

SCHÉMA départemental



pour l'autonomie
des personnes âgées
et des personnes
en situation de handicap

2017-2021

Pôle sanitaire social



Avancer, c'est notre nature

SOMMAIRE

LE MOT DU PRÉSIDENT p.3

INTRODUCTION p.4

- 1) Un schéma 2017-2021 s'inscrivant dans un contexte institutionnel mouvant p.4
- 2) Bilan des précédents schémas en faveur des personnes âgées et du handicap p.4
- 3) Une méthode d'élaboration du schéma 2017-2021 fortement participative p.6

LE PLAN D'ACTION 2017-2021 p.7

1) Orientation n° 1 : prévenir la perte d'autonomie et coordonner les interventions p.8

1. Contexte national p.8
2. Contexte local p.8
3. Actions proposées p.15
 - Actions n° 1 : redéfinir le positionnement et l'articulation des dispositifs de coordination et de prévention CLIC et MAIA p.16
 - Actions n° 2 : uniformiser et généraliser l'utilisation d'outils de coordination entre le sanitaire et le médico-social p.17
 - Actions n° 3 : faciliter l'accès des personnes aux logements adaptés et aux aides à l'adaptation du logement p.19
 - Actions n° 4 : impulser une politique départementale partagée en matière de prévention de la perte d'autonomie p.20

2) Orientation n° 2 : accompagner au domicile et soulager les proches aidants p.21

1. Contexte national p.21
2. Contexte local p.22
3. Actions proposées p.28
 - Actions n° 5 : poursuivre la modernisation et accompagner les évolutions du secteur de l'aide à domicile p.29
 - Actions n° 6 : redéfinir le positionnement des services spécialisés SAVS-SAMSAH p.30
 - Actions n° 7 : renforcer et structurer l'offre de répit pour les aidants p.31

3) Orientation n° 3 : adapter et diversifier l'offre d'hébergement médico-social pour fluidifier les parcours p.32

1. Contexte national p.32
2. Contexte local p.33
3. Actions proposées p.43
 - Actions n° 8 : mettre en œuvre les solutions adaptées pour les personnes en situation de handicap présentant des besoins spécifiques pour fluidifier les parcours p.44
 - Actions n° 9 : adapter, diversifier et moderniser l'offre d'hébergement pour personnes âgées dépendantes p.46
 - Actions n° 10 : garantir une offre de résidence autonome de qualité pour les personnes âgées et ouverte aux personnes en situation de handicap p.47
 - Actions n° 11 : définir les modalités d'accompagnement, d'accueil et de prise en charge des publics atteints de troubles psychiques sur chacun des territoires p.48
 - Actions n° 12 : définir les modalités d'allocations de ressources partagées entre le Département et les structures p.49

ANNEXES p.51

- 1) Glossaire p.53
- 2) Un contexte législatif en constante évolution depuis la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-social p.55
- 3) Composition des instances de pilotage p.57
 - Liste des membres du comité de pilotage p.57
 - Liste des membres du comité technique p.57
- 4) Calendrier des travaux pour l'élaboration du schéma p.58

LE MOT DU PRÉSIDENT

Favoriser l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées

Vous trouverez ci-après le schéma départemental pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, fruit de longs mois de travail, d'une belle et fructueuse concertation avec l'ensemble des acteurs concernés sur notre territoire.

Ce schéma, d'une durée de 5 ans, au-delà de son aspect juridique, détermine notre politique départementale en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Nous avons conçu une feuille de route destinée à l'ensemble de nos partenaires avec un objectif clair : adapter les différents dispositifs d'aides à l'évolution des besoins de la population ornaise, dans le respect d'une solidarité juste.

Concrètement, ce document est bâti selon 3 axes forts : la prévention de l'autonomie et la coordination des acteurs dont le département est chef de file tout d'abord, l'accompagnement des Ornais qui souhaitent rester à domicile et le soutien des proches aidants ensuite, l'adaptation et la diversification enfin de l'offre d'hébergement pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap, en évitant au maximum les ruptures de parcours.

Le département, votre institution de proximité, est aux côtés des plus fragiles. Leur bien-être fait partie des priorités inscrites dans notre stratégie pour l'Orne à l'horizon 2030. Ce schéma en témoigne.

Nous misons sur le pragmatisme, le bon sens et la coopération au service de l'Orne et des Ornais.

Bien fidèlement

A blue ink signature of Alain Lambert, written in a cursive style.

Alain Lambert

ancien Ministre,

Président du Conseil départemental de l'Orne

INTRODUCTION

Schéma départemental pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap 2017-2021

Le Conseil départemental est positionné depuis la loi du 2 janvier 2002 comme **chef de file de l'action sociale et médico-sociale**. À ce titre, il a en charge le renouvellement du schéma d'organisation sociale et médico-sociale, dont un volet est consacré aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap. Les objectifs assignés à ce schéma sont précisés dans le Code de l'action sociale et des familles (CASF) qui indique dans son article L.312-4 que :

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

- apprécie la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population ;
- dresse le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante ;
- déterminent les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale et, notamment, ceux nécessitant des interventions sous forme de création, transformation ou suppression d'établissements et services [...] ;
- précisent le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services [...] ;
- définissent les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre des schémas. »

Ce schéma a ainsi vocation à déterminer le niveau des besoins sociaux et médico-sociaux de la population, à dresser un bilan de l'offre sociale et médico-sociale existante et à faire état des besoins de développement de l'offre (notamment les créations, transformations ou suppressions d'établissements et services).

Le schéma d'organisation sociale et médico-sociale est élaboré en cohérence avec les schémas d'organisation sanitaire mentionnés aux articles L.6121-1 et 6121-3 du Code de la Santé Publique.

1) Un schéma 2017-2021 s'inscrivant dans un contexte institutionnel mouvant

Les dispositifs en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ont connu de profonds bouleversements ces dix dernières années. Le cadre législatif dans lequel s'inscrit la politique autonomie met désormais l'accent sur un accompagnement global et individualisé de la personne tant à domicile qu'en établissement, faisant écho au respect de son projet de vie, sur une prise en charge de qualité par des équipes pluridisciplinaires ou encore sur le développement d'une offre accrue de services à destination des personnes souhaitant rester à leur domicile. *(Cf. annexe 2).*

2) Bilan des précédents schémas en faveur des personnes âgées et du handicap

Le bilan des deux schémas précédents (personnes âgées et personnes en situation de handicap), **associé à un état des lieux de l'offre et des besoins** des personnes âgées et des personnes en situation de handicap a été réalisé en interne par les équipes du Conseil départemental. Il a requis la mobilisation d'un panel d'outils, à la fois quantitatifs, et qualitatifs, et le recueil et l'exploitation de données statistiques relatives à l'offre et aux besoins.

Plusieurs dispositions notables mises en œuvre dans ces précédents schémas peuvent être relevées :

- la mise en place d'un dispositif de professionnalisation du secteur de l'aide à domicile avec la conclusion de conventions de partenariat dites « de qualité » entre le Département et les services d'aide et d'accompagnement à domicile autorisés et d'une convention avec la CNSA pour la modernisation et la professionnalisation de ces services (2012-2014) ;
- la mise en œuvre de conventions relatives aux modalités de coordination et d'échanges d'information dans le domaine des personnes âgées conclues avec la CARSAT et la MSA ;

INTRODUCTION

- le développement de l'accueil familial et le soutien aux accueillants familiaux qui s'est traduit notamment par la définition d'un véritable programme de formation initiale et continue pour l'ensemble des accueillants agréés, une charte de l'accueil familial signée par chacun des accueillants ;
- l'amélioration de la prise en charge en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes par :
 - l'approbation d'un nouveau programme d'aide à l'investissement de 10,7 M€,
 - la mise en fonctionnement de places supplémentaires (+68) et de 3 nouveaux établissements pour 225 places nouvelles,
 - dans le cadre du suivi et des négociations des conventions tripartites, l'harmonisation des conditions d'admission et le respect des droits des usagers, la réalisation des plans de formations notamment à l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées, le développement des modes alternatifs d'hébergement, la création de postes d'ASH (+29,42 ETP) d'AS AMP (+142,69 ETP) et de psychologues (+6,69 ETP),
 - la mise en place d'un outil de demande d'inscription en ligne en EHPAD « Viatrajectoire MS » ;
- l'adaptation des modes d'accueil et d'hébergement aux besoins des personnes adultes handicapées :
 - ouverture d'un foyer d'accueil médicalisé pour adultes autistes de 26 places dont une place d'accueil de jour et une place d'accueil temporaire en 2014,
 - création de 9 places en maison d'accueil spécialisé,
 - renforcement des moyens au sein des services d'accompagnement à la vie sociale, création d'un service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés physiques de 12 places,
 - transformation de places en foyer d'hébergement d'ESAT en foyer de vie : création de 80 places en foyer de vie dont 49 places d'accueil de jour et diminution de 49 places en foyer d'hébergement d'ESAT ;
- la mise en place d'un groupe de travail partenarial sur l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes dont les conclusions sont reprises dans le présent schéma (*fiche action n° 8*) ;
- la mise en place d'un groupe de travail partenarial sur la coordination des services d'aide et d'accompagnement au domicile et les services de soins infirmiers à domicile dont les premiers éléments de conclusions sont repris dans le présent schéma (*fiche action n°5*).

Les schémas en faveur des personnes âgées et du handicap conclus en 2008 et 2010, étaient des schémas volontaristes.

Le bilan de réalisation de ces schémas reste cependant mitigé, ce qui peut s'expliquer notamment par les éléments suivants :

- le nombre de fiches actions par schéma a été trop important, ce qui n'a pas permis de réaliser de manière aboutie l'ensemble des travaux inscrits sur la période couvrant les schémas ;
- certaines actions ne relevaient pas uniquement de la compétence propre du Département et faisaient appel à des partenaires qui n'ont pas pu être suffisamment mobilisés ;
- certaines actions représentaient plutôt des déclarations d'intention, voire même des objectifs idéaux mais non réalistes ;
- des objectifs, compte tenu des contraintes budgétaires fortes, n'ont pas pu être mis en place (comme l'objectif de recrutement de nouveaux métiers au sein des SAAD et la réponse aux difficultés des interventions liées aux horaires atypiques) ;
- des dispositions nouvelles exogènes sont venues modifier les objectifs de certaines actions.

Aussi, le présent schéma se veut être un programme d'action plus ciblé, cohérent, opérationnel et appropriable par tous les acteurs.

INTRODUCTION

3) Une méthode d'élaboration du schéma 2017-2021 fortement participative

Le Département de l'Orne a souhaité inscrire les travaux d'élaboration de son nouveau schéma pour l'autonomie dans le cadre d'une méthode participative. **L'élaboration de ce schéma a ainsi mobilisé plus de 200 acteurs du territoire intervenant dans les secteurs des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.**

Le Conseil départemental a sollicité un cabinet spécialisé dans l'accompagnement de l'action publique médico-sociale, pour l'accompagner dans l'élaboration de son schéma pour l'autonomie.

L'élaboration de ce schéma dans une démarche participative a permis de dégager **les axes stratégiques et les actions du schéma départemental de l'autonomie 2017-2021**. Pour cela, six groupes de travail (comptant environ 50 participants chacun) ont été réunis à la suite d'une réunion de lancement à laquelle plus de 100 acteurs étaient présents. Les groupes de travail, qui ont permis d'élaborer des propositions d'orientations et d'actions contenues dans le plan d'action du nouveau schéma, ont porté sur les 6 thématiques suivantes :

- 1 - domicile et alternatives à l'hébergement
- 2 - articuler les actions de prévention de l'ensemble des acteurs
- 3 - adapter l'offre d'hébergement médico-social aux besoins des personnes âgées
- 4 - adapter l'offre d'hébergement médico-social aux besoins des personnes en situation de handicap
- 5 - fluidité des parcours de vie
- 6 - territorialiser l'action et coordonner les interventions sur le territoire

Les instances de pilotage de la démarche d'élaboration du schéma, ont été réunies à l'issue de chacune de ces phases, de manière à valider chaque étape des travaux. Deux instances partenariales ont ainsi été constituées :

- ⊙ **Un comité technique**, instance d'impulsion et d'orientation des travaux du schéma, composée de représentants du Conseil départemental, de l'Agence régionale de santé de Normandie, de la Maison départementale des personnes handicapées, d'usagers (Comité départemental des retraités et des personnes âgées (CO.DE.R.PA) et Comité départemental consultatif des personnes handicapées CDCPH), et de représentants d'établissements et services pour personnes handicapées et pour personnes âgées dépendantes.
- ⊙ **Un comité de pilotage**, instance de validation partenariale composée des principaux partenaires financeurs de la politique autonomie (CD, ARS, CARSAT, MSA).

Le présent schéma est donc le fruit d'une intense concertation avec les acteurs du département participant à la mise en œuvre des politiques en faveur des personnes en perte d'autonomie. Les travaux ont fait l'objet d'une restitution auprès de l'ensemble des acteurs ayant contribué à la démarche.

Ce schéma tient compte et intègre les avis donnés par les instances consultatives des personnes âgées (CODERPA) et des personnes en situation de handicap (CDCPH), ainsi que les avis émis par l'Agence Régionale de Santé de Normandie et par le préfet de l'Orne.

LE PLAN D'ACTION 2017-2021

POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Ce plan d'action a été élaboré en prenant en compte les enjeux suivants :

- ◊ La recherche d'une plus grande **fluidité du parcours de la personne** qui connaît une situation de perte d'autonomie, qu'elle vive à son domicile ou dans une structure d'hébergement.
- ◊ La **mobilisation des acteurs**, professionnels comme membres de la société civile, pour identifier des réponses aux problématiques rencontrées, dans un **cadre budgétaire contraint**.

■ 3 orientations se dégagent :

Orientation 1 : prévenir et coordonner.

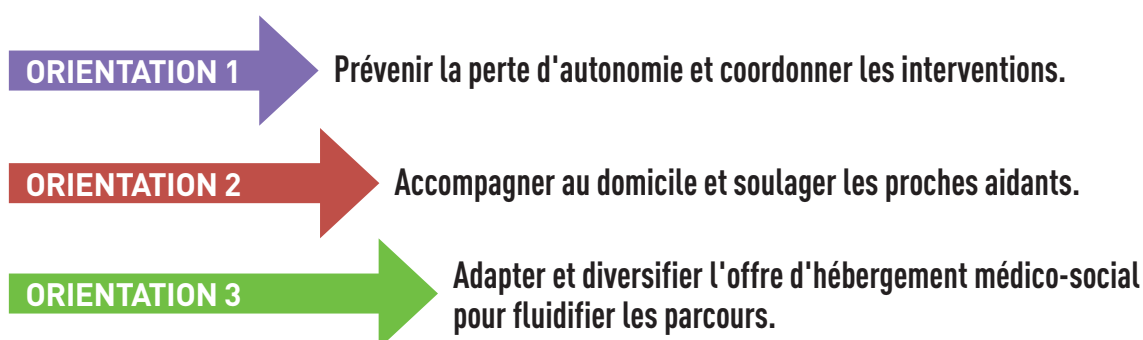
Dans le prolongement des orientations de la loi d'adaptation de la société au vieillissement, la prévention de la perte d'autonomie est un axe phare de ce schéma. Il vise à mobiliser les acteurs, coordonner les interventions et territorialiser l'action afin de repérer les fragilités dès leur apparition pour y apporter des réponses de manière réactive.

Orientation 2 : accompagner au domicile.

Le Département de l'Orne souhaite poursuivre les efforts engagés depuis plusieurs années sur ce sujet. Cette orientation centrale du schéma comprend à la fois le soutien aux proches aidants, le développement de l'offre de répit et la poursuite du travail relatif à la qualité des interventions à domicile et la modernisation du secteur de l'aide à domicile.

Orientation 3 : adapter l'offre d'hébergement médico-social.

Après plusieurs années de développement, le schéma 2017-2021 doit aujourd'hui répondre à l'enjeu d'adaptation des ressources médico-sociales sur chacun des territoires, et en particulier de l'offre d'hébergement. Les modalités de cette adaptation seront diversifiées pour répondre au mieux aux besoins des populations (rapprochement de structures, restructuration de certaines offres, redéploiement budgétaire pour développer des offres actuellement inexistantes...).



LE PLAN D'ACTION 2017-2021

POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

1) Orientation n° 1 : prévenir la perte d'autonomie et coordonner les interventions

1. Contexte national

Les principales dispositions de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) impactant l'action des Départements concernant la prévention de l'autonomie et la coordination des interventions au domicile sont :

- ◊ **l'instauration d'une conférence des financeurs.** Cette instance de coordination institutionnelle vise à développer les politiques de prévention de la perte d'autonomie. Ses missions sont d'établir un diagnostic des besoins des personnes âgées de 60 ans et plus résidant sur le territoire départemental, de recenser les initiatives locales et de définir un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention, en complément des prestations légales ou réglementaires. L'instauration de cette conférence constitue une action phare du nouveau schéma, comme en témoigne son positionnement en tête du plan d'action 2017-2021 ;
- ◊ **la création d'un Comité départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA).** Ce comité remplace le Comité départemental des retraités et des personnes âgées (CODERPA) et le Conseil départemental consultatif des personnes handicapées (CDCPH). Son objectif est d'assurer la participation des personnes âgées et des personnes en situation de handicap à l'élaboration, à la mise en œuvre, au développement et à la mise en cohérence des politiques de l'autonomie.

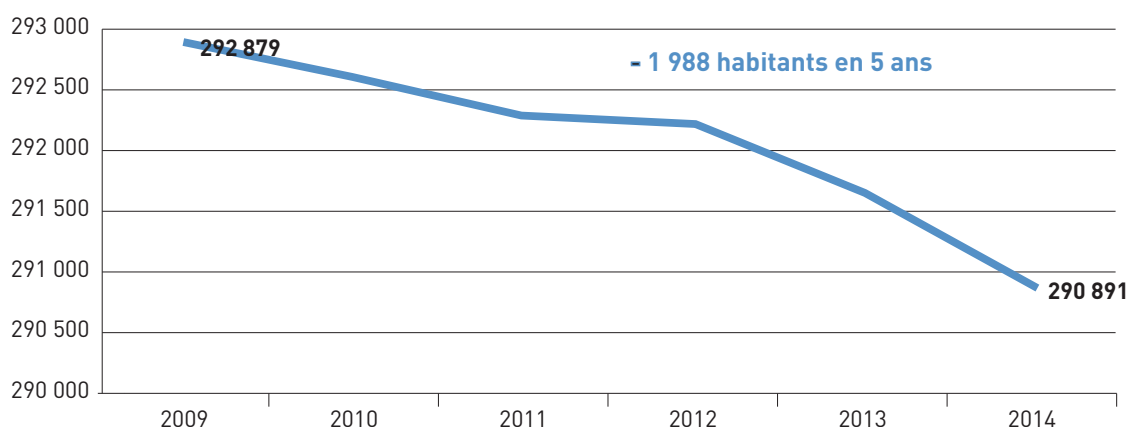
2. Contexte local

A – Évolution de la population ornaise et de la population âgée entre 2009 et 2014

Les éléments démographiques suivants sont extraits des recensements de 2009 et 2014. La nouvelle méthodologie de recensement mise en place par l'INSEE depuis 2004 permet de fournir chaque année des résultats à partir des informations collectées lors des cinq enquêtes annuelles de recensement les plus récentes. Toutefois, les résultats des recensements rénovés ne se comparent correctement entre eux que sur des périodes espacées d'au moins 5 ans d'où le choix de comparer les recensements de 2009 et 2014.

Entre 2009 et 2014, l'évolution de population ornaise est atone (- 0,68% sur la période) alors que la population bas-normande croît de 1,3% dans une France métropolitaine qui enregistre une croissance de 2,7% sur cette même période.

Évolution de la population ornaise

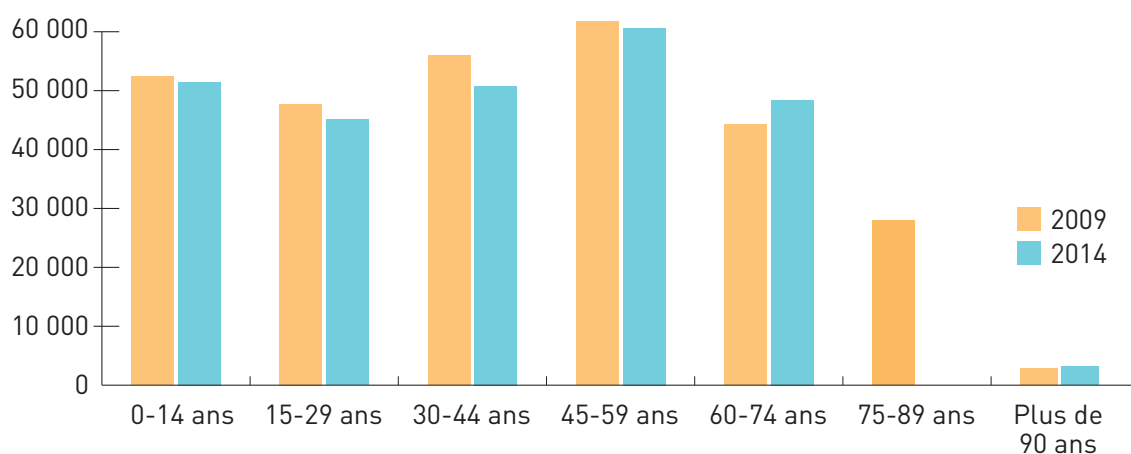


LE PLAN D'ACTION 2017-2021

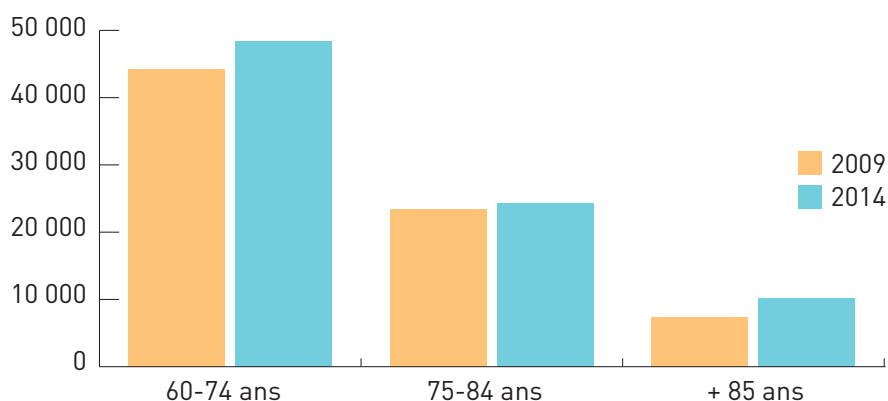
POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

La population âgée de plus de 60 ans connaît une évolution différente de celle de la population totale. Elle progresse entre 2009 et 2014 et cette inflexion se vérifie à tous les niveaux géographiques. Le vieillissement de la population est un phénomène national qui se vérifie de façon plus prégnante dans notre département. Entre 2009 et 2014, la population de moins de 60 ans a diminué de 9 857 personnes alors que la population des plus de 60 ans a progressé de 7 873 personnes.

Évolution de la population ornaise par tranches d'âge



Évolution de la population ornaise de plus de 60 ans par tranches d'âge



Dans l'Orne comme en France ou en Basse-Normandie, entre 2009 et 2014, ce sont les personnes de plus de 85 ans qui connaissent la plus forte progression (+ 38,31 %). Toutefois les progressions relevées dans le département restent inférieures à celles relevées en Basse-Normandie mais très supérieures au niveau national sauf pour la tranche d'âge des 60-74 ans.

Évolution de la population entre 2009 et 2014			
	60-74 ans	60-74 ans	60-74 ans
Orne	9,46 %	3,68 %	38,31 %
France	14,09 %	0,89 %	24,91 %
Basse-Normandie	12,73 %	5,24 %	43,38 %

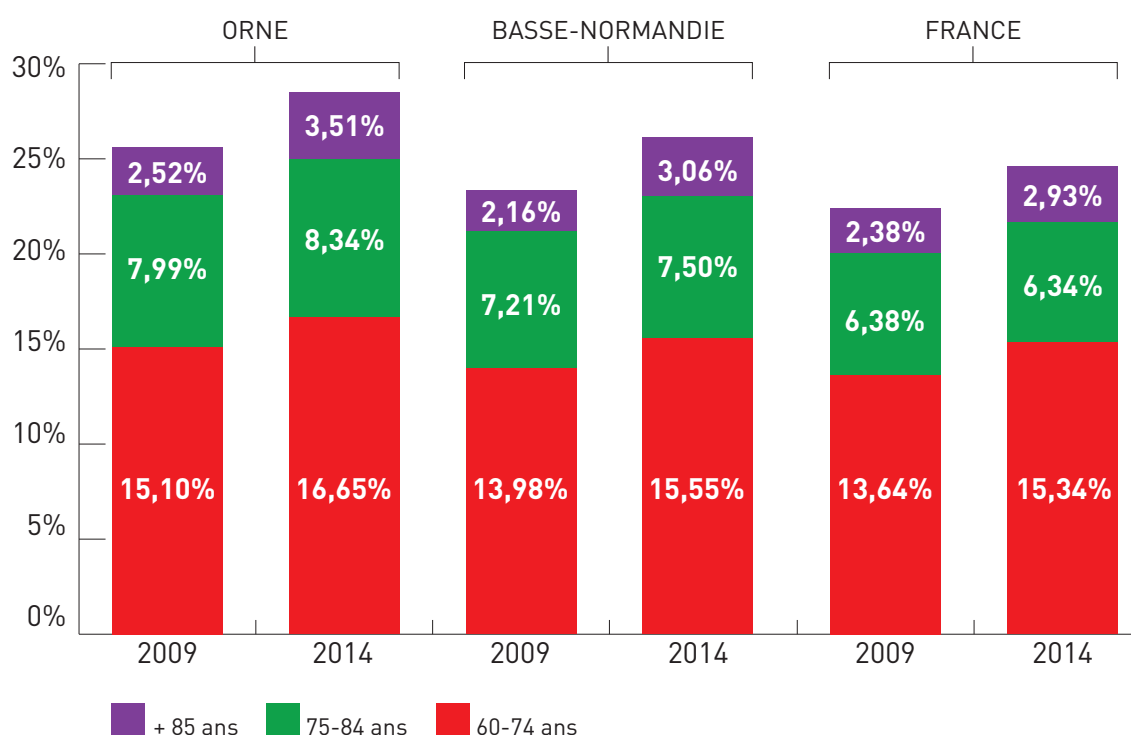


LE PLAN D'ACTION 2017-2021

POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Dans l'Orne, le poids de ces tranches d'âge dans la population globale dépasse largement le niveau régional et français.

Le poids des personnes âgées dans la population



À RETENIR

L'évolution de la population âgée dans le département entre 2009 et 2014 est légèrement supérieure à celle qu'on observe au niveau national mais reste inférieure à celle relevée en Basse-Normandie.

La part de la population âgée au sein de la population départementale est très nettement supérieure aux données nationales et régionales.

→ **L'Orne est un territoire vieillissant.**

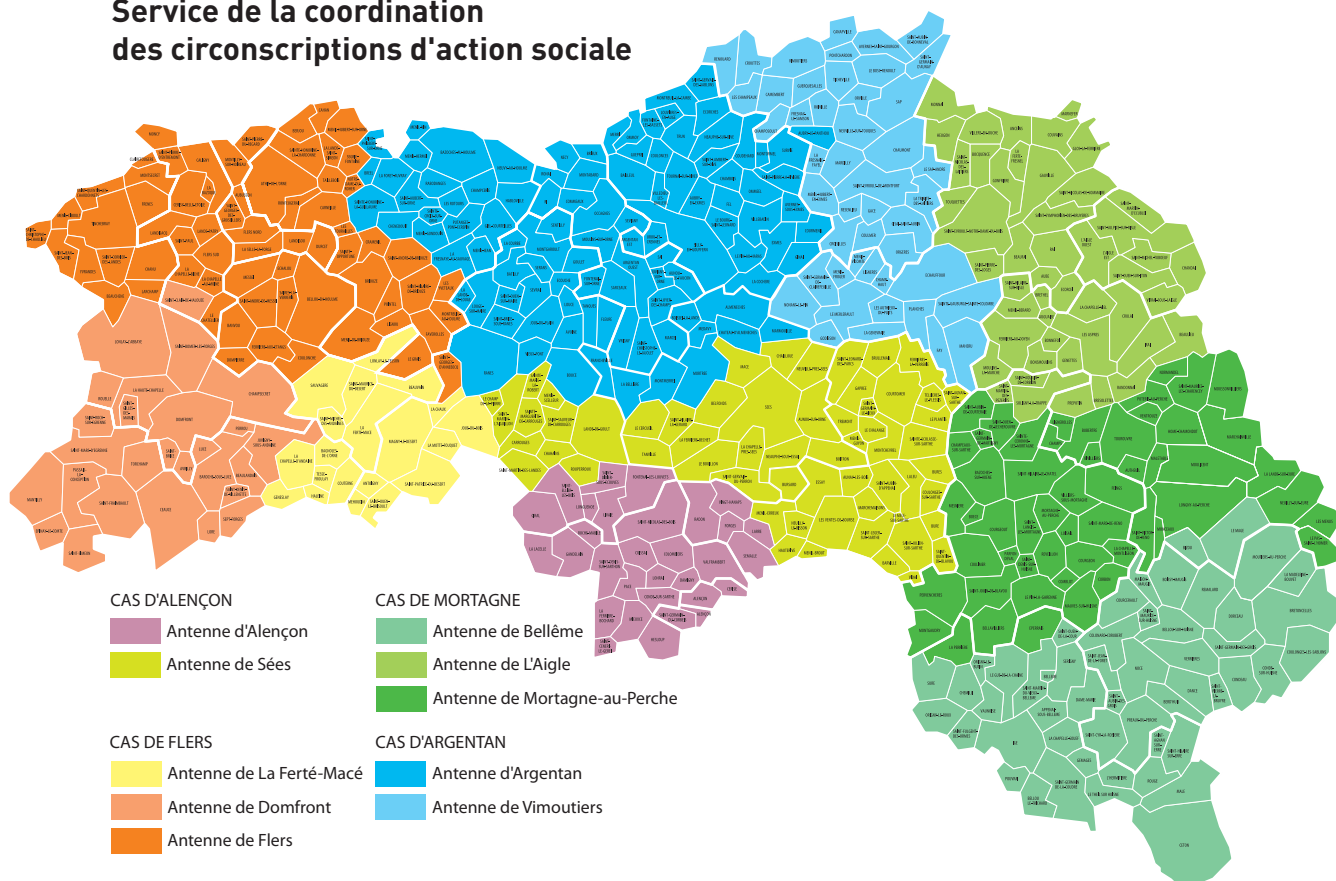
LE PLAN D'ACTION 2017-2021

POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

B – La population âgée : vision territoriale par Circonscription d'Action Sociale (CAS)

Le département de l'Orne est divisé en 4 CAS sous-divisées en antennes.

Service de la coordination des circonscriptions d'action sociale



Circonscription d'action sociale d'Alençon
21, place de la Paix
CS 20030 - 61001 ALENÇON Cedex - 02 33 31 04 31

Antenne de Sées
3, rue Saint-Martin
61500 SÉES - 02 33 28 71 09

Circonscription d'action sociale de Flers
5bis, rue Joseph Morin
BP 131 - 61103 FLERS Cedex - 02 33 64 56 10

Antenne de Domfront
12, place du Champ de Foire
61700 DOMFRONT - 02 33 38 53 66

Antenne de La Ferté-Macé
16, rue Louis Pasteur
61600 La FERTÉ-MACÉ - 02 33 37 46 04

Circonscription d'action sociale de Mortagne-au-Perche
Rue du Moulin à Vent - CS 80024
61400 MORTAGNE-AU-PERCHE - 02 33 85 24 20

Antenne de L'Aigle
Bâtiment Ile de France - Rue Georges Lochon
CS 90122 - 61303 L'AIGLE Cedex - 02 33 84 36 00

Antenne de Bellême
Zone industrielle - Route du Mans
61130 BELLÊME - 02 33 85 30 20

Circonscription d'action sociale d'Argentan
16, rue des Capucins
BP 30020 - 61201 ARGENTAN Cedex - 02 33 12 42 20

Antenne de Vimoutiers
15, rue du Moulin
61120 VIMOUTIERS - 02 33 39 06 330

Les 4 CAS ont des poids de population variables mais avec pour point commun une baisse de la population totale entre 2009 et 2014, davantage marquée dans les CAS d'Alençon et de Flers.

Répartition de la population ornaise par CAS			
	2009	2014	Évolution
CAS d'Alençon	68 846	67 703	-1,66 %
CAS d'Argentan	58 488	58 347	-0,24 %
CAS de Flers	90 081	89 172	-1,01 %
CAS de Mortagne	75 544	75 537	-0,01 %

LE PLAN D'ACTION 2017-2021

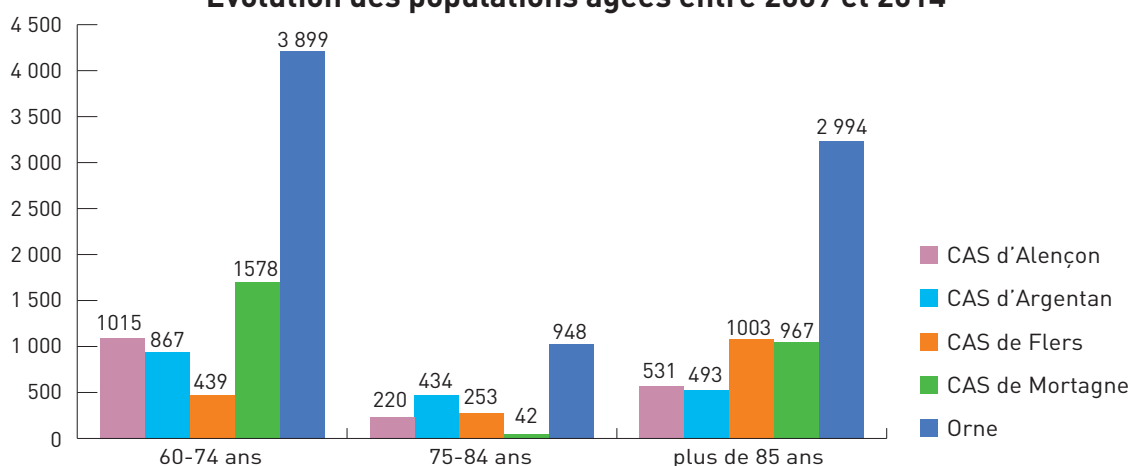
POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Si cette baisse caractérise la démographie ornaise, elle ne s'applique pas aux tranches d'âges concernées par ce bilan.

	CAS d'Alençon			CAS d'Argentan			CAS de Flers			CAS de Mortagne		
	2009	2014	Évolution	2009	2014	Évolution	2009	2014	Évolution	2009	2014	Évolution
60-74 ans	9 457	10 471	-11 %	9 225	10 092	9 %	14 408	14 847	3 %	11 549	13 127	14 %
75-84 ans	4 996	5 216	4 %	4 338	4 771	10 %	7 714	7 967	3 %	6 013	6 054	1 %
plus de 85 ans	1 948	2 479	27 %	1 444	1 938	34 %	2 322	3 325	43 %	1 891	2 858	51 %
Total PA (+60 ans)	16 401	18 166	-11 %	15 007	16 801	12 %	24 444	26 138	7 %	19 453	22 039	13 %

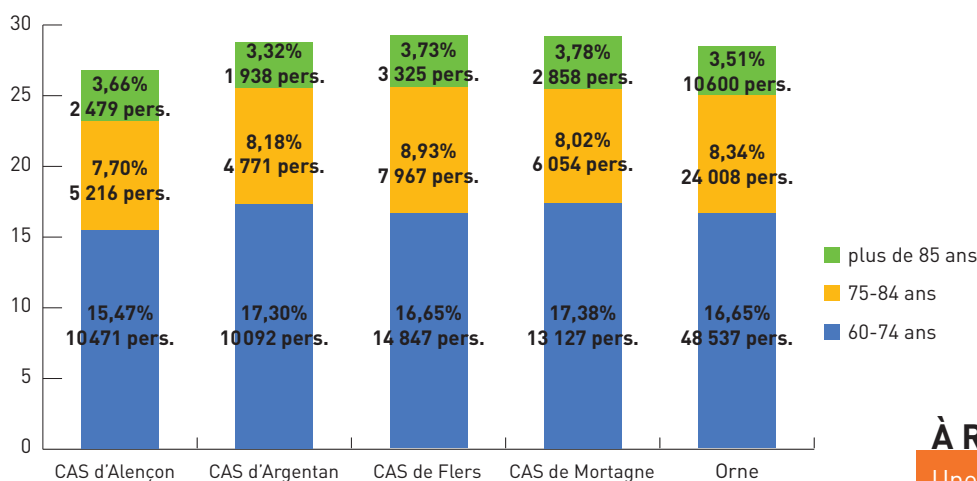
Même si la population de + de 60 ans croît de manière quasi identique dans les 4 CAS de l'Orne, d'importantes disparités dans l'évolution des populations par tranches d'âge marquent le territoire.

Évolution des populations âgées entre 2009 et 2014



Dans toutes les CAS, toutes les catégories de populations de plus de 60 ans sont en progression entre 2009 et 2014.

Les personnes âgées dans la population ornaise en 2014



À RETENIR

Une répartition relativement homogène du vieillissement au sein du département.

Le poids relatif des populations de plus de 60 ans dans la population totale est assez similaire d'un territoire à l'autre. Seul le territoire de la CAS d'Alençon se démarque avec 26,83% de sa population de plus de 60 ans. Les trois autres territoires oscillent entre 28,79% pour Argentan, 29,18% pour la CAS de Mortagne et 29,31% pour la CAS de Flers.

LE PLAN D'ACTION 2017-2021

POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

C – La population en situation de handicap

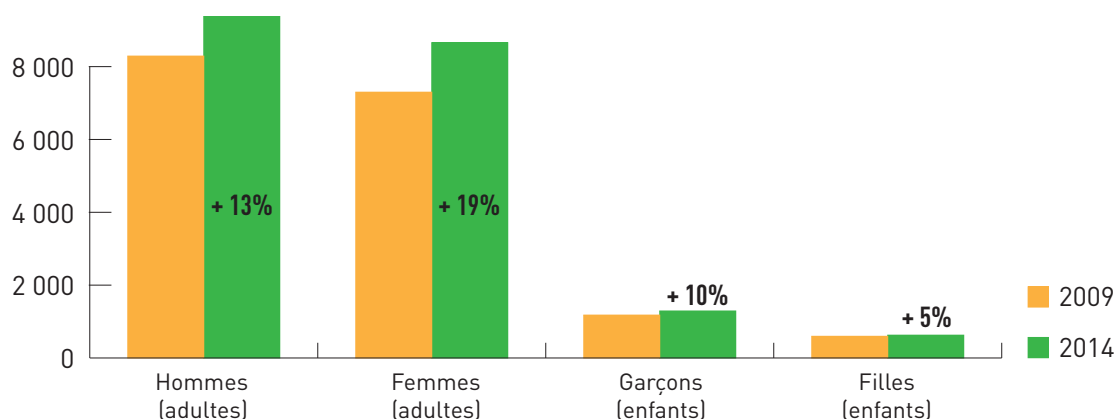


L'Orne en 2014 recense 19 952 personnes bénéficiant d'un droit au titre d'un handicap dont près de 90 % sont des adultes. Si, au niveau des adultes, il y a pratiquement autant de femmes que d'hommes, chez les enfants de moins de 20 ans, ce sont les garçons qui sont surreprésentés avec 67 % des effectifs.

Depuis 2009, le nombre de personnes bénéficiant d'un droit au titre d'un handicap a progressé de près de 15 %, avec des écarts de progressions très différenciés selon le sexe et l'âge. Ceci s'explique notamment par la montée en charge des dispositifs issus de la loi de 2005, mise en place à compter de 2008.

En 2014, le nombre de personnes ayant un droit en cours représente 7 % de la population ornaise.

Nombre d'Ornais bénéficiaires d'un droit au titre d'un handicap



Les différentes allocations et orientations 2014

Une personne handicapée a la possibilité de bénéficier de plusieurs «droits», d'où un nombre total de droits ouverts très nettement supérieur au nombre de personnes handicapées recensées.

Type de droits	Nombre de droits ouverts
Allocation pour adulte handicapé	5 530
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé	555
Allocation Compensatrice pour tierce personne	390
Prestation de compensation du handicap	2 798
Carte de priorité et carte d'invalidité	10 509
Carte stationnement + macaron	4 384
Auxiliaire de vie sociale	562
Orientation scolaire	549
Orientation professionnelle	5 204
Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé	8 364

LE PLAN D'ACTION 2017-2021

POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Trois « prestations » regroupent plus de 73 % des bénéficiaires des aides délivrées par la Maison départementale des personnes handicapées : l'AAH (Allocation Adulte Handicapé, versée par l'État CAF), la RQTH (Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé) et la PCH (Prestation de Compensation du Handicap, versée par le Conseil départemental) sur son volet « aide humaine à domicile ».

	AAH	RQTH	PCH (aides humaines à domicile)
2009	4 940	6 696	515
2014	5 530	8 364	755

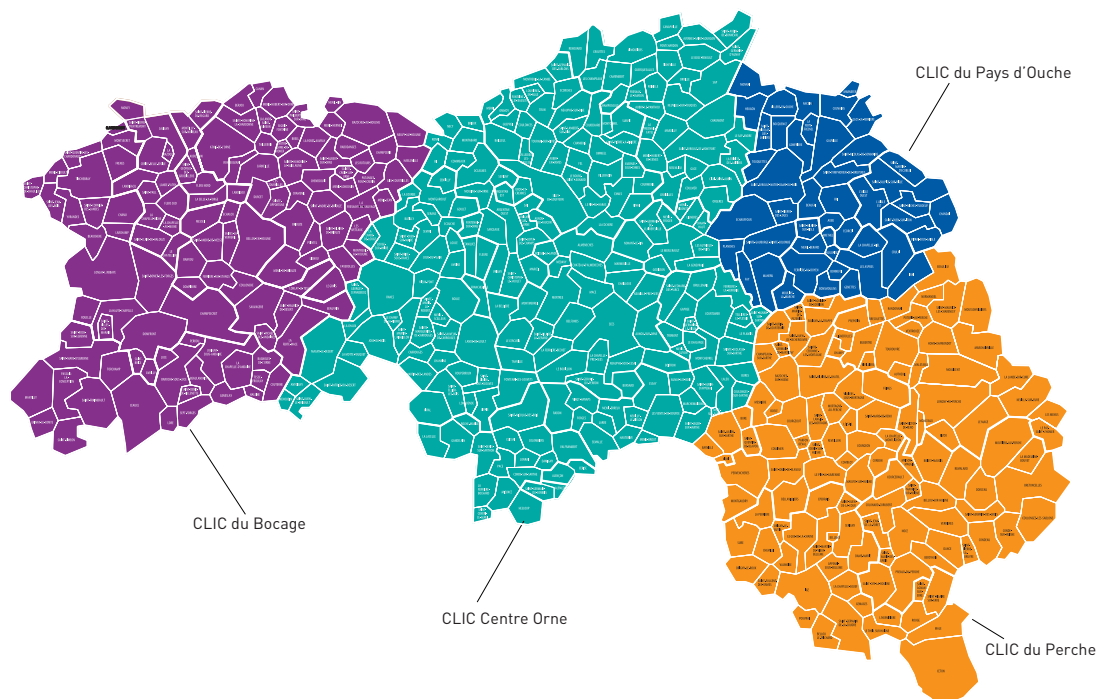
Concernant la PCH, le nombre de bénéficiaires a fortement augmenté entre 2009 et 2014 (+ 47%). Cette évolution est plus marquée pour les enfants que pour les adultes.

Parmi ces bénéficiaires de la PCH, 635 adultes bénéficient de la PCH aide humaine. Parmi eux, près de la moitié (47%) ne font appel qu'aux aidants familiaux pour les aider au quotidien. Pour les enfants ce pourcentage augmente jusqu'à 79%.

D - Les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et les Méthodes d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA)

L'Orne compte 4 CLIC qui se partagent le territoire d'ouest en est :

- le CLIC du Bocage, le CLIC Centre Orne, le CLIC du Pays d'Ouche et le CLIC du Perche.



L'Orne compte également 3 MAIA dont le portage est assuré par les associations CLIC. La zone de couverture des MAIA est identique à celle des CLIC, sauf pour la MAIA Orne Est qui couvre les territoires du Pays d'Ouche et du Perche.

Le dispositif MAIA est une nouvelle méthode de travail entre les acteurs, visant à co-construire un réseau intégré de partenaires pour les soins, les aides et l'accompagnement des personnes vivant à domicile. L'objectif est de renforcer l'articulation des intervenants des champs sanitaire, social et médico-social autour de la personne en perte d'autonomie fonctionnelle et de ses aidants. Elle vise à simplifier le parcours des personnes et de leurs aidants, à réduire les doublons en matière d'évaluation, à éviter les ruptures de continuité dans les interventions.

LE PLAN D'ACTION 2017-2021

POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

3. Actions proposées

L'orientation n°1 « **Prévenir la perte d'autonomie et coordonner les interventions** » s'inscrit directement dans le cadre proposé par la loi d'adaptation de la société au vieillissement (loi ASV) qui installe la conférence des financeurs. Cette instance, présidée par le Conseil départemental, a vocation à coordonner les acteurs institutionnels financeurs et décideurs autour de la problématique de la prévention de la perte d'autonomie. C'est pourquoi le Département de l'Orne se propose, à travers cette orientation, de traiter concomitamment, la coordination des acteurs et la prévention de la perte d'autonomie.

L'ORIENTATION n° 1 se décline ainsi en quatre actions :

- ACTION 1** → **Redéfinir** le positionnement et l'articulation des dispositifs de coordination et de prévention CLIC et MAIA ;
- ACTION 2** → **Uniformiser** et **généraliser** l'utilisation d'outils de coordination entre le sanitaire et le médico-social ;
- ACTION 3** → **Faciliter** l'accès des personnes aux logements adaptés et aux aides à l'adaptation du logement ;
- ACTION 4** → **Impulser** une politique départementale partagée en matière de prévention de la perte d'autonomie.



LE PLAN D'ACTION 2017-2021

POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Action n° 1 : redéfinir le positionnement et l'articulation des dispositifs de coordination et de prévention CLIC et MAIA

ORIENTATION n° 1 : prévenir la perte d'autonomie et coordonner les interventions

Éléments de diagnostic

- L'Orne compte 4 Centres locaux d'information et de coordination (CLIC du Bocage, CLIC Centre-Orne, CLIC du Pays d'Ouche, CLIC du Perche) ainsi que 3 dispositifs Méthodes d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) (Centre-Orne, Bocage Ornaï, Orne-Est) couvrant l'ensemble du territoire.
- Dans le cadre du précédent schéma, l'élaboration d'un cahier des charges départemental des CLIC a permis de clarifier les rôles et les liens de complémentarité entre les CLIC et les équipes médico-sociales APA.
- À noter : dans l'Orne, les dispositifs MAIA sont portés par les CLIC.

Objectifs

- Améliorer la complémentarité entre les missions des CLIC et les missions des dispositifs MAIA.
- Clarifier le rôle de chacun des dispositifs, notamment dans la coordination et la gestion des « cas complexes ».

Pilote (s)

- Conseil départemental
- ARS de Normandie

Partenaires concernés

- Dispositifs MAIA
- CLIC
- MDPH

Publics concernés

- Personnes âgées et personnes en situation de handicap

Niveau de priorité 1 à 3

Niveau de priorité 1

Modalités de mise en œuvre

- Formaliser un protocole repositionnant le rôle et les missions de chacun des deux dispositifs MAIA et CLIC, définissant un fonctionnement articulé entre les deux dispositifs, et coordonné avec l'ensemble des intervenants (TS APA, ESSMS, CCAS, Institutions, etc.).
- Afin d'assurer une continuité de l'action des CLIC sur l'ensemble du territoire, rapprocher, en vue d'une fusion, le CLIC du pays d'Ouche vers le CLIC du Perche.
- Sur la base de ce protocole et des orientations stratégiques du Département, renforcer le pilotage des CLIC par le Département en :
 - conventionnant avec chacun d'eux pour définir les objectifs à atteindre (convention d'objectifs et de moyens) avec un modèle type,
 - assurer un suivi des actions mises en œuvre faisant le lien avec les modalités de subventionnement de ceux-ci.

Indicateurs de suivi

- Protocole signé
- Nombre de conventions signées
- Fusion des CLIC du pays d'Ouche et du Perche

Indicateur de coût et point de vigilance

- Montant des subventions aux CLIC
- Temps de pilotage au sein du Conseil départemental à prévoir

LE PLAN D'ACTION 2017-2021

POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Action n° 2 : uniformiser et généraliser l'utilisation d'outils de coordination entre le sanitaire et le médico-social

ORIENTATION n° 1 : prévenir la perte d'autonomie et coordonner les interventions

Éléments de diagnostic

- Une fiche navette entre le domicile et l'hôpital fonctionne entre les professionnels sur le territoire d'Alençon avec environ 180 fiches en circulation pour les GIR 1 à 3 « passeport médico-social ».
 - Un groupe de travail pluridisciplinaire projette actuellement de mettre en place ce dispositif sur le Bocage en y apportant deux changements : ne pas se baser sur les critères d'éligibilité du GIR mais sur des critères de fragilité et étoffer le recueil d'informations sur le logement.
 - Le groupement de coopération sanitaire « GCS Télésanté » travaille à un projet de volet médico-social dans l'outil Via-Trajectoire, auquel pourrait s'intégrer un outil de coordination.
- Projets de classeur de liaison en cours dans la MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'autonomie) du Perche (dans le cadre de sa table tactique) et le groupe de travail pluridisciplinaire du Bocage ornais.

Objectifs

- Généraliser l'utilisation d'un outil de coordination entre le sanitaire et le médico-social auprès des personnes âgées vivant à domicile (en intégrant celles relevant de la politique d'action sociale des caisses de retraite) et l'étendre au secteur des personnes handicapées.
- Uniformiser le format et l'utilisation d'un classeur de liaison à domicile à l'échelle du territoire.

Pilote (s)

- Conseil départemental
- ARS de Normandie

Partenaires concernés

- CLIC
- Dispositifs MAIA
- Caisses de retraite
- MDPH
- Centres Hospitaliers
- Prestataires à domicile (SAAD, SSIAD, HAD, SAVS, SAMSAH)

Publics concernés

- Personnes âgées et personnes en situation de handicap

Niveau de priorité 1 à 3

Niveau de priorité 1

Modalités de mise en œuvre

1. Réaliser un état des lieux précis sur les outils de coordination existants :
 - fonctionnement du passeport médico-social d'Alençon,
 - avancement du projet du groupe de travail du Bocage ornais,
 - expérimentation du classeur de liaison sur le pays du Perche,
 - avancement des travaux du groupement de coopération sanitaire « GCS Télésanté ».

LE PLAN D'ACTION 2017-2021

POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Modalités de mise en œuvre

2. Positionner les pilotes MAIA sur le projet d'uniformisation des pratiques :
 - pour l'outil de lien entre les services hospitaliers et le domicile afin de définir des critères d'éligibilité partagés, des objectifs et des modalités de fonctionnement partagés à l'échelle départementale,
 - pour le classeur de liaison à domicile afin de définir un format et des règles d'utilisation à l'échelle départementale.
3. Réunir un groupe de travail avec les acteurs du handicap afin de définir des modalités spécifiques de mise en œuvre auprès du secteur du handicap.
4. Élaborer un scénario de déploiement de l'outil sur 5 ans sur l'ensemble du territoire et sur les secteurs PA et PH.
5. Étudier, en lien avec le groupement de coopération sanitaire, la faisabilité et l'opportunité de l'intégration des outils de coordination à l'application « Via Trajectoire ».

Indicateurs d'évaluation et de suivi

- Nombre d'outils de coordination en circulation
- Nombre de classeurs de liaison en circulation

Indicateur de coût et point de vigilance

- Une multiplicité d'acteurs concernés mais à mobiliser étape par étape
- Temps de réunion et de production de rapports à prévoir

LE PLAN D'ACTION 2017-2021

POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Action n° 3 : faciliter l'accès des personnes aux logements adaptés et aux aides à l'adaptation du logement

ORIENTATION n° 1 : prévenir la perte d'autonomie et coordonner les interventions

Éléments de diagnostic

- Un recensement des logements accessibles auprès des bailleurs publics a été réalisé.
- La CARSAT mène actuellement sur une ville une expérimentation de fléchage des logements dans le parc social qui permet d'orienter les personnes âgées vers 30% du contingent des logements.
- Les 3 équipes spécialisées Alzheimer du département ont chacune des ergothérapeutes à temps plein. La MDPH a également un ergothérapeute.
- La maison domotique d'application pédagogique a été ouverte en septembre 2013.
- Les aides aux travaux de perte d'autonomie de l'ANAH, l'adaptation du logement dans le cadre de l'APA ou de la PCH.
- L'accompagnement des personnes en perte d'autonomie par le PACT de l'Orne pour définir les travaux nécessaires et trouver des subventions possibles.

Objectifs

- Travailler sur les parcours résidentiels.
- Faciliter l'accès aux logements adaptés existants pour les personnes en perte d'autonomie.
- Améliorer la lisibilité et la mutualisation des aides à l'adaptation du logement.
- Promouvoir l'habitat provisoire (logement d'attente de réalisation des travaux) pour les personnes en situation de handicap.

Pilote (s)

- Conseil départemental

Partenaires concernés

- Membres de la Conférence des financeurs
- Bailleurs sociaux (dont Orne habitat)
- MDPH
- Accueillants familiaux
- Logements foyers - Résidences autonomie
- Opérateurs logements agréés

Publics concernés

- Personnes âgées et personnes en situation de handicap

Niveau de priorité 1 à 3

Niveau de priorité 3

Modalités de mise en œuvre

1. Effectuer un travail de capitalisation sur deux initiatives des partenaires suscités :
 - le recensement des logements adaptés effectué par Orne Habitat,
 - le dispositif expérimental de fléchage des logements adaptés mené par la CARSAT.
2. Proposer un dispositif généralisé de « fléchage » des logements adaptés pour les personnes âgées ou en situation de handicap en lien avec la CARSAT, l'ANAH et les bailleurs sociaux.
3. Réunir les partenaires porteurs d'aide au logement afin d'améliorer l'information et la communication sur les aides et élaborer un projet visant à mutualiser des plans de financement (en articulation avec les travaux de la conférence des financeurs).
4. Afin d'apporter une réponse opérationnelle au manque de logements d'attente en cas de rénovation du logement, mobiliser les accueillants familiaux et les résidences autonomie afin de proposer un hébergement temporaire.

LE PLAN D'ACTION 2017-2021

POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Indicateurs d'évaluation et de suivi	Indicateur de coût et point de vigilance
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de logements ayant bénéficié d'aides financières aux travaux • Nombre de logements adaptés attribués à des personnes âgées • Nombre d'hébergements temporaires en famille d'accueil (PA/PH) • Nombre d'hébergements temporaires en résidence autonomie (PA/PH) 	<ul style="list-style-type: none"> • Effort de mobilisation des partenaires de l'habitat et du logement

Action n° 4 : impulser une politique départementale partagée en matière de prévention de la perte d'autonomie

ORIENTATION n° 1 : prévenir la perte d'autonomie et coordonner les interventions

Éléments de diagnostic	
<ul style="list-style-type: none"> • Le cahier des charges des CLIC prévoit un lien de complémentarité entre les CLIC et les équipes médico-sociales APA sur le champ de la prévention notamment. • Le groupe de travail du schéma préconise d'intégrer les priorités suivantes au programme départemental : prévention primaire, nutrition et diététique, prévention des chutes (domotique), sorties d'hospitalisations, formation des personnels d'intervention à domicile, lutte contre l'isolement, repérage des fragilités. 	
Objectifs	
<ul style="list-style-type: none"> • Définir un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention de la perte d'autonomie, en complément des prestations légales ou réglementaires. • Donner de la lisibilité et de la cohérence aux actions de prévention de la perte d'autonomie sur l'ensemble du territoire ornaï. • Promouvoir et développer la «Silver Économie» dans le cadre de la conférence des financeurs. 	
Pilote	Partenaires concernés
<ul style="list-style-type: none"> • Conférence des financeurs 	<ul style="list-style-type: none"> • Conseil départemental • ARS de Normandie • ANAH • Caisses de retraite • MDAP • Autres membres de la conférence des financeurs
Publics concernés	
<ul style="list-style-type: none"> • Personnes âgées et personnes en situation de handicap 	
Niveau de priorité 1 à 3	
Niveau de priorité 1	

LE PLAN D'ACTION 2017-2021

POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Modalités de mise en œuvre

1. Organiser un travail préparatoire pour définir les axes de prévention en s'appuyant sur les priorités notamment celles définies dans le cadre des groupes de travail du schéma : aides techniques, prévention primaire, nutrition et diététique, prévention des chutes (domotique), sorties d'hospitalisations, formation des personnels d'intervention à domicile, lutte contre l'isolement, repérage des fragilités, sécurité routière.
2. Établir et partager un diagnostic de l'offre et des besoins en termes d'actions de prévention.
3. Établir et partager un diagnostic de l'offre et des besoins en termes d'actions de soutien aux proches aidants.
4. Susciter la mise en place d'une plateforme pour les aides techniques afin de fournir conseils, démonstrations, informations sur les aides techniques, voire envisager la mise en place d'un système de prêt d'appareillage.
5. Sur la base de ces travaux, élaborer le programme départemental de prévention de la perte d'autonomie.
6. Envisager dans un second temps, d'étendre éventuellement les compétences de la conférence des financeurs au champ du handicap (en termes de coordination institutionnelle des financements).

Indicateurs d'évaluation et de suivi

- Élaboration du programme départemental de prévention de la perte d'autonomie

Indicateur de coût et point de vigilance

- À hauteur du montant des recettes de la contribution additionnelle solidarité autonomie (CASA)

2) Orientation n° 2 :

Accompagner au domicile et soulager les proches aidants

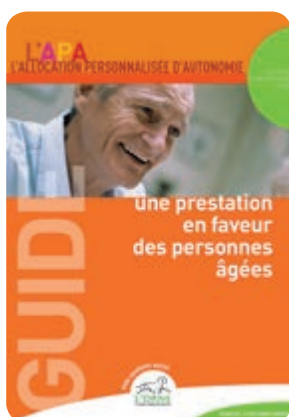
1. Contexte national

- **Le soutien des aidants** est un autre des axes phare de la loi relative à l'Adaptation de la société au vieillissement (ASV). Cette dernière prévoit la reconnaissance d'un « droit au répit » pour les proches aidants et les aidants familiaux dans le cadre de l'allocation personnalisée autonomie (APA). La loi vise à renforcer la solvabilité des proches aidants de bénéficiaires de l'APA en leur permettant de bénéficier de dispositifs de répit via une aide financière dédiée. Ce soutien repose sur la mise en place d'une évaluation des besoins des proches aidants à l'appui d'un outil d'évaluation multidimensionnelle. La loi entend, en outre, favoriser l'articulation de l'offre de services, grâce à la mise en cohérence des actions, dans le cadre du programme départemental d'actions d'aide aux aidants non professionnels (thématique incluse dans le périmètre de la conférence des financeurs, cf. *fiche action n°4*).
- **Le maintien à domicile** est également l'une des préoccupations majeures de la loi ASV. Elle prévoit l'augmentation des plafonds de l'Allocation personnalisée autonomie (APA) et une diminution du reste à charge. La grille AGGIR (Autonomie gérontologique groupes iso-ressources) sera complétée par une évaluation multidimensionnelle des besoins du demandeur de l'APA et de son/ses aidant(s). Un régime unique d'autorisation mettra fin au régime double agrément-autorisation en vigueur depuis la loi Borloo de 2005, au profit de la seule autorisation par les Conseils départementaux. Un nouveau cahier des charges national de l'autorisation est paru. Le Département devra justifier tout refus d'autorisation. Par ailleurs, les accueillants familiaux devront obligatoirement suivre une formation avant leur agrément et non après. La décision d'agrément fixera le nombre de personnes pouvant être accueillies, dans la limite de trois personnes de manière simultanée et de huit en contrats d'accueil au total, sans excéder le seuil de trois contrats d'accueil permanent.

LE PLAN D'ACTION 2017-2021

POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

2. Contexte local



A – Les bénéficiaires de l'APA

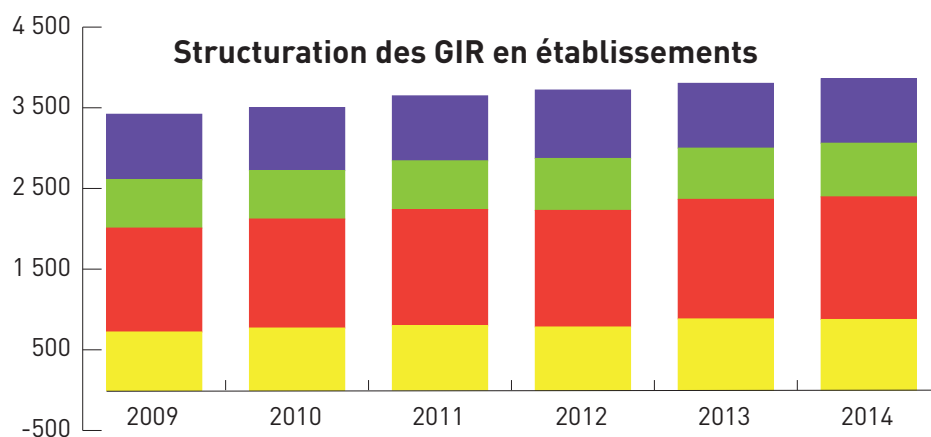
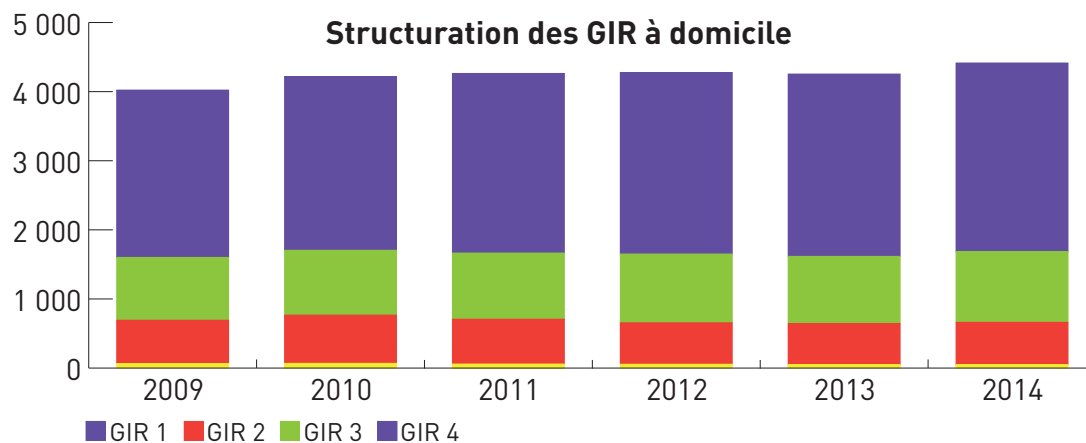
L'APA s'adresse aux personnes âgées de plus de 60 ans qui ont besoin d'être aidées pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. Elle est versée aux personnes ayant un degré de perte d'autonomie correspondant aux quatre premiers GIR (Groupe Iso-Ressources), à savoir les GIR 1, GIR 2, GIR 3 et GIR 4, évaluée en référence à une grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources).

L'APA concerne à la fois les personnes âgées demeurant à domicile et celles résidant en établissement.

En 2014, l'Orne totalise 8274 bénéficiaires de l'APA, soit un peu moins de 3 % de la population ornaise totale (2 % en France métropolitaine) et 10 % de la population ornaise de plus de 60 ans (7,5 % en France métropolitaine).

Ces bénéficiaires se répartissent entre la prise en charge en établissement (46,65 %) et le maintien à domicile (53,35%). Le maintien à domicile étant la solution privilégiée pour une plus grande part des bénéficiaires.

En fonction des GIR, la répartition de la prise en charge est plus différenciée : les faibles dépendances sont davantage prises en charge à domicile alors que pour des raisons évidentes liées aux difficultés techniques et humaines de la prise en charge de personnes extrêmement dépendantes, les établissements sont privilégiés pour les GIR 1 et 2.



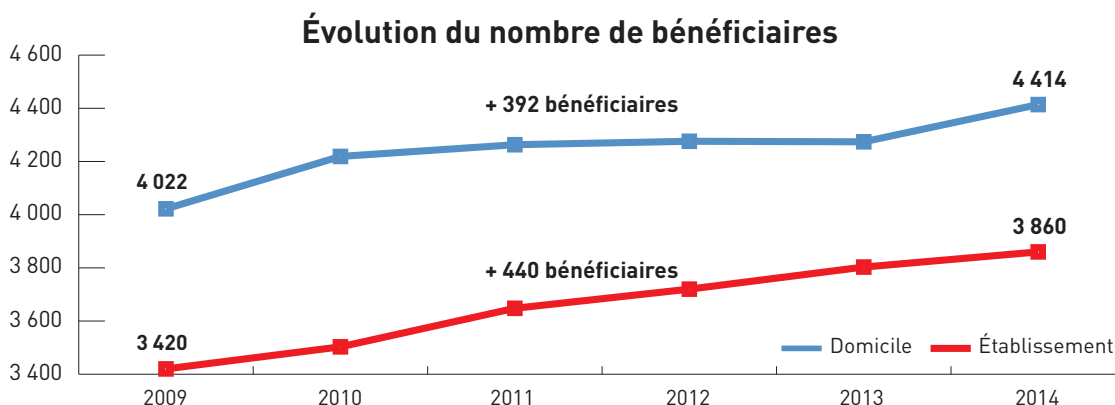
➤ Pour infos

- En 2014, Les GIR 1 et 2 représentent 15 % (17 % en 2009) du total des GIR à domicile contre 62 % (59 % en 2009) en établissement.
- Les GIR 3 et 4 ne représentent que 38 % (41 % en 2009) des GIR en établissement alors qu'ils représentent 85 % (83 % en 2009) à domicile.

Pour la période 2009-2014, on assiste à une croissance continue du nombre de bénéficiaires de l'APA (+392 à domicile et +440 en établissement).

LE PLAN D'ACTION 2017-2021

POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP



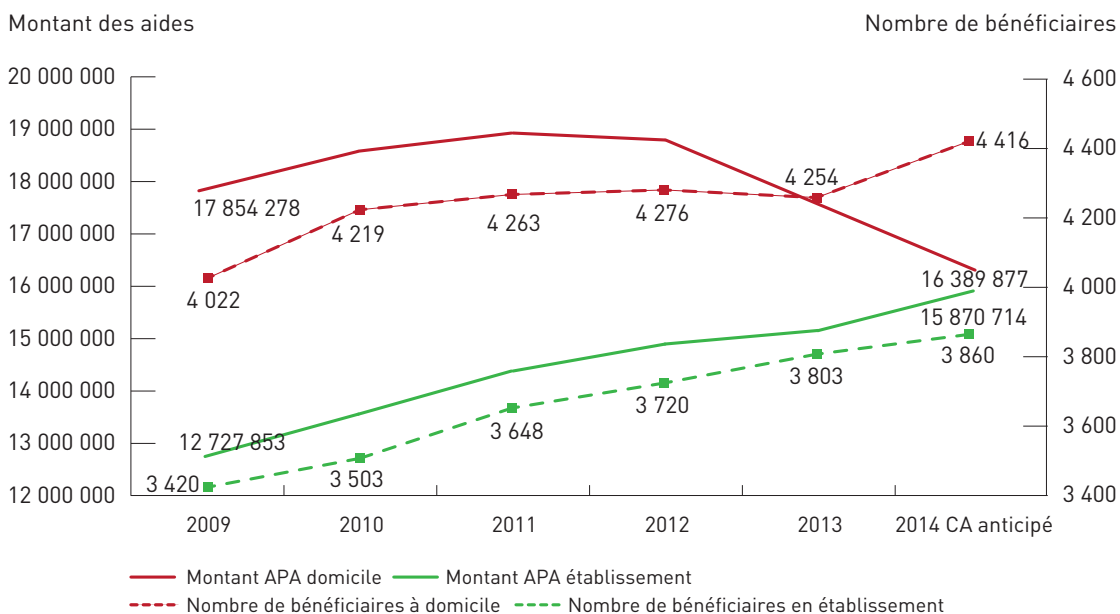
B – Les coût de l'APA

Depuis 2009, on assiste à l'évolution croissante du nombre de bénéficiaires de l'APA. De même, les dépenses liées à l'APA croissent jusqu'en 2012 mais entament une stagnation voire une diminution jusqu'en 2014. Ceci est particulièrement vrai pour l'APA à domicile dont le montant total connaît une croissance négative depuis 2012 (même si ces montants restent conséquents : env. 16 M€). Pour l'APA en établissement la croissance reste positive mais connaît toutefois une progression moindre depuis 2009.

Les montants en jeu restent considérables pour la collectivité même si pour l'APA à domicile une baisse notable d'environ 1,5 M€ est enregistrée entre 2009 et 2014, ce qui vient compenser en partie la croissance de plus de 3 M€ pour les dépenses en établissement.

La baisse des dépenses d'APA à domicile est la conséquence directe de mesures prises par le Département, dans un contexte budgétaire particulièrement contraint et dans l'objectif de maîtrise de la dépense publique, qui consistent à valoriser les plans d'aide au plus juste des besoins des personnes en privilégiant la prise en compte des actes essentiels de la vie quotidienne (nouveau règlement départemental d'aide sociale à effet 1^{er} mai 2013) et à appliquer un montant forfaitaire pour l'usager de 1,50€ par heure d'intervention à son domicile. Cette dernière mesure, qui a permis de conforter l'assise financière des services d'aide à domicile, est provisoire dans l'attente d'une meilleure compensation par l'État du reste à charge.

Montant des aides APA et nombre de bénéficiaires

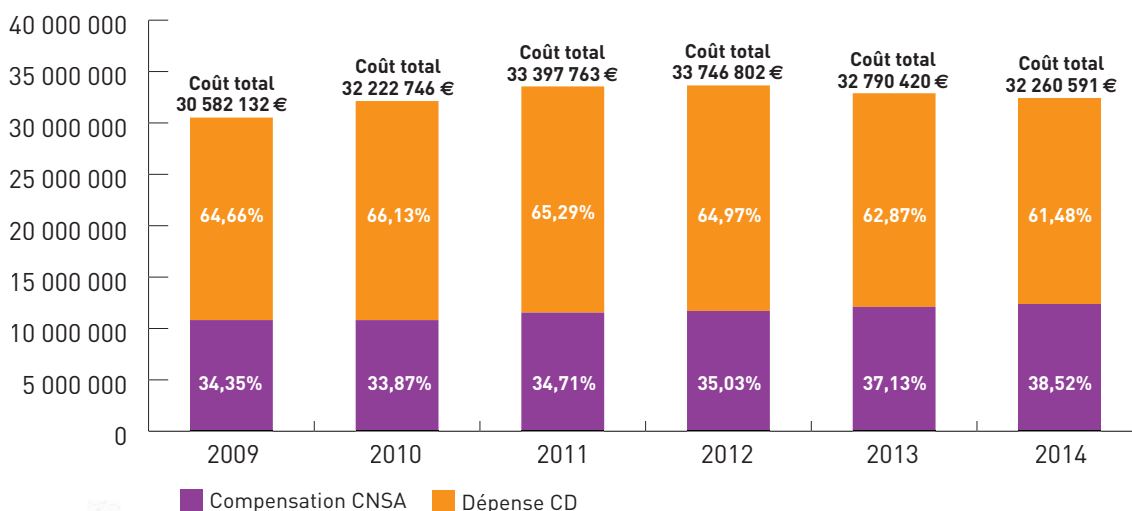


LE PLAN D'ACTION 2017-2021

POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

La charge nette du Conseil départemental grâce à ces mesures a été stabilisée. Elle représente plus de 60% du coût total de la dépense.

Le coût de l'allocation personnalisée pour l'autonomie et la compensation de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie



À RETENIR

Croissance continue du nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile et en établissement.
Croissance des dépenses en établissement proportionnelle à la croissance du nombre de bénéficiaires.
Baisse des dépenses à domicile.

C – Les orientations vers l'accompagnement au domicile et les dépenses de prestation de compensation du handicap

• L'orientation vers les services d'accompagnement à domicile

Le nombre d'orientations vers les services pour adultes handicapés a fortement augmenté sur la période :

Orientations	Nombre de personnes en 2009	Nombre de personnes en 2014
SAMSAH	5	117
SAVS	48	299

• Le coût de la prestation de compensation du handicap

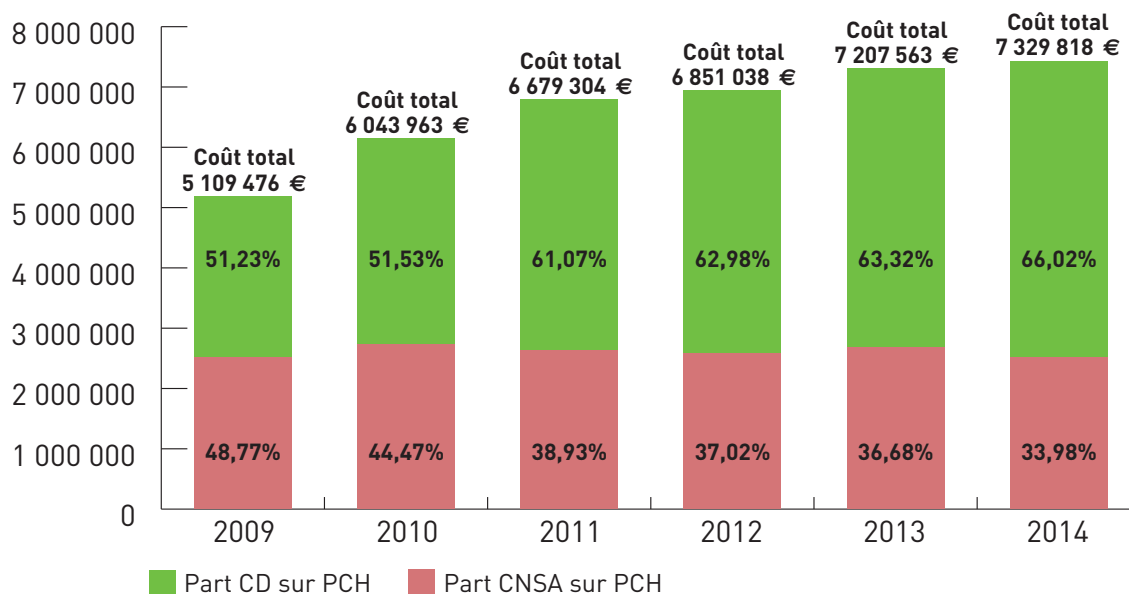
La dépense totale (montant net) pour le Département au titre de la PCH n'a cessé d'augmenter depuis 2009, alors que la compensation par la CNSA a dans le même temps stagné.

	2009	2014	Évolution
Montant brut PCH	5 109 476 €	7 330 398 €	+ 43 %
Compensation CNSA	2 492 117 €	2 490 442 €	0 %
Montant net PCH	2 617 359 €	4 839 376 €	+ 85 %

LE PLAN D'ACTION 2017-2021

POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Le coût de la prestation de compensation du handicap et la compensation de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

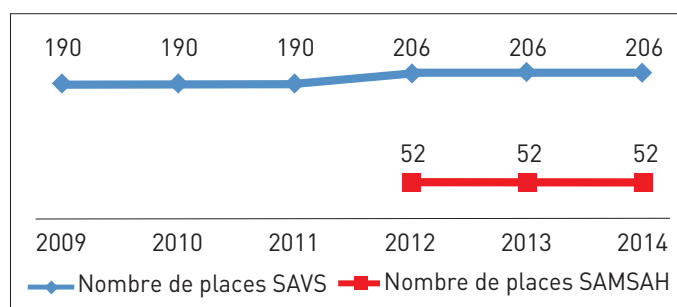


D – L'offre d'accompagnement au domicile (personnes en situation de handicap et personnes âgées)

Les Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) couvrent l'ensemble du territoire du département.

Les deux services d'action médico-sociale pour adulte handicapé (SAMSAH) sont spécialisés : l'un dans l'accompagnement des personnes handicapées psychiques et l'autre dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap moteur.

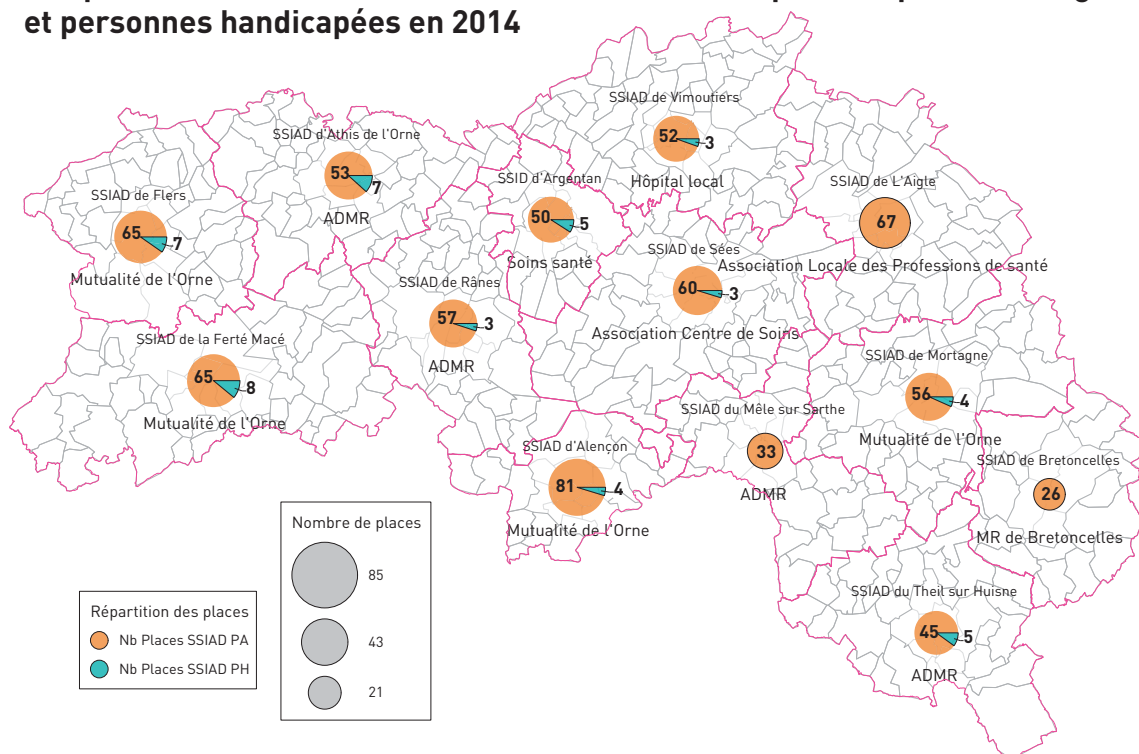
Service d'accompagnement à la vie sociale Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés



LE PLAN D'ACTION 2017-2021

POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Les places de service de soins infirmiers à domicile pour les personnes âgées et personnes handicapées en 2014



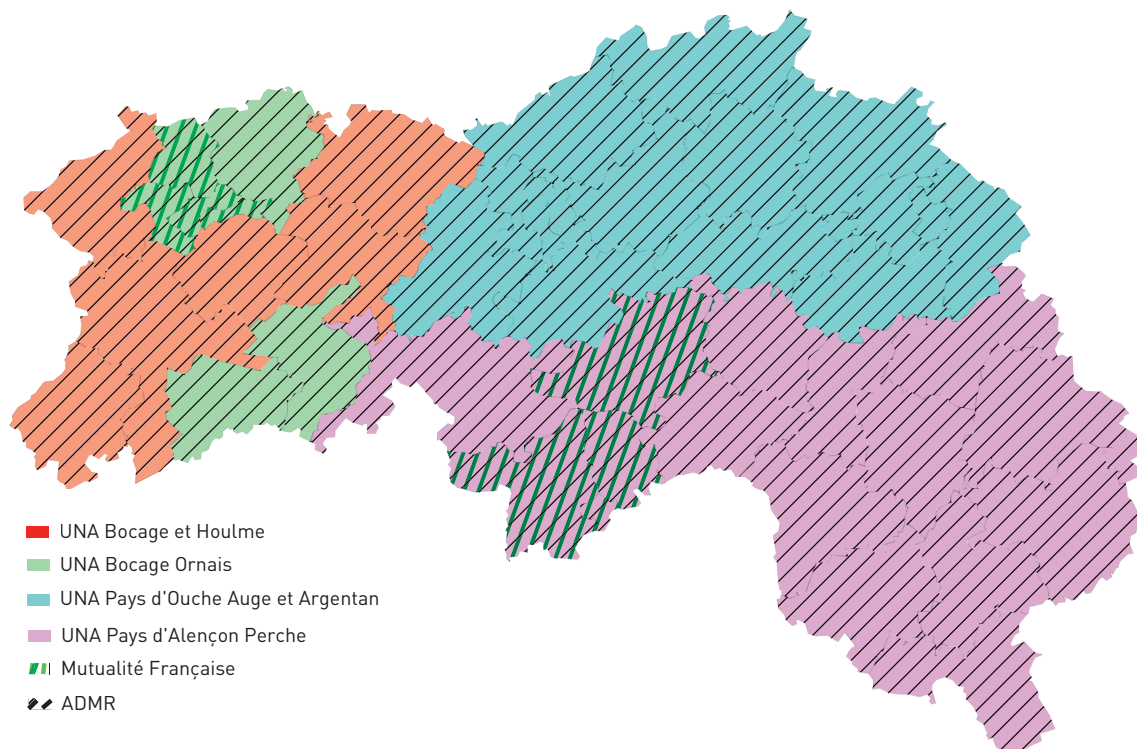
Places de SSIAD personnes âgées et personnes handicapées dans l'Orne			
SSSIAD	Places PA	Places PH	TOTAL
ALENÇON	81	4	85
LA FERTÉ-MACÉ	65	8	73
MORTAGNE-AU-PERCHE	56	4	60
L'AIGLE	67	0	67
ARGENTAN	50	5	55
FLERS	65	7	72
SÉES	60	3	63
LE MÊLE-SUR-SARTHE	33	0	33
RÂNES	57	3	60
ATHIS-DE-L'ORNE	53	7	60
BRETONCELLES	26	0	26
LE THEIL-SUR-HUISNE	45	5	50
VIMOUTIERS	52	3	55
TOTAL	710	49	759

Certains services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) n'ont pas d'agrément spécifique pour personnes handicapées : le Mêle-sur-Sarthe, L'Aigle et Bretoncelles.

LE PLAN D'ACTION 2017-2021

POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Les service de soins infirmiers à domicile : territoires d'intervention en 2014



Le territoire ornais est totalement couvert en services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) autorisés ainsi qu'en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Il est à noter qu'il n'y a pas de zone blanche sur le Département en termes d'accompagnement au domicile des personnes âgées.

De plus, le territoire compte 3 équipes spécialisées Alzheimer (ESA) de 10 places chacune intervenant sur les zones ouest, centre et est du département.

Les services d'hospitalisation à domicile (HAD) se sont développés sur les 5 dernières années. A fin 2013, l'Orne disposait de 84 places d'HAD gérées par 4 porteurs couvrant l'ensemble du territoire de l'Orne.

Par ailleurs, une **Plateforme de répit et d'accompagnement aux aidants familiaux** est en fonctionnement sur le territoire du Perche Ornais. Elle s'inscrit dans le cadre de la mesure n° 1 du plan Alzheimer 2008-2012 qui vise à apporter un soutien accru aux aidants des personnes malades en développant sur l'ensemble du territoire une offre de répit et d'accompagnement diversifiée et accessible à tous.

Les principales missions de cette plateforme sont :

- ▷ d'offrir du temps libéré à l'aidant (soit par la venue d'une aide à domicile, soit par un accueil en dehors du domicile, soit par la participation commune (aidant + personne malade) à une activité intégrant la dimension de « bon temps passé ensemble ») ;
- ▷ de soutenir et accompagner les proches en les aidant à faire face à la prise en charge d'une personne souffrant de la maladie d'Alzheimer ;
- ▷ de favoriser le maintien de la vie sociale et relationnelle de la personne malade et de son aidant et concourir à leur bien-être psychologique et émotionnel. La personne malade et son aidant ne sont pas réduits à leur statut de malade ou de soutien ;
- ▷ de contribuer à améliorer les capacités fonctionnelles, cognitives et sensorielles des personnes malades (dimension thérapeutique évaluable, dont l'impact sur la santé des personnes peut être mesuré).

LE PLAN D'ACTION 2017-2021

POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

3. Actions proposées

L'orientation n°2 «**Accompagner au domicile et soulager les proches aidants**» vise à activer les différents leviers facilitant la vie au domicile et permettant le bien-vivre à domicile.

Les évolutions du secteur de l'aide à domicile et le basculement de l'ensemble des services d'aides à domicile anciennement agréés dans le régime de l'autorisation constituent une opportunité pour le Département de structurer le secteur pour améliorer le niveau de réponse aux besoins.

Accompagner au domicile signifie agir sur le secteur de l'aide au domicile, en tirant profit des évolutions en cours (loi ASV) mais également agir en faveur des aidants, en facilitant l'accès aux dispositifs existants et en enrichissant l'offre de services.

L'ORIENTATION n° 2 se décline ainsi en trois actions :

- ACTION 5** → **Poursuivre** la modernisation et accompagner les évolutions du secteur de l'aide à domicile ;
- ACTION 6** → **Redéfinir** le positionnement des services spécialisés SAVS-SAMSAH ;
- ACTION 7** → **Renforcer** et structurer l'offre de répit pour les aidants.



LE PLAN D'ACTION 2017-2021

POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Action n° 5 : poursuivre la modernisation et accompagner les évolutions du secteur de l'aide à domicile

ORIENTATION n° 2 : accompagner au domicile et soulager les proches aidants

Éléments de diagnostic

- Le Département de l'Orne compte 6 Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) autorisés et habilités à l'aide sociale (donc tarifés par le Conseil départemental) : UNA ALENÇON PERCHE, UNA POAA, UNA BOCAGE et HOULME, UNA BOCAGE ORNAIS, ADMR, Mutualité française, ainsi que 16 services agréés basculant dans le régime de l'autorisation dans le cadre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV).
- En 2011, des conventions qualité ont été signées avec chacun des 6 SAAD autorisés (dispositions financières, outils de la loi 2002-2, qualité des prestations, gestion de la maltraitance, etc.).
- Une convention avec la Caisse nationale de solidarité autonomie (CNSA) pour la modernisation et la professionnalisation du secteur a été signée en 2012 (notamment pour la télégestion et la formation).

Objectifs

- Structurer le secteur d'activité en tenant compte des besoins de la population.
- Garantir la couverture territoriale des interventions et éviter les zones blanches.
- Poser les conditions d'une coordination effective et satisfaisante avec le secteur sanitaire sur l'ensemble du territoire.

Pilote (s)

- Conseil départemental
- ARS de Normandie
- Caisses de retraite

Partenaires concernés

- Services et Fédérations d'aide et d'accompagnement à domicile
- Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

Publics concernés

- Personnes âgées et personnes en situation de handicap

Niveau de priorité 1 à 3

Niveau de priorité 1

Modalités de mise en œuvre

1. Garantir la liberté de choix de la personne âgée en l'informant de toutes les différentes formes d'intervention (mode prestataire, mandataire ou emploi direct).
2. Établir un référentiel d'intervention, complémentaire du cahier des charges national de l'autorisation, posant les exigences associées à l'accès au régime de l'autorisation et à l'habilitation à l'aide sociale, sous la forme de critères objectifs comprenant la qualité des interventions, la couverture territoriale ainsi que la gestion des ressources humaines.
3. Poursuivre le chantier de modernisation et d'évolution des SAAD autorisés habilités dans le cadre de la convention de la CNSA (section IV).
4. Élaborer une étude quantitative et qualitative sur les services anciennement agréés : (nombre, taille, qualité de service, conditions de travail, satisfaction client, tarifs, gestion des ressources humaines, zones d'intervention, etc.) et garantir le respect du cahier des charges national de l'autorisation.
5. Mener une réflexion sur l'amélioration de la coordination entre les différents intervenants au domicile (SAAD/SSIAD/Hospitalisation à domicile (HAD) ainsi que sur un modèle de Service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD) répondant aux contraintes spécifiques du territoire ornaï (difficultés dans la coordination et la continuité des interventions au niveau des SSIAD).

LE PLAN D'ACTION 2017-2021

POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Indicateurs d'évaluation et de suivi	Indicateur de coût et point de vigilance
<ul style="list-style-type: none"> Évolution de l'activité de gré à gré et du mandataire Référentiel d'intervention adopté Nombre de SPASAD Signature d'une convention avec la CNSA (section IV) 	<ul style="list-style-type: none"> Mobilisation de l'ARS sur le point n° 5 Niveau de déficit cumulé des SAAD

Action n° 6 : redéfinir le positionnement des services spécialisés SAVS-SAMSAH

ORIENTATION n° 2 : accompagner au domicile et soulager les proches aidants

Éléments de diagnostic	
<ul style="list-style-type: none"> Nombre de places de Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) : 206. Nombre de places de Service d'action médico-sociale pour adulte handicapé (SAMSAH) : 52. Le SAMSAH handicap psychique ne couvre que les secteurs de Alençon / La Ferté / Flers et n'intervient pas dans le reste du département. Les passerelles SAVS-SAMSAH sur les prises en charge ne sont pas aisées car elles nécessitent une orientation. 	
Objectifs	
<ul style="list-style-type: none"> Clarifier et formaliser les missions de chacun. Mettre en place un fonctionnement en dispositif. Assurer la couverture de l'offre SAMSAH Handicap Psychique. Favoriser des relais avec les acteurs de l'insertion professionnelle pour les personnes en capacité de travailler. 	
Pilote (s)	Partenaires concernés
<ul style="list-style-type: none"> Conseil départemental ARS de Normandie 	<ul style="list-style-type: none"> MDPH Les associations gestionnaires
Publics concernés	
<ul style="list-style-type: none"> Personnes en situation de handicap 	
Niveau de priorité 1 à 3	
Niveau de priorité 3	
Modalités de mise en œuvre	
<ol style="list-style-type: none"> Revoir de manière partagée les missions des SAVS et des SAMSAH dans une optique de couverture des besoins selon une logique territoriale : élaborer un référentiel des missions (notamment en intégrant l'accompagnement des personnes handicapées qui ne travaillent pas). Définir, via l'organisation d'un groupe de travail avec l'ARS, les SAVS, les SAMSAH et les SSIAD et SAAD, des modalités d'intervention coordonnées et intégrées. Faire le lien avec la fiche-action sur le handicap psychique pour évaluer les possibilités de déploiement d'une offre SAMSAH spécialisée troubles psychiques sur l'ensemble du territoire. 	
Indicateurs d'évaluation et de suivi	Indicateur de coût et points de vigilance
<ul style="list-style-type: none"> Formalisation d'un référentiel des missions pour les SAVS-SAMSAH 	<ul style="list-style-type: none"> Mobilisation de moyens humains interne Mobilisation de l'ARS

LE PLAN D'ACTION 2017-2021

POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Action n° 7 : renforcer et structurer l'offre de répit pour les aidants

ORIENTATION n° 2 : accompagner au domicile et soulager les proches aidants

Éléments de diagnostic	
<ul style="list-style-type: none">• Dans le cadre du précédent schéma, les équipes médico-sociales APA ont été sensibilisées au repérage des situations à risque pour les aidants naturels. Elles veillent à les associer lors de l'élaboration du plan d'aide et à leur proposer une solution de répit.• Des groupes de parole sont proposés sur le Département (« Café Parenthèse » et dans certains accueils de jour).• Difficulté globale de remplissage des accueils de jour et des hébergements temporaires.	
Objectifs	
<ul style="list-style-type: none">• Mieux connaître le besoin des aidants sur le territoire.• Optimiser le recours aux dispositifs de répit existants : accueil de jour et hébergement temporaire.• Promouvoir des réponses innovantes (accueil de jour à domicile, accueil de jour itinérant, etc.).	
Pilote (s)	Partenaires concernés
<ul style="list-style-type: none">• Conseil départemental• ARS de Normandie	<ul style="list-style-type: none">• ESSMS
Publics concernés	
<ul style="list-style-type: none">• Personnes âgées et personnes en situation de handicap	
Niveau de priorité 1 à 3	
Niveau de priorité 1	
Modalités de mise en œuvre	
<ol style="list-style-type: none">1. Élaborer un diagnostic territorial de l'offre et des besoins à destination des proches aidants dans le cadre de la conférence des financeurs.2. Définir les modalités d'utilisation possible de l'enveloppe permettant aux proches aidants de bénéficier d'un « droit au répit » dans le cadre de l'Allocation Personnalisée Autonomie.3. Optimiser l'offre de répit existante et travailler des réponses plurielles et plus souples, à savoir :<ul style="list-style-type: none">• élaborer un diagnostic des freins d'accès aux dispositifs d'accueil de jour et d'hébergement temporaire – <i>certaines de ces freins ayant été identifiés par les participants : modalités d'accueil trop rigides en accueil de jour, accueil fléché pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, déficit d'information, sentiment de culpabilité des aidants,</i>• apporter des réponses à ces freins et diversifier les réponses : ouvrir l'accueil de jour pour toutes les personnes âgées dépendantes, mixer les autorisations de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire, communiquer et informer sur l'offre de répit et le droit au répit, actualiser les projets de service, encourager le répit au domicile.4. Envisager dans un second temps, les possibilités d'extension de l'offre de répit aux aidants au champ du handicap (<i>cf. conférence des financeurs</i>).	
Indicateurs d'évaluation et de suivi	Indicateur de coût et point de vigilance
<ul style="list-style-type: none">• Taux d'occupation (Accueil de jour/ Hébergement Temporaire)• Nombre de nouveaux projets financés	<ul style="list-style-type: none">• Enjeu de financement des projets innovants

LE PLAN D'ACTION 2017-2021

POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

3) Orientation n° 3 :

Adapter et diversifier l'offre d'hébergement médico-sociale pour fluidifier les parcours

1. Contexte national

L'offre d'hébergement en faveur des personnes âgées fait également l'objet de nouvelles dispositions de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Les logements-foyers sont rebaptisés « résidences autonomie ». Leur mission de prévention de la perte d'autonomie est ainsi affirmée (mise en place d'un forfait « autonomie » pour les résidences ne bénéficiant pas du forfait soins, possibilité d'admission dérogatoire de personnes relevant du GIR 4). De plus, les règles relatives aux tarifs d'hébergement en EHPAD sont également clarifiées pour les établissements non habilités à l'aide sociale. Il s'agit de normaliser la tarification relative à l'hébergement et la définition des « prestations socles » couvertes par les tarifs pour l'ensemble des établissements habilités ou non à l'aide sociale, d'améliorer la transmission d'informations tarifaires des hébergements vers la CNSA, et de la mettre à la disposition du grand public via un portail internet. Le plan d'action du schéma 2017-2021 fait écho à ces nouvelles dispositions législatives : définition des modalités de gestion du « forfait autonomie » dans le cadre de la conférence des financeurs, partenariat avec les bailleurs sociaux sur le déploiement des résidences service,...

La loi relative à la modernisation de notre système de santé, dite « loi Santé » vise à déployer « une réponse accompagnée pour tous ». Cette disposition s'inspire des préconisations issues du rapport Piveteau, dit « **Zéro sans solution** » ou « **le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et leurs proches** ». L'objectif de cette réforme est double : il s'agit à la fois de trouver une réponse individualisée à chaque situation, en évitant le « tout ou rien » et en favorisant l'articulation accrue des partenaires autour des parcours vie, et de mettre en œuvre une évolution territorialisée de l'offre visant à couvrir l'ensemble des besoins identifiés.

Le déploiement de la réponse accompagnée pour tous se fonde sur quatre axes :

- Le premier est consacré à la mise en place d'un « **dispositif d'orientation permanent** ». Ce premier axe renvoie à la nécessité de faire évoluer en profondeur les pratiques en matière d'orientation médico-sociale, dans une perspective de « service public accompagnant ». L'orientation est réalisée via la mise en place d'un « Plan d'Accompagnement Global » (comprenant l'ensemble des dimensions de l'accompagnement) coordonné par l'un des acteurs impliqués dans les solutions de prise en charge alternatives à la solution idéale, lorsque celle-ci ne peut être mise en œuvre.

Dans les situations nécessitant l'intervention de partenaires multiples, l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH pourra s'appuyer sur un groupe opérationnel de synthèse (GOS), instance partenariale permettant l'élaboration du plan d'accompagnement global et son suivi. Ce groupe sera mobilisable à tout moment critique du parcours de la personne (notion de « réponse accompagnée »).

- Le deuxième axe doit permettre le **déploiement d'une politique médico-sociale et de santé territorialisée**. La mise en œuvre d'une réponse adaptée et personnalisée aux besoins des personnes appelle en effet à de nouvelles organisations sur les territoires. Il s'agit de renforcer la contractualisation entre les ARS et les établissements et services sanitaires et médico-sociaux, de travailler au renforcement de l'animation territoriale, à la coordination des réponses et à la rénovation de l'offre autour de dispositifs plus souples à travers un partenariat renforcé entre les Agences Régionales de Santé, les Départements, l'Éducation Nationale et les établissements et services sanitaires et médico-sociaux.

La mise en place d'une politique coordonnée et territorialisée implique également de faciliter le partage et l'échange sécurisés d'informations entre les professionnels, dans le respect des droits et des choix des personnes.

- Le troisième axe de travail de la réponse accompagnée pour tous repose sur l'implication accrue des usagers et de leurs représentants aux décisions qui les concernent.
- Le quatrième axe enfin comprend des mesures de simplification et de formation visant à permettre aux MDPH ainsi qu'aux ESSMS de mettre en œuvre les chantiers de l'ensemble de la réforme.

LE PLAN D'ACTION 2017-2021

POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

2. Contexte local

La comparaison de l'offre médico-sociale de l'Orne avec la Basse-Normandie et la France laisse apparaître de façon quasi systématique des taux d'équipement très nettement supérieurs dans le département.

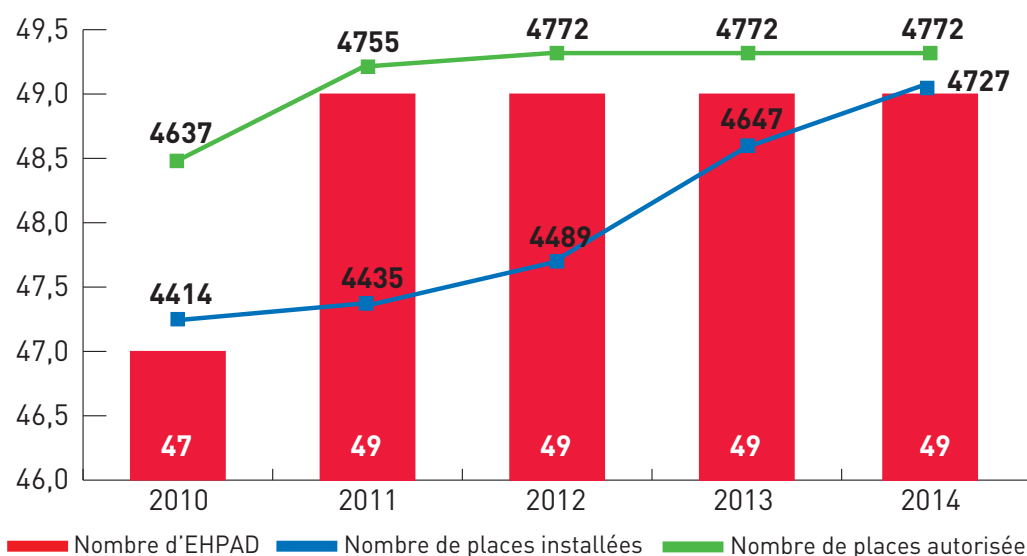
Même si les évolutions sont plutôt orientées à la baisse dans l'Orne, cet état de supériorité des taux d'équipement persiste depuis 2009.

Les taux d'équipement en 2014				
ESSMS	Orne 2014	Basse-Normandie 2014	France métropolitaine 2014	
LF + EHPA + EHPAD	154,8 😊	134,3	122,4	Pour 1 000 habitants de plus de 75 ans
EHPAD	126,7 😊	104,3	95,1	
SSIAD	20,3 😊	19,4	19,8	
MAS	1,6 😊	1,2	0,8	Pour 1 000 habitants entre 20 et 59 ans
FAM	0,4 😊	0,3	0,7	
Foyer de vie	2,1 😊	1,6	1,5	
ESAT	5,8 😊	4,9	3,5	Pour 1 000 habitants de moins de 20 ans
Ets. Enf. (hors SESSAD)	13,9 😊	8	6,5	
SESSAD	4 😊	3,5	2,9	

Données DREES ARS FINESS - STATISS 2014

A - L'accueil et l'accompagnement des personnes âgées

Les Établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes



4 772 places en EHPAD sont autorisées dans le département au 1^{er} janvier 2015. Le nombre de personnes de plus de 75 ans dans l'Orne est de 35 401 et donc le taux d'équipement en hébergement permanent atteint 131,9 places pour 1 000 personnes de 75 ans et plus.

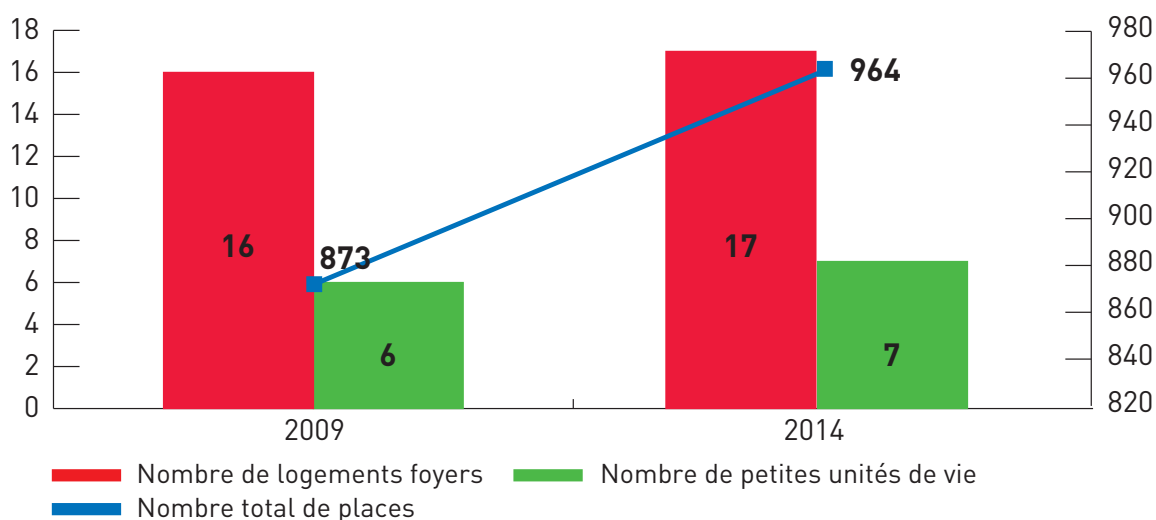
Les données ainsi obtenues ne sont pas comparables aux données STATISS citées plus haut du fait de champs statistiques différents. Les données STATISS sont calculées sans tenir compte des hébergements temporaires, de l'accueil de jour et des unités de soins de longue durée.

LE PLAN D'ACTION 2017-2021

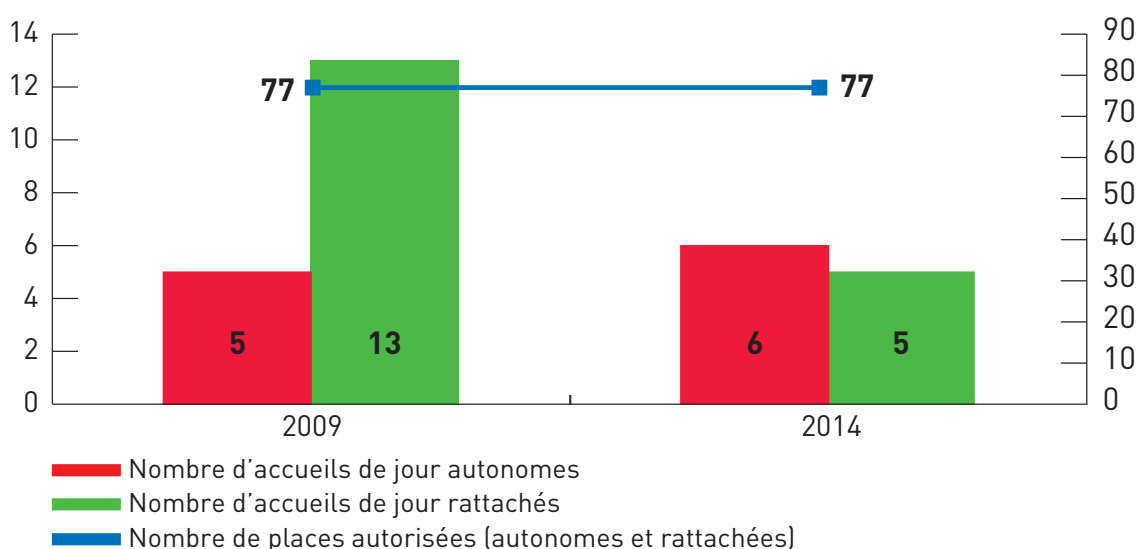
POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Toutefois ces données permettent des comparaisons interdépartementales et interrégionales.

Les logements foyers



Les accueils du jour



Le décret du 29 septembre 2011 a donné une base réglementaire aux capacités minimales des accueils de jour (AJ) pour les personnes âgées désormais fixées à 10 places pour les services autonomes et à 6 places pour les services rattachés à un établissement. Pour les accueils de jour ne répondant pas à ce critère, un délai de mise en conformité de trois ans était prévu soit jusqu'au 29 septembre 2014.

LE PLAN D'ACTION 2017-2021

POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Ainsi, conjointement avec l'ARS, un réajustement des capacités de ces services a été réalisé, mais le nombre de places total a été maintenu sur la durée du schéma.

	Normandie	Orne	France
Population de + 75 ans	320 923	35 401	5 875 312
Places EHPAD (hors HT, AJ, AN)	33 264	4 670	589 857
<i>Taux équipement pour 1 000 personnes âgées de + 75 ans</i>	103,70	131,92	100,40
Places hébergement temporaire (HT)	611	75	15 686
<i>Taux équipement pour 1 000 personnes âgées de + 75 ans</i>	1,90	2,12	2,67
Places accueil de jour (AJ)	803	71	20 739
<i>Taux équipement pour 1 000 personnes âgées de + 75 ans</i>	2,50	2,01	3,53
Places accueil de nuit (AN)	14	2	80
<i>Taux équipement pour 1 000 personnes âgées de + 75 ans</i>	0,04	0,06	0,01
Places habilitées à l'aide sociale	-	4 278	-
<i>Taux équipement pour 1 000 personnes âgées de + 75 ans</i>	-	120,84	-

Le Conseil départemental reçoit des sollicitations régulières de la part des directeurs d'EHPAD pour des demandes d'extension. Avec 131,9 places d'EHPAD pour 1000 habitants de plus de 75 ans, soit un taux au dessus des moyennes régionale (104 places) et nationale (100 places), le territoire de l'Orne ne figure pas parmi les territoires prioritaires de l'ARS pour le développement de l'offre d'hébergement des personnes âgées. Pour ces raisons, le Conseil départemental poursuivra une pause dans la création de places d'EHPAD mais pourra néanmoins apporter un soutien exceptionnel aux projets innovants d'humanisation à caractère limité.

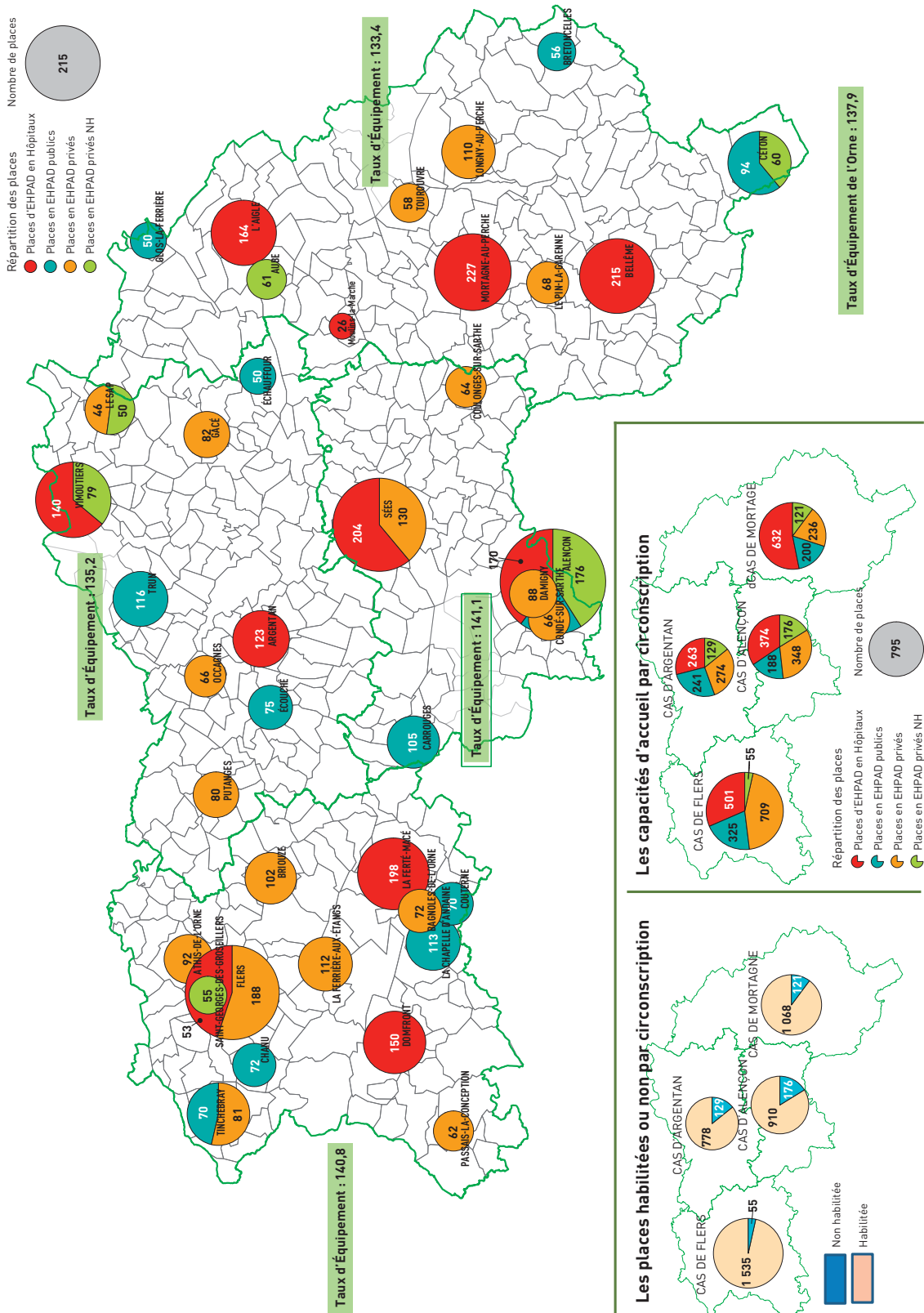


© EHPAD de Couterne

LE PLAN D'ACTION 2017-2021

POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Les capacités autorisées d'accueil pour personnes âgées en 2014



LE PLAN D'ACTION 2017-2021

POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Le taux d'équipement en EHPAD par circonscription d'action sociale (CAS) est variable : il se rapproche pour les 2 CAS de Flers et Alençon. Il est moins élevé pour les deux autres (Argentan et Mortagne).

La CAS d'Alençon est celle qui a le nombre le plus élevé de places en EHPAD privés lucratifs et la CAS de Flers a le nombre le plus élevé de places habilitées à l'aide sociale avec plus d'établissements privés.



À RETENIR

Une très bonne capacité d'accueil des personnes âgées dans le département avec des taux très supérieurs à ceux enregistrés en France et en Basse-Normandie.

Une répartition géographique homogène des structures d'accueil sur l'ensemble du territoire départemental.

Des dispositifs innovants qui méritent d'être développés.

B – Éléments sur l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées

Les frais de séjour en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) habilités à l'aide sociale peuvent être pris en charge par l'aide sociale à l'hébergement (ASH) du Département pour les personnes âgées de 60 ans et plus en raison de leur incapacité financière à faire face à leurs charges obligatoires. Celles-ci comportent le prix de journée hébergement et la participation au titre de la dépendance (tarif GIR 5/6).

	2009	2014	Évolution
Nombre de bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement	984	1 000	+ 1,6 %
Montant total brut	9 949 741 €	11 368 501 €	+ 14,2 %
Obligation alimentaire	1 500 996 €	2 147 372 €	+ 43 %
Recours sur succession Montant total net	8 448 745 €	9 221 129 €	+ 9,1 %
Coût moyen net/bénéficiaire	8 586 €	9 221 €	+ 7,4 %

Entre 2009 et 2014, la croissance du nombre de bénéficiaires est de plus de 10 points inférieure à la croissance du montant total des dépenses.

L'augmentation des dépenses d'aide sociale s'explique par l'augmentation des tarifs à la charge du résident (prix de journée hébergement + tarif GIR 5/6) dans les EHPAD qui ont évolué entre 2009 et 2014 de 13,30 %.

L'augmentation des tarifs en EHPAD revêt deux explications principales :

- ▷ l'autorisation de création de postes supplémentaires dans le cadre des conventions tripartites entre les EHPAD, l'Agence Régionale de Santé (ARS) et le Conseil départemental (notamment + 29,42 ETP d'Agent de service hospitalier, + 142,69 ETP d'aide soignant ou aide médico-psychologique, + 6,69 ETP de psychologue), soit +178,8 ETP,
- ▷ les mises en œuvre de travaux de réhabilitation ou de construction des EHPAD.

Parallèlement, le nombre de bénéficiaires sur la même période évolue de manière très faible en raison du barème de participation des obligés alimentaires qui a été très nettement relevé en 2013.



À RETENIR

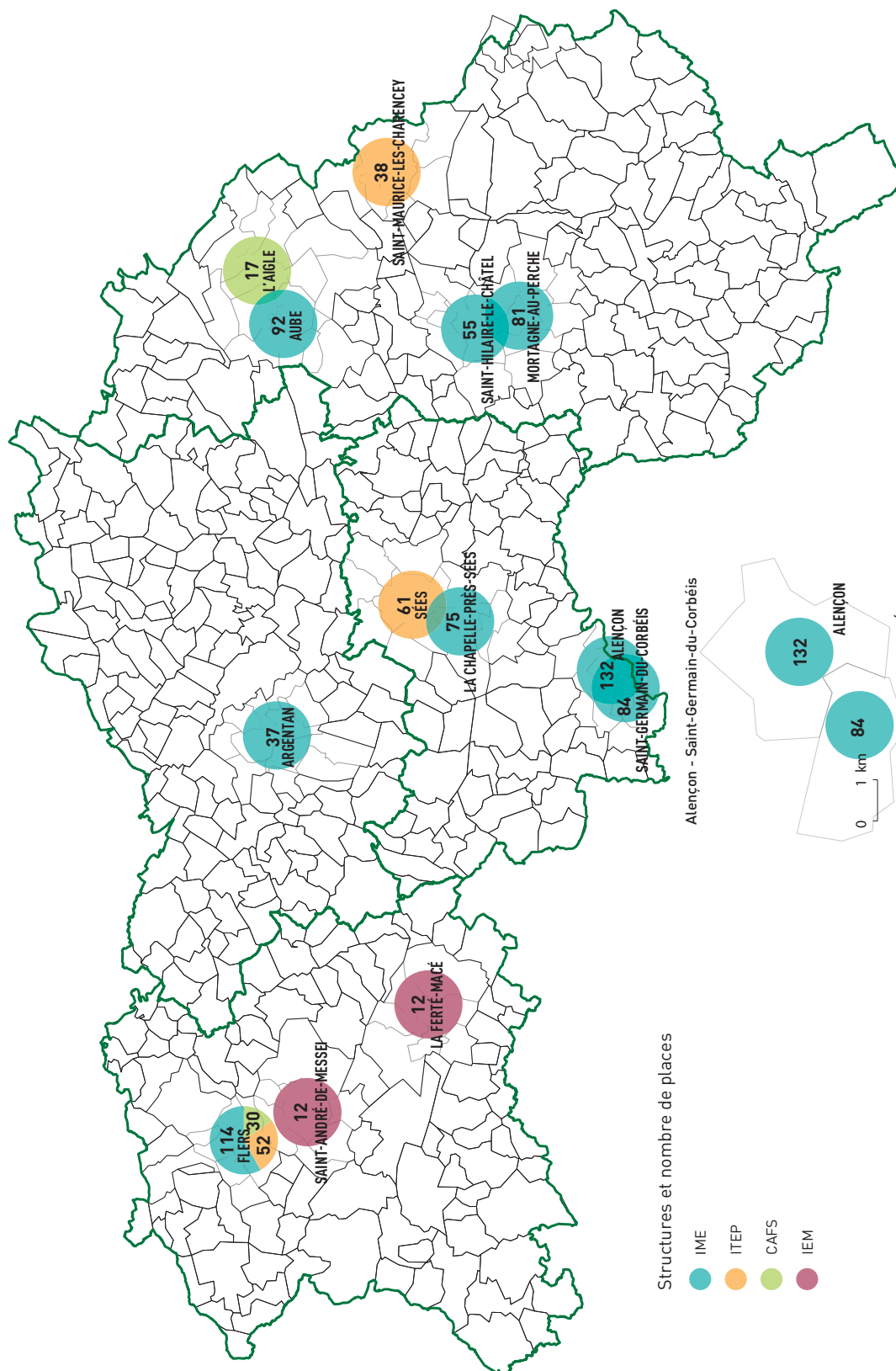
Croissance du nombre de bénéficiaires nettement moindre que la croissance du coût moyen brut des prestations (écart de près de 11 points).

LE PLAN D'ACTION 2017-2021

POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

C - L'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de handicap

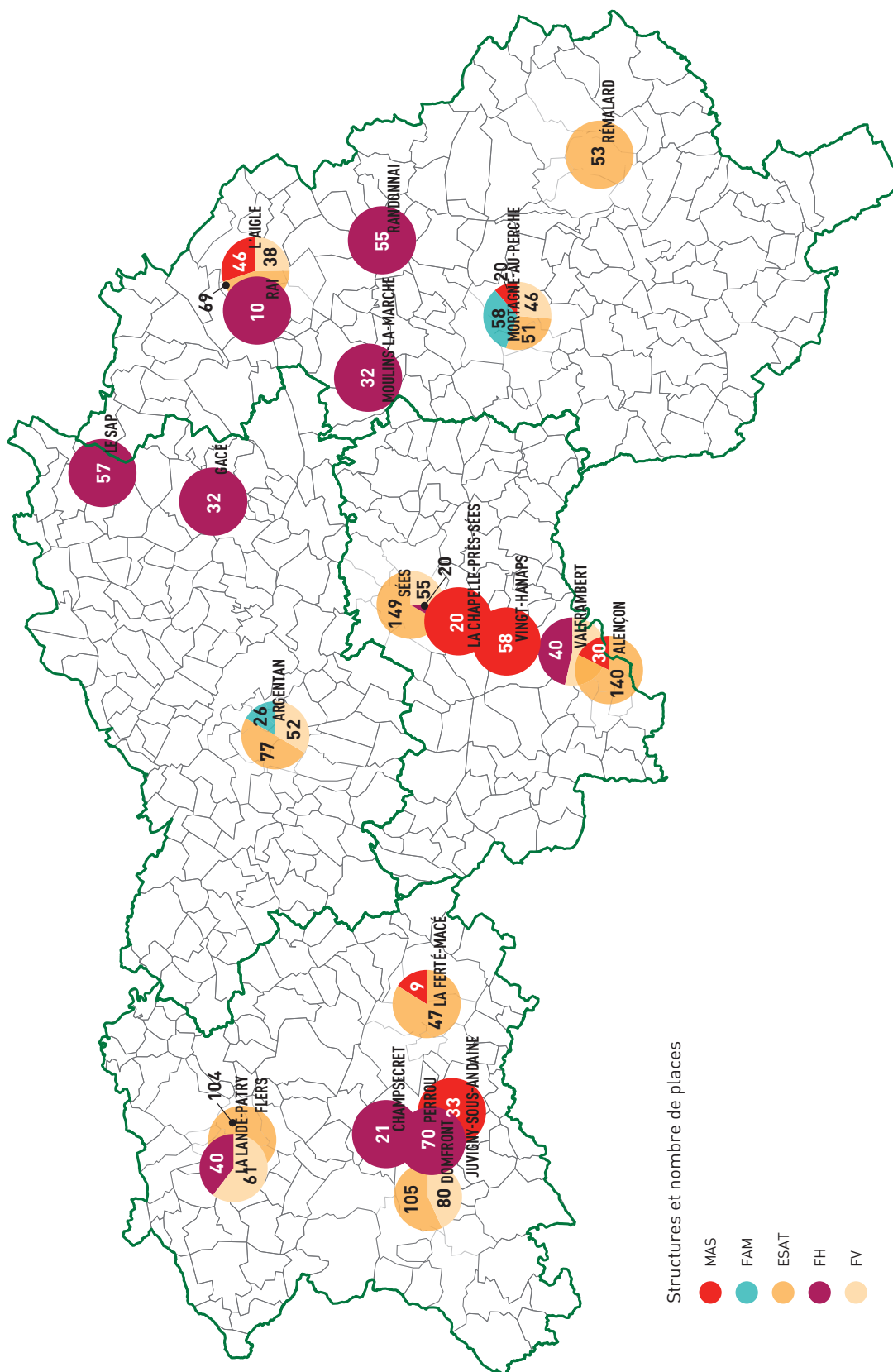
Les structures d'accueil pour les enfants handicapés



LE PLAN D'ACTION 2017-2021

POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

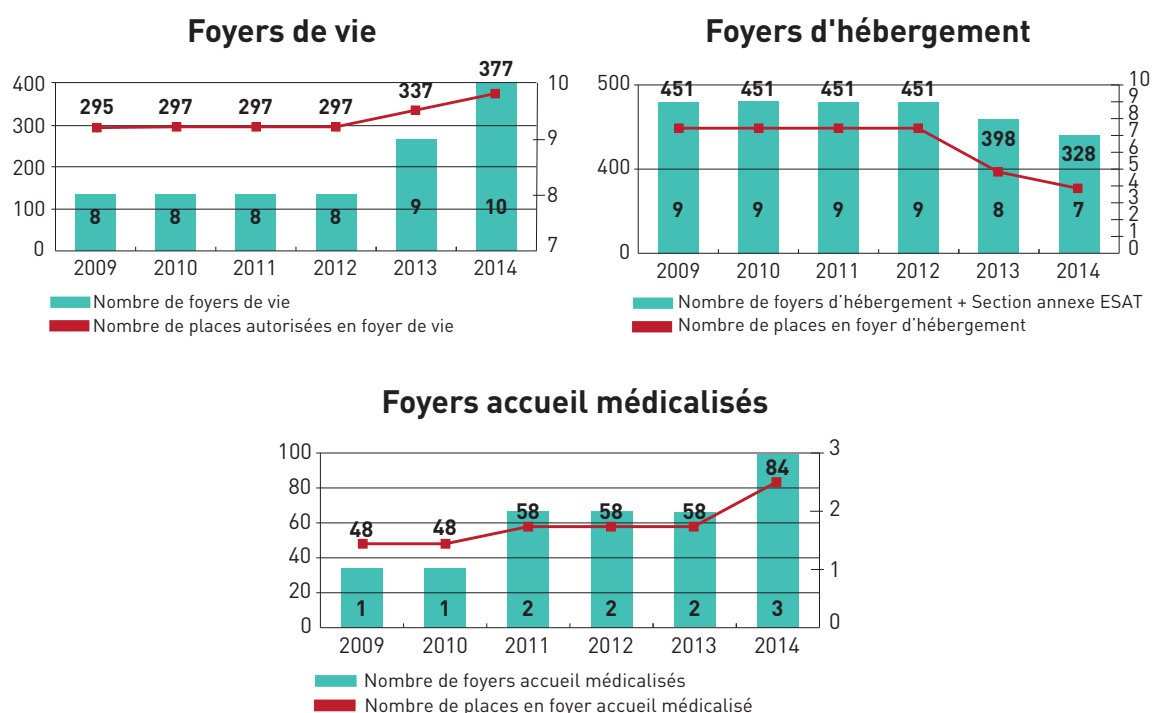
Les structures d'accueil pour adultes handicapés



LE PLAN D'ACTION 2017-2021

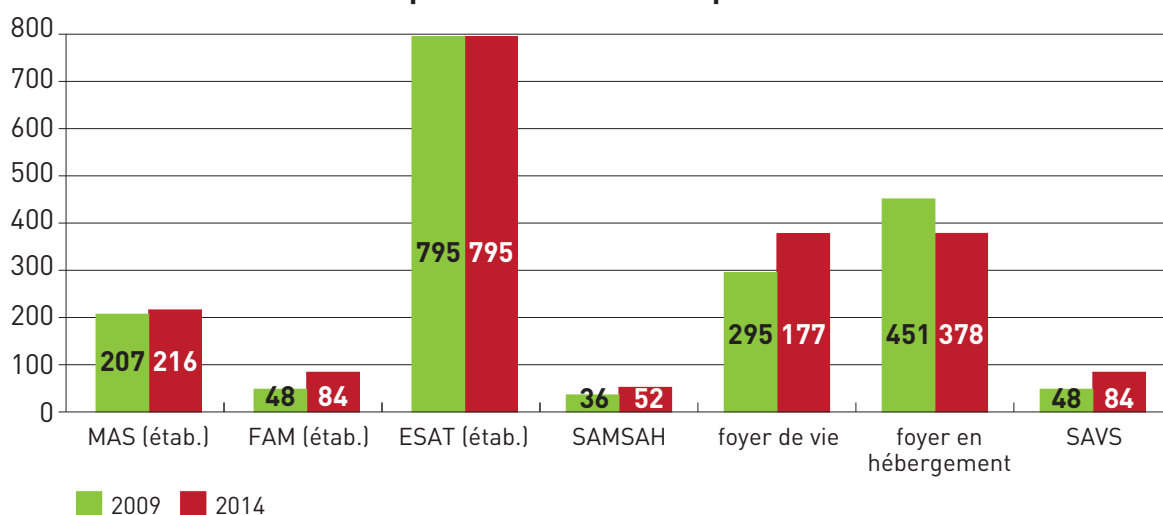
POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Évolution de l'offre d'hébergement 2009-2014



La baisse du nombre de places de foyer d'hébergement d'ESAT et l'augmentation du nombre de places en foyers de vie correspondent à une des orientations du précédent schéma : les besoins des personnes handicapées ont évolué. Les personnes en ESAT sont plus autonomes et ont moins besoin d'hébergement. En revanche, le besoin en places de foyer de vie était notable d'où les deux opérations de redéploiement de places réalisées sur La Lande Patry et Valframbert.

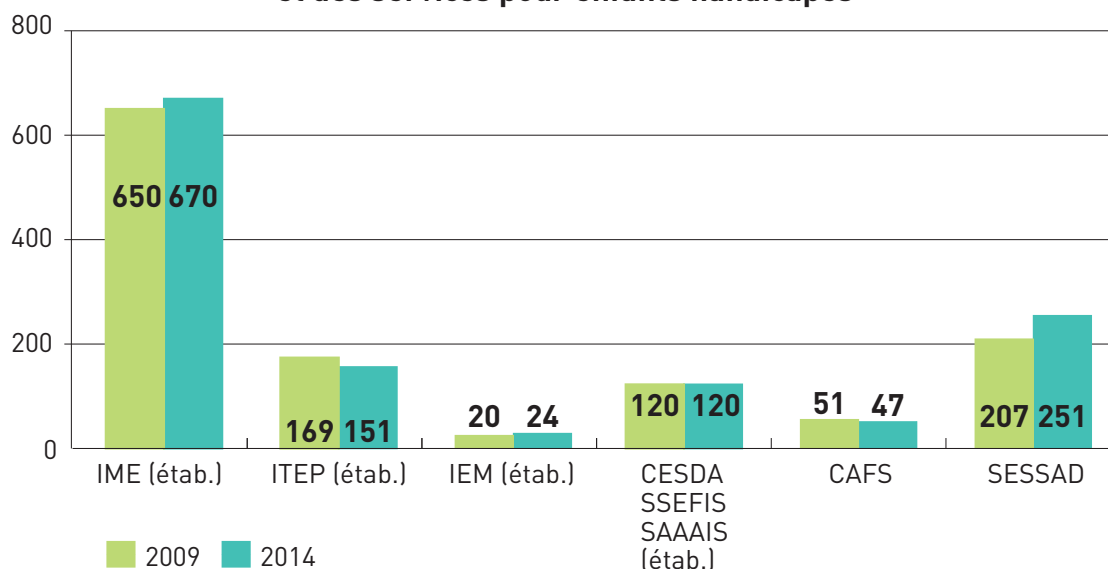
Évolution des places en établissements et des services pour adultes handicapés



LE PLAN D'ACTION 2017-2021

POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Évolution du nombre des places en établissements
et des services pour enfants handicapés



➤ Nombre d'orientations en 2014 vers les structures d'hébergement

Type de droits	Nombre de droits ouverts 2014
Orientation EMS adultes	2 332
Orientation SMS adultes	416
Orientation EMS enfants	712
Orientation SMS enfants	376
Prolongation orientation enfants	59

Orientations	Nombre de personnes en 2009	Nombre de personnes en 2014
Établissement et service d'aide par le travail	966	1 027
Foyer d'hébergement	41	373
Maison d'accueil spécialisé	210	288
Foyer d'accueil médicalisé	63	95
Foyer de vie	478	549
Institut médico-éducatif	475	476
Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique	108	144
Services d'éducation spéciale et de soins à domicile	319	299

Parmi les personnes orientées en établissement pour adultes, 59 sont maintenues en établissement pour enfants au titre de l'amendement Creton faute de places disponibles.

LE PLAN D'ACTION 2017-2021

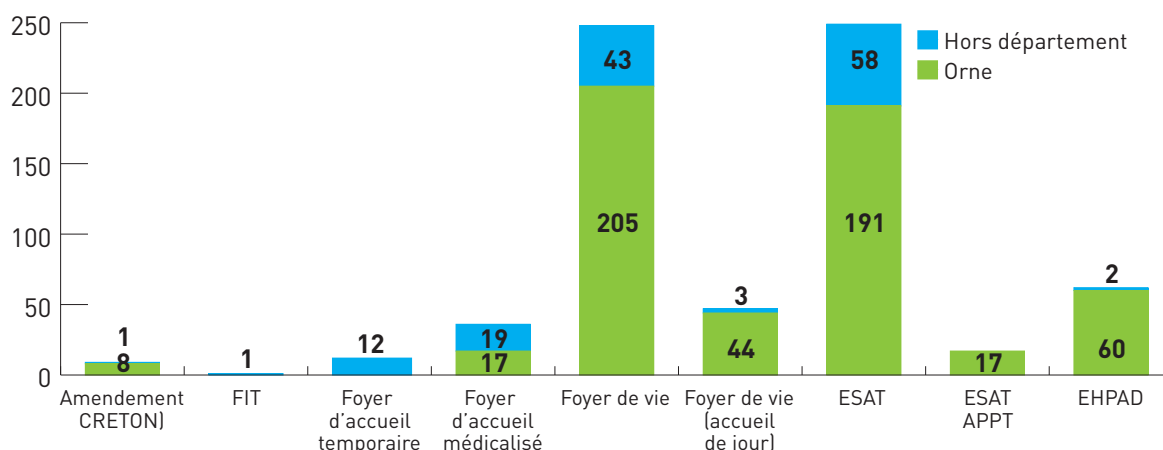
POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Les listes d'attente vers des établissements évoluent ainsi depuis 2011 (source MDPHO) :

Orientations en attente au 31 décembre	2011	2012	2013	Évolution 2011-2013
Foyer de vie	111	157	141	+ 27 %
Établissement et service d'aide par le travail	110	149	194	+ 76 %
Foyer d'accueil médicalisé	16	37	51	+ 218 %
Maison d'accueil spécialisée	52	59	64	23 %

D - Les lieux de vie des personnes adultes en situation de handicap prises en charge par l'aide sociale départementale et le coût de la prise en charge

Lieux de vie des adultes handicapés ornais en 2014 pris en charge au titre de l'aide sociale du Département de l'Orne



Au total, parmi les 681 Ornais handicapés bénéficiaires d'un accueil en établissement, 79,6% (542) d'entre eux bénéficient d'un accueil dans le département de l'Orne. Les 139 autres personnes sont accueillies à l'extérieur du département, le plus souvent dans des hébergements proches de nos limites.

	2009	2014	Évolution
Dépenses aide sociale	23 774 488 €	28 248 793 €	+ 19,5 %
Participation usagers	4 322 184 €	3 938 855 €	- 9 %
Dépenses nettes	19 452 304 €	24 309 938 €	+ 25 %

À l'inverse 246 non Ornais séjournent dans les structures ornaises (89 en foyer d'hébergement, 53 en FAM et 104 en foyer de vie).

Le montant de la participation des usagers au titre de leurs frais de séjours pour 2009 comprend des rappels de participation des années antérieures et ne peut donc être pris en référence.

Les dépenses de l'aide sociale à l'hébergement pour les personnes adultes handicapées ont très largement augmenté entre 2009 et 2014, en raison notamment de la création de places supplémentaires (cf. infra).



À RETENIR

Une bonne capacité d'accueil des personnes handicapées dans le département avec des taux supérieurs à ceux enregistrés en France et en Basse-Normandie. Une répartition géographique relativement homogène des structures d'accueil sur l'ensemble du territoire départemental.

LE PLAN D'ACTION 2017-2021

POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

3. Actions proposées

Le précédent schéma a constitué une période de développement de l'offre d'hébergement médico-social sur la base des orientations des schémas antérieurs (+313 places d'EHPAD supplémentaires ouvertes sur la base d'autorisations accordées au titre du schéma précédent + 82 places de foyers de vie, + 26 places de FAM + 9 places de MAS + 16 places de SAMSAH + 36 places de SAVS). Le schéma 2017-2021 devra avant tout mettre l'accent sur l'adaptation et la diversification de l'offre face à des besoins qui évoluent.

La question de l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes est le premier exemple et la première préoccupation invitant l'ensemble des acteurs du territoire à faire preuve d'adaptation et d'agilité dans les réponses à apporter.

Le Département souhaite, via cette orientation, mobiliser les ressources médico-sociales existantes sur le territoire afin d'apporter des réponses adaptées aux besoins, notamment en ce qui concerne la prise en charge des troubles psychiatriques et des troubles du comportement.

La diversification des types d'offres médico-sociales existantes entre le domicile et l'établissement médicalisé, constitue une condition nécessaire à la fluidité du parcours des personnes, permettant de moduler les solutions en fonction des besoins de chaque individu.

Enfin, afin d'apporter une réponse cohérente et territorialisée, il est indispensable pour le Département de travailler sur les outils d'observation et de pilotage de l'offre médico-sociale.

L'ORIENTATION n° 3 : s'adapter et diversifier l'offre d'hébergement médico-social pour fluidifier les parcours se déclinant en cinq actions

- ACTION 8** → **Mettre** en œuvre les solutions adaptées pour les personnes en situation de handicap présentant des besoins spécifiques pour fluidifier les parcours.
- ACTION 9** → **Adapter, diversifier et moderniser** l'offre d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
- ACTION 10** → **Garantir** une offre de résidence autonomie de qualité pour les personnes âgées et ouverte aux personnes en situation de handicap.
- ACTION 11** → **Définir** des modalités d'accompagnement, d'accueil et prise en charge des publics atteints de troubles psychiques sur chacun des territoires.
- ACTION 12** → **Définir** les modalités d'allocations de ressources partagées entre le Département et les structures.



LE PLAN D'ACTION 2017-2021

POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Action n° 8 : *mettre en œuvre les solutions adaptées pour les personnes en situation de handicap présentant des besoins spécifiques pour fluidifier les parcours*

ORIENTATION n° 3 : *adapter et diversifier l'offre d'hébergement médico-sociale pour fluidifier les parcours*

Éléments de diagnostic

- La pyramide des âges au sein des foyers de vie est de plus en plus élevée.
- Les foyers d'hébergement sont sous-occupés car ne correspondent plus aux besoins des travailleurs handicapés.
- Une démarche de redéploiement de places a été engagée dans le cadre de l'ancien schéma : 104 places de foyers d'hébergement entre 2009 et 2014 redéployées en foyers de vie. Actuellement l'Orne compte 378 places en foyer d'hébergement.
- Un foyer d'accueil médicalisé (FAM) de 26 places (dont une d'accueil de jour et une pour l'accueil temporaire) pour personnes atteintes de troubles autistiques a été ouvert en 2014.
- 94 places de Services d'action médico-sociale pour adulte handicapé (SAMSAH) et Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ont été créées entre 2007 et 2014.
- Liste d'attente au 31/12/2015 sur les établissements personnes handicapées : Établissement et service d'aide par le travail (ESAT) : 267 personnes ; foyer de vie : 111 personnes ; Maison d'accueil spécialisé (MAS) : 70 personnes ; Foyer d'accueil médicalisé (FAM) : 45 personnes
(source MDPH 61).

Objectifs

- Fluidifier les parcours et anticiper la mise en œuvre du dispositif du plan d'accompagnement global.
- Offrir des solutions d'accompagnement et de prise en charge pour les personnes atteintes de troubles spécifiques (troubles psychiatriques, troubles du comportement, autisme, etc.).
- Offrir des solutions d'accompagnement et de prise en charge pour les personnes handicapées vieillissantes.

Pilote (s)

- Conseil départemental
- ARS de Normandie

Partenaires concernés

- ESSMS
- MDPH

Publics concernés

- Personnes en situation de handicap

Niveau de priorité 1 à 3

Niveau de priorité 2

Modalités de mise en œuvre

1. Analyser les listes d'attentes des différents types d'établissements et analyser de façon plus fine les besoins spécifiques afin d'étudier le cas échéant les restructurations nécessaires des établissements et services (redéploiements, transformations, réductions de capacité, dispositifs innovants souples...) notamment sur le secteur d'Argentan.
2. Faciliter un accès de proximité à l'offre d'hébergement, en cohérence avec les bassins de vie.
3. Étudier les possibilités de travail en parcours Foyer d'hébergement / Foyer de vie / ESAT / FAM / MAS, etc., dans le respect du plan d'accompagnement global.

LE PLAN D'ACTION 2017-2021

POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Modalités de mise en œuvre

4. Favoriser l'adaptation des projets d'établissement à l'évolution des besoins (EHPAD, ESAT, Foyer d'hébergement, Foyer de vie, FAM, MAS, Institut médico-éducatif (IME), Institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP) etc.) afin d'améliorer la fluidité du parcours :
 - effectuer un travail spécifique sur les problématiques liées aux délais et refus d'admission, en recherchant plus de souplesse dans les procédures d'admission ;
 - effectuer un travail spécifique sur l'accompagnement avant la fin de prise en charge et sur la mission de réorientation des établissements de personnes en situation de handicap : « zéro sans solution ».
5. Mettre en œuvre des solutions à destination des personnes handicapées vieillissantes :
 - étudier les formes d'accueil des travailleurs handicapés d'ESAT à temps partiel ou en retraite au sein des foyers d'hébergement dans l'attente d'une autre solution ;
 - étudier les modalités d'accueil des personnes handicapées vieillissantes de moins ou plus de 60 ans en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), en accueil familial, en logements foyers - résidences autonomie (intégrer dans les projets d'établissement les rythmes de vie spécifiques, activités adaptées...).

Indicateurs d'évaluation et de suivi

- Nombre de places restructurées
- Nombre de projets d'établissements actualisés
- Nombre d'unités spécifiques d'accueil créées en établissement

Indicateur de coût et points de vigilance

- Action à contenir à coût constant
- Orientation stratégique et moyens financiers de l'ARS

LE PLAN D'ACTION 2017-2021

POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Action n° 9 : adapter, diversifier et moderniser l'offre d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ORIENTATION n° 3 : adapter et diversifier l'offre d'hébergement médico-sociale pour fluidifier les parcours

Éléments de diagnostic	
<ul style="list-style-type: none">• Un programme d'investissement pour la modernisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) a été engagé dans la période du précédent schéma.• Les professionnels privilégient la création d'unités de prises en charges spécifiques afin de répondre à la diversité des profils (troubles psychiques notamment).• Avec 131,9 places d'EHPAD pour 1000 habitants de plus de 75 ans, soit un taux au-dessus des moyennes régionale (104 places) et nationale (100 places), le territoire de l'Orne ne figure pas parmi les territoires prioritaires de l'ARS pour le développement de l'offre d'hébergement des personnes âgées. Pour ces raisons, le Conseil départemental poursuivra une pause dans la création de places d'EHPAD mais pourra néanmoins apporter un soutien exceptionnel aux projets innovants d'humanisation à caractère limité.	
Objectifs	
<ul style="list-style-type: none">• Répondre à l'évolution des besoins : personnes handicapées vieillissantes, troubles psychiques, etc.• Ouvrir l'EHPAD sur l'extérieur.	
Pilote (s)	Partenaires concernés
<ul style="list-style-type: none">• Conseil départemental• ARS de Normandie	<ul style="list-style-type: none">• ESSMS
Publics concernés	
<ul style="list-style-type: none">• Personnes âgées et personnes en situation de handicap	
Niveau de priorité 1 à 3	
Niveau de priorité 3	
Modalités de mise en œuvre	
<ol style="list-style-type: none">1. Diversifier l'offre de services et évoluer vers des réponses plurielles et plus souples : hébergement temporaire, hébergement séquentiel, accueil d'urgence, accueil de jour, accueil de nuit, etc.2. Encourager, en coordination avec l'ARS, le développement, en EHPAD, d'unités de prises en charge hébergement ou activité de jour spécifiques (exemple : accueil de personnes en situation de handicap de moins de 60 ans) et d'équipes mobiles.3. Poursuivre le programme d'investissement pour la modernisation des EHPAD jusqu'en 2020.4. Promouvoir le développement d'activités ouvertes sur l'extérieur pour les personnes âgées du territoire.5. Faciliter l'accès aux habitants de l'Orne aux offres d'hébergement sur le territoire ornaïen en cohérence avec les bassins de vie.	
Indicateurs d'évaluation et de suivi	Indicateur de coût et points de vigilance
<ul style="list-style-type: none">• Projets de modernisation• Projets d'établissements actualisés• Activités proposées à la population• EHPAD accueillant des personnes de moins de 60 ans	<ul style="list-style-type: none">• A contenir à coût constant• Orientation stratégique et moyens financiers de l'ARS

LE PLAN D'ACTION 2017-2021

POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Action n° 10 : *garantir une offre de résidence autonome de qualité pour les personnes âgées et ouverte aux personnes en situation de handicap*

ORIENTATION n° 3 : *adapter et diversifier l'offre d'hébergement médico-sociale pour fluidifier les parcours*

Éléments de diagnostic	
<ul style="list-style-type: none">• 24 logements-foyers dont 7 de moins de 25 places en 2014• Nombre de places total en logements-foyers et en petites unités de vie en 2014 : 964 places	
Objectifs	
<ul style="list-style-type: none">• Maintenir une offre de résidences autonomie dans le Département à l'aune des nouvelles obligations réglementaires (loi ASV).• Garantir un niveau de qualité suffisant et un respect de la réglementation.• Inscrire les résidences autonomie dans la politique de prévention de la Conférence des financeurs.	
Pilote (s)	Partenaires concernés
<ul style="list-style-type: none">• Conseil départemental	<ul style="list-style-type: none">• ESSMS• Caisses de retraites inter régimes• ANAH• Gestionnaires et propriétaires de logements foyers
Publics concernés	
<ul style="list-style-type: none">• Personnes âgées et personnes en situation de handicap	
Niveau de priorité 1 à 3	
Niveau de priorité 2	
Modalités de mise en œuvre	
<ol style="list-style-type: none">1. Lancer un « plan résidences autonomie », à l'échelle du département, piloté par le Département, cofinancé dans le cadre de la Conférence des financeurs, avec la mobilisation des membres de cette conférence (ANAH, CARSAT, MSA,...) pour :<ul style="list-style-type: none">• élaborer un diagnostic partagé à partir du questionnaire d'évaluation interne du Département (enrichi de questions supplémentaires);• identifier les actuels logements foyers qui peuvent/souhaitent devenir résidences autonomie.2. Élaborer des CPOM pour les résidences autonomie dont les objectifs de prévention seront en référence avec le programme de la conférence des financeurs.	
Indicateurs d'évaluation et de suivi	Indicateur de coût et point de vigilance
<ul style="list-style-type: none">• Nombre de projets de modernisation lancés• Nombre de CPOM signés	<ul style="list-style-type: none">• Co-financement

LE PLAN D'ACTION 2017-2021

POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Action n° 11 : définir les modalités d'accompagnement, d'accueil et de prise en charge des publics atteints de troubles psychiques sur chacun des territoires

ORIENTATION n° 3 : adapter et diversifier l'offre d'hébergement médico-sociale pour fluidifier les parcours

Éléments de diagnostic	
<ul style="list-style-type: none">• Les listes d'attente au 31/12/2015 dans les établissements spécialisés «Handicap Psychique» : ESAT «handicap psychique» - 26 personnes orientées en 2015 ; FAM «handicap psychique» - 11 personnes orientées en 2015 (source : MDPH 61).• Partenariats entre le Centre psychothérapique de l'Orne (CPO) et les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) permettant d'apporter des réponses pour les personnes atteintes de troubles psychiques.	
Objectifs	
<ul style="list-style-type: none">• Structurer la co-construction de projet / Parcours de vie en partenariat entre acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux.• Anticiper la mise en œuvre au 1^{er} janvier 2018 du dispositif de Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT).• Faire monter en compétence les acteurs du secteur médico-social sur l'accompagnement et la prise en charge des troubles psychiques, dans la limite de leurs compétences médico-sociales.	
Pilote (s)	Partenaires concernés
<ul style="list-style-type: none">• ARS• Conseil départemental	<ul style="list-style-type: none">• MDPH• CPO• Centre hospitalier (CH) de Flers• Établissements et services PH
Publics concernés	
<ul style="list-style-type: none">• Personnes âgées et personnes en situation de handicap	
Niveau de priorité 1 à 3	
Niveau de priorité 2	
Modalités de mise en œuvre et délais	
<ul style="list-style-type: none">• Poursuivre la structuration des partenariats entre le secteur psychiatrique et les acteurs médico-sociaux (cf. convention du CPO et du CH de Flers) pour mettre en place un dispositif d'appui aux ESSMS sur l'accompagnement aux troubles psychiques :<ul style="list-style-type: none">○ Intégrer, dans les conventions de partenariat, un objectif de formation des équipes médico-sociales des ESSMS dans le cadre de leur compétence médico-sociale.○ Expérimenter des protocoles écrits d'engagements réciproques autour de situations « complexes ».○ Faciliter le recours aux équipes mobiles et à la télémédecine psychiatrique pour les structures médico-sociales.	
Indicateurs d'évaluation et de suivi	Indicateur de coût et points de vigilance
<ul style="list-style-type: none">• Nombre de partenariats formalisés avec le secteur psychiatrique• Nombre de personnel médico-social formé	<ul style="list-style-type: none">• Mobilisation de l'ARS• Moyens financiers et humains du sanitaire mobilisables

LE PLAN D'ACTION 2017-2021

POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Action n° 12 : définir les modalités d'allocations de ressources partagées entre le Département et les structures

ORIENTATION n° 3 : adapter et diversifier l'offre d'hébergement médico-sociale pour fluidifier les parcours

Éléments de diagnostic	
<ul style="list-style-type: none">• Des traitements parfois différenciés entre des structures comparables (projet d'établissement, publics accueillis, statut, implantation géographique...), induisant des ressources différentes pour assurer des missions similaires.• Des dialogues de gestion peu structurés entre le financeur et l'opérateur : des ratios et indicateurs existent mais ne sont pas partagés.	
Objectifs	
<ul style="list-style-type: none">• Améliorer l'équité de traitement au niveau des territoires.• Améliorer la qualité du dialogue de gestion avec les structures.	
Pilote (s)	Partenaires concernés
<ul style="list-style-type: none">• Conseil départemental	<ul style="list-style-type: none">• ESSMS
Publics concernés	
<ul style="list-style-type: none">• Personnes âgées et personnes en situation de handicap	
Niveau de priorité 1 à 3	
Niveau de priorité 3	
Modalités de mise en œuvre	
<ol style="list-style-type: none">1. Établir un référentiel de coûts par groupe iso-ressources de structures comparables.2. Formaliser, dans un document, les règles départementales régissant la tarification médico-sociale. Partager / expliciter ce document avec les ESSMS.3. Intégrer ces règles dans le dialogue de gestion entre le Département et les ESSMS.4. Développer progressivement une politique de convergence tarifaire entre les ESSMS.	
Indicateurs d'évaluation et de suivi	Indicateur de coût et point de vigilance
<ul style="list-style-type: none">• Élaboration du référentiel	<ul style="list-style-type: none">• Action à contenir à coût constant

ANNEXES

GLOSSAIRE p.53

**UN CONTEXTE LÉGISLATIF EN CONSTANTE ÉVOLUTION DEPUIS LA LOI DU 2 JANVIER 2002
RÉNOVANT L'ACTION SOCIALE ET MÉDICO-SOCIALE** p.55

COMPOSITION DES INSTANCES DE PILOTAGE p.57

CALENDRIER DES TRAVAUX POUR L'ÉLABORATION DU SCHÉMA p.58

GLOSSAIRE

AAH	Allocation pour adulte handicapé
ACTP	Allocation compensatrice pour tierce personne
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
APA	Allocation personnalisée pour l'autonomie
ARS	Agence régionale de santé
ASH	Aide sociale à l'hébergement
AVS	Auxiliaire de vie sociale
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CAFS	Centre d'accueil familial spécialisé
CCAS	Centre communal d'action sociale
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CDCA	Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie
CDCPH	Conseil départemental consultatif des personnes handicapées
CESDA	Centre d'éducation spécialisée pour déficients auditifs
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CLS	Contrat local de santé
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CODERPA	Comité départemental des retraités et des personnes âgées
CP/CI	Carte de priorité et carte d'invalidité
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CVS	Conseil de la vie sociale
EHPA	Établissement d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EHPH	Établissement d'hébergement pour personnes handicapées
EMS	Établissement médico-social
EPCI	Établissement public de coopération intercommunale
ESAT	Établissement et service d'aide par le travail
ESSMS	Établissement ou service social et médico-social
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FHT	Foyer d'hébergement traditionnel
FIT	Foyer d'insertion et de transition
FV	Foyer de vie
GIR	Groupe iso-ressources
GMP	GIR moyen pondéré
HAD	Hospitalisation à domicile
IME	Institut médico-éducatif
ITEP	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique

GLOSSAIRE

IEM	Institut d'éducation motrice
LF	Logement-foyer
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MAS	Maison d'accueil spécialisé
MDA	Maison départementale de l'autonomie
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MONALISA	Mobilisation nationale contre l'isolement social des âgés
MSA	Mutualité sociale agricole
PASA	Pôles d'activités et de soins adaptés
PCH	Prestation de compensation du handicap
PRS	Projet régional de santé
PUV	Petite unité de vie
RGP	Recensement général de la population
RQTH	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
SAAAIS	Service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire
SAAD	Service d'aide et d'accompagnement à domicile
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SESSAD	Services d'éducation spéciale et de soins à domicile
SMS	Service médico-social
SPASAD	Service polyvalent d'aides et de soins à domicile
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSEFIS	Service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire
UHR	Unité d'hébergement renforcée
USLD	Unité de soins longue durée

UN CONTEXTE LÉGISLATIF

EN CONSTANTE ÉVOLUTION DEPUIS LA LOI DU 2 JANVIER 2002 RÉNOVANT L'ACTION SOCIALE ET MÉDICO-SOCIALE

La loi du 30 juin 2004

relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

La loi du 30 juin 2004 crée la **Caisse nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)**. La CNSA est un établissement public chargé de contribuer au financement d'actions favorisant notamment l'autonomie des personnes âgées dépendantes et des personnes en situation de handicap gérées par les Départements et joue un rôle d'expertise et d'appui technique.

Dans ce cadre, elle suit notamment **les plans nationaux dédiés aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap** : Plan Alzheimer, Plan Bien Vieillir, Plan Cancer, Plan Handicap visuel, Plan de solidarité grand âge, Plan Autisme, Schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour le handicap rare, Plan d'action national AVC (Accidents vasculaires cérébraux).

La loi du 13 août 2004

relative aux libertés et aux responsabilités locales

La loi du 13 août 2004 a renforcé le rôle du Département dans le domaine de l'action sociale et médico-sociale. Elle prévoit que «**le Département définit et met en œuvre la politique d'action sociale**» en tenant compte des compétences confiées à l'État et aux autres collectivités et qu'il coordonne les actions menées sur son territoire.

La loi du 11 février 2005

relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

La loi du 11 février 2005 rénove l'action publique en matière de handicap. Tout d'abord, elle élargit le champ du handicap en reconnaissant **les troubles psychiques et cognitifs comme pouvant relever d'une situation de handicap**, dans la continuité de la loi n° 96-1076 du 11 décembre 1996 qui insérait l'autisme dans le champ du handicap.

D'un point de vue institutionnel et organisationnel, la loi crée **les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)** sous forme de groupements d'intérêt public placés sous la tutelle administrative et financière du Président du Conseil départemental. Celles-ci mettent en place une équipe pluridisciplinaire chargée d'évaluer les besoins de la personne en situation de handicap, ainsi qu'une Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) chargée de prendre les décisions relatives aux droits de la personne.

La loi de 2005 **instaure en outre le droit à la compensation des conséquences du handicap** quels que soient l'origine et la nature de la déficience, l'âge ou le mode de vie de la personne concernée. **Pour les enfants porteurs de handicap**, elle affirme leur droit à suivre une scolarité dans le milieu ordinaire, au sein de l'école de leur quartier, en fonction du projet personnalisé de scolarisation.

Enfin, cette loi fonde la **notion de convergence des politiques en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées**, convergence indispensable au vu des problématiques nouvelles soulevées par la multiplication des personnes handicapées vieillissantes. En prenant acte de la similarité des besoins et préoccupations des personnes handicapées et âgées, la loi vise à définir des principes et modalités identiques de compensation de la perte d'autonomie afin de supprimer les barrières et éviter les ruptures de prises en charge.

UN CONTEXTE LÉGISLATIF

EN CONSTANTE ÉVOLUTION DEPUIS LA LOI DU 2 JANVIER 2002 RÉNOVANT L'ACTION SOCIALE ET MÉDICO-SOCIALE

La loi du 21 juillet 2009

"Hôpital, Patients, Santé et Territoire"

La loi du 21 juillet 2009, dite HPST, institue un changement dans l'organisation des compétences de l'État dans les administrations déconcentrées. **Les Agences Régionales de Santé (ARS) sont créées**, remplaçant une partie des attributions des Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et des Caisses Régionales d'Assurance Maladie, pour décliner la politique nationale de la santé et la piloter au niveau régional. Sous tutelle des ministères chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie, elles sont de fait le **nouvel interlocuteur étatique principal du Conseil départemental depuis le 1^{er} janvier 2010**. Elles sont coordonnées par le Comité National de Coordination des ARS et leur relais est assuré au niveau départemental par des délégations départementales.

La loi HPST instaure en outre **une procédure d'appel à projets**, à laquelle doivent se conformer les projets de création, transformation ou extension d'Établissements ou de services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), notamment les projets s'inscrivant dans le cadre des orientations du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale.

La loi du 28 décembre 2015

relative à l'adaptation de la société au vieillissement

La loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillissement, dite ASV, entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2016, réforme l'action des partenaires institutionnels dans le domaine de l'autonomie des personnes âgées. Son ambition est de répondre aux conséquences du vieillissement de la population en :

- ▶ **Anticipant** les premiers facteurs de risque de la perte d'autonomie : instauration d'une conférence des financeurs pour la prévention de l'autonomie, lutte contre l'isolement ;
- ▶ **Adaptant** les politiques publiques au vieillissement : réforme des habitats collectifs pour personnes âgées, aménagement du territoire et adaptation de l'habitat, droits et protection des personnes âgées, nouvelle gouvernance des politiques publiques et création du comité départemental de la citoyenneté et de l'autonomie ;
- ▶ **Améliorant** la prise en charge des personnes en perte d'autonomie : réforme de l'APA à domicile, refondation de l'aide à domicile, soutien à l'accueil familial, évolution des règles de tarification dans les établissements pour personnes âgées dépendantes, souplesse des appels à projets.

COMPOSITION DES INSTANCES DE PILOTAGE

Liste des membres du comité de pilotage

◉ Représentants du Conseil départemental de l'Orne

- M. BLOUET, vice-président du Conseil départemental, président de la commission des affaires sociales et de l'habitat
- M. BOUVIER, vice-président du Conseil départemental, membre de la commission des finances et de l'administration générale, rapporteur du budget
- Mme JOSSET, conseillère départementale, membre de la commission permanente et membre de la commission des affaires sociales et de l'habitat
- M. CORNEC, directeur général des services du Département
- Mme POTTIEZ, directrice du pôle sanitaire social
- M. FRÉEL, directeur du pôle économie finance
- Mme MAYER, directrice dépendance handicap

◉ Représentants des partenaires institutionnels

- Mme GAULTIER, représentante du Directeur de la CARSAT Normandie
- Mme MOULIN, M. MALAUSSENA, représentants du Président MSA Orne
- Mmes LE FRÈCHE, GIBERT, JANIN et LEVOYER, représentantes de la Directrice générale de l'ARS de Normandie

Liste des membres du comité technique

◉ Représentants du Conseil départemental de l'Orne

- Mme POTTIEZ, directrice du pôle sanitaire social
- Mme MAYER, directrice dépendance handicap
- Mme CHRETIEN, chef du service de la coordination des circonscriptions d'action sociale
- Mme COUSIN, chef du service de la cohésion sociale
- M. PASCAL, directeur enfance famille
- Mme LESELLIER, M. CORBEAU, chefs de service au sein de la direction dépendance handicap

◉ Représentants des partenaires institutionnels

- M. DROUIN, délégué départemental de l'ARS de Normandie
- Mmes GIBERT, JANIN et LEVOYER, représentantes de la directrice générale de l'ARS de Normandie
- Mme FROGER, directrice de la MDPH de l'Orne
- M. HERVÉ, représentant de la Direction des services départementaux de l'Éducation nationale

◉ Représentants des usagers

- Mme LAMBERT, vice-présidente du CODERPA
- M. RAFFAELLI, vice-président du CDCPH

◉ Représentants des professionnels du secteur des personnes âgées et des personnes handicapées

- M. VIVIER, directeur de l'EHPAD des Andaines, représentant des EHPAD
- Mme MOUETTE, directrice de l'action médico-sociale de l'ANAIS, représentante des EHPH
- Mme BRIENS, directrice de l'UNA du Bocage ornais, représentants des SAAD.

CALENDRIER DES TRAVAUX, POUR L'ÉLABORATION DU SCHEMA

Calendrier des travaux

- **14 septembre 2015**
Comité technique :
travaux en vue du COPIL sur méthode de travail, calendrier, identifications des enjeux et des thématiques des groupes de travail.
- **22 septembre 2015**
Comité de pilotage de lancement de la démarche :
définition des enjeux prioritaires, validation des thèmes à traiter par des groupes de travail. Planning et adoption du calendrier.
- **30 septembre 2015**
Réunion de lancement du schéma :
brainstorming des partenaires pour affiner les thématiques et problématiques à travailler lors des groupes de travail du schéma.
- Réunion de 16 groupes de travail
 - a. **19 novembre 2015 :** aides à domicile et alternatives.
 - b. **10 novembre 2015 :** prévention.
 - c. **16 novembre 2015 :** adaptation de l'offre des personnes âgées.
 - d. **17 novembre 2015 :** adaptation de l'offre des personnes handicapées.
 - e. **7 décembre 2015 :** fluidité des parcours.
 - f. **8 décembre 2015 :** territorialiser et coordonner.
- **12 janvier 2016**
Comité de pilotage :
retour des réunions des groupes de travail et exemples de propositions d'actions ; option retenue d'un schéma conçu à la fois comme un outil de maîtrise budgétaire, de reconfiguration de l'offre et de gouvernance ; annonce d'un besoin de travaux complémentaires sur la structuration de l'offre des SAAD, l'accompagnement des personnes avec des troubles psychiques et la mise en place du forfait autonomie dans les résidences autonomie.
- **22 mars 2016**
Comité technique :
propositions d'orientations et de fiches-actions et de leurs enjeux.
- Réunion de 3 groupes experts
 - g. **24 mars 2016 :** l'accompagnement des troubles psychiques sur le territoire.
 - h. **24 mars 2016 :** la structuration du secteur de l'aide à domicile dans le cadre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement.
 - i. **21 avril 2016 :** l'offre de résidences autonomie sur le territoire.
- **17 juin 2016**
Comité technique :
validation des orientations et fiches actions.
- **23 juin 2016**
Réunion de clôture du schéma
Restitution à l'ensemble des partenaires des travaux et des orientations du schéma.
- **30 septembre 2016**
Validation du schéma en Assemblée départementale.

