ou connu sa situation de handicap, quelle qu'en soit la nature ou la cause, avant de connaître par surcroît les effets du vieillissement. Ces effets consistent, plus ou moins tardivement en fonction des personnes, en l'apparition simultanée

- d'une baisse supplémentaire des capacités fonctionnelles déjà altérées du fait du handicap
- d'une augmentation du taux de survenue des maladies liées à l'âge, maladies dégénératives et maladies métaboliques, pouvant aggraver les altérations de fonction déjà présentes ou en occasionner de nouvelles.

Cette définition impose une prise en compte du vieillissement comme processus continu dans le parcours de la personne, influencé par son histoire et son environnement, avec émergence de nouveaux besoins et la nécessité de rechercher des réponses adaptées.

Trois types de prises en charge des personnes handicapées vieillissantes sont proposés sur le département au sein

- de petites unités spécifiques adossées à des établissements pour adultes handicapés
- de petites unités spécifiques au sein des établissements pour personnes âgées
- d'un foyer de vie autonome.
- → Tableau des capacités et des créations (en lits ou places) de 2008 à 2013 en unités de vie pour PHV

Années	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
Capacités installées (dont unités PHV adossées aux foyers de vie et en EHPAD)	35	51	66*	66	81	81	81
Créations		16+15*	15+15*		15		76

<sup>\*</sup> autorisées mais non installées

Les places de PHV autorisées sont réparties pour 36 places sur 2 EHPAD (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) et les autres places sur 4 unités adossées à des Foyers de Vie.

La problématique du vieillissement des personnes handicapées est une thématique de grande importance portée par le Conseil Départemental et l'ARS soucieux d'adapter les réponses actuelles aux nouveaux besoins de cette population.

Pour répondre aux besoins de prise en charge des personnes handicapées vieillissantes, l'ARS via le SROMS dédié au handicap, a dressé un bilan et fait des recommandations dans ce sens.

✓ Evaluer une prise en charge en faveur de ce type de population

En partant du constat qu'il n'existe que peu de structures adaptées à la situation des personnes handicapées vieillissantes et âgées dans la Région Midi-Pyrénées, leur évaluation peut permettre d'avoir une meilleure connaissance de la dimension spécifique de cette prise en charge.

⇒ Organiser dans chaque territoire des réponses adaptées et diversifiées aux besoins d'accompagnement et de prise en charge en faveur des personnes handicapées vieillissantes et âgées

Deux types d'unité sont repérées et choisies pour accueillir les personnes handicapées vieillissantes : d'une part, les EHPAD en établissements pour personnes âgées et d'autre part, les unités de vie autonomes ou adossées aux foyers de vie.

Les travaux qui sont conduits dans le cadre du schéma départemental vont donc s'attacher à définir les besoins spécifiques du département et vont alimenter la réflexion régionale, l'objectif in fine étant la couverture de chaque territoire de santé en unités spécifiques susceptibles d'accueillir, dans de bonnes conditions, des personnes handicapées vieillissantes et âgées.

#### b-Prise en charge des personnes handicapées psychiques

La loi du 11 février 2005, en définissant le handicap, reconnait la situation de handicap psychique. Cependant, il n'existe pas de définition précise de ce type de handicap.

Selon Michel CHARZAT<sup>1</sup>, il est caractérisé par la rupture du lien social, la variabilité, l'imprévisibilité des troubles, le poids du traitement auxquelles peut s'ajouter le déni de la maladie qui sont une souffrance et une charge pour la famille et l'entourage.

René BAPTISTE<sup>2</sup>, souligne en outre l'importance de l'environnement de la personne, ses difficultés à s'adapter, à entrer en relation avec les autres. Il note également le poids négatif de la représentation sociale de ce type de handicap.

La prise en charge de ces personnes nécessite un suivi sanitaire et un accompagnement dans la vie quotidienne et sociale. Cet accompagnement est une des modalités principales de leur droit à compensation

La réflexion départementale menée conjointement par l'ARS et le Conseil départemental a été amorcée afin d'évaluer les besoins précis des personnes handicapées psychiques et de proposer des réponses médicosociales adaptées.

Elle a conduit à la définition de trois objectifs

- la définition et la fiabilisation des données relatives à l'évaluation des besoins des personnes en situation de handicap psychique
- le développement de dispositifs d'accompagnement à domicile et en milieu professionnel protégé, et modalités d'hébergement adapté
- l'amélioration de la continuité de la prise en charge (coordination sanitaire et médico-social, fiche navette, formations croisées et conventions).

<sup>1</sup> Rapport au ministre délégué à la famille mars 2002

<sup>2 «</sup>Reconnaitre le handicap psychique » juin 2005

#### ✓ La définition et la fiabilisation des besoins

L'estimation du nombre de personnes atteintes par le handicap psychique et les données statistiques pouvant renseigner sur la prévalence de la maladie restent parcellaires.

Les chiffres énoncés ci-après ont été déterminés à partir de données nationales (rapport IGAS 2011 et enquêtes DRESS)

- > 30 % de la population serait concernée par un problème de santé mentale, soit 6 538 personnes âgées de plus de 20 ans
- 1 % de la population concerné par le handicap psychique, soit 2 179 personnes âgées de plus de 20 ans ou 1 799 personnes âgées entre 20 et 75 ans
- > 28 % des demandeurs de l'AAH seraient concernées par le handicap psychique, soit 2 078 personnes
- 18,9 % des travailleurs handicapés seraient en situation de handicap psychique, soit 107 personnes accueillies en ESAT.

Pour améliorer la connaissance de la population les groupes de travail ont émis plusieurs propositions d'actions dont voici la synthèse 3:

- > Orienter systématiquement vers la MDPH les personnes dont les troubles psychiques pourraient entrainer un handicap
- Participer à la mise en place de l'observatoire des besoins
- S'assurer que les structures médico-sociales transmettent régulièrement à la MDPH les données relatives aux mouvements d'usagers et aux listes d'attente
- Procéder à l'analyse des caractéristiques des personnes handicapées psychiques dans le département et de leurs besoins sur la base de données précises de la MDPH
- > Poursuivre les démarches engagées pour la réalisation d'une évaluation multidimensionnelle et dynamique de la situation de la personne handicapée psychiaue permettant l'élaboration de réponses individuelles et/ou collectives au moyen de l'outil d'évaluation multidimensionnelle qui doit être développée
- Favoriser le développement de conventions de partenariat pour disposer d'évaluations croisées détaillées en s'appuyant sur des expertises professionnelles (sanitaires, médico-sociales, associatives...)
- Poursuivre les démarches engagées afin de disposer au niveau départemental d'un modèle de plan personnalisé de compensation adapté au handicap psychique.

 $\checkmark$  Améliorer la prise en charge et l'accompagnement des personnes handicapées psychiques

L'accompagnement et la prise en charge des personnes en situation de handicap psychique peut se faire à différents niveaux : à domicile ou au sein d'initiatives citoyennes et en établissement.

#### ⇒ L'accompagnement à domicile

Les services d'aide à domicile pour personnes handicapées (SAVS, SAMSAH) sont aujourd'hui un relais pour assurer la prise en charge des personnes handicapées.

Dans le cadre du handicap psychique, il est essentiel de clarifier leur mission et leur rôle. La création d'un service d'accompagnement spécifique est actée dans une fiche action du schéma.

➡ L'accompagnement à la participation sociale et citoyenne

L'accompagnement à la participation sociale et citoyenne est réalisé par les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM). Les deux GEM qui sont basés à Rodez et à Millau, ont un rôle important dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique : en permettant à ces personnes d'organiser et de participer à des activités, ils favorisent le lien social et luttent contre l'isolement.

<sup>3</sup> Handicap psychique, « De l'évaluation des besoins à l'amélioration de la transversalité et de la continuité des parcours » - Délégation territoriale de l'Aveyron, PSD, 06/2014 – Document de travail

Une des pistes de réflexion des acteurs engagés dans l'évaluation des besoins des handicapés psychiques reste la promotion des GEM en favorisant leur partenariat avec les services sociaux et médico-sociaux afin de maintenir la dynamique autour des dispositifs qui soutiennent les parcours des adultes handicapés psychiques.

#### ⇒ L'accompagnement en établissement

Dans certaines situations, les personnes handicapées psychiques ne peuvent plus assumer la gestion de leur quotidien et sont en rupture de lien social. Elles ont alors besoin d'une prise en charge spécifique. Selon leurs besoins ou la gravité de leurs limitations, certaines sont actuellement accueillies en EHPAD, d'autres sont hébergées dans des appartements individuels ou semi collectifs, au sein de familles d'accueil thérapeutiques, dans des maisons relais ... mais ces réponses sont insuffisantes.

D'autres formes d'accueil sont à rechercher : familles gouvernantes, appartements accompagnés par exemple.

⇒ L'amélioration de la continuité de la prise en charge

La nécessité de travailler en lien entre tous les intervenants autour de la personne handicapée psychique est reconnue par tous afin d'améliorer le parcours et d'éviter les ruptures.

Les propositions d'actions rejoignent les recommandations du SROMS à savoir

- ⇒ Favoriser l'identification d'unités spécifiques dans des structures médico-sociales pour adultes Adopter une posture bienveillante à l'égard des structures médico-sociales en leur imposant d'adapter leurs projets d'établissement aux besoins des personnes handicapées psychiques.
- Développer l'accompagnement et la prise en charge à domicile
  Favoriser le développement de solutions alternatives à l'hébergement afin d'offrir la possibilité aux personnes handicapées psychiques de continuer à vivre dans le milieu ordinaire par la création de places de SAMSAH et une couverture totale des bassins de santé par les GEM.
- ⇒ Développer le soutien aux aidants

Le maintien à domicile des personnes handicapées n'est possible que par l'implication des aidants familiaux. Donc, le soutien aux aidants est au cœur du dispositif d'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique.

⇒ Proposer un accompagnement spécifique dans les ESAT Insérer un volet spécifique pour l'accompagnement des personnes handicapées psychiques dans les projets d'établissement des ESAT.

#### c- Problématiques spécifiques

Dans certaines situations complexes les dispositifs actuels ne proposent pas de réponses suffisamment adaptées / ne permettent pas de répondre à l'ensemble des besoins repérés ;

- 1- Pour les personnes souffrant de Troubles du Spectre Autistique (TSA), les établissements adaptent leur prise en charge pour répondre aux besoins nécessités par cet accompagnement; dans certaines situations cependant la gravité et le cumul de déficience demandent un dispositif dédié avec une adaptation de l'environnement et de l'accompagnement.
- 2- Les personnes présentant des déficiences motrices sévères entrainant une réduction importante de leur autonomie sont confrontées aux limites des dispositifs proposés dans le cadre des services d'aide à domicile notamment en matière de sécurité et de gardes de nuit.

3- Enfin dans certaines situations de maladies neuro dégénératives, peu fréquentes mais dont les problématiques sont complexes et évolutives, les possibilités de réponses doivent être construites au cas par cas notamment à travers les dispositifs existant pour les personnes âgées.

# 4. Structuration de la coordination au plan départemental

# A] Personnes âgées

Le schéma de coordination gérontologique adopté par l'Assemblée départementale en juin 2010 a structuré la mise en œuvre des quatre fonctions de la coordination sur le territoire aveyronnais :

- fonction 1 : accueil, information et orientation
- fonction 2 : évaluation multidimensionnelle (fonction maintenu au rang départemental)
- fonction 3 : suivi et coordination des services
- fonction 4: observation et animation du territoire.

Les antennes de coordination dénommées «Points Info Seniors» se sont développées en proximité de la population âgée, sur un territoire défini, notamment à partir des habitudes de vie des personnes. Les Points Info Seniors sont ainsi la forme concrète de la mise en œuvre du schéma départemental de la coordination gérontologique, fondée sur le principe de neutralité et la valorisation des structures de coordination existantes sur le territoire.

Après ces premières années de déploiement, les porteurs locaux de ces antennes sont essentiellement des structures intercommunales ou des associations. Leur fonctionnement repose sur un socle commun défini dans une convention-cadre conclue avec le Conseil Départemental : fonctions imparties, modalités de fonctionnement, moyens mis à disposition.

En 2015, plus de 50 % du territoire aveyronnais est couvert par des Points Info Seniors et les projets identifiés permettent de programmer la généralisation de ce déploiement. Leur action se traduit par:

- un accueil individualisé des personnes âgées et un accès à l'information facilité
  - un accompagnement et une prise en charge rapprochés, touchant largement toute la population âgée, qu'elle bénéficie d'une prestation ou non
  - une dynamique sur les territoires par la constitution du réseau «Points Info Seniors» et la fédération des acteurs locaux à l'initiative d'un développement important d'actions auprès des personnes sur les domaines de la prévention et en faveur des aidants.

# B] Personnes en situation de handicap

En alliant proximité et égalité de traitement, la loi du 11 février 2005 a mis en place une nouvelle architecture institutionnelle pour l'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie en créant les Maisons Départementales des Personnes handicapées (MDPH).

Installée dans le département depuis janvier 2006, la MDPH est un guichet unique d'accès aux droits et aux prestations pour les personnes en situation de handicap.

Ce quichet unique a pour mission principale d'évaluer les besoins de compensation et de mobiliser toutes les ressources permettant la réalisation du projet de vie de la personne en situation de handicap quel que soit son âge et quels que soient le ou les domaines dans lesquels la compensation doit être mise en œuvre.

Au-delà du rôle central en matière d'accès aux droits, la MDPH est un acteur pivot en matière d'information et de coordination en faveur des personnes en situation de handicap. Elle a développé de nombreux partenariats avec l'ensemble des institutions en charge de la mise en œuvre des politiques du handicap et avec les services sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

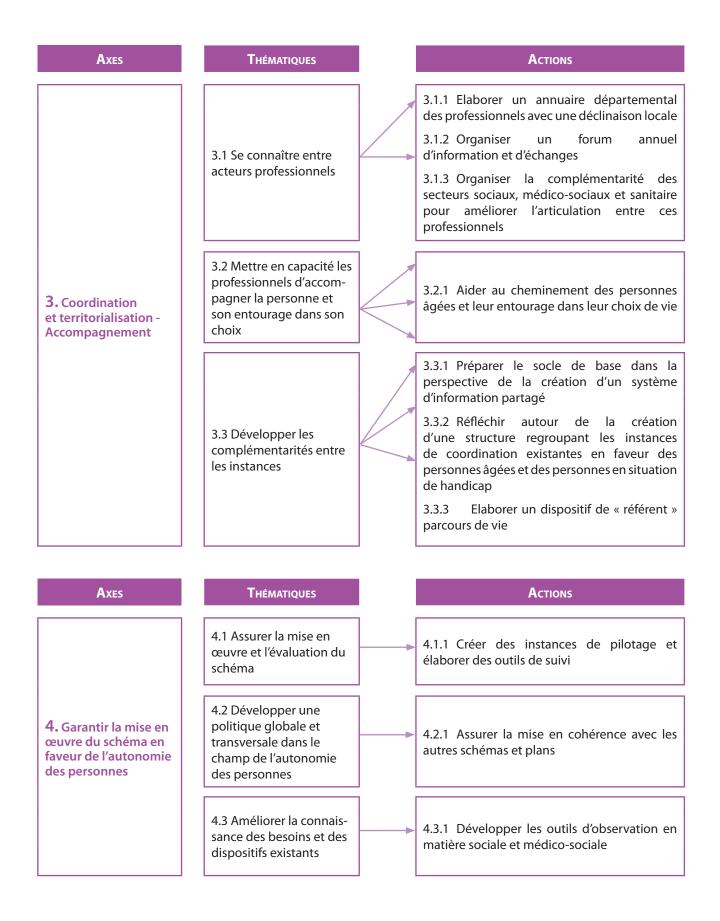
# Chapitre 2 Orientations et fiches-actions

# Synthèse du plan d'actions

#### **A**RCHITECTURE DU PLAN D'ACTIONS

ARCHITECTURE DU PLAN D'ACTIONS							
Axes	Thématiques	Actions					
1. Prévention – Anticipation	1.1 Valoriser l'image de la personne âgée et de la personne en situation de handicap	<ul> <li>1.1.1 Avoir une communication dédramatisante et positive sur le vieillissement et le handicap</li> <li>1.1.2 Favoriser l'inscription d'actions intergénérationnelles et d'ouverture sur le handicap dans les projets d'accueil des structures de la petite enfance et des établissements scolaires</li> </ul>					
	1.2 Améliorer l'information sur les dispositifs existants	1.2.1 Optimiser et structurer le contenu des sites internet  1.2.2 Promouvoir le numéro d'appel «N° vert solidarité» et N° vert de la MDPH  1.2.3 Communiquer autrement sur les aides et dispositifs sociaux et médico-sociaux					
	1.3 Repérer et prévenir les situations de risques de rupture dans le parcours de vie	1.3.1 Participer au travail de mise en place du dispositif de repérage de la fragilité 1.3.2 Valoriser les initiatives d'animation sociale : mise en place d'un label départemental 1.3.3 Sensibiliser la population aux situations porteuses de risques de rupture : campagne d'information, autodiagnostic de son exposition à la fragilité sous forme de BD ou quizz					
	1.4 Favoriser la continuité ou la création de liens sociaux et solidaires	1.4.1 Organiser une campagne de sensibilisation et de communication via différents médias sur l'importance du lien social et les solutions existantes pour le préserver  1.4.2 Recenser les expériences innovantes en vue de les vulgariser  1.4.3 Développer de nouvelles offres socioculturelles et de loisirs  1.4.4 Favoriser la mobilité des publics les plus fragiles sur l'ensemble du département  1.4.5 Lutter contre l'isolement des personnes âgées					

#### Axes **T**HÉMATIQUES **A**ctions 2.1.1 Promouvoir des critères de prestation habitat adaptés en fonction des handicaps 2.1 Promouvoir une offre et des pertes d'autonomie en intégrant les de logement adaptée et possibilités domotiques accessible 2.1.2 Créer un pôle ressource pour les logements adaptés 2.2.1 Evaluer les attentes des aidants non 2.2Accompagner les professionnels aidants non profes-2.2.2 Connaître les aidants et adapter les sionnels réponses 2.3.1 Encourager les solutions de répit innovantes et consolider l'existant 2.3.2 Répondre aux besoins spécifiques de prise en charge 2.3.3 Développer les solutions alternatives 2.3 Diversifier l'offre de domicile / établissement : offre de logements service autonomes avec accompagnement médicosocial de proximité (habitat regroupé inséré dans un réseau de service, habitat partagé...) 2. Parcours 2.3.4 Mener une réflexion partenariale pour individualisé de la améliorer les conditions de fonctionnement personne âgée et de l'accueil familial regroupé de la personne en situation de handicap - Adaptation 2.4.1 Promouvoir auprès des professionnels des établissements et des services à domicile des formations avec simulateur de vieillissement / handicaps physiques 2.4 Améliorer la qualité 2.4.2 Mutualiser les réflexions en matière de de l'offre qualité et développer les coopérations 2.4.3 S'inscrire dans une démarche de revalorisation des troubles cognitifs et du handicap psychique dans l'évaluation APA 2.5.1 Développer les Groupements d'Entraide Mutuelle (GEM) sur l'ensemble du territoire 2.5.2 Développer l'accompagnement social et médico-social dédié aux personnes en 2.5 Accompagner les situation de handicap psychique besoins spécifiques des 2.5.3 Développer les lieux d'activités et personnes en situation d'accueil de jour, un dispositif passerelle de handicap 2.5.4 Créer des unités mobiles 2.5.5 Développer la structuration de l'accueil des personnes handicapées vieillissantes (PHV)



# **Axe 1 :** Prévention – Anticipation

#### **Thématiques**

- 1. Valoriser l'image de la personne âgée et de la personne en situation de handicap
- 2. Améliorer l'information sur les dispositifs existants
- 3. Repérer et prévenir les situations de risques de rupture dans le parcours de vie
- 4. Favoriser la continuité ou la création de liens sociaux et solidaires

# Axe 1: Prévention - Anticipation

		-
	Thématiques	Fiches actions
1.	Valoriser l'image de la personne âgée et de la	Avoir une communication dédramatisante et positive sur le vieillissement et le handicap
	personne en situation de handicap	2. Favoriser l'inscription d'actions intergénérationnelles et d'ouverture sur le handicap dans les projets d'accueil des structures de la petite enfance et des établissements scolaires
	A (1) 1/2 C (1)	1. Optimiser et structurer le contenu des sites internet
2.	Améliorer l'information sur les dispositifs existants	2. Promouvoir le numéro d'appel « N° vert solidarité » et N° vert de la MDPH
		3. Communiquer autrement sur les aides et dispositifs sociaux et médico-sociaux
		<ol> <li>Participer au travail de mise en place du dispositif de repérage de la fragilité</li> </ol>
3.	Repérer et prévenir les situations de risques de	2. Valoriser les initiatives d'animation sociale : mise en place d'un label départemental
	rupture dans le parcours de vie	<ol> <li>Sensibiliser la population aux situations porteuses de risques de rupture         Campagne d'informations Autodiagnostic de son exposition à la fragilité sous forme de BD ou quizz     </li> </ol>
		1. Organiser une campagne de sensibilisation et de communication via différents médias sur l'importance du lien social et les solutions existantes pour le préserver
4.	Favoriser la continuité ou la création de liens	2. Recenser les expériences innovantes en vue de les vulgariser
	sociaux et solidaires	3. Développer de nouvelles offres socioculturelles et de loisirs.
		4. Favoriser la mobilité des publics les plus fragiles sur l'ensemble du Département
		5. Lutter contre l'isolement des personnes âgées

#### **Axe 1 - Prévention - Anticipation**

#### **THÉMATIQUE 1**

#### Valoriser l'image de la personne âgée et de la personne en situation de handicap

#### Contexte

Les représentations négatives et les préjugés sur le vieillissement et le handicap sont fortement ancrés dans notre société. Le déni engendré participe au fait que les actions de sensibilisation et de prévention ont des difficultés à atteindre leurs publics qui ne se sentent pas potentiellement concernés.

#### Problématique soulevée

Difficultés de sensibiliser les publics Amenuisement de l'impact des actions de prévention conduites

#### **Enjeux**

Faire évoluer le schéma sociétal Lever les préjugés sur le vieillissement et le handicap Favoriser la réflexion autour du vieillissement et du handicap

#### **Publics cibles/Bénéficiaires**

Tout public Toutes générations

#### Objectifs

Promouvoir une vision positive de l'âge et du handicap auprès de toutes les générations Créer une culture d'acceptation du vieillissement et du handicap

#### Programme d'actions

- 1. Avoir une communication dédramatisante et positive sur le vieillissement et le handicap
- 2. Favoriser l'inscription d'actions intergénérationnelles et d'ouverture sur le handicap dans les projets d'accueil des structures de la petite enfance et des établissements scolaires

# **Fiche 1.1.1**

Avoir une communication dédramatisante et positive sur le vieillissement et le handicap

#### **Axe 1 - Prévention - Anticipation**

#### **THÉMATIQUE 1 -**

#### Valoriser l'image de la personne âgée et de la personne en situation de handicap

Chef de projet	Conseil départemental - MDPH
Objectif opérationnel	Provoquer une réflexion individuelle et collective autour du vieillissement et du handicap Valoriser l'expérience des seniors notamment par la transmission des savoirs.
Public concerné	Tout public
Mise en œuvre	Constituer un groupe de travail destiné à - élaborer deux livrets contenant un « vrai/faux » levant les préjugés d'une part sur le vieillissement et d'autre part sur le handicap et intégrant des témoignages organiser une campagne départementale de sensibilisation (ex: expo photos, tableaux, forum,) - étudier les modalités de la valorisation de l'expérience des seniors et de la transmission de leurs savoirs
Acteurs concernés	Un sociologue Des étudiants en formation communication Le Conseil départemental des jeunes Des membres des instances consultatives représentant les usagers
Planification	Tout au long de la durée du schéma
Évaluation	Réalisation des deux livrets Mise en place d'une campagne départementale Actions organisées autour de la transmission des savoirs

#### **Fiche 1.1.2**

Favoriser l'inscription d'actions intergénérationnelles et d'ouverture sur le handicap dans les projets d'accueil des structures de la petite enfance et des établissements scolaires

#### **Axe 1 - Prévention - Anticipation**

#### **THÉMATIQUE 1 -**

#### Valoriser l'image de la personne âgée et de la personne en situation de handicap

Chef de projet	Conseil départemental
Objectif opérationnel	Développer les liens entre les enfants et adolescents, le public âgé et celui en situation de handicap Encourager les responsables d'établissements scolaires et de structure de la petite enfance à mettre en œuvre de telles actions
Public concerné	Responsables d'établissements scolaires et de structures de la petite enfance
Mise en œuvre	Constituer un groupe de travail - recenser les actions déjà existantes et étudier les modalités de leur valorisation - repérer les moments opportuns, définir les modalités et le plan de communication pour inciter les responsables à développer et mettre en œuvre ces projets
Acteurs concernés	Conseil régional – Mairies - CAF - Education nationale - MDPH
Planification	Tout au long de la durée du schéma
Évaluation	Nombre de structures porteuses d'actions Nombre d'actions inscrites dans les projets pédagogiques Nombre d'actions réalisées

#### **Axe 1 - Prévention - Anticipation**

#### **THÉMATIQUE 2** Améliorer l'information sur les dispositifs existants

#### Contexte

Le besoin d'une information accessible, lisible et structurée a été mis en avant par l'ensemble des groupes de travail. L'information existe mais la multitude et la complexité des dispositifs la rendent dispersée et peu lisible pour le public.

#### Problématique soulevée

Difficultés pour le public d'accéder à une information claire et utile lui permettant de faire un choix éclairé.

#### **Enjeux**

Permettre à la personne de rester acteur de son parcours de vie et de faire des choix éclairés

#### **Publics cibles/Bénéficiaires**

Les personnes âgées, les personnes en situation de handicap et leur entourage

#### Objectifs

Structurer l'information pour la rendre la plus cohérente possible Vulgariser les informations sur les dispositifs et les aides Diversifier les supports de diffusion pour rendre l'information accessible à tous

#### **Programme d'actions**

- 1. Optimiser et structurer le contenu des sites internet
- 2. Promouvoir le numéro d'appel « N° vert solidarité » N° Vert MDPH
- 3. Communiquer autrement sur les aides et dispositifs sociaux et médico-sociaux

# Fiche 1.2.1 Optimiser et structurer le contenu des sites internet

#### **Axe 1 - Prévention - Anticipation**

#### **THÉMATIQUE 2**

# Améliorer l'information sur les dispositifs existants

Chef de projet	Conseil départemental - MDPH
Objectif opérationnel	Structurer et enrichir l'information dématérialisée pour la rendre la plus cohérente possible Assurer la complémentarité entre les différents sites internet existants et à venir.
Public concerné	Les personnes âgées, les personnes en situation de handicap et leur entourage
Mise en œuvre	<ul> <li>Améliorer la structure et le contenu du site internet de la MDPH</li> <li>Constituer un groupe de travail         <ul> <li>structurer et rendre cohérentes les informations mises en ligne par les différents acteurs</li> <li>prévoir les modalités de partenariat comprenant l'actualisation des informations et des liens internet</li> </ul> </li> <li>Veiller à alimenter le nouveau portail national d'informations en direction des personnes âgées et leur entourage porté par la CNSA, en cohérence avec les sites locaux existants</li> </ul>
Acteurs concernés	CNSA – ARS – CARSAT – MSA – RSI – Établissements et services sociaux et médico-sociaux – Associations – Points Infos Seniors
Planification	Tout au long de la durée du schéma
Évaluation	Nombre de partenaires signataires Nombre de liens internet réalisés Nombre de consultations des pages internet concernées (avant et après la nouvelle structuration)

# Fiche 1.2.2 Promouvoir le numéro d'appel « N° vert solidarité » et N° vert de la MDPH

#### **Axe 1 - Prévention - Anticipation**

#### **THÉMATIQUE 2**

# Améliorer l'information sur les dispositifs existants

Chef de projet	Conseil départemental
Objectif opérationnel	Faire connaitre ces numéros d'appel Mentionner ces numéros sur les documents de communication
Public concerné	Les personnes âgées et personnes en situation de handicap et leur entourage
Mise en œuvre	Constituer un groupe de travail - élaborer un bilan sur les années de fonctionnement : organisation, utilisation et coût - en fonction des résultats, retravailler les objectifs et le plan de communication du « n° vert solidarité » et du n° vert MDPH - réaliser une étude d'impact sur les moyens financiers et humains nécessaires à mobiliser
Acteurs concernés	Service communication du Conseil départemental Points info seniors MDPH
Planification	Tout au long de la durée du schéma
Évaluation	Elaboration et réalisation d'un plan d'action et de communication Comparatif entre le nombre d'appels avant et après la réalisation de la fiche action

Fiche 1.2.3
Communiquer autrement sur les aides et dispositifs sociaux et médico-sociaux

#### **Axe 1 - Prévention - Anticipation**

#### **THÉMATIQUE 2**

# Améliorer l'information sur les dispositifs existants

Chef de projet	Conseil départemental ou / et MDPH ou PIS
Objectif opérationnel	Rendre lisible et accessible les différents aides et dispositifs sociaux et médico-sociaux Proposer à la personne une réflexion par une communication ludique et interactive
Public concerné	Les personnes âgées et les personnes en situation de handicap
Mise en œuvre	<ul> <li>Elaborer une brochure ludique intégrant les différentes formules domicile/établissement (remise par les professionnels)</li> <li>Contenu proposé <ul> <li>une partie avec un auto-test dont les résultats permettent au répondant de se situer par rapport aux solutions : domicile, intermédiaire ou établissement</li> <li>une partie sur avantages et inconvénients des solutions à domicile et en établissement</li> <li>une partie juridique : notamment le mandat de protection future</li> <li>une partie avec les coordonnées =&gt; N° vert solidarité/MDPH</li> <li>Ex: livret du Clic département du 94 - livret d'entrée en EHPAD « entrer en maison de retraite, ça se décide, ça s'anticipe »</li> </ul> </li> <li>Extraire l'auto-test de la brochure (décrite ci-dessus) pour diffusion, notamment dans les salles d'attente des professionnels de santé</li> <li>Revoir les modes de communication autour de l'information/orientation à destination de tous, adaptés et accessibles à tous types de handicaps</li> </ul>
Acteurs concernés	Conseil départemental et MDPH Points info seniors Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) Services d'aide à domicile Services de soins infirmiers à domicile EHPAD EHPA Hôpitaux – Service social
Planification	Tout au long de la durée du schéma
Évaluation	Réalisation de la brochure Nombre de diffusions

### **Axe 1 - Prévention - Anticipation**

# THÉMATIQUE 3 Repérer et prévenir les situations de risques de rupture

#### Contexte

Au recensement de la population de 2010, en Aveyron, 32,7% des personnes âgées de plus de 75 ans vivent seules à domicile. Pour la population de 80 ans et plus, ce taux est de 42,9 %.

Selon l'étude réalisée par l'INSEE en 2012 à la demande du Conseil départemental, il est à noter que le taux de personnes âgées potentiellement dépendantes par rapport à l'ensemble des personnes âgées aura tendance à diminuer (9,7% en 2010 à 9,1% en 2030). Cependant du fait de l'accroissement d'ici 2030 de la population âgée de 60 ans ou plus, l'INSEE prévoit une augmentation de 2 100 personnes âgées potentiellement dépendantes, situation dont le département doit tenir compte. En conséquence, les personnes susceptibles de connaître une situation de rupture augmentera.

Le repérage de ces situations et l'accompagnement des personnes sont donc primordiaux pour retarder voire prévenir cette dépendance.

Les situations pouvant entrainer une rupture dans le parcours de vie sont identifiées comme telles

- ruptures liées à la vie personnelle : veuvage / divorce.....
- évolution des ressources
- passage à la retraite
- perte brutale de certaines capacités fonctionnelles
- annonce d'une maladie évolutive
- risque lié au rôle d'aidant : fatigue, absence de solutions de répit
- changement du cadre de vie

#### Problématique soulevée

Manque de coordination entre les différents acteurs sanitaires et médico-sociaux intervenant dans le repérage des situations de rupture et de fragilité.

Des retards dans les prises en charge.

Des personnes âgées isolées avec des risques accrus de situations de ruptures....

Des réseaux de sociabilité qui s'affaiblissent : réseau amical, familial, de voisinage, affinitaire

#### Enjeux

Permettre aux personnes âgées de rester autonomes lors de la survenue d'une situation de rupture ou de fragilité

#### Publics cibles/Bénéficiaires

Personnes âgées

#### Objectifs

Renforcer le repérage des situations de rupture des usagers

Repérer les situations de risque de fragilité entrainant un risque de perte d'autonomie Maintenir la solidarité de proximité

#### **Programme d'actions**

- 1. Participer au travail de mise en place du dispositif de repérage de la fragilité
- 2. Valoriser les initiatives d'animation sociale : mise en place d'un label départemental
- 3. Sensibiliser la population aux situations porteuses de risques de rupture Campagne d'informations

Autodiagnostic de son exposition à la fragilité sous forme de BD ou quizz

# Fiche 1.3.1

Participer au travail de mise en place du dispositif de repérage de la fragilité.

# **Axe 1 - Prévention - Anticipation**

# **THÉMATIQUE 3**

# Repérer et prévenir les situations de risques de rupture

Chef de projet	Agence Régionale de Santé
Objectif opérationnel	Collaborer à l'expérimentation de la mise en place du dépistage de la fragilité initiée par l'HAS et relayée par l'ARS. Ce dispositif doit être expérimenté, dans un 1er temps, sur le bassin de santé du Nord Aveyron ou au sein d'une équipe pluridisciplinaire de soins primaires puis, dans un 2ème temps, doit être étendu à l'ensemble des bassins de santé du département Repérer les personnes âgées fragiles à un stade réversible et tendre à éviter ou retarder l'entrée dans la dépendance
Public concerné	Personnes âgées non dépendantes de plus de 70 ans
Mise en œuvre	Participation aux groupes de travail, à l'initiative de l'ARS, de mise en place du dispositif par l'élaboration de protocoles, de support de communication, de grilles d'évaluation Participation au repérage de la fragilité  - implication des travailleurs sociaux généralistes et référents APA lors de la phase de « signalement »  - communication sur ce dépistage s'appuyant sur les supports du Conseil départemental (magazine vent d'Autan, Aveyron magazine, site internet)
Acteurs concernés	Conseil Départemental - Conseil départemental de l'ordre des médecins - réseaux de santé – MAIA - Point info seniors - ADMR
Planification	Selon le calendrier de l'ARS.
Évaluation	Nombre de réunions de travail avec ARS Etat des moyens déployés par le Département - travailleurs sociaux - moyens de communication : Aveyron Magazine, Vent d'Autan, site internet

# **Fiche 1.3.2**

Valoriser les initiatives d'animation sociale : mise en place d'un label départemental

# **Axe 1 - Prévention - Anticipation**

#### **THÉMATIQUE 3**

# Repérer et prévenir les situations de risques de rupture

Chef de projet	Conseil départemental (PSD, service communication)
Objectif opérationnel	Permettre aux personnes de préserver leur autonomie, garder un pouvoir sur leur propre vie et sur l'environnement local, restaurer leur sentiment de pouvoir compter sur les autres et être utiles.  Encourager les paroles et les échanges entre habitants de tous âges autour de projets communs Inventer de nouveaux lieux de sociabilité, d'écoute, d'informations pour favoriser les initiatives Faire des établissements et services existants des lieux ressources pour les habitants
Public concerné	Personnes âgées et personnes en situation de handicap
Mise en œuvre	Groupe de travail en charge de - recenser l'existant : services d'activités itinérantes, habitat intergénérationnel, services de transport à la demande et à domicile, ateliers numériques, nouvelles formes d'habitat coopératif, café social créer un cahier des charges du label départemental - créer un label - communiquer sur ce label - lancer l'appel à projet - organiser la remise de ce label départemental
Acteurs concernés	Associations diverses – établissements – clubs - collectivités locales - organismes d'HLM
Planification	Tout au long de la durée du schéma
Évaluation	Réalisation du label Nombre d'initiatives ayant reçues ce label

### Fiche 1.3.3 Sensibiliser la population aux situations porteuses de risques de rupture

# **Axe 1 - Prévention - Anticipation**

#### **THÉMATIQUE 3**

# Repérer et prévenir les situations de risques de rupture

Chef de projet	Conseil départemental
Objectif opérationnel	Maintenir la solidarité de proximité Sensibiliser la population aux situations porteuses de risques de rupture Avoir une communication ludique et interactive
Public concerné	Personnes âgées / Personnes en situation de handicaps
Mise en œuvre	Campagne d'informations Autodiagnostic de son exposition à la fragilité sous forme de BD ou quizz
Acteurs concernés	Services d'aide et d'accompagnement à domicile - Points Info Seniors
Planification	Tout au long de la durée du schéma
Évaluation	Elaboration de la brochure Nombre de diffusions Nombre de campagnes d'informations

#### **Axe 1 - Prévention - Anticipation**

### **THÉMATIQUE 4** Favoriser la continuité ou la création de liens sociaux et solidaires

#### Contexte

- L'isolement : En France : prés d'un quart des personnes en situation d'isolement relationnel est composé de personnes âgées de plus de 75 ans (près de 1,2 million de personnes / Fondation de France 2013).

Création au niveau national de la Mobilisation nationale contre l'isolement social des âgés (MONALISA): elle consiste pour les acteurs de proximité (associations, collectivités territoriales, caisses de retraite ...) à mener un programme d'émergence et de déploiement d'équipes de citoyens bénévoles. Une charte permet aux « opérateurs d'équipes » de se reconnaître et de s'inscrire dans cette cause

En Aveyron, en 2014, le taux de personnes âgées de plus de 75 ans vivant seules à domicile par rapport à l'ensemble des personnes âgées de plus de 75 ans est de 32,7 %.

Pour la population de plus de 80 ans, ce taux est de 42,9 % en 2010. Pour cette tranche d'âge, l'Aveyron se situe au 10ème rang de l'ensemble des départements avec un problème important de personnes isolées, à domicile

Dispositif départemental « culture et lien social »

#### Problématique soulevée

- Difficultés d'entretenir une vie sociale de proximité dans un environnement sécurisant et connu, proche des magasins, des activités culturelles ou sportives au sein d'associations locales...
- Difficultés d'accès à la culture, pour diverses raisons : isolement, précarité financière...

#### Enjeux

Faire prendre conscience individuellement et collectivement que le lien social est indispensable à la vie, et un besoin vital de l'être humain

Amener les jeunes, les personnes âgées et en situation de handicap, isolés ou non à avoir un regard plus soucieux du « mieux vivre ensemble »

Mobiliser la culture comme un outil d'intervention sociale et d'amélioration du vivre ensemble

#### Publics cibles/Bénéficiaires

Personnes âgées et personnes en situation de handicap et leur entourage

#### Objectifs

Améliorer la participation à la vie citoyenne et au développement du territoire Favoriser l'autonomie dans la vie quotidienne tout en préservant ou renforçant l'intégration sociale et les solidarités de proximité (voisinage, familles, amis...)

Contribuer à améliorer la qualité de vie, de façon ludique et conviviale

Lutter contre l'isolement social et encourager la participation des citoyens et des acteurs locaux volontaires pour développer la création ou le maintien de lien social avec les personnes fragilisées

- Culture et lien social : développer des d'actions culturelles en direction des aveyronnais les plus fragiles avec une approche de développement local et de développement durable
- Sport et lien social : dans la continuité de la dynamique engagée sur le secteur culturel, développer des partenariats pour mobiliser les actions sportives en faveur du lien social

#### **Programme d'actions**

- 1. Organiser une campagne de sensibilisation et de communication via différents médias sur l'importance du lien social et les solutions existantes pour le préserver
- 2. Recenser les expériences innovantes en vue de les vulgariser
- 3. Développer de nouvelles offres socioculturelles et de loisirs
- 4. Favoriser la mobilité des publics les plus fragiles sur l'ensemble du département
- 5. Lutter contre l'isolement des personnes âgées
- 6. Valoriser les actions de prévention et d'information portées par les acteurs de proximité

# Fiche 1.4.1

Organiser une campagne de sensibilisation et de communication via différents médias sur l'importance du lien social et les solutions existantes pour le préserver

# **Axe 1 - Prévention - Anticipation**

# **THÉMATIQUE 4**

Chef de projet	Conseil départemental et MDPH
Objectif opérationnel	Maintenir la solidarité de proximité
Public concerné	Personnes âgées et personnes en situation de handicap et leur entourage
Mise en œuvre	Groupe de travail pour organiser une campagne de sensibilisation sur ce thème (périodicité, thème retenu…)
Acteurs concernés	Caisses de retraite - Mutualité Sociale Agricole - Associations d'usagers - Conseil Départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA)
Planification	Tout au long du schéma
Évaluation	Nombre de campagnes de sensibilisation réalisées pendant la durée du schéma

# Fiche 1.4.2 Recenser les expériences innovantes en vue de les vulgariser

# **Axe 1 - Prévention - Anticipation**

#### **THÉMATIQUE 4**

Chef de projet	Conseil départemental
Objectif opérationnel	Connaître, repérer d'abord et s'appuyer sur ce « qui marche » pour le développer et le mutualiser
Public concerné	Personnes âgées et personnes en situation de handicap et leur entourage
Mise en œuvre	Groupe de travail pour  - recenser ces actions innovantes ou significatives  - identifier les outils pour les vulgariser : conférence régulière à destination des professionnels, des associations, des écoles de formation, collectivités localessite internet dédié aux échanges d'expériences etc.  - élaborer un cahier des charges qui pose les conditions nécessaires pour reconnaitre que ces actions visent la reconstruction du lien social  .°placer la personne au centre des actions qui la concernent, afin qu'elle se sente de nouveau utile, qu'elle retrouve sa place parmi les autres et qu'elle reprenne sa vie en main avec confiance et dignité  .°s'inscrire dans le quotidien et la durée  - promouvoir certaines actions et en étudier les modalités : par exemple dans le cadre de l'appel à projet annuel de la Fondation de France contre la solitude
Acteurs concernés	Tous les partenaires
Planification	Tout au long du schéma
Évaluation	Cahier des charges réalisé Nombre d'actions innovantes recensées Nombre d'actions significatives recensées

# **Fiche 1.4.3** Développer de nouvelles offres socioculturelles et de loisirs

# **Axe 1 - Prévention - Anticipation**

#### **THÉMATIQUE 4**

Chef de projet	Conseil départemental / Mission de la culture
Objectif opérationnel	<ul> <li>Ouvrir davantage les offres aux personnes âgées et en situation de handicap</li> <li>Favoriser le lien social et les solidarités intergénérationnelles</li> <li>Lutter contre l'isolement</li> <li>Créer du bien-être et améliorer le « vivre ensemble »</li> <li>Encourager le développement de l'offre de pratiques physiques ou sportives</li> <li>Sensibiliser le public</li> </ul>
Public concerné	Les personnes âgées et en situation de handicap Les familles et les aidants Les professionnels du monde culturel, sportif, de loisir et du transport
Mise en œuvre	Constitution d'un groupe de travail pour  1. Répertorier ce qui existe déjà et le faire connaître aux autres acteurs et usagers  2. Développer de nouvelles offres socio- culturelles dans le cadre du projet départemental « culture et lien social »  3. Promouvoir l'activité physique en lien avec le programme national de prévention de la perte d'autonomie
Acteurs concernés	Associations - professionnels sociaux, culturels - institutions concernées
Planification	Tout au long du schéma
Évaluation	Elaboration du répertoire de l'existant Nombre d'actions réalisées en matière culturelle Nombre d'actions réalisées en matière sportive

Fiche 1.4.4
Favoriser la mobilité des publics les plus fragiles sur l'ensemble du département

# **Axe 1 - Prévention - Anticipation**

# **THÉMATIQUE 4**

Chef de projet	Conseil départemental / DDCSPP
Contexte et Objectif opérationnel	<ol> <li>Contexte: Plan départemental de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale: Axe 1: réduire les inégalités et prévenir les ruptures. Fiche 13         Contexte départemental         - 5ème département le plus vaste de métropole         - l'isolement des personnes âgées touche autant le secteur rural que le secteur urbain     </li> <li>Objectif opérationnel</li> <li>Engager une démarche favorisant la levée des obstacles à la mobilité</li> <li>Maintenir le lien social et l'accès aux services (culturels, économiques, médicaux)</li> </ol>
Public concerné	Les personnes à mobilité réduite (personnes âgées ou en situation de handicap)
Mise en œuvre	<ul> <li>Mise en place d'un groupe de travail destiné à</li> <li>Répertorier l'existant, état des lieux (transport à la demande, ligne de bus scolaire ouverte au public, facilités financières existantes et pour quel public) .les acteurs susceptibles d'être mobilisés, les publics cibles</li> <li>Favoriser le déploiement des actions existantes et opérationnelles, notamment les deux actions incluses dans le projet de territoire d'action sociale Rodez/Lévezou/ Ségala</li> <li>Favoriser la mutualisation des actions, moyens, des savoir-faire, rechercher les synergies</li> </ul>
Acteurs concernés	DDCSPP – CCAS – CDCA – DDT - Communauté de communes – communes – MDPH - acteurs associatifs - Conseil départemental (services de transports)
Planification	Planification en cohérence avec celle du Plan départemental de lutte contre la pauvreté et l'inclusion sociale
Évaluation	Effectivité du recensement Nombre d'actions déployées Nombre de mutualisations par type (actions, moyens, compétences)

# Fiche 1.4.5 Lutter contre l'isolement des personnes âgées

# Axe 1 - Prévention - Anticipation

#### **THÉMATIQUE 4**

Chef de projet	Conseil départemental / DDCSPP
Contexte et Objectif opérationnel	<ol> <li>Contexte: Plan départemental de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale: Axe 1: réduire les inégalités et prévenir les ruptures. Fiches 14 et 14 ter Contexte départemental         <ul> <li>5ème département le plus vaste de métropole. Densité de population fiable: 32 hab/km2</li> <li>La population âgée est particulièrement présente dans les communes rurales agricoles</li> <li>l'isolement des personnes âgées touche autant le secteur rural que le secteur urbain</li> <li>la pauvreté touche toutes les tranches d'âge mais plus particulièrement les 65 ans et + (en 2010, 16,5 % des aveyronnais âgés de + de 65 ans vivent sous le seuil de pauvreté, classant le département au 92° rang (la France est à 9,8 %)</li> </ul> </li> </ol>
	<ul> <li>Objectif opérationnel         <ul> <li>Eviter les ruptures de parcours de santé et de prise en charge</li> <li>Maintenir les liens sociaux</li> <li>Faciliter les actions de prévention</li> </ul> </li> </ul>
Public concerné	Les personnes âgées
Mise en œuvre	<ul> <li>Inciter les établissements pour personnes âgées (résidences autonomies, établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), à proposer des activités communes aux personnes vivant à domicile (ouverture des structures vers l'extérieur) et multiplier les activités animées par des intervenants extérieurs dans le cadre notamment des conventions tripartites / CPOM / Conseil départemental / Agence Régionale de Santé / établissement)</li> <li>Etudier la possibilité de recourir à des groupements de coopération par les services à domicile pour proposer des activités communes</li> <li>Mener localement des actions d'informations sur les services et prestations existants</li> <li>Organiser des activités et les proposer aux différents publics concernés</li> <li>Organiser les forums, conférences des groupes de parole</li> </ul>
Acteurs concernés	Tout établissement accueillant des personnes âgées Les services d'aide et d'accompagnement à domicile Les « clubs » et regroupements de personnes âgées Les Points Infos Seniors Les Territoires d'Action Sociale à travers leurs projets de territoire
Planification	Tout au long du schéma lors de la renégociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) Au vu des projets des établissements et services
Évaluation	Evaluation annuelle Nombre de conventions tripartites CPOM incluant cet objectif Nombre de projets des établissements et services Nombre d'actions organisées par les Points Infos Seniors et par les Territoires d'Action Sociale

# Fiche 1.4.6

Valoriser les actions de prévention et d'information portées par les acteurs de proximité

# **Axe 1 - Prévention - Anticipation**

#### **THÉMATIQUE 4**

Chef de projet	Conseil départemental
Objectif opérationnel	Participer à faire connaître ces actions Encourager les acteurs de proximité à développer ce type d'initiative Valoriser la dynamique partenariale locale
Public concerné	Les acteurs de proximité – porteurs d'initiative
Mise en œuvre	Constituer un groupe de travail  • Élaborer un cahier des charges identifiant :  - les critères d'accompagnement financier et technique  - les modalités de communication et de valorisation de ces actions par le biais des divers supports dont dispose le Conseil départemental (ex : aveyron.fr)  - les modalités de suivi et d'évaluation des actions accompagnées
Acteurs concernés	Pôle des solidarités départementales - Service communication et documentation - Direction des affaires culturelles et de la vie associative, du patrimoine et des musées
Planification	Tout au long du schéma
Évaluation	Réalisation du cahier des charges Nombre annuel de conventions répondant au cahier des charges Nombre annuel d'actions accompagnées

# **Axe 2:**

# Parcours individualisé de la personne âgée et de la personne en situation de handicap - Adaptation

### **Thématiques**

- 1. Promouvoir une offre de logement adaptée et accessible
- 2. Accompagner les aidants non professionnels
- 3. Diversifier l'offre de service
- 4. Améliorer la qualité de l'offre
- 5. Accompagner les besoins spécifiques des personnes en situation de handicap

# Axe 2 : Parcours individualisé de la personne âgée et de la personne en situation de handicap - Adaptation

Thématiques	Fiches actions
1. Promouvoir une offre de logement adaptée et accessible	1. Promouvoir des critères de prestation habitat adaptés en fonction des handicaps et des pertes d'autonomie en intégrant les possibilités domotiques
	2. Créer un pôle ressource pour les logements adaptés
2. Accompagner les aidants	1. Évaluer les attentes des aidants non professionnels
non professionnels	2. Connaître les aidants et adapter les réponses
3. Diversifier l'offre de service	1. Encourager les solutions de répit innovantes et consolider l'existant
	2. Répondre aux besoins spécifiques de prise en charge
	3. Développer les solutions alternatives domicile/établissement : offre de logements autonomes avec accompagnement médico-social de proximité (habitat regroupé inséré dans un réseau de service, habitat partagé)
	4. Mener une réflexion partenariale pour améliorer les conditions de fonctionnement de l'accueil familial regroupé (évaluation du dispositif existant, évolutions législatives nécessaires à la pérennisation du fonctionnement – statut des accueillants notamment, améliorations organisationnelles)
4. Améliorer la qualité de l'offre	1. Promouvoir auprès des professionnels des établissements et des services à domicile des formations avec simulateur de vieillissement / handicaps physiques
	2. Mutualiser les réflexions en matière de qualité et développer les coopérations
	3. S'inscrire dans une démarche d'amélioration de la prise en compte des troubles cognitifs et du handicap psychique dans l'évaluation APA
5. Accompagner les besoins spécifiques des personnes en	1. Développer les Groupements d'Entraide Mutuelle (GEM) sur l'ensemble du territoire
situation de handicap	2. Développer l'accompagnement social et médico-social des personnes en situation de handicap psychique
	3. Développer des lieux d'activités et d'accueil de jour, un dispositif « passerelle »
	4. Créer des unités mobiles
	5. Développer la structuration de l'accueil des Personnes Handicapées Vieillissantes (PHV)

# Axe 2 – Parcours individualisé de la personne âgée et de la personne handicapée - Adaptation

# **THÉMATIQUE 1** Promouvoir une offre de logement adaptée et accessible

#### Contexte

Selon diverses études, la majorité des personnes en perte d'autonomie que celle-ci soit due à des déficiences ou du fait du vieillissement souhaitent pouvoir vivre à domicile, près de leurs proches (famille ou amis).

La question du logement est donc essentielle. Le respect du choix de vie à domicile nécessite notamment que le logement soit adapté, sécurisé et sécurisant, que les équipements dont il bénéficie puissent être utilisés sans difficultés, que l'intervention éventuelle de tiers y soit facilitée et que l'accessibilité soit garantie pour que le maintien des relations sociales soit possible.

# Problématique soulevée

L'habitat et le cadre de vie ne sont pas toujours adaptés au handicap et à la perte d'autonomie et lorsque des logements adaptés sont disponibles, ils ne sont pas forcément connus et repérés par les personnes qui en ont besoin.

Il n'y a pas de recensement de l'offre de logements adaptés ni de la demande.

#### Enjeux

Permettre le respect du choix de la personne

#### **Publics cibles/Bénéficiaires**

Personnes handicapées à la recherche d'un logement adapté

#### Objectifs

Promouvoir une offre de logement adaptée aux besoins des personnes en perte d'autonomie et la faire connaître.

Mettre en adéquation offre et besoin.

#### **Programme d'actions**

- 1. Promouvoir des critères de prestation habitat adaptés en fonction des handicaps et des pertes d'autonomie en intégrant les possibilités domotiques et créer un label logement adapté
- 2. Créer un pôle ressource pour les logements adaptés

# **Fiche 2.1.1**

Promouvoir des critères de prestation habitat adaptés en fonction des handicaps et des pertes d'autonomie en intégrant les possibilités domotiques

# Axe 2 – Parcours individualisé de la personne âgée et de la personne handicapée - Adaptation

### THÉMATIQUE 1 -

# Promouvoir une offre de logement adaptée et accessible

Chef de projet	Conseil départemental – MDPH
Objectif opérationnel	Faciliter le maintien à domicile des personnes en situation de handicap en fédérant les acteurs du logement autour de la problématique du logement adapté
Public concerné	Personnes âgées et personnes en situation de handicap
Mise en œuvre	Développer une « culture du logement adapté » :  - Elaborer un guide de l'habitat adapté, adaptable et accessible à destination des professionnels et des particuliers,  - Favoriser l'engagement des partenaires du logement dans une démarche d'habitat adapté à travers la signature d'une charte reprenant les critères essentiels mentionnés dans le guide avec à la clé l'attribution d'un label habitat adapté  - Sensibiliser les artisans aux besoins spécifiques des personnes en situation de handicap  - Etudier la pertinence du recours à la domotique pour sécuriser le maintien à domicile et réaliser les études d'opportunité pour le développer (pack domotique)  - Organiser des journées d'information du grand public avec les signataires de la charte et y associer les professionnels de la domotique.
Acteurs concernés	Collectivités territoriales, bailleurs sociaux, bailleurs privés, services de l'habitat dont l'ANAH, ADIL, Fédération du bâtiment (FFB) et Confédération de l'artisanat et des petites entreprises du bâtiment (CAPEB), MSA, CARSAT, Associations d'usagers
Planification	Tout au long du schéma
Évaluation	Nombre d'accompagnements réalisés Nombre de professionnels rencontrés Nombre de projets accompagnés en lien avec la domotique

# Fiche 2.1.2 Créer un pôle ressource pour les logements adaptés

### Axe 2 – Parcours individualisé de la personne âgée et de la personne handicapée -**Adaptation**

# THÉMATIQUE 1 -Promouvoir une offre de logement adaptée et accessible

Chef de projet	Conseil départemental
Objectif opérationnel	Mettre en adéquation l'offre et la demande de logements adaptés Centraliser et coordonner l'offre de logements adaptés
Public concerné	Personnes en situation de handicap
Mise en œuvre	<ul> <li>Créer un pôle ressource dont les missions seraient de repérer et de recenser         <ul> <li>les logements adaptés/ adaptables du parc de logements publics et privés</li> <li>les besoins d'adaptation sur le parc de logements</li> </ul> </li> <li>Améliorer les démarches d'accès aux logements adaptés et en organiser le suivi</li> <li>Prendre contact avec les réseaux porteurs de ce type d'initiative (ex ADALOGIS)</li> </ul>
Acteurs concernés	Partenaires du PDALHPD - Bailleurs sociaux - Bailleurs privés Cette action est en lien avec l'axe 3 du programme d'actions prévu dans le cadre du PDALHPD qui s'intitule « mettre en adéquation l'offre et la demande pour les personnes handicapées »
Planification	Tout au long du schéma
Évaluation	Mise en place effective du pôle Nombre de demandes traitées par le pôle Nombre de logements adaptés recensés par le pôle

# Axe 2 - Parcours individualisé de la personne âgée et de la personne handicapée - Adaptation

# THÉMATIQUE 2 Accompagner les aidants non professionnels

#### Contexte

L'aidant est un interlocuteur privilégié des professionnels intervenant auprès du proche âgé ou en situation de handicap

Toutefois, l'aidant peut éprouver des difficultés à trouver sa place lorsqu'un ou plusieurs professionnels interviennent auprès du proche aidé

Cette situation peut être exacerbée par des interventions professionnelles nombreuses créant à certains moments une juxtaposition et des difficultés de coordination entre elles.

L'existence de divers et multiples dispositifs ou structures rendent complexes et peu lisibles les possibilités d'accompagnement pour l'aidant

L'opportunité est donnée par la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au Vieillissement de s'inscrire dans les actions qu'elle institue pour soutenir les aidants

#### Problématique soulevée

Méconnaissance du public et de ses besoins

Parfois, les représentations de chacun par rapport aux dispositifs peuvent créer des malentendus dans le trio (aidant-aidé-professionnel)

Ex : confusion entre « une prestation d'un(e) employé(e) de maison » et l'intervention d'une «aideménagère», qui peut apporter à la personne aidée plus qu'une prestation de service, à savoir, une stimulation

Parfois, l'aidant surestime ses capacités et sous-estime les besoins de l'aidé

#### Enjeux

Permettre la considération et la reconnaissance de l'aidant

Permettre à l'aidant de trouver sa juste place

Instaurer une relation de confiance entre l'aidant et les professionnels

#### Publics cibles/Bénéficiaires

Les aidants non professionnels accompagnant un proche âgé ou en situation de handicap Les professionnels intervenant auprès des aidés et des aidants

#### Objectifs

Prévenir les tensions dans le trio

Permettre à l'aidant d'exprimer ses difficultés (déculpabilisation) et permettre aux professionnels de les recevoir

#### **Programme d'actions**

- 1. Évaluer les attentes des aidants non professionnels
- 2. Connaitre les aidants et adapter les réponses

# **Fiche 2.2.1** Évaluer les attentes des aidants non professionnels

# Axe 2 – Parcours individualisé de la personne âgée et de la personne handicapée -**Adaptation**

# **THÉMATIQUE 2 -**Accompagner les aidants non professionnels

Chef de projet	Conseil départemental / MDPH
Objectif opérationnel	Évaluer les attentes des familles (aidants et aidés) dès le début des interventions Mettre en capacité les professionnels de recueillir les attentes formulées et d'informer sur les possibilités d'intervention des services
Public concerné	Les aidants non professionnels accompagnant un proche âgé ou en situation de handicap Les professionnels intervenant auprès des aidés et des aidants
Mise en œuvre	Constituer un groupe de travail  - Clarifier le rôle de chaque élément du trio (aidant-aidé-professionnel) Qu'est-ce qui relève du professionnel? Quelle place pour l'aidant?  - Élaborer les moyens permettant aux professionnels d'évaluer dès le début de leur intervention les besoins des aidants non professionnels et prévoir une réévaluation régulière  Ex : entretien dédié à l'aidant, grille d'évaluation spécifique, à quel moment,  - Étudier l'opportunité d'encourager les formations pour les professionnels, leur permettant d'acquérir des techniques de communication auprès des aidés et aidants
Acteurs concernés	ARS / Instances de coordination / Associations d'usagers / Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) / CNSA
Planification	Tout au long du schéma
Évaluation	Nombre d'outils mis en place pour évaluer les attentes des aidants Nombre d'outils mis en place pour mettre en capacité les professionnels de les recevoir

# **Fiche 2.2.2** Connaître les aidants et adapter les réponses

# Axe 2 – Parcours individualisé de la personne âgée et de la personne handicapée -**Adaptation**

### **THÉMATIQUE 2-**

# Accompagner les aidants non professionnels

Chef de projet	Conseil Départemental/ MDPH
Objectif opérationnel	Vérifier l'existence de besoins en matière de développement de l'accueil de jour, hébergement temporaire, service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés, plateforme de répit, de formation aux aidants sur leurs droits et sur la compréhension de la relation aidant/aidé, Adapter, développer ou créer les réponses
Public concerné	Les aidants non professionnels accompagnant un proche âgé ou en situation de handicap
Mise en œuvre	Intégrer le public des aidants non professionnels dans le champ de l'observatoire (lien fiche n°4.3.1) pour  - Définir le périmètre «des aides et dispositifs en faveur des aidants»  - Recenser l'existant : des aides et dispositifs en faveur des aidants  - Établir un diagnostic des besoins des aidants  Exploitation des résultats du questionnaire à destination des aidants, réalisé en 2014-2015  - Étudier si des initiatives «atypiques» : baluchonnage et recours au service civique notamment, pourraient répondre à des besoins non couverts
Acteurs concernés	Conférence départementale des financeurs de la prévention / ARS / Instances de coordination /Associations d'usagers / Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) / DDCSPP / CNSA etc.
Planification	Tout au long du schéma
Évaluation	Mise en place de l'observatoire Réalisation du diagnostic Nombre d'études réalisées sur les initiatives atypiques

# Axe 2 - Parcours individualisé de la personne âgée et de la personne handicapée - Adaptation

### **THÉMATIQUE 3** Diversifier l'offre de service

#### Contexte

Toute personne handicapée/âgée, doit pouvoir choisir, en fonction de son projet de vie, la réponse d'accompagnement qui lui correspond le mieux au plus proche de chez elle. Si le département de l'Aveyron soutient depuis de nombreuses années la politique de maintien à domicile, l'évolution des besoins, qui passe notamment par la transformation de la pyramide des âges, aboutit à la diversification de l'offre et des attentes des aînés et des personnes handicapées.

Face à ce contexte, le nombre de réponses s'est considérablement développé au cours des dernières années dans le département. L'Aveyron affiche ainsi les taux d'équipements en établissements et services « traditionnels » pour personnes âgées et en situation de handicap satisfaisants au regard des besoins (taux les plus élevés de la région Midi-Pyrénées).

Cependant, l'offre disponible est inégalement répartie sur le territoire et ne constitue pas toujours une réponse suffisante. Il convient donc de la diversifier afin de proposer un panel de réponses plus large. Par ailleurs, les travaux récents menés au niveau du département par l'ARS et le Conseil Départemental sur la prise en charge du handicap psychique ont souligné le besoin d'un accompagnement adapté et de solutions d'hébergement et d'accueil diversifiées (cf. également thématique 5).

#### Problématique soulevée

Offre de service incomplète et inégalement répartie sur le territoire

#### **Enjeux**

Proposer un panel de services répondant à l'ensemble des besoins personnes âgées et handicapées. Prendre en compte les attentes, évolutions des besoins, le maintien de l'autonomie, et l'accès à une vie sociale.

Répondre à des besoins non couverts et très personnalisés.

#### **Publics cibles/Bénéficiaires**

Personnes handicapées / Personnes âgées

#### **Objectifs**

Diversifier les modes d'accueil pour favoriser la fluidité des parcours

- apporter une réponse aux problématiques liées à l'environnement (isolement géographique, contexte rural, transport)
- améliorer la prise en charge de besoins spécifiques tels que l'urgence et l'accueil de nuit
- favoriser le maintien à domicile
- faire évoluer le fonctionnement des accueils familiaux regroupés (AFR) afin de pérenniser ce dispositif d'accompagnement
- diversifier et assouplir les modes d'accueil afin de fluidifier les parcours

#### **Programme d'actions**

- 1. Encourager les solutions de répits innovantes et consolider l'existant
- 2. Répondre aux besoins spécifiques de prise en charge
- 3. Développer les solutions alternatives domicile/établissement : offre de logements autonomes avec accompagnement médico-social de proximité (habitat regroupé inséré dans un réseau de service, habitat partagé...)
- 4. Mener une réflexion partenariale pour améliorer les conditions de fonctionnement des accueils familiaux regroupés

# Fiche 2.3.1 Encourager les solutions de répits innovantes et consolider l'existant

# Axe 2 – Parcours individualisé de la personne âgée et de la personne handicapée - Adaptation

# Thématique 3 -Diversifier l'offre de service

Chef de projet	Conseil départemental - Agence Régionale de Santé
Objectif opérationnel	Adapter l'offre existante de prise en charge des personnes âgées et handicapées afin de prendre en compte leurs attentes, l'évolution de leurs besoins, le maintien de leur autonomie et de l'accès à la vie sociale, la continuité de leur prise en charge
Public concerné	Personnes âgées et en situation de handicap
Mise en œuvre	<ul> <li>Développer l'offre d'accueil de jour et d'hébergement temporaire de façon homogène sur l'ensemble du département (réalisation d'un diagnostic conjoint avec l'ARS de l'offre pour personnes âgées sur l'ensemble du territoire)</li> <li>Promouvoir la création d'accueil de jour itinérant, mutualisé entre plusieurs gestionnaires (lancement d'un appel à projet conjoint)</li> <li>Réfléchir à la transformation des foyers d'hébergement pour personnes handicapées de façon à</li> <li>assouplir leur fonctionnement (possibilité de rester en foyer d'hébergement au moment de la retraite ou après la cessation d'activité, création de stage d'un ou deux mois pour les personnes venant du domicile, développement d'activités occupationnelles)</li> <li>redéployer une partie des places vers l'accueil de PHV ou vers des places de SAVS</li> </ul>
Acteurs concernés	Etablissements et services sociaux et médico-sociaux - AFR - collectivités locales - MDPH
Planification	Tout au long du schéma
Évaluation	Recensement des démarches engagées Pour celles qui auront abouti : évaluation de la qualité des prestations nouvelles ainsi proposées

# **Fiche 2.3.2** Répondre aux besoins spécifiques de prise en charge

# Axe 2 - Parcours individualisé de la personne âgée et de la personne handicapée -**Adaptation**

# Thématique 3 -Diversifier l'offre de service

Chef de projet	Conseil départemental - Agence Régionale de Santé
Objectif opérationnel	Mettre en œuvre, sous réserve de la disponibilité des crédits à mobiliser, des dispositifs de prise en charge répondant à des besoins non pourvus pour des personnes âgées et des personnes en situation de handicap - garde ou service de nuit à domicile et accueil de nuit en établissement - accueil d'urgence en établissement (à mettre en place pour le secteur personnes âgées, à développer sur le secteur personnes handicapées) - développement des dispositifs de prise en charge de la maladie Alzheimer
Public concerné	Personnes âgées, personnes handicapées
Mise en œuvre	S'agissant de l'accueil de nuit et d'urgence, constituer un groupe de travail - élaborer un état des lieux (recenser les besoins et les actions déjà existantes) - étudier les conditions de développement de ces dispositifs au vu des besoins
	Concernant la maladie d'Alzheimer  - poursuivre, en lien avec la mise en œuvre du Plan national des maladies neuro-dégénératives, le développement des PASA et la réflexion sur les conditions de valorisation des unités Alzheimer (à partir du cahier des charges élaboré par l'ARS dans le cadre de la Commission Régionale Autonomie)  - adapter l'organisation en structure (établissements et SAAD) aux profils accueillis (projet de vie individualisé, référent, formation de personnel, etc.)  - développer la coordination fonctionnelle des SAAD avec les ESA
Acteurs concernés	ARS – Conseil Départemental- MDPH – Etablissements et services sociaux et médico-sociaux -SAAD
Planification	Tout au long du schéma
Évaluation	Réalisation du diagnostic/ recensement Nombre de structures porteuses de projet Nombre de projets réalisés

# **Fiche 2.3.3**

Développer les solutions alternatives domicile/établissement : offre de logements autonomes avec accompagnement médico-social de proximité (habitat regroupé inséré dans un réseau de service, habitat partagé...)

# Axe 2 – Parcours individualisé de la personne âgée et de la personne handicapée - Adaptation

# Thématique 3 - Diversifier l'offre de service

Chef de projet	Conseil Départemental
Objectif opérationnel	Proposer aux personnes en situation de handicap, y compris psychique, de nouvelles modalités de prise en charge décloisonnées, évolutives et structurées entre elles
Public concerné	Personnes en situation de handicap
Mise en œuvre	Accompagner par des actions d'ingénierie et de conseils - le développement de l'offre de logements autonomes insérée dans un réseau de services et avec des solutions d'accompagnements médicosociaux de proximité - le développement d'habitats regroupés, partagés
Acteurs concernés	Etablissements - Offices HLM - bailleurs - mairies - MDPH - Associations d'usagers - services de soins spécialisés
Planification	Tout au long du schéma
Évaluation	Nombre d'actions mises en place

### **Fiche 2.3.4**

Mener une réflexion partenariale pour améliorer les conditions de fonctionnement des Accueils Familiaux Regroupés (AFR)

# Axe 2 - Parcours individualisé de la personne âgée et de la personne handicapée -**Adaptation**

# Thématique 3 -Diversifier l'offre de service

Chef de projet	Conseil départemental - Associations gérant les AFR
Objectif opérationnel	<ul> <li>Faire évoluer le statut des accueillants familiaux afin de l'adapter aux spécificités de l'AFR et de pérenniser le dispositif</li> <li>Améliorer l'organisation et le fonctionnement des AFR</li> <li>Encourager la mise en œuvre de formations adaptées aux profils accueillis (PA/PH)</li> </ul>
Public concerné	Personnes âgées, personnes handicapées
Mise en œuvre	Constituer un groupe de travail - recenser et évaluer les modes de fonctionnement actuels des différents AFR (financement, statut du personnel, turn-over, organisation,) - apporter une réflexion sur les évolutions législatives nécessaires concernant le statut des accueillants familiaux en AFR afin de rendre cette fonction plus attractive
Acteurs concernés	Conseil départemental - Associations gérant les AFR ou porteuses de nouveaux projets
Planification	Tout au long du schéma
Évaluation	Effectivité de la mise en place du groupe de travail Nouveaux projets proposés

# Axe 2 - Parcours individualisé de la personne âgée et de la personne handicapée - Adaptation

### **THÉMATIQUE 4**

#### Améliorer la qualité de l'offre

#### Contexte

La qualité de l'offre renvoie à un premier niveau au ressenti et à l'appréciation de l'usager. Cependant, la notion de qualité s'inscrit dans un contexte plus large qui s'appuie sur les modalités et conditions de l'intervention des professionnels, les qualités relationnelles, les compétences techniques des intervenants, la réponse aux besoins de la personne par une offre coordonnée, l'adéquation entre les besoins identifiés et les aides proposées, ainsi que la lisibilité de l'offre.

Par ailleurs, le contexte contraint au niveau budgétaire renvoie, quant à lui, à la dynamique d'efficience dans laquelle les structures doivent s'inscrire, mais les indicateurs ne sont pas toujours satisfaisants quand ils existent.

Les outils proposés par la réglementation (garantie des droits des usagers, démarche qualité, conventions tripartites, CPOM, ...) sont nécessaires mais pas toujours suffisants pour définir l'adéquation entre le besoin identifié ou perçu par la personne et les prestations délivrées. Ils ne constituent pas une fin en soi et doivent pour, s'inscrire dans une dynamique d'amélioration continue de la qualité, faire régulièrement l'objet d'un suivi et d'une actualisation.

L'ANESM (Agence Nationale d'Evaluation Sociale et Médico-Sociale) ou l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance), de leur côté, propose des outils intéressants que les professionnels ne sont pas souvent en mesure de s'approprier.

En définitive, tous s'accordent à identifier le respect du projet de vie de la personne (et de son évolution) comme l'élément majeur de la qualité de la prise en charge, qui doit intégrer le souhait de la personne, la prise en compte de ses besoins et l'adaptation à l'offre disponible.

#### Problématique soulevée

La qualité de l'offre se heurte à de multiples difficultés en termes d'accompagnement (sortie d'hospitalisation, entrée en établissement non préparée, qualification des professionnels, recrutement de certains postes, etc.). Le manque d'articulation entre les nombreux intervenants, l'absence de référent, l'absentéisme et la fidélisation des professionnels, les questions liées à la maltraitance et le manque de réflexion sur les pratiques sont autant de facteurs qui s'opposent au développement d'une offre de qualité.

#### **Enjeux**

Proposer aux personnes bénéficiant d'un accompagnement en établissements et services sociaux et médico-sociaux des prestations qui répondent de façon complète et personnalisée à leurs besoins.

#### Publics cibles/Bénéficiaires

Personnes âgées et en situation de handicap prises en charge par les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

#### **Objectifs**

Améliorer le bien être des personnes accompagnées

Apporter une prestation de qualité aux personnes

Enrayer tout risque de maltraitance

Poser un regard bienveillant sur le vieillissement dans le respect de la dignité

Promouvoir la qualité de vie au travail des professionnels.

Faciliter la coopération entre acteurs du champ de la gérontologie et du handicap pour construire des accompagnements adaptés

#### **Programme d'actions**

- 1. Promouvoir auprès des professionnels des établissements et des services à domicile des formations spécifiques
- 2. Mutualiser les réflexions en matière d'amélioration de la qualité et développer les coopérations
- 3. S'inscrire dans une démarche d'amélioration de la prise en compte des troubles cognitifs et du handicap psychique dans l'évaluation APA

# **Fiche 2.4.1**

Promouvoir auprès des professionnels des établissements et des services à domicile des formations spécifiques

#### Axe 2 – Parcours individualisé de la personne âgée et de la personne handicapée -**Adaptation**

# **THÉMATIQUE 4 -**

# Améliorer la qualité de l'offre

Chef de projet	Conseil départemental - ARS - Etablissements et services sociaux et médico- sociaux
Objectif opérationnel	Disposer, pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux, de professionnels qualifiés, avec une connaissance spécifique des populations accompagnées
Public concerné	Personnes en situation de handicap / âgées
Mise en œuvre	Promouvoir auprès des professionnels des établissements et des services à domicile des formations avec simulateur de vieillissement avec, par exemple, achat de matériel à mutualiser  Encourager le développement de formations PH auprès des PA et viceversa  Impulser des stages de formation interprofessionnels et des immersions de personnels (cf. convention travaillée dans le groupe de travail handicap psychique)
Acteurs concernés	Gestionnaires ESMS - Conseil départemental - ARS
Planification	Tout au long du schéma
Évaluation	Nombre de formations organisées Nombre de stages réalisés

Fiche 2.4.2 Mutualiser les réflexions en matière d'amélioration de la qualité et développer les coopérations

### Axe 2 - Parcours individualisé de la personne âgée et de la personne handicapée -Adaptation

#### **THÉMATIQUE 4 -**

# Améliorer la qualité de l'offre

Améliorer la qualité de l'offre	
Chef de projet	Conseil départemental - Etablissements et services sociaux et médico- sociaux
Objectif opérationnel	Favoriser les échanges et la connaissance réciproque des acteurs en soutenant le partage d'expériences et de pratiques professionnelles  Promouvoir les projets de coopération structurés entre établissements et services à partir de conventions de partenariats inter-établissements ou services, de directions communes, de groupements d'employeurs ou encore de GCSMS sur des fonctions supports (ressources humaines, financières, juridiques, etc.), achats groupés, réponses communes aux appels à projets, etc.
Public concerné	Personnes en situation de handicap / âgées
Mise en œuvre	Organiser des conférences ou rencontres pour sensibiliser aux enjeux communs et valoriser des initiatives départementales ou locales (ex : colloque autour des pratiques professionnelles des établissements et services)  Développer des rencontres professionnelles régulières pour échanger sur la pratique avec l'expertise d'un psychologue, afin d'aborder différents sujets sur le comportement des professionnels, leur posture face aux personnes accompagnées  Travailler au développement de conventions entres acteurs du domicile et des établissements et entre secteurs (PA et PH) pour partager des ressources  Soutenir l'impulsion, au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des réflexions sur l'éthique et la garantie des droits usagers - créer un groupe de travail pour appropriation des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) de l'ANESM et valorisation des expériences locales, - définir les indicateurs qui permettent d'assurer le suivi de la réalisation des objectifs du projet de vie PA/PH, et développer les outils correspondants (informatiques notamment)
Acteurs concernés	Conseil départemental (Unité Protection des Majeurs) – Etablissements et services sociaux et médico-sociaux – experts
Planification	Tout au long du schéma
Évaluation	Nombre de conventions signées / de conférences organisées Repérage des indicateurs identifiés Production groupe de travail RBPP ANESM

Fiche 2.4.3.
S'inscrire dans une démarche d'amélioration de la prise en compte des troubles cognitifs et du handicap psychique dans l'évaluation APA

### Axe 2 - Parcours individualisé de la personne âgée et de la personne handicapée -Adaptation

# THÉMATIQUE 4 -Améliorer la qualité de l'offre

Chef de projet	Conseil départemental
Objectif opérationnel	Améliorer la prise en compte des troubles cognitifs ou du handicap psychique dans l'outil d'évaluation de la perte d'autonomie chez les personnes âgées afin de leur permettre de bénéficier de l'APA
Public concerné	Personnes de plus de 60 ans
Mise en œuvre	Constituer un groupe de travail afin de - recenser les outils d'évaluation existants - proposer des outils complémentaires à la grille nationale AGGIR de l'évaluation APA permettant de compléter l'évaluation des troubles cognitifs et du handicap psychique
Acteurs concernés	Conseil Départemental – ARS- MAIA- MDPH- Experts médicaux (gériatres, psychiatres,)
Planification	Tout au long du schéma
Évaluation	Effectivité de la mise en place des outils complémentaires

# Axe 2 - Parcours individualisé de la personne âgée et de la personne handicapée - Adaptation

#### **THÉMATIQUE 5**

#### Accompagner les besoins spécifiques des personnes en situation de handicap

#### Contexte

L'accroissement de l'espérance de vie des personnes handicapées nécessite une analyse des nouveaux besoins et une adaptation des accompagnements et des dispositifs existants; ils ont été précisés pour notre département, par l'enquête réalisée dans le cadre de la réflexion régionale en cours «relative à l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes et âgées en établissements et services médico-sociaux» et concernent les personnes en établissement et à domicile.

Pour les personnes en situation de handicap psychique, d'une part, les travaux récents menés au niveau du département par l'ARS et le Conseil Départemental, d'autre part le plan Autisme (2013-2017), et enfin les recommandations de l'HAS et de l' ANESM, ont souligné le besoin d'un accompagnement adapté et de solutions d'hébergement et d'accueil diversifiées ainsi que l'importance de développer la collaboration entre les différents acteurs.

#### Problématique soulevée

Besoin d'accompagnement et d'accueil pour améliorer la qualité de vie des personnes vivant à domicile et limiter les situations d'urgence.

Solutions d'hébergement et d'accueils diversifiées insuffisants et peu accessibles aux personnes handicapées. Besoin d'adapter les modalités d'accompagnement au sein des établissements et services médico-sociaux pour faciliter les parcours de vie : en particulier lors des différentes étapes de la vie : jeunes intégrant les structures adultes, passage à la retraite, évolution du handicap, vieillissement.

#### **Enjeux**

Favoriser la capacité de la personne à être acteur de ses choix Améliorer la qualité de l'accompagnement Répondre à des besoins non couverts Limiter les situations d'urgence

#### **Publics cibles/Bénéficiaires**

Personnes handicapées vieillissantes et personnes en situation de handicap psychique Etablissements et services médico-sociaux

#### Objectifs

Améliorer l'accompagnement dans la vie quotidienne et sociale à domicile et en établissements et services médico-sociaux

Lutter contre l'isolement

Permettre de limiter les situations d'urgence

Permettre une adaptation plus facile aux établissements et des étapes dans le parcours de vie

Adapter les réponses en termes d'hébergement

#### **Programme d'actions**

- 1. Développer les Groupements d'Entraide Mutuelle (GEM) sur l'ensemble du territoire
- 2. Développer l'accompagnement social et médico-social des personnes en situation de handicap psychique
- 3. Développer des lieux d'activités et d'accueil de jour, un dispositif « passerelle »
- 4. Créer des unités mobiles
- 5. Développer la structuration de l'accueil des Personnes Handicapées Vieillissantes (PHV)

Fiche 2.5.1
Développer les Groupements d'Entraide Mutuelle sur l'ensemble du territoire

### Axe 2 - Parcours individualisé de la personne âgée et de la personne handicapée -Adaptation

#### THÉMATIQUE 5 -

Chef de projet	ARS
Objectif opérationnel	Développer l'accompagnement de proximité des personnes en situation de handicap psychique
Public concerné	Personnes handicapées psychiques
Mise en œuvre	Etudier les possibilités de développement et de soutien des GEM sur l'ensemble du territoire aveyronnais
Acteurs concernés	ARS – Conseil départemental- Espoir 12 - UNAFAM - Services de soins psychiatriques
Planification	Cf. SROMS
Évaluation	Analyse des bilans d'activité des GEM

# Fiche 2.5.2

Développer l'accompagnement social et médico-social des personnes en situation de handicap psychique

# Axe 2 - Parcours individualisé de la personne âgée et de la personne handicapée - Adaptation

#### **THÉMATIQUE 5 -**

Chef de projet	Conseil départemental - ARS
Objectif opérationnel	Améliorer l'accompagnement au quotidien des personnes handicapées psychiques Lutter contre l'isolement Favoriser l'accès aux soins et coordonner les prises en charge Prévenir les situations d'urgence
Public concerné	Personnes en situation de handicap psychique
Mise en œuvre	A partir du diagnostic départemental réalisé sur les besoins des personnes handicapées psychiques, des recommandations issues des travaux de la CNSA sur les services d'accompagnements, de cette population et en référence au plan Autisme 2013-2017  - élargir le périmètre de prise en charge des SAVS généralistes : leur permettre de développer des compétences spécifiques pour accompagner les personnes en situation de handicap psychique - encourager les structures à développer des projets de service adaptés à ce public, à consolider et à diversifier leur partenariat - créer conjointement avec l'ARS un SAMSAH pour personnes en situation de handicap psychique (appel à projet) - adapter les réponses aux besoins spécifiques des personnes atteintes de troubles du spectre autistique. En fonction du diagnostic a réaliser en la matière et sous réserve de besoins avérés, la création d'une structure dédiée pourra être envisagée.
Acteurs concernés	Conseil départemental - ARS - Services de soins de psychiatrie - Associations gestionnaires et d'usagers
Planification	2016 : appel à projet du SAMSAH psychique Réalisation tout au long du schéma
Évaluation	Nombre de places crées Nombre de personnels formés Nombre de projets de service adaptés Nombre de conventions de partenariat conclues

Fiche 2.5.3
Développer des lieux d'activités et d'accueil de jour, un dispositif « passerelle »

#### Axe 2 - Parcours individualisé de la personne âgée et de la personne handicapée -**Adaptation**

#### THÉMATIQUE 5 -

Chef de projet	Conseil départemental / MDPH
Objectif opérationnel	Diversifier l'offre au sein des établissements et permettre une adaptation progressive en fonction des besoins  Répondre avec une individualisation des parcours aux besoins  -des personnes handicapées vieillissantes à domicile et en établissement (enquête)  - de certaines personnes handicapées psychiques  - de certains jeunes handicapés adultes  Limiter les situations d'urgence Lutter contre l'isolement et soutenir les aidants familiaux
Public concerné	Personnes handicapées vieillissantes Personnes handicapées psychiques Jeunes handicapés adultes
Mise en œuvre	Mener une réflexion sur l'offre existante et sur l'ensemble des besoins en termes de dispositifs d'accueil de jour.  Envisager, à moyens constants (transformation de places FH en AJ par ex), la mise en place d'un dispositif de transition, « passerelle », entre les « mondes enfant et adultes » en particulier. A envisager également pour répondre aux besoins des travailleurs handicapés en cessation totale ou partielle d'activité.  Intérêt : intégration progressive en établissement des jeunes handicapés adultes pour les accompagner dans leur parcours d'insertion (ou accompagnement des futurs retraités vers l'évolution de leur situation)
Acteurs concernés	Conseil départemental - Associations gestionnaires - Agence régionale de santé
Planification	Tout au long du schéma
Évaluation	Nombre d'actions réalisées

# Fiche 2.5.4 Créer des unités mobiles

# Axe 2 - Parcours individualisé de la personne âgée et de la personne handicapée - Adaptation

#### **THÉMATIQUE 5 -**

Chef de projet	Conseil départemental - MDPH
Objectif opérationnel	Adapter les établissements et services au vieillissement des personnes handicapées
Public concerné	Personnes handicapées vieillissantes en établissement
Mise en œuvre	Créer un groupe de réflexion pour préciser les besoins dans le but de favoriser la création d'une équipe mobile pour intervenir au sein de structures relevant d'une même association ou inter-associations - conseil technique auprès des équipes des établissements et services médico-sociaux - interventions ponctuelles auprès des personnes
Acteurs concernés	Conseil départemental - Agence Régionale de Santé - Associations gestionnaires
Planification	Tout au long du schéma
Évaluation	Nombre d'unités mobiles créées

# Fiche 2.5.5

Développer la structuration de l'accueil des Personnes Handicapées Vieillissantes (PHV)

### Axe 2 - Parcours individualisé de la personne âgée et de la personne handicapée -**Adaptation**

#### **THÉMATIQUE 5 -**

Chef de projet	Conseil départemental - MDPH
Objectif opérationnel	Adapter les établissements et services au vieillissement des personnes handicapées Diversifier les possibilités d'accueil des Personnes handicapées vieillissantes
Public concerné	Personnes handicapées vieillissantes en établissement et à domicile
Mise en œuvre	Faire un état des lieux sur l'accueil, à ce jour, des PHV au sein des établissements sociaux et médico-sociaux PA/PH : nombre, parcours de vie, modalités, financement  Analyser les enjeux de cet accueil : intérêts, difficultés  Envisager, par voie de redéploiement, de développer l'offre spécifique pour les PHV  Déterminer les conditions d'une tarification « hébergement » et « dépendance » applicable à l'accueil de PHV en EHPAD
Acteurs concernés	Conseil départemental - Associations gestionnaires
Planification	Tout au long du schéma
Évaluation	Réalisation de l'état des lieux Nouvelles modalités de tarification

# Axe 3:

# **Coordination et territorialisation - Accompagnement**

#### **Thématiques**

- 1. Se connaître entre acteurs professionnels
- 2. Mettre en capacité les professionnels d'accompagner la personne âgée et son entourage dans son choix
- 3. Développer les complémentarités entre les instances de coordination

# **Axe 3: Coordination et territorialisation - Accompagnement**

Thématique	Fiches actions
memanque	riches actions
	Élaborer un annuaire départemental des professionnels avec une déclinaison locale
Se connaître entre acteurs     professionnels	Organiser un forum annuel d'information et d'échanges
	3. Organiser la complémentarité des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires pour améliorer l'articulation entre ces professionnels
2. Mettre en capacité les professionnels d'accompagner la personne âgée et son entourage dans son choix	Aider au cheminement des personnes âgées et de leur entourage dans leur choix de vie
	Préparer le socle de base dans la perspective de la création d'un Système d'Information Partagé
3. Développer les complémentarités entre les instances de coordination	Réfléchir autour de la création d'une structure regroupant les instances de coordination existantes en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap
	3. Elaborer un dispositif de référent « parcours de vie »

### Axe 3 - Coordination et territorialisation - Accompagnement

# THÉMATIQUE 1

### Se connaître entre acteurs professionnels

### Contexte

Face à la multitude d'intervenants et de dispositifs, un besoin de rencontres et d'échanges de pratiques est vivement exprimé par les acteurs professionnels, dans le but d'optimiser l'exercice de leurs missions telles que l'orientation des personnes vers le ou les bons dispositifs ou la recherche de prises en charge adaptées.

### Problématique soulevée

La méconnaissance par les acteurs professionnels de l'ensemble des parties prenantes dans l'accompagnement et la prise en charge des personnes âgées et personnes handicapées peut entrainer des difficultés dans l'accès aux droits et dans le parcours.

Ce constat est renforcé par un cloisonnement persistant entre le secteur médical et les secteurs sociaux et médico-sociaux.

### Enjeux

Permettre l'accès aux droits.

Permettre à tout professionnel d'avoir un même niveau d'informations générales pour que le « discours » apporté aux personnes soit cohérent (notamment d'une institution à l'autre) et en accord avec la réglementation en vigueur.

### **Publics cibles/Bénéficiaires**

Les acteurs professionnels au sens large Les acteurs du secteur social, médico-social et sanitaire

### Objectifs

Se connaître entre acteurs professionnels pour mieux accompagner les personnes dans la réalisation de leur projet de vie.

Développer les relations entre les acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires pour améliorer leur articulation.

### **Programme d'actions**

- 1. Elaborer un annuaire départemental des professionnels avec une déclinaison locale
- 2. Organiser un forum annuel d'informations et d'échanges entre les acteurs professionnels
- 3. Organiser la complémentarité des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires

Fiche 3.1.1
Elaborer un annuaire départemental des professionnels avec une déclinaison locale

# **Axe 3 – Coordination et territorialisation - Accompagnement**

### THÉMATIQUE 1 -

# Se connaître entre acteurs professionnels

Chef de projet	Conseil départemental MDPH ARS
Objectif opérationnel	Mettre en capacité les professionnels de se connaître afin de mieux orienter les personnes dans la réalisation de leur projet de vie
Public concerné	Les acteurs professionnels au sens large, notamment les acteurs du secteur social, médico-social, et sanitaire
Mise en œuvre	Constitution d'un groupe de travail - définir le périmètre de l'annuaire - dresser la liste des partenaires à intégrer dans l'annuaire - choisir le support - choisir le mode de diffusion auprès des professionnels - définir les modalités de mises à jour
Acteurs concernés	Conseil départemental Instances de coordination : Points Infos Seniors - MAIA - MDPH
Planification	2 <sup>ème</sup> semestre 2016 : début de la réflexion Tout au long du schéma
Évaluation	Réalisation de l'annuaire Nombre de professionnels ayant accès à l'annuaire

Fiche 3.1.2
Organiser un forum annuel d'informations et d'échanges entre professionnels

# Axe 3 – Coordination et territorialisation - Accompagnement

### THÉMATIQUE 1 -

# Se connaître entre acteurs professionnels

Chef de projet	Conseil départemental
Objectif opérationnel	Mettre en capacité les professionnels de se connaître afin de mieux orienter les usagers dans la réalisation de leur projet de vie
Public concerné	Les acteurs professionnels au sens large, notamment les acteurs du secteur social, médicosocial, et sanitaire
Mise en œuvre	Constitution d'un groupe de travail - organisation matérielle - liste des participants - thèmes / ateliers
Acteurs concernés	ARS - MSA - CARSAT - Conseil départemental - MDPH - Instances de coordination
Planification	Annuelle / tout au long du schéma
Évaluation	Nombre de professionnels participants Nombre d'entrée dans le forum

Fiche 3.1.3
Organiser la complémentarité des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires

# **Axe 3 – Coordination et territorialisation - Accompagnement**

### THÉMATIQUE 1 -

# Se connaître entre acteurs professionnels

Chef de projet	Conseil départemental - ARS
Objectif opérationnel	Permettre aux professionnels de santé d'être un relais dans l'information et l'orientation vers des dispositifs d'aide et de répit auprès des aidants et des aidés qu'ils reçoivent comme patients
Public concerné	Les professionnels de santé
Mise en œuvre	Personnalisation de la communication en direction des professionnels de santé  - sensibilisation au cas par cas des professionnels de santé « porte à porte » auprès des professionnels de santé  Ex : Kit départemental relayé par les structures implantées localement  - réunion de sensibilisation au sein des Maisons de Santé (qui constituent une bonne base pour impliquer les professionnels)  - sensibilisation plus ciblée en direction des médecins généralistes (neurologue, gériatre, psychiatre,)
Acteurs concernés	ARS - Conseil de l'Ordre des Médecins - Conseil départemental – MDPH - Instances de coordination
Planification	Tout au long du schéma
Evaluation	Nombre de réunions de sensibilisation Nombre de professionnels de santé sensibilisés

### Axe 3 – Coordination et territorialisation - Accompagnement

### **THÉMATIQUE 2**

Mettre en capacité les professionnels d'accompagner la personne âgée et son entourage dans son choix

### Contexte

Dans leur intervention à domicile auprès des personnes âgées, de nombreux professionnels expriment leurs difficultés à se positionner face à des conditions de vie qui leur semblent ne pas être compatibles avec le choix de vivre à domicile.

Ces professionnels sont tiraillés entre le respect du libre choix de la personne et leur évaluation de la situation.

De ce fait, les professionnels peuvent exprimer des difficultés dans leur relation avec les familles ou la personne accompagnée ainsi qu'un sentiment de solitude.

### Problématique soulevée

Isolement des professionnels intervenant au domicile face à des situations difficiles liées au choix de vivre à domicile.

Gestion difficile des relations entre professionnels, personnes aidées et leur entourage.

### **Enjeux**

Permettre à tout professionnel d'éclairer la personne sur les limites de son choix de vie et l'accompagner dans son cheminement.

Faire que chacun trouve sa « juste place ».

### Publics cibles/Bénéficiaires

Personnes âgées et leur entourage Les professionnels intervenant à domicile

#### Objectifs

Permettre aux professionnels d'accompagner les personnes âgées et leur entourage dans leur choix, notamment de les faire cheminer vers la prise en charge la plus adaptée (aide à l'expression du choix)

- donner les éléments de reconnaissance des limites du maintien à domicile et en avoir une même lecture entre professionnels
- développer une pédagogie auprès des intervenants professionnels à destination des personnes âgées et de leur entourage

Améliorer les relations entre les professionnels, les personnes aidées et leur entourage

### **Programme d'actions**

1. Aider au cheminement des personnes âgées et de leur entourage dans leur choix de vie.

# **Fiche 3.2.1**

Aider au cheminement des personnes âgées et de leur entourage dans leur choix de vie

# **Axe 3 – Coordination et territorialisation - Accompagnement**

### THÉMATIQUE 2 -

Mettre en capacité les professionnels d'accompagner la personne âgée et son entourage dans son choix

entourage dans son choix	
Chef de projet	Conseil départemental
Objectif opérationnel	<ul> <li>Se donner des règles et des outils pour reconnaitre et faire reconnaitre les limites de prise en charge de la personne âgée</li> <li>Promouvoir ces outils sur les bonnes pratiques auprès des professionnels de terrain intervenant à domicile (social, médico-social, sanitaire, y compris les professionnels libéraux)</li> <li>Développer une communication à destination des personnes âgées et de leur entourage, indiquant les limites de la vie à domicile</li> <li>Avoir un lieu d'échange partenarial sur les situations où les limites de prise en charge semblent être atteintes afin <ul> <li>d'apporter de l'objectivité en réunissant des visions différentes (sociales, médico-sociales et sanitaires)</li> <li>que les professionnels ne soient pas seuls face à la responsabilité de ces situations</li> <li>d'avoir un discours partagé et commun auprès des personnes et de leur entourage</li> </ul> </li> <li>Ce dernier objectif renvoie au « guide pratique » de mise en œuvre du schéma de</li> </ul>
	prévention et protection des majeurs vulnérables. Ce guide comporte les outils de repérage, de traitement et de signalement, donne un cadre à l'instance technique départementale et aux réseaux opérationnels locaux.
Public concerné	Personnes âgées et leur entourage Les professionnels intervenant à domicile
Mise en œuvre	<ul> <li>Créer un groupe de travail afin d':</li> <li>Elaborer les outils</li> <li>Organiser la promotion de ces outils auprès des professionnels</li> <li>Ex: débats-tables rondes sur les limites de prise en charge, formation des professionnels</li> <li>Etudier les modalités permettant de faire le relais des informations, sur le dispositif mis en œuvre dans le cadre du schéma de prévention et de protection des majeurs vulnérables, aux acteurs intervenant auprès des personnes âgées</li> </ul>
Acteurs concernés	Membres envisagés pour le groupe de travail :  - Unité de protection des majeurs- CD12 - Ordre des médecins  - Territoires d'action sociale-CD12 - SAAD - Ordre des infirmiers - EHPAD - Palliance 12  - Psychologue spécialisé - ARS - MAIA - PIS
Planification	Tout au long de la durée du schéma
Évaluation	Création des outils répondant aux objectifs opérationnels Nombre de saisines concernant des situations de personnes âgées de plus de 60 ans Nombre d'actions permettant le relais de l'information

### Axe 3 – Coordination et territorialisation - Accompagnement

### **THÉMATIQUE 3**

### Développer les complémentarités entre les instances de coordination

### Contexte

Aujourd'hui sur l'ensemble du territoire départemental, plusieurs instances de coordination participent à la mise en relation des acteurs professionnels visant à optimiser les dispositifs mis en place auprès des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Principalement quatre types d'instances de coordination sont identifiés : les réseaux de santé, la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), les MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie) et les Points Info Seniors.

### Problématique soulevée

Chacune de ces instances de coordination est amenée à structurer son propre circuit d'information et relationnel, à partir de ses propres outils. Ces organisations différenciées limitent l'action de coordination et son déploiement à un plus large public et au niveau départemental. Plus particulièrement, la circulation de l'information pourrait être améliorée, s'agissant tant de son accessibilité pour le public que de son partage entre les professionnels pour le repérage et l'accompagnement des situations.

### **Enjeux**

Intégrer et optimiser l'action de chaque professionnel dans un dispositif de coordination. Généraliser l'action de coordination à tous les professionnels intervenant auprès des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Favoriser la connaissance des modalités d'accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

### Publics cibles/Bénéficiaires

- Personnes âgées
- Personnes en situation de handicap
- Acteurs professionnels et non professionnels

### Objectifs

Organiser les modalités de fonctionnement des instances de coordination pour une meilleure circulation de l'information et un meilleur accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

### **Programme d'actions**

- 1. Préparer le socle de base dans la perspective de la création d'un système d'information partagé
- 2. Réfléchir autour de la création d'une structure regroupant les instances de coordination existantes en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap
- 3. Elaborer un dispositif de référent « parcours de vie »

# Fiche 3.3.1 Préparer le socle de base dans la perspective de la création d'un système d'information partagé

### Axe 3 – Coordination et territorialisation – Accompagnement

### THÉMATIQUE 3 -

# Développer les complémentarités entre les instances de coordination

Chef de projet	Consoil départemental - Agonso Dégionale de Canté
	Conseil départemental – Agence Régionale de Santé
Objectif opérationnel	les instances de coordination et les acteurs professionnels  Définir le système d'information partagé et sa finalité
Public concerns	Instances de coordination Acteurs professionnels des secteurs social, médico-social et sanitaire
Mise en œuvre	du secteur social, médico-social et sanitaire ayant pour mission de - réfléchir au contenu de la convention-cadre - recenser les projets ou programmes existants visant à la création d'un système d'information - définir le système d'information et en poser la finalité - identifier les concepteurs - poser l'ossature et le contenu du Système d'information partagé - identifier tous les types d'acteurs en tant qu'utilisateurs - attribuer à chaque type d'utilisateur les fonctions possibles d'utilisation du système d'information (saisie, consultation, champs accessibles) - Structurer le système d'information sur la base du parcours de la personne âgée et de la personne handicapée (repérage, évaluation, orientation, prise en charge) - Déterminer la nature des informations à partager selon les récepteurs - Identifier l'ensemble des outils existants utilisés par les instances de coordination - Travailler à la compatibilité et la complémentarité de tous les outils - Déterminer le contenu du socle commun et de base d'informations à partager - Déterminer les modalités d'accès au système d'information pour les utilisateurs - Poser les principes garantissant la fiabilité du système d'information en termes de maintenance et de sécurisation
	Les quatre instances de coordination : Réseaux de santé, MDPH, MAIA, Points Info Seniors
Planification T	Tout au long du schéma
Évaluation	Les indicateurs d'évaluation seront identifiés par le groupe de travail.

Fiche 3.3.2
Réfléchir autour de la création d'une structure regroupant les instances de coordination existantes en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

### Axe 3 - Coordination et territorialisation - Accompagnement

### THÉMATIQUE 3 -

# Développer les complémentarités entre les instances de coordination

Chef de projet	Conseil départemental
Objectif opérationnel	Organiser une coordination unique personnes âgées / personnes en situation de handicap
Public concerné	Personnes âgées Personnes en situation de handicap
Mise en œuvre	<ul> <li>Constituer un groupe de travail réunissant des instances représentatives du secteur personnes âgées et du secteur personnes en situation de handicap</li> <li>Identifier les plus-values de la création d'une instance de coordination commune personnes âgées / personnes en situation de handicap</li> </ul>
Acteurs concernés	Conseil départemental – MDPH – ARS
Planification	Tout au long du schéma
Évaluation	Elaboration du compte rendu de la réflexion

# Fiche 3.3.3 Elaborer un dispositif de référent « parcours de vie »

# Axe 3 – Coordination et territorialisation – Accompagnement

### THÉMATIQUE 3 -

# Développer les complémentarités entre les instances de coordination

Chef de projet	Conseil départemental – MDPH – ARS
Objectif opérationnel	Eviter les ruptures de parcours de vie Fluidifier l'accompagnement des personnes tout au long de leur vie
Public concerné	Personnes âgées Personnes en situation de handicap
Mise en œuvre	Constituer un groupe de travail pour  - analyser les besoins des professionnels, des usagers, des familles et de l'entourage  - élaborer un cahier des charges de ce qui pourrait être un dispositif de référent de parcours de vie dont les actions seraient de coordonner les parcours de vie, d'aider les personnes à élaborer leur projet de vie et à les mettre en œuvre
Acteurs concernés	Professionnels intervenants auprès des personnes âgées Professionnels intervenants auprès des Personnes en situation de handicap Secteur associatif représentatif des personnes âgées et des personnes handicapées Instances de coordination
Planification	Tout au long du schéma
Évaluation	Etat de lieux des besoins Elaboration du cahier des charges

# **Axe 4:**

# Garantir la mise en œuvre du schéma en faveur de l'autonomie des personnes

### **Thématiques**

- 1. Assurer la mise en œuvre et l'évaluation du schéma
- 2. Développer une politique globale et transversale dans le champ de l'autonomie des personnes
- 3. Améliorer la connaissance des besoins et des dispositifs existants

# Axe 4 : Garantir la mise en œuvre du schéma en faveur de l'autonomie des personnes

Thématique	Fiches actions
1. Assurer la mise en œuvre et l'évaluation du schéma	1. Créer des instances de pilotage et élaborer des outils de suivi
2. Développer une politique globale et transversale dans le champ de l'autonomie des personnes	1. Assurer la mise en cohérence avec les autres schémas et plans
3. Améliorer la connaissance des besoins et des dispositifs existants	Développer les outils d'observation en matière sociale et médico-sociale

# Axe 4 – Garantir la mise en œuvre du schéma en faveur de l'autonomie des personnes

# THÉMATIQUE 1 Assurer la mise en œuvre et l'évaluation du schéma

### Contexte

La continuité du parcours de vie repose sur une coordination des réponses à apporter aux personnes en matière de soins, accueil, hébergement, aide à domicile, évaluation des besoins... Cette approche transversale suppose une connaissance des populations concernées à améliorer. L'observation partagée des situations est fondamentale pour une amélioration de la définition de la politique gérontologique et en faveur des personnes en situation de handicap.

Les orientations du schéma seront évaluées afin de mesurer leur impact, pourvoir aux aménagements nécessaires et ainsi adapter les réponses aux usagers.

Chaque fiche action comporte des indicateurs permettant de s'assurer de sa mise en œuvre et de vérifier la pertinence des mesures envisagées.

Le suivi et l'évaluation seront assurés dans le cadre d'un comité de pilotage chargé du suivi des actions et des proposions d'adaptation.

### Problématique soulevée

Faire vivre le schéma et créer une dynamique permanente lui permettant d'évoluer dans le temps en fonction des évolutions réglementaires à venir et des besoins identifiés.

Prévoir dés l'élaboration du schéma, son suivi afin d'en garantir l'effectivité de sa mise en œuvre.

### **Enjeux**

Adapter les réponses aux usagers

Rendre compte et lisible les actions mises en œuvre au fil du temps de validité du schéma

### **Publics cibles/Bénéficiaires**

Institutionnels et professionnels, ARS, personnes âgées et handicapées et leur entourage, élus, partenaires locaux, associations

### Objectifs

Au-delà des indicateurs propres à chaque thématique, se doter d'outils de pilotage du schéma et en faire des outils de gestion opérationnelle de la politique du département

### **Programme d'actions**

1. Créer des instances de pilotage et élaborer des outils de suivi

Fiche 4.1.1 Créer des instances de pilotage et élaborer des outils de suivi

# Axe 4 - Garantir la mise en œuvre du schéma en faveur de l'autonomie des personnes

### THÉMATIQUE 1 -

# Assurer la mise en œuvre et l'évaluation du schéma

Chef de projet	Conseil départemental
Objectif opérationnel	Au-delà des indicateurs propres à chaque thématique, se doter d'outils de pilotage du schéma et en faire des outils de gestion opérationnelle de la politique du département S'assurer de la mise en œuvre effective des fiches actions Rendre le schéma évolutif et garantir son adaptation
Public concerné	Institutionnels et professionnels, ARS, personnes âgées et handicapées et leur entourage, élus, partenaires locaux, associations
Mise en œuvre	<ul> <li>Mettre en place des instances de suivi         <ul> <li>comité de pilotage</li> <li>et instance opérationnelle (composée des chefs de projets-pilotes des fiches actions et des autres directions du PSD) et en assurer leur animation</li> </ul> </li> <li>Etablir un rapport annuel d'exécution des orientations ou des non réalisations</li> <li>Elaborer des outils de suivi : tableau de bord à partir des indicateurs des fiches actions,</li> <li>Communiquer autour de la mise en œuvre du schéma</li> </ul>
Acteurs concernés	Direction PSD - Direction de la Communication - ARS Partenaires : associations, établissements et services
Planification	Dès l'approbation du schéma et chaque année
Évaluation	Nombre de réunions des deux instances et compte rendus Rapports annuels produits Outils mis en place

# Axe 4 – Garantir la mise en œuvre du schéma en faveur de l'autonomie des personnes

### **THÉMATIQUE 2**

# Développer une politique globale et transversale dans le champ de l'autonomie des personnes

### Contexte

L'approche globale de la personne et des réponses à apporter nécessite le rapprochement des différentes politiques et actions publiques ainsi que la définition des outils de travail communs. La prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap relève de nombreux acteurs, sanitaires, sociaux, médico-sociaux. Des synergies doivent être développées entre eux afin de construire des réponses adaptées, lisibles et optimales pour l'usager et surtout complémentaires entre institutions.

Au-delà de la cohérence à rechercher avec le Plan Régional de Santé et les Schémas régionaux d'organisation médico-sociale le déclinant, le schéma autonomie doit « s'appuyer » sur l'ensemble des plans et schémas existants

- Plan Départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PDALHPD)
- Plan départemental d'accessibilité des transports
- Programme d'Intérêt Général (PIG)
- Schéma départemental prévention et protection des majeurs vulnérables
- Plan national de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale
- Plan départemental d'accessibilité aux services publics
- Schéma départemental de coordination gérontologique
- Les projets de territoire

### Problématique soulevée

Force est de constater qu'avec le développement des différentes formes de documents directeurs, le risque que le périmètre d'action de l'un empiète sur celui de l'autre est accru. Avec les conséquences que cela peut avoir en termes de mise en œuvre (doublon ou a contrario absence de mise en œuvre, confusion dans le rôle des acteurs, etc.), de suivi et d'évaluation des actions ciblées.

### Enjeux

#### Assurer:

- la complémentarité des schémas, plans et autres projets de territoires
- la cohérence de la politique dans le champ de l'autonomie
- la cohésion des différentes actions engagées

### Publics cibles/Bénéficiaires

Personnes âgées Personnes handicapées

#### **Objectifs**

Apporter des réponses lisibles, cohérentes et complémentaires

### **Programme d'actions**

1. Assurer la mise en cohérence avec les autres schémas et plans

# Fiche 4.2.1 Assurer la mise en cohérence avec les autres schémas et plans

### Axe 4 - Garantir la mise en œuvre du schéma en faveur de l'autonomie des personnes

### THÉMATIQUE 2 -

# Développer une politique globale et transversale dans le champ de l'autonomie des personnes

Chef de projet	Conseil départemental
Objectif opérationnel	Identifier les actions communes avec les autres schémas et plans et en assurer la cohérence et complémentarité.
Public concerné	ARS - établissements et services – associations - opérateurs
Mise en œuvre	<ul> <li>Mise en perspective des différents plans, schémas et projets de territoire</li> <li>Elaboration des programmes d'actions communs</li> <li>Suivi commun des orientations partagées</li> </ul>
Acteurs concernés	Directions de la DDCSP - l'ARS - de la MDPH - et directions du Conseil départemental (DEI et cellule majeurs vulnérables)
Planification	Tout au long du schéma
Évaluation	Nombre de réunions Actions communes Outils de suivi mis en place

# Axe 4 – Garantir la mise en œuvre du schéma en faveur de l'autonomie des personnes

# THÉMATIQUE 3 Améliorer la connaissance des besoins et des dispositifs existants

### Contexte

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales reconnaît au Conseil départemental un rôle de chef de file de l'action sociale et médico-sociale. Ce rôle est renforcé par la loi du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles, et la loi du 28 décembre 2015 d'adaptation de la société au vieillissement.

Dans ce domaine, de nombreux acteurs interviennent en Aveyron et contribuent à la mise en œuvre des politiques définies en la matière.

À ce titre, le Conseil départemental et les partenaires impliqués partagent des intérêts communs dans la connaissance des publics concernés par ces politiques.

### Problématique soulevée

En raison de l'abondance et de la disparité des données d'observation, l'ensemble des acteurs est confronté, de manière récurrente, à la difficulté de construire ou d'accéder à l'information et aux données utiles à cette connaissance et à la définition de leurs politiques en faveur des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et de leur entourage.

#### **Enjeux**

Faciliter et améliorer la connaissance des spécificités du département et de chacun des territoires en matière de besoins sociaux et médico-sociaux.

Adapter régulièrement les réponses pour tendre vers une adéquation entre l'offre et les besoins

### Publics cibles/Bénéficiaires

Personnes âgées Personnes en situation de handicap Les aidants non professionnels

### Objectifs

Permettre l'identification des besoins

Permettre la répartition de l'offre (à domicile, alternative ou en établissement) sur le territoire pour assurer un maillage géographique adapté

Aider à la décision les autorités compétentes

### Programme d'actions

1. Développer les outils d'observation en matière sociale et médico-sociale

# **Fiche 4.3.1**Développer les outils d'observation en matière sociale et médico-sociale

# Axe 4 - Garantir la mise en œuvre du schéma en faveur de l'autonomie des personnes

# THÉMATIQUE 3 -Améliorer la connaissance des besoins et des dispositifs existants

Chef de projet	Conseil départemental - MDPH
Objectif opérationnel	Partager les données statistiques, disponibles et fiables, utiles au programme d'observation Réaliser des analyses partagées sur les besoins des publics identifiés
Public concerné	Personnes âgées Personnes en situation de handicap Les aidants non professionnels
Mise en œuvre	Mettre en place un observatoire (mode projet) en construisant un partenariat (convention) pour définir précisément les modalités, le champ d'action, les publics et les thématiques
Acteurs concernés	A vocation à être partenaire de l'Observatoire, tout organisme dont l'expertise est opportune dans la réalisation des travaux de l'Observatoire
Planification	Non déterminée.
Évaluation	Outils d'observation créés.

# Annexes

# Composition des groupes de travail

# Axe 1 – PREVENTION – ANTICIPATION Groupe de travail n° 1 – Autonomie : accès aux services et lien social

Animateur(s)			
BALDIT	Michelle	CD-PSD- Directeur Personnes Agées / Personnes Handicapées	
DANG	Marie Rose	CARSAT	
Secrétaire			
ANDRE	Sabine	Assistante de Direction – Direction PA-PH	
Participants			
BELET	Béatrice	ABSEAH, MAS et Foyer de vie / Foyer occupationnel	
PARIS	Pierre Marie	ADAPEI 12-82, MAS	
LADET	Jean-Bernard	APF - Elu conseil départemental	
FOISSAC	Marie-Dominique	CARSAT	
ALVAREZ	César	Commission Intercommunale d'Action Sociale (CIAS) de Viviez	
MOYSSET	Marie-Josée	CODERPA	
VILLEREL	Willy	Comité départemental Handisport	
ALAZARD	Claire	DDCSPP	
LEROY	François	Espoir 12	
REY	Marie-Claude	Fédération ADMR	
AYRAL	Marc	Groupe LA POSTE	
COURTIAL	Roselyne	MSA	
PEGUES	Florence	Point Info Seniors SEPIA RODEZ	
FORT	Corinne	Service à domicile SENIORS 12	
CONQUET	Céline	Point Info Seniors de Bozouls	

THOMAS	Jean-Pierre	Sport Adapté 12	
PANIS	Jean-Paul	UDAF	
DENTRAYGUES	Régine	UDEPA 12, Directrice EHPAD	
BOUSSAGUET	Eric	Conseil Départemental - Service des transports	
CABANTOUS	Elisabeth	Assistante sociale généraliste /Territoire d' Action Sociale du Pays Ruthénois, Lévezou et Ségala	
CALMELS	Charline	MDPH, ergothérapeute	
MALPEL	Melody	ARS, élève IASS	

# ■ Axe 1 – PREVENTION – ANTICIPATION Groupe de travail n° 2 – Autonomie et changements de vie

Animateur(s)	Animateur(s)			
BALDIT	Michelle	CD-PSD- Directeur Personnes Agées / Personnes Handicapées		
DANG	Marie Rose	CARSAT		
Secrétaire				
ANDRE	Sabine	Assistante de Direction – Direction PA-PH		
Participants				
ROUDIER	Michel	ADAPEI 12-82 – Foyer de Vie		
RAYNAL	Pierre	APF		
LAFFITTE	Laure	ARS		
BAYLE BOUET ou BOUET	Marina ou Benoît	AXEO services – Millau		
CAMPARGUE	Mathilde	CARMI Sud-Ouest – SSIAD		
FRAYSSE	Sabine	CARSAT		
GAUBERT	Jacques	CODERPA		
SOUYRI	Jérôme	DDT Agence nationale de l'habitat		
CRISTOFARI	Nicole	Fédération ADMR		
BRUSSON	Régis	GAP 12		
CALMELS et VIGUIER	Pauline Sandrine	Conseillère ESF et assistante sociale MDPH		
SAURA	Annabelle	MSA (GIE-PREVA)		
LACOSTE	Corinne	Multi services à domicile – Capdenac Gare		
GAFFIER	Marie-Line	Point Info Seniors Conques Marcillac		
MANANET	Martine	Service social hospitalier		
THOMAS	Jean-Pierre	Sport Adapté 12		
BEL	Anne-Marie	UDAF		
MAZENQ	Céline	TAS Pays ruthénois, Lévezou Ségala – AS Personnes Agées		
LORENZI	Emilie	UDEPA 12		

# Axe 2 – PARCOURS INDIVIDUALISE DE LA PERSONNE – ADAPTATION Groupe de travail n° 3 PA – Diversité, accessibilité et qualité de l'offre à domicile ou en établissement

Animateur(s)	Animateur(s)			
GUINAULT	Rémy	CD-PSD –Chef du Service Qualité des Etablissements		
WOILLARD	Monique	CD-PSD – Médecin cadre technique		
Secrétaire				
ROQUES	Pascale	CD-PSD – Référent Qualité Programmation		
Participants				
FALCO	Claudine	Accueil familial regroupé de Sénergues – Présidente		
GRANDROQUES	Ludovic	ADAR – Assistant Technique Qualité		
BACHELET MALPEL	Marie Mélody	ARS – Médecin ARS – Stagiaire		
DALMAYRAC	Danielle	Association d'aide aux aidants du Réquistanais – Présidente		
BOZSODI	Catherine	CARMI Sud Ouest SSIAD - Responsable Pôle Médico- Social		
CLUZEL	Sandrine	Centre de soins + SSIAD Adhérent UNA et C3S - Infirmière responsable d'entité		
BOUSQUET	André	CODERPA - Membre du CODERPA		
SIGAUD	Louis	Fédération ADMR - Trésorier Adjoint Président ADMR Ségur Arques		
BRU	Anne	GCSMS SOLEA - Directrice EHPAD «J. Chauchard Rodez		
VIGUIER	Carole	PACT Aveyron		
ROUX	Stéphanie	PUV «Le Gondolou» au Nayrac – Responsable administrative		
MARIN	Eric	UDEPA 12 - Directeur EHPAD «Les Jumelous» Laissac		
BESOMBES- ROUX	Gisèle	UMM - Directrice Générale		
BONNET	Béatrice	TAS ESPALION - ASG		

# ■ Axe 2 – PARCOURS INDIVIDUALISE DE LA PERSONNE – ADAPTATION Groupe de travail n° 3 PH – Diversité, accessibilité et qualité de l'offre à domicile ou en établissement

Animateur(s)		
FILHASTRE	Brigitte	MDPH –Directrice
Secrétaire		
TENNEVIN	Sandrine	MDPH - Secrétaire
Participants		
BRUSSON	Régis	ABSEAH – Directeur MAS et FVO
RUSCASSIE	Catherine	ADAPEI 12-82 - Directeur FV Pont de Salars
RAYNAL	Pierre	APF – Elu conseil départemental
THER	Mélie	ARS – Responsable de service
BONNEMAYRE	Jean Luc	ASSAD - Directeur
CHAPEL	Olivier	Association Les Charmettes Millau – Directeur Général
CHABERT	Nicole	CIAS Viviez – Directrice
RIVES	Joëlle	Fédération ADMR – Administrateur Vice-Présidente ADMR Causses et Vallées du Tarn
FRITSCHY	Guillaume	GAP 12 - Administrateur principal
DUGUE BOYER	Sylvie	MDPH
COSTES	Jacky	Office public départemental de l'habitat – Directeur
VIGUIER	Carole	PACT Aveyron
GUINAULT	Rémy	CD – PSD – Direction PAPH – chef de service SQE
BARRIAC	Isabelle	TAS Espalion
TAILLEFER	Mathilde	UDSMA - Adjointe Responsable Filière Soins
COULET	Charles André	UNAFAM

# ■ Axe 2 – PARCOURS INDIVIDUALISE DE LA PERSONNE – ADAPTATION **Groupe de travail n° 4 PA – Domicile ou établissement :** favoriser l'aide à la décision

Animateur(s)		
WOILLARD	Monique	CD-PSD – Médecin cadre technique
PLASSE	Caroline	CD-PSD – Chargée de mission
Participants	_	
Françoise	BARRIERE	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - Bozouls
Audrey	CABROLIE	Point info seniors - Saint Affrique
Michèle	CALMEL	Groupement de coopération sociale et médico-sociale SOLEA (GCSMS)
Mathilde	CAMPARGUE	Caisse d'assurance retraite des mines Sud Ouest – Service de soins infirmiers à domicile (CARMI)
Mélanie	CAUMES	Service d'aide à domicile ASSAD
Emmy	CHARRIER	Protection des majeurs – Association tutélaire Aveyron Lozère (ATAL)
Aurélie	CONQUET	Point info seniors - Bozouls
Jean	CUQ	Comité départemental des retraités et des personnes âgées (CODERPA 12)
David	DELPERIE	UDSMA soins (adhérent UNA 12)
Aurélie	GERARD	Point info seniors - Réquista
Colette	GODZIK	Protection des majeurs – Union départementale des associations familiales (UDAF)
Isabelle	GREFFEUILLE	Union des directeurs d'établissement pour personnes âgées (UDEPA 12)
Claire	SABATIER	Service d'aide à domicile – ADMR
Nadège	SERADZSKI	Territoire d'action sociale – Conseil Départemental

# ■ Axe 2 – PARCOURS INDIVIDUALISE DE LA PERSONNE – ADAPTATION **Groupe de travail n° 4 PH – Domicile ou établissement :** favoriser l'aide à la décision

Animateur(s)		
MARTIN	Cécile	MDPH – Responsable Administration Générale
Secrétaire		
TENNEVIN	Sandrine	MDPH – Secrétaire de Direction
Participants		
TAVERNIER	Claudine	ABSEAH - Chef de service FH et SAVS
ESCORBIAC	Médéric	ADAPEI 12-82 – Responsable Pôle Adulte - Hébergement
RUSCASSIE	Catherine	ADAPEI 12-82 – Directrice du Foyer de Vie de Pont de Salars
POMAREDE	Martine	ADPEP 12 –Directrice Adjointe Pôle Adulte
CAUMES	Mélanie	ASSAD – Directrice de service
CHAPEL	Olivier	Association Les Charmettes Millau - Directeur Général
MERLIER	Michel	Collectif handicap 12
COTTEL	Xavier	Comité départemental handisport – Agent de développement
BORIES	Michèle	Fédération ADMR – Administrateur Vice-Présidente ADMR 7 Vallons
CUVILLIER	Anne	MDPH – Conseillère en Economie Sociale et Familiale
MOUYSSET	Maryvonne	Sport Adapté 12
GROSLIER	Martin	APF – Directeur du FAM de Rignac
MAFFRE	Geneviève	APF DD12 – Membre du Conseil Départemental
GOUANI	Ludivine	ATAL – Mandataire Judiciaire
CAVAROC	Françoise	UDSMA Adhérent UNA12 - IDE coordinatrice Centre de Soins UDSMA – Onet le Château

# Axe 2 – PARCOURS INDIVIDUALISE DE LA PERSONNE – ADAPTATION Groupe de travail n° 5 – Les prises en charge spécifiques pour les personnes handicapées

Animateur(s)	Animateur(s)		
DOLS	Monique	MDPH – Médecin Coordonnateur Equipe Pluridisciplinaire - Responsable Pôle Adulte	
Secrétaire			
BOULOC	Marie-Pierre	CD-PSD – Référent Qualité	
Participants			
FAUGIER	Jean-Marie	ABSEAH – Directeur ESAT/EA/FH/SAVS	
ROUDIER ou GARAIX	Michel ou Anne	ADAPEAI – Directeur FV Saint Geniez d'Olt ADAPEAI – Directrice MAS Saint Côme d'Olt	
POMAREDE	Martine	ADPEP 12 - Directrice Adjointe Pôle Adultes	
RAYNAL	Pierre	APF - Elu conseil départemental	
THER	Mélie	ARS - Responsable de service	
CHAPEL	Olivier	Association Les Charmettes Millau - Directeur Général	
MEILLEY	Stéphanie	GAP 12 – Chef de service	
HUSSON	Gérard	GEMAVIE	
LEROY	François	GEM Espoir 12	
BODO ou BARTHE	Julie ou Graziella	Hôpital de Millau Service psy	
BRUN	Magali	TAS Espalion	
CABROLIE	Audrey	Point Info Seniors Saint Affrique – CESF	
DUPLAN	Martine	PSD Unité Protection Majeurs – Chef de service	
CATHELAND	Roger	RAES EHAPD Sainte Claire Villefranche Rgue – Directeur	
MULATO ou BOUCO	Rosalie ou Béatrice	Sainte Marie Cayssiols	
SOLIER	Anne-Claire	SHERPA – Directrice	
VIDAL et PERIE	Patrice Alexandre	UDEPA 12 - Directeur EHAPD Sainte Marie – Nant UDEPA 12 – Directeur	
SERODY	Sandrine	UMM - Responsable Services à domicile	
		UNAFAM	

# ■ Axe 3 – COORDINATION ET TERRITORIALISATION – ACCOMPAGNEMENT Groupe de travail n° 6 – Les aidants non professionnels

Animateur(s)		
PLASSE	Caroline	CD-PSD – Chargée de mission
BLANCHET	Renée	MDPH
Participants		
BAYOL	Stéphanie	Territoire d'action sociale - Conseil général
BONNAFIS	Gérard	Comité départemental des retraités et des personnes âgées (CODERPA 12)
BRAS	Elisabeth	France Alzheimer Aveyron
BROUSSY	Sylvie	Greta Quercy Rouergue
COUDERC	Maurice	Association des paralysés de France (APF)
COURTIAL	Isabelle	Mutualité sociale agricole (MSA)
CUVILLIER	Anne	Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)
DALMAYRAC	Danielle	Association d'aide aux aidants du Réquistanais
FALIPOU	Annie	Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM)
FOISSAC	Marie-Dominique	Caisse d'assurance retraite et santé au travail Midi- Pyrénées (CARSAT)
FOURCADIER	Sophie	Association soins à domicile intercommunale du Lévézou (ASDIL)
GERARD	Aurélie	Point Info Seniors – Réquista
HAMEL	Catherine	Famille Services Aveyron
LORD	Pascale	Plateforme de répit du Valadou
MARUJOULS	Jacques	Union départementale des associations familiales (UDAF)
PAGES	Maryline	Territoire d'action sociale - Conseil général
PAILHORIES	Jean-Christophe	Association belmontaise de service et d'accompagnement pour personnes handicapées (ABSEAH)
PIERINI	Graziella	Association départementale d'amis et parents de personnes handicapées mentales (ADAPEI)
PRADEILLES	Laura	Point Info Seniors – Vezins
SLUSARCZYK	Pierre	Association d'aides ménagères à domicile (AMAD)
VIGUIER	Sandrine	Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)

# ■ Axe 3 – COORDINATION ET TERRITORIALISATION – ACCOMPAGNEMENT **Groupe de travail n°7 – Instances de coordination et complémentarités**

Animateur(s)			
MALRIC	Béatrice	CD-PSD – Chef du Service Coordination Autonomie	
FILHASTRE	Brigitte	MDPH – Directrice	
Secrétaire	Secrétaire		
GAILLAC	Céline	Assistante de Direction – Service Coordination Autonomie	
Participants			
NOZIERES	Jean	ABSEAH - Président	
ESCORBIAC	Médéric	ADAPEAI - Directeur Pôle Adultes Hors Travail	
SEGALINI	Catherine	ADAR - Directrice	
FRITSCHY	Guillaume	ADPEP 12 – Directeur Général	
PESSO	Valérie	AMAD Villefranche de Rouergue – Directeur	
LAFFITTE	Laure	ARS – Responsable de service	
MOMAL	Anne-Marie	CCAS Decazeville - Infirmière coordinatrice SSIAD	
BREGOU	Léon	CODERPA	
MILHAU	Jean-Pierre	GAP 12 - Administrateur Général Adjoint	
CABANIOLS	Marielle	GCSMS SOLEA - Directrice EHPAD Sainte Marthe Ceignac	
LESENNE	Cyrille	MAIA – Pilote	
DOLS	Monique	MDPH – Médecin coordonnateur Responsable Pôle adulte	
LEBRUN	Matthieu	MSA - Responsable action sociale	
VIENNET	Valérie	Point Info Seniors Montbazens – Coordinatrice	
BOUSQUET	Florence	Point Info Seniors Réseau Gérontologique Sud Aveyron – CESF	
NEKROUF	Philippe	Réseau Santé Nord Aveyron – Médecin	
MANANET	Martine	Service social hospitalier	
ROSADA	Anne-Marie	TAS Millau / Saint-Affrique – Adjoint ASG et Personnes Agées	
MAGNIETTE	Amandine	TAS PRLS – ASG	
VIGUIE	Maurice	UDAF - Trésorier Adjoint	
DELPERIE	David	UDSMA Soins Adhérent UNA12 - Responsable Filière Soins	
VIGIER	Vincent	UDEPA 12 - Directeur EHPAD Sainte Thérèse Laguiole	

# GLOSSAIRE

Abréviation ou Sigle	Signification	Domaine
AAD	Aide A Domicile	Aide à la Personne
AAH	Allocation Adulte Handicapé	Handicap
AAP	Appel A Projet	Autorisation
ACTP	Allocation Compensatrice pour Tierce Personne	Handicap
ADIL	Agence Départementale d'Information sur le Logement	Administration
ADMR	Association d'aide à Domicile en Milieu Rural	Aide à la personne
AF	Accueil Familial	Handicap - Gérontologie
AFR	Accueil Familial Regroupé	Handicap - Gérontologie
AGEFIPH	Association Nationale de Gestion du Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées	Handicap
AGGIR	Grille Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressource	Gérontologie
AJ	Accueil de Jour	Santé – Handicap - Gérontologie
ALMA	Allo Maltraitance personnes âgées et/ou personnes handicapées	Maltraitance
AM	Aide Ménagère	Aide à la personne
AMF	Association des Maires de France	Administration
AMP	Aide Médico-Psychologique	Santé – Handicap - Gérontologie
ANAH	Agence Nationale de l'Habitat	Logement - Administration
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux	Label Qualité
ANESM	Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements Sociaux et Médico-sociaux	Label Qualité
AP	Atelier Protégé	Handicap
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie	Gérontologie
APAJH	(fédération des) Associations Pour Adultes et Jeunes Handicapés	Handicap
APF	Association des Paralysés de France	Handicap
ARS	Agence Régionale de Santé	Santé – Handicap – Gérontologie

Abréviation ou Sigle	Signification	Domaine
AS	Aide-Soignant	Santé – Handicap – Gérontologie
ASE	Aide Sociale à l'Enfance	Enfance
ASG	Assistant de Soins Gérontologiques	Gérontologie
ASH	Agent des Services Hospitaliers	Santé – Handicap – Gérontologie
ASH	Aide Sociale à l'Hébergement	Solidarité
ASHQ	Agent des Services Hospitaliers Qualifié	Santé – Handicap – Gérontologie
ASS	Allocation de Solidarité Spécifique	Social
ASSAD	Association de Services et de Soins A Domicile	Aide à la personne
ASSEDIC	Caisse d'assurance chômage	Administration
AT	Accueil Temporaire	Handicap - Gérontologie
AU	Accueil d'Urgence	Gérontologie
AVS	Auxiliaire de Vie Scolaire	Social
ВОЕТН	Bénéficiaire de l'Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés	Handicap
CAF	Caisse d'Allocations Familiales	Famille
CAMSP	Centre d'Action Médico Sociale Précoce	Handicap
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail	Administration
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles	Réglementation
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale	Administration
CD	Conseil Départemental	Administration
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées	Handicap
CDAS	Commission Départementale de l'Aide Sociale	Solidarité
CDCA	Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie	Retraite - Gérontologie
CDCPH	Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées	Handicap
CH	Centre Hospitalier	Santé
CI	Carte d'Invalidité	Handicap
CIAS	Centre Intercommunal d'Action Sociale	Administration
CIF	Classification Internationale du Fonctionnement des incapacités	Handicap
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique	Administration
CLIS	Classe d'Intégration Scolaire	Handicap
CMP	Centre Médico-Psychologique	Handicap
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique	Handicap
CNAV	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse	Administration
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie	Administration

Abréviation ou Sigle	Signification	Domaine
CODERPA	Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées	Retraite - Gérontologie
COMEX	Commission Exécutive de la MDPH	Handicap
CPO	Centre de Pré-Orientation	Divers
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie	Administration
СРОМ	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens	Divers
CPR	Complément de ressources	
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie	Administration
CT	Convention Tripartite	Divers
CVS	Conseil de la Vie Sociale	Social
DDCSPP	Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de Protection des Populations	Administration
DDT	Direction Départementale des Territoires	Administration
DIRECCTE	Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du travail et de l'Emploi	Administration
DGADS	Direction Générale Adjointe du Développement Social	Administration
DGEFP	Direction Générale de l'Emploi et de la Formation Professionnelle	Administration
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques	Administration
DSP	Délégation de Service Public	Administration
EA	Entreprise Adaptée	Handicap
EADSP	Equipe d'Appui Départemental en Soins Palliatifs	Santé
EHPA	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées	Gérontologie
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes	Gérontologie
El	Entreprise d'Insertion	Exclusion – Insertion
EMA	Equipe Mobile Alzheimer	Gérontologie
EMG	Equipe Mobile Gériatrie	Gérontologie
EMSP	Equipe Mobile en Soins Palliatifs	Santé
EP	Equipe Pluridisciplinaire	Handicap
EPS	Etablissement Public de Santé	Santé
ES	Educateur Spécialisé	Travail – Formation - Handicap
ESA	Equipe Spécialisée Alzheimer	Gérontologie
ESAT	Etablissement et Service d'Aide par le Travail	Handicap
ESSMS	Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux	Handicap - Gérontologie
FA	France Alzheimer et troubles apparentés	Gérontologie
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé	Handicap
FDCH	Fonds Départemental de Compensation du Handicap	Handicap
FH	Foyer d'Hébergement	Handicap
FINESS	Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux	Divers
FIPH	Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées	Handicap

Abréviation ou Sigle	Signification	Domaine
FIPHFP	Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique	Handicap
FO	Foyer Occupationnel	Handicap
FSV	Fonds de Solidarité Vieillesse	Gérontologie
FPE	Fonction Publique d'Etat	Administration
FPH	Fonction Publique Hospitalière	Administration
FPT	Fonction Publique Territoriale	Administration
FV	Foyer de Vie	Handicap
GCSMS	Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale	Santé
GEM	Groupement d'Entraide Mutuelle	Handicap
GEVA	Guide d'Evaluation des besoins de compensation des personnes handicapées	Handicap
GIP	Groupement d'Intérêt Public	Administration
GIPH	Groupement pour l'Insertion des Personnes Handicapées	Handicap
GIR	Groupe Iso-Ressource	Gérontologie
GMP	Groupe iso ressources Moyen Pondéré	Gérontologie
GMPS	Groupe iso ressources Moyen Pondéré Soins	Gérontologie
HAD	Hospitalisation A Domicile	Santé
HL	Hôpital Local	Santé
НМ	Handicap Moteur	Handicap
HP	Hébergement Permanent	
HPST	Hôpital, Patients, Santé et Territoires (loi du 21 juillet 2009)	Réglementation
НТ	Hébergement Temporaire	Handicap - Gérontologie
IAE	Insertion par l'Activité Economique	Exclusion - Insertion
IME	Institut Médico-Educatif	Handicap
IMPRO	Institut Médico Professionnel	Handicap
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques	Administration
IPP	Incapacité Permanente Partielle	Administration
ITEP	Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique	Handicap
LF	Logement Foyer (Résidence Autonomie)	Gérontologie
LSF	Langue des Signes Française	Handicap
LVA	Lieu de Vie et d'Accueil	Logement
MAD	Maintien A Domicile	Aide à la Personne
MAIA	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie	Gérontologie
MARPA	Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agées	Gérontologie
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée	Handicap
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées	Administration
MECS	Maison d'Enfants à Caractère Social	Enfance
MSA	Mutualité Sociale Agricole	Administration

Abréviation ou Sigle	Signification	Domaine
MTP	Majoration pour Tierce Personne	
OASP	Organismes Agréés de Services à la Personne	Solidarité - Gérontologie
ODAS	Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée	Administration
ONDAM	Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie	Santé
OPH	Office Public de l'Habitat	Logement
OPHLM	Office Public d'HLM	Logement
ORS	Observatoire Régional de la Santé	Santé - Observation
PACT	Protection, Amélioration, Conservation, Transformation de l'habitat	Logement
PAI	Plan d'Aide à l'Investissement des établissements médico-sociaux	Investissement - Travaux
PA - PH	Personnes Agées – Personnes Handicapées	Handicap - Gérontologie
PASA	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés	Gérontologie
PATHOS	Outil évaluant la mobilisation sanitaire requise en fonction des pathologies présentées par les personnes âgées	Gérontologie
PCH	Prestation de Compensation du Handicap	Handicap
PDALHPD	Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées	
PDI	Programme Départemental d'Insertion	Exclusion - Insertion
PDITH	Programme Départemental d'Insertion des Travailleurs Handicapés	Exclusion - Insertion
PDILE	Programme Départemental d'Insertion et de Lutte contre les Exclusions	Insertion
PH	Personne Handicapée	Handicap
PHV	Personne Handicapée Vieillissante	Handicap
PMI	Protection Maternelle et Infantile	Enfance
PMP	Pathos Moyen Pondéré	Gérontologie
PMR	Personne à Mobilité Réduite	Handicap
PPC	Plan Personnalisé de Compensation	Handicap
PPI	Plan Pluriannuel d'Investissement	Investissement - Travaux
PRIAC	Programme Interdépartemental d'Accompagnement du handicap et de la dépendance	Handicap – Gérontologie
PRS	Plan Régional de Santé	Santé
PSD	Pôle des Solidarités Départementales	Administration
PSGA	Plan Solidarité Grand Age	Gérontologie
PTS	Programme Territorial de Santé	Santé
PUV	Petite Unité de Vie	Gérontologie
RASED	Réseau d'Aide Spécialisée pour Elève en Difficulté	Handicap
RBPP	Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles	Travail - Formation
RQTH	Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé	Handicap
RSA	Revenu de Solidarité Active	Insertion

Abréviation ou Sigle	Signification	Domaine
RSI	Régime Social des Indépendants	Administration
SAAD	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile	Aide à la personne
SAD	Service d'Aide à Domicile	Aide à la personne
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé	Handicap
SAMSAH psy	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé Psychique	Handicap
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale	Handicap
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire	Santé
SROSMS	Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale	Santé
SSAD	Service de Soins et d'Aide à Domicile	Aide à la personne
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile	Aide à la personne
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation	Santé
TP	Tierce Personne	Handicap
UHR	Unité d'Hébergement Renforcé (en EHPAD)	Gérontologie
UPHV	Unité pour Personnes Handicapées Vieillissantes	Gérontologie
USLD	Unité de Soins de Longue Durée	Santé
VAE	Validation des Acquis de l'Expérience	Travail - Formation

