



SCHEMA
DEPARTEMENTAL
AUTONOMIE
2022-2027

la CREUSE
le Département



Valérie SIMONET
Présidente
Conseil Départemental
de la Creuse

Mesdames, Messieurs, chers tous et toutes, chers partenaires,

C'est avec une certaine satisfaction que nous commençons ce nouveau mandat avec la mise en place du **Schéma Départemental Autonomie** pour notre territoire.

Avec satisfaction, car les politiques de l'autonomie représentent une part importante des actions du Conseil départemental au travers de l'Aide Sociale, de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie ou des Prestations de Compensation du Handicap (près de 29% du budget départemental) que ce soit pour de l'aide humaine ou de l'amélioration de l'habitat.

Avec satisfaction parce que nous voulons être toujours plus pro-actifs dans l'évolution de l'offre pour personnes âgées et les personnes en situation de handicap.

Avec satisfaction parce que la Creuse a souvent été un modèle en matière d'accompagnement dans les politiques de l'autonomie et que nous tenons au bien vivre à domicile. Ce fut le cas avec la mise en œuvre d'une Délégation de Service Public permettant le déploiement à domicile de la domotique pour près de 4 000 de nos concitoyens. C'est le cas également aujourd'hui dans l'énergie que nous mettons à accompagner le déploiement des « Habitats Inclusifs ».

Je sais que ce schéma était attendu par tous... que beaucoup d'entre vous se sont investis dans son élaboration. Pour moi, ce schéma, c'est un commencement... Chacun d'entre nous - à la place qui est la nôtre - peut permettre sa mise en œuvre.

Nous l'avons conçu comme des orientations au service des creusoises et des creusois. Son pilotage sera assuré par le Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie qui représente tous les acteurs du territoire œuvrant dans le champ de l'autonomie. Ainsi les membres de cette instance consultative sur les politiques de l'autonomie seront directement consultés sur les déclinaisons opérationnelles mises en œuvre.

Nous avons tous ensemble, voulu marquer ce schéma des sceaux de l'adaptation de l'offre, de l'innovation dans les parcours au travers d'une meilleure réponse à l'usager et enfin d'une politique active de prévention. Gageons que les 3 grands axes qui sont mis en avant nous permettent dans les 5 ans à venir, de tenir les ambitions fortes que nous proposons pour notre territoire.

Ce schéma a aussi l'ambition d'établir un lien entre « autonomie » et « emploi », avec non seulement des actions en faveur de l'emploi des personnes en situation de handicap, mais aussi le souhait de donner envie et d'accompagner les jeunes creusoises et creusois dans des carrières au sein des métiers de la dépendance. Nos services d'aide à domicile ont besoin de se réformer pour mieux permettre des recrutements favorisant un meilleur accompagnement au domicile des personnes en situation de perte d'autonomie. Ce schéma pose les bases d'une mutation nécessaire et innovante de ce secteur.

Vous aurez donc compris qu'au travers de ce schéma, nous voulons écrire une histoire commune. Cette histoire est au croisement de plusieurs des compétences départementales, mais elle est impossible à réaliser sans vous, les partenaires, les acteurs, les experts, les habitants de la Creuse.

C'est le sens de mon engagement, le sens de l'engagement de tous les élus départementaux pour construire ensemble une société plus solidaire, plus inclusive, plus proche de nous tous.



Marie-Thérèse VIALLE
Vice-Présidente en
charge de l'Autonomie
Conseil Départemental
de la Creuse

Deux questions à Marie-Thérèse VIALLE, Vice-Présidente en charge de l'Autonomie

Dans cette nouvelle mandature, vous avez la charge des questions relatives à l'autonomie. Quelles sont selon vous, les problématiques et les forces sur lesquelles vous devez agir ?

La question est vaste tant le champ de l'autonomie requiert de multiples réflexions.

D'abord nous travaillons pour l'Humain avec des Humains. Notre ambition est donc d'apporter des réponses concrètes aux besoins des habitants de notre beau Département.

Ensuite, il nous faut tenir compte de notre contexte :

- des habitats souvent isolés et dispersés, qu'il convient de sécuriser pour garantir le maintien à domicile
- de l'attractivité des métiers médico-sociaux que nous souhaitons accompagner, des progrès ont déjà été réalisés dans ce domaine, mais il reste encore des choses à améliorer
- de la crise Covid qui a, semble-t-il, profondément modifié les attentes des habitants.

Nous avons la chance d'être dans un petit département où les différents acteurs de l'autonomie se connaissent et peuvent travailler ensemble.

Gageons qu'avec nos énergies partagées, nous arriverons à construire un modèle dynamique et innovant pour accompagner nos concitoyens dans leurs besoins.

Quelle est selon vous, concernant l'Autonomie, la priorité à mettre en avant dans cette nouvelle mandature ?

Il convient que tous nos concitoyens, qu'ils soient en situation de handicap ou âgés, puissent trouver l'information au plus près de leur lieu d'habitat.

Communiquer sur toutes les mesures déjà mises en place par le Département me semble essentiel

En effet, les questions liées à la mobilité sont prégnantes. Nous devons lier des partenariats pour relayer nos possibilités d'accompagnement, que ce soit avec les CCAS, les Maisons France Service ou en développant l'information numérique. Un travail important de concertation doit donc se mettre en place avec les intervenants auprès des publics fragilisés.

Nous savons déjà pouvoir compter sur nos agents au sein des UTAS qui maillent le territoire, les médecins locaux, les infirmiers et sur les établissements médico-sociaux également. Chacun doit prendre part à la bonne information des habitants du territoire pour faciliter l'accès aux droits.

D'autre part, en nous concertant, en nous connaissant d'avantage, nous saurons mieux répondre aux besoins des Creusoises et des Creusois.

| | |
|--|-----------|
| ÉDITO | 1 |
| SOMMAIRE | 3 |
| LES PARTENAIRES ASSOCIES DANS L'ELABORATION DU SCHEMA DEPARTEMENTAL DE L'AUTONOMIE : | 4 |
| PARTIE 1 : POURQUOI UN SCHEMA D'ORIENTATIONS AUTONOMIE EN 2022 ? | 6 |
| A. UNE POLITIQUE INSCRITE DANS UN CADRE REGLEMENTAIRE ET UNE RECONNAISSANCE CITOYENNE ACCRUE | 8 |
| B. LA METHODE D'ELABORATION DU SCHEMA | 10 |
| <i>Le calendrier du schéma autonomie</i> | 10 |
| <i>Une démarche participative</i> | 11 |
| <i>La Mise en perspective</i> | 12 |
| C. BILAN DES SCHEMAS PRECEDENTS | 13 |
| PARTIE 2 : LE DIAGNOSTIC | 16 |
| A. DONNEES DE CARACTERISATION DE LA CREUSE | 18 |
| <i>Population</i> | 18 |
| <i>Eléments sur l'évolution de la dépendance</i> | 22 |
| <i>Précarité, facteur de vulnérabilité</i> | 23 |
| <i>Le logement des séniors</i> | 26 |
| <i>Le mode de cohabitation des séniors</i> | 27 |
| <i>Les équipements de proximité : commerces et services</i> | 28 |
| <i>Focus Santé</i> | 30 |
| B. L'OFFRE EN MATIERE D'AUTONOMIE EN CREUSE | 34 |
| 1. <i>L'offre aux personnes âgées</i> | 34 |
| 2. <i>L'offre aux personnes en situation de handicap</i> | 43 |
| 3. <i>Les besoins identifiés</i> | 51 |
| PARTIE 3 : OBJECTIS ET ACTIONS 2022-2027 | 54 |
| A. ENJEUX DE LA CREUSE | 55 |
| B. PLAN D'ACTIONS | 58 |
| C. MISE EN ŒUVRE DU SCHEMA | 91 |
| <i>Une gouvernance portée par le CDCA</i> | 91 |
| <i>Une animation du schéma continue</i> | 92 |
| <i>Une évaluation continue</i> | 93 |
| GLOSSAIRE | 94 |

LES PARTENAIRES ASSOCIES DANS L'ELABORATION DU SCHEMA DEPARTEMENTAL DE L'AUTONOMIE :

Agence Régionale de Santé

Caisse Primaire d'Assurance Maladie

Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie

Maison Départementale pour Personnes Handicapées

Mutuelle Sociale Agricole

Plateforme territoriale d'appui de la Creuse

Service Urbanisme, Habitat et constructions durables -DDT23-

Union Départementale des Associations Familiales

Association AAD

Association ADAPEI de la Creuse

Association ADEC

Association AECJF

Association AGARDOM

Association ALEFPA

Association APAJH Creuse

Association ASSIF

Association Choisir de Vivre A Domicile

Association ELISAD

Association Réseau Bulle 23

Centre Communal d'Actions Sociales de Guéret

Centre hospitalier Évaux-les-Bains

Centre hospitalier de Saint-Vaury

Centre hospitalier La Souterraine

Domo Creuse Assistance

EHPAD Pélisson Fontanier Bénévent l'Abbaye
EHPAD Bellevue Bourgneuf
EHPAD Centre hospitalier Bernard Desplas Bourgneuf
EHPAD Pierre Guilbaud Bussière Dunoise
EHPAD Les Eaux vives Marsac
EHPAD MGEN Saint-Feyre
Fondation CEMAVIE
Fondation Jacques Chirac
Fondation Partage et Vie
France Alzheimer
GIP Creuse Habitat
IREPS Creuse
Les Petits Frères des Pauvres de la Creuse
Ordre de Malte France - Creuse
SSIAD de Genouillac

Partie 1

Pourquoi un schéma d'orientations 2022-2027

INTRODUCTION

Depuis la Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, l'article L312-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles, rend obligatoire les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale. Ainsi, un schéma départemental de l'autonomie, relatif aux personnes âgées en perte d'autonomie et aux personnes en situation de handicap, document de planification, est établi pour une période de cinq ans.

Son élaboration est une obligation du Département. Depuis la loi relative aux libertés et responsabilités locales du 13 août 2004 (acte II de la décentralisation), la loi de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles (Loi MAPTAM), du 27 janvier 2014, est venue renforcer et désigner le département comme «chef de file» en matière d'aide sociale, d'autonomie des personnes et de solidarité des territoires.

Le schéma de l'autonomie doit :

- « Apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population ;
- Dresser le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante ;
- Déterminer les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale et, notamment, ceux nécessitant des interventions sous forme de création, transformation ou suppression d'établissements et services et, le cas échéant, d'accueils familiaux (...);
- Préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services (...), ainsi qu'avec les établissements de santé (...) ou tout autre organisme public ou privé, afin de satisfaire tout ou partie des besoins mentionnés ;
- Définir les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre des schémas ».

A. UNE POLITIQUE INSCRITE DANS UN CADRE REGLEMENTAIRE ET UNE RECONNAISSANCE CITOYENNE ACCRUE

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale fixe de nouvelles règles réaffirmant la place prépondérante des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, garantissant l'évolution nécessaire des structures d'accompagnement et d'accueil. Le respect des droits et la mise en place de projets d'accompagnement individualisés constituent l'axe majeur qui guide l'évaluation interne et externe des services et établissements sociaux et médicosociaux.

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales place le Département comme chef de file de l'action sociale en direction des personnes âgées et des personnes en situation de handicap dans un contexte de missions partagées avec l'ARS, l'État, les représentants des personnes concernées.

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées apporte des évolutions fondamentales pour répondre aux besoins et attentes des personnes en situation de handicap. Elle pose et renforce les principes d'accessibilité généralisée et de droit à compensation du handicap, quels que soient l'origine et la nature du handicap, l'âge ou le mode de vie de la personne.

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement a pour objectifs d'anticiper la perte d'autonomie des personnes vieillissantes, d'adapter la société à leurs attentes et leurs besoins et d'accompagner leur perte d'autonomie. La loi fait évoluer la gouvernance et réaffirme le Département en tant que chef de file de la politique locale de soutien à l'autonomie, créant le Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie et invitant à la constitution d'une Maison Départementale de l'Autonomie.

La loi du 28 décembre 2016 engage la modernisation de notre système de santé autour de la prévention, les soins de proximité et le droit des patients, en visant à prévenir les hospitalisations inutiles ou évitables ainsi que les ruptures de parcours. Un plan d'accompagnement global garantit une réponse accompagnée pour tous. Les dispositions législatives sont l'occasion de réaffirmer l'engagement du Département dans l'action en direction des personnes en perte ou en manque d'autonomie, celles-ci devant être reconnues dans leur appartenance à notre société, dans leurs valeurs, leurs préférences et leurs droits.

Le changement de regard porté sur les personnes en situation de handicap et/ou en perte d'autonomie est un enjeu majeur du schéma. La place accordée aux personnes concernées, l'écoute et le respect qui leur sont réservés, la reconnaissance de leur expérience, de leur savoir-être et de leur savoir-faire, sont autant de facteurs qui induisent des changements dans les pratiques, dans la formation des professionnels.

Faire que la personne puisse participer pleinement à la vie en société, améliorer son cadre et sa qualité de vie, se fonder sur ses potentialités et capacités pour lui permettre de rester dans son milieu de vie habituel constituent les leviers d'une démarche de prévention. Ces derniers engagent la rénovation des dispositifs d'information garantissant l'accès aux droits, la préservation du lien social et le soin accordé aux proches aidants. Ils induisent l'adaptation permanente de nos pratiques professionnelles au parcours de vie des personnes en garantissant la coordination des interventions des acteurs de terrain.

Les politiques en matière d'habitat (cf. la loi Elan du 23 Novembre 2018), transports, accès aux services, culture, loisirs, sports doivent se mettre au service des personnes âgées et des personnes en situation de handicap au même titre qu'à l'ensemble de la population.

La coordination des acteurs est une condition pour assurer l'articulation et la cohérence des actions contribuant à l'accompagnement ou à l'accueil des personnes et de leurs proches aidants.

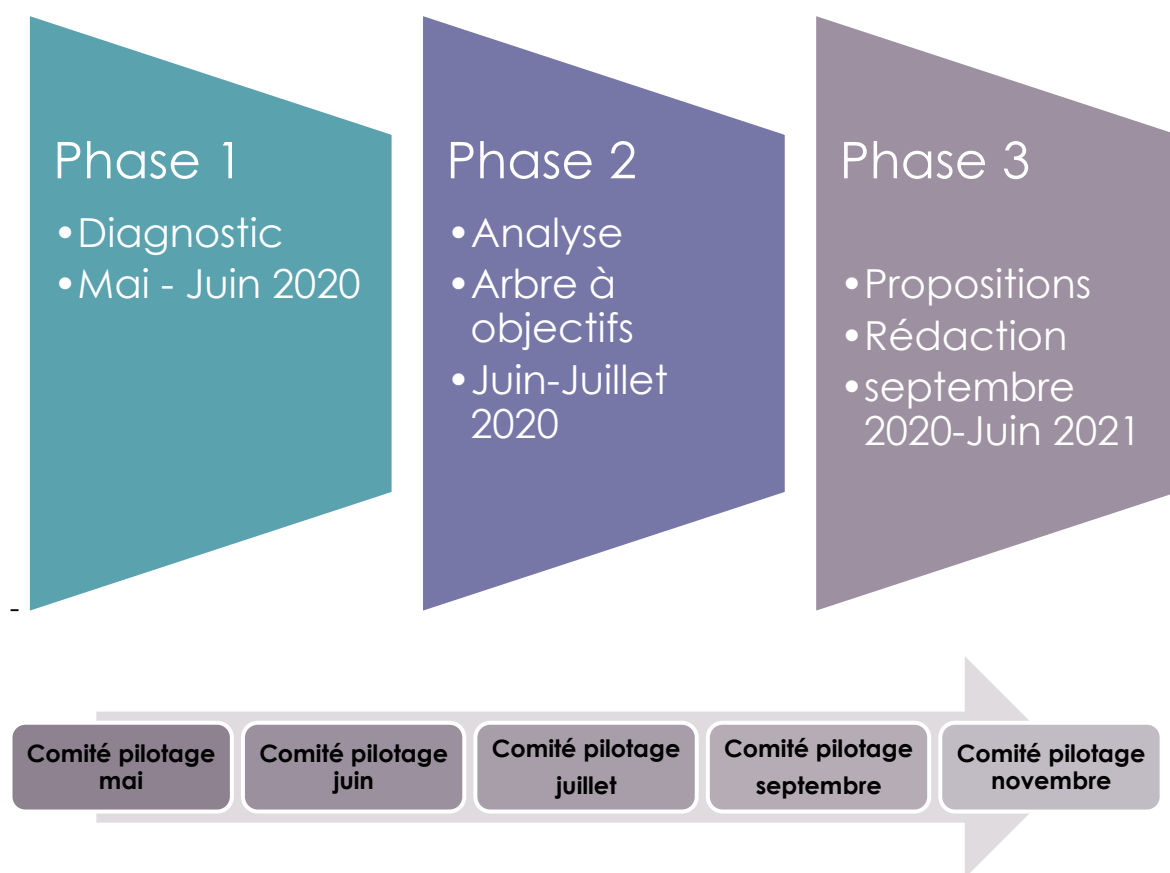
Inventer des chemins nouveaux au service du bien vieillir et du bien vivre avec son handicap pour une meilleure intégration dans son quartier ou dans son village, implique de repenser une partie des dispositifs existants pour apporter des réponses partagées et adaptées aux réalités de terrain, sans duplication de modèles importés et définis par des normes quelquefois peu adaptées aux spécificités du territoire Creusois.

La rénovation de la gouvernance de la politique de soutien à l'autonomie, organisée autour du Département auquel les lois de décentralisation ont confié l'essentiel des compétences pour les personnes âgées et/ou en situation de handicap, permettra de conforter le rôle dévolu à la MDPH et facilitera le copilotage de dispositifs qui participent pleinement de la politique de l'autonomie (MAIA, PAERPA, PTA...).

B. LA METHODE D'ELABORATION DU SCHEMA

LE CALENDRIER DU SCHEMA AUTONOMIE

Le calendrier initial a été perturbé par la crise sanitaire rencontrée par la France. Le premier comité de pilotage a lancé les travaux le 7 mai, à l'issue de la période de confinement, et dans un contexte qui restait difficile pour organiser les rencontres sur site. Malgré tout, des adaptations ont été consenties afin d'engager les travaux de groupe en juin, juillet et septembre, dans le respect des règles de distanciation.



Un comité de pilotage a été constitué de

- ✿ Monsieur le Vice-président en charge de l'action sociale, retour à l'emploi et logement, Patrice MORANCAIS,
- ✿ Madame la Vice-Présidente en charge de l'autonomie, Marie-Christine BUNLON,
- ✿ Madame la Directrice Générale Adjointe du Pôle Cohésion Sociale, Sophie QUERIAUD,
- ✿ Madame la Directrice de la Direction des Personnes en Perte d'Autonomie, Karine SALLOT,
- ✿ Madame l'Adjointe à la Directrice de la Direction des Personnes en Perte d'Autonomie, Isabelle BERROYER,

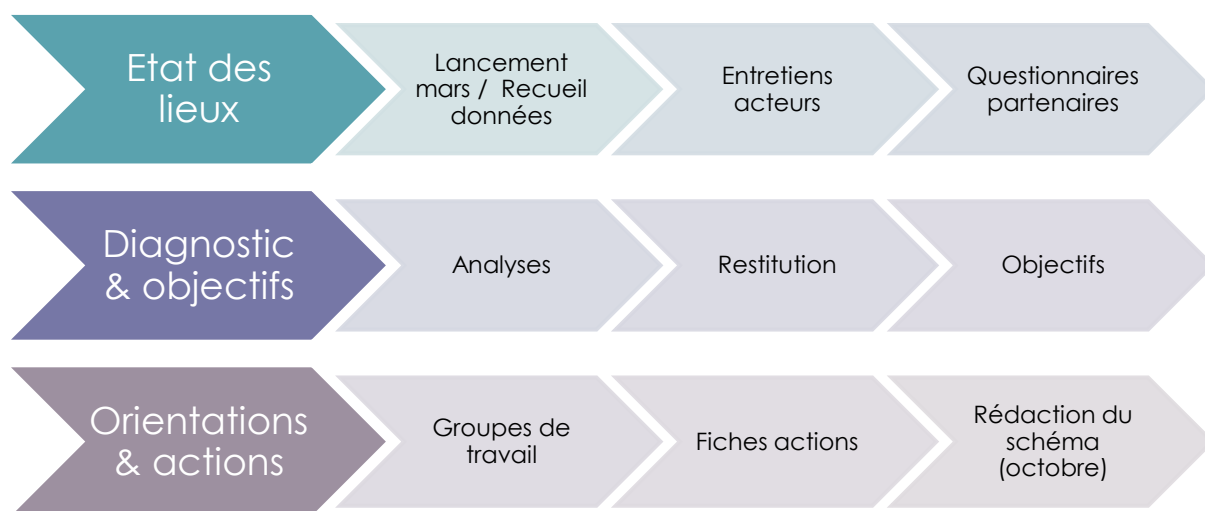
- ✿ Madame la Directrice Adjointe de la Maison Départementale des Personnes Handicapées, Sylvie BOISSIER,
 - ✿ Madame la Directrice de la Direction Insertion Logement, Maëlle TIJERAS,
 - ✿ Madame la Directrice des Actions Sociales de Proximité, Françoise LAPORTE,
- et du consultant qui assistait la démarche.

Le parti pris de la méthode d'élaboration du schéma a été celui de la participation. Professionnels du Département, partenaires institutionnels et opérationnels ont été associés aux différentes phases du projet décrites ci-dessous.

Rédaction finale du Schéma : Jérôme LEMAIRE, Directeur des Personnes en Perte d'Autonomie et de la MDPH 23, assisté par ses équipes en correction et relecture.

UNE DEMARCHE PARTICIPATIVE

La participation des acteurs est un point clé de la réussite des actions et surtout de leur adéquation aux réels besoins.



Chacune des étapes a fait l'objet d'échanges avec des professionnels, les partenaires clés de la politique de l'autonomie en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. A la lecture des données recueillies et partagées, 3 axes se sont dégagés, structurant un arbre à objectifs :

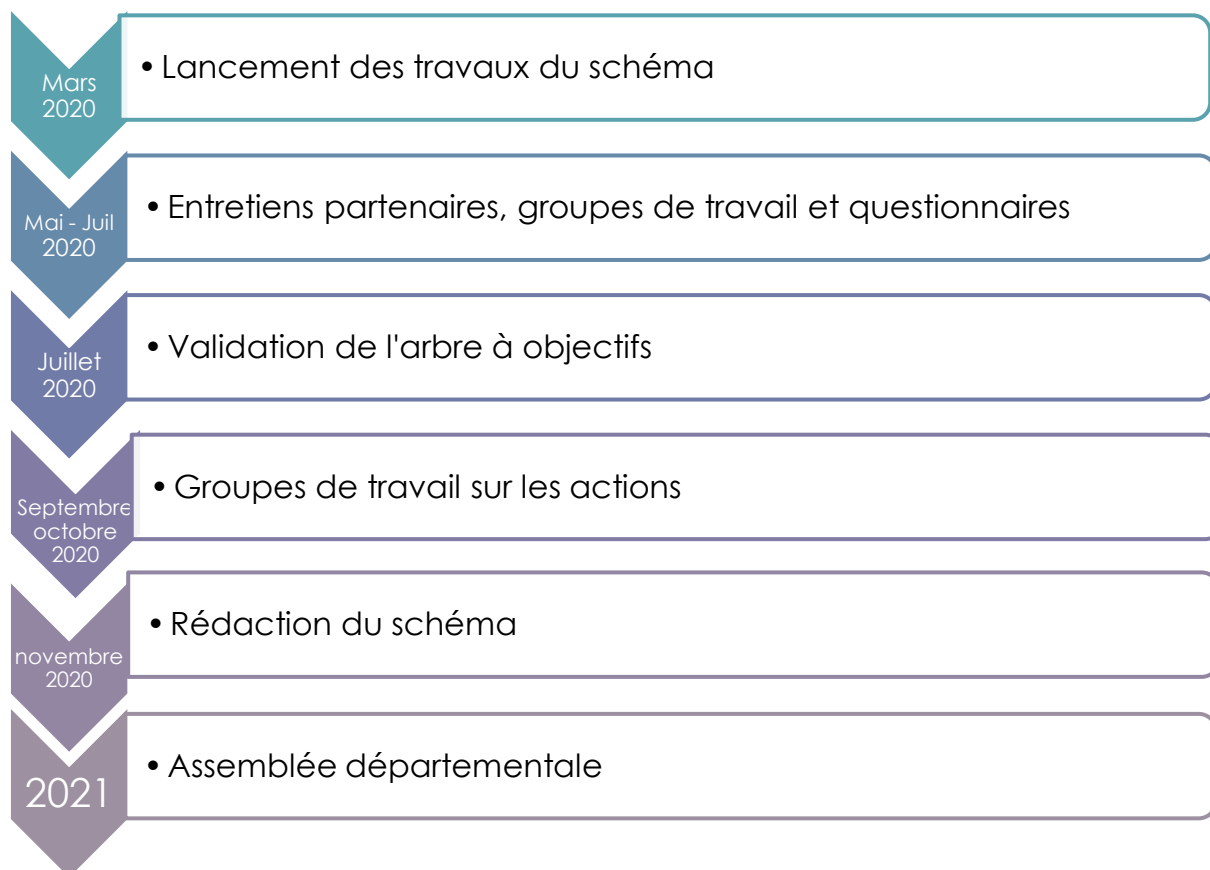
- **Agir sur la prévention**
- **Adapter l'offre existante aux réalités de la Creuse**
- **Mettre en place le parcours de la personne**

La mise en œuvre des actions du schéma suppose le développement d'une gouvernance Solidarité et des modes de coopération avec les partenaires institutionnels et acteurs associatifs.

Les réunions de travail ont favorisé l'échange entre les différents partenaires et mis en évidence une réelle volonté de travailler ensemble en donnant un sens et du sens aux actions définies.

En complément des ateliers, une enquête en ligne a été adressée à tous les acteurs de l'autonomie, associations, établissements et services, pour recenser leur vision et leurs attentes.

Un plan d'actions a été élaboré. Il est composé de 27 fiches construites par ces mêmes groupes de travail.



LA MISE EN PERSPECTIVE

Les indicateurs relatifs au département de la Creuse ont été comparés à des départements semblables par leur taille, population, densité, hyper ruralité : Cantal, Corrèze, Lot et Lozère.

C. BILAN DES SCHEMAS PRECEDENTS

Le schéma 2010-2015 a fait l'objet d'un bilan en 2015 traduit ci-dessous. L'évaluation de l'atteinte des objectifs est datée, certaines actions ayant fait l'objet de poursuite de travaux sur la période suivante, et d'autres restant d'actualité au regard de l'évolution des besoins.

| | |
|----------------|-------------|
| Légende | Réalisé |
| | En cours |
| | Non réalisé |

| | |
|---|-------------|
| Objectif stratégique I : Favoriser la convergence des politiques de prise en charge des personnes âgées/handicapées à domicile | |
| 1 - Développer les actions de prévention | |
| Communiquer sur les actions de prévention du vieillissement | Réalisé |
| Prévenir l'apparition de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées | Réalisé |
| Prévenir la précarité des personnes en perte d'autonomie | En cours |
| Promouvoir l'adaptation de l'habitat à la perte d'autonomie | Réalisé |
| 2 - Moderniser le secteur de l'aide à domicile et améliorer la professionnalisation | |
| Mettre en place le plan départemental de modernisation de l'aide à domicile | Réalisé |
| S'approprier les référentiels métiers des intervenants à domicile et élaborer un document unique partagé | En cours |
| Améliorer les qualifications des personnels du dispositif, les fidéliser et favoriser leur renouvellement | Réalisé |
| 3 - Favoriser le maintien à domicile grâce aux aides technologiques | |
| Sécuriser le dispositif de téléalarme et développer les packs domotiques à domicile | Réalisé |
| Améliorer la prise en charge des personnes et la coordination des intervenants grâce à de nouveaux outils communicants | En cours |
| 4 - Optimiser la prise en charge des personnes dans le cadre de l'accueil familial | |
| Œuvrer à la structuration du dispositif départemental d'accueil familial | En cours |
| Veiller à la qualité de la prestation d'accueil | Réalisé |
| Professionaliser le métier d'accueillant | Non réalisé |
| Accompagner la mise en place de projets innovants autour de l'accueil familial | En cours |
| 5 - Consolider le projet de vie des personnes en perte d'autonomie et de leur entourage | |
| Développer les partenariats avec les clubs et les associations | En cours |
| Développer les formules de prise en charge adaptées | Réalisé |
| Innover en matière d'accompagnement des malades d'Alzheimer et de leurs aidants naturels | Réalisé |
| Faciliter les déplacements et les transports pour avoir accès à certains services indispensables | Réalisé |
| Objectif stratégique II : Accompagner les situations de handicap tout au long de la vie | |
| Développer l'accessibilité conformément à la loi du 11 février 2005 | |
| Favoriser l'accessibilité des transports départementaux, des bâtiments et de la voirie | En cours |
| Offrir une prise en charge adaptée à toutes les personnes en situation de handicap | |
| Officialiser l'accompagnement médico-social des personnes handicapées | Réalisé |
| Mieux concilier le logement des personnes handicapées avec l'activité professionnelle | Réalisé |
| Favoriser l'évolution des structures au regard des besoins départementaux | |
| Harmoniser et diversifier les modes d'accueil pour tenir compte du vieillissement des personnes handicapées et de leur famille | Réalisé |

| | |
|---|--|
| Adapter les équipements existants aux personnes handicapées vieillissantes en établissement | |
| Accompagner les restructurations et l'évolution des structures et services d'accueil | |
| Conforter et évaluer l'apport des Groupements d'Entraide Mutuelle (GEM) | |
| Évaluer les besoins pour favoriser la proximité du service et, le cas échéant, son extension et développer une campagne d'information sur l'existence de cette structure | |
| Permettre l'accès des personnes handicapées à la pratique d'un sport, à la culture et aux loisirs | |
| Élaborer une campagne d'information sur le sport, les loisirs et la culture pour les personnes handicapées, sensibiliser les clubs et associations aux personnes handicapées et à leur problématique et former les encadrants | |
| Mieux prendre en compte les handicaps spécifiques | |
| Veiller à prendre en compte les besoins non satisfaits | |
| Objectif stratégique III : Adapter les établissements et les pratiques institutionnelles aux conséquences du vieillissement | |
| Adapter les établissements aux nouvelles normes d'accueil des personnes âgées | |
| Réhabiliter les établissements tout en maîtrisant l'impact du coût des opérations sur le prix de journée hébergement | |
| Promouvoir la démarche qualité en EHPAD | |
| Mieux préparer l'entrée en EHPAD | |
| Poursuivre l'équipement départemental et développer le recours à la domotique en établissement | |
| Finaliser les opérations de construction (places nouvelles) | |
| S'assurer de la faisabilité de nouvelles opérations, avec des formules alternatives | |
| Tirer profit de l'expérimentation domotique menée au sein de l'UHPAD de Guéret | |
| Finaliser la signature des conventions tripartites | |
| Programmer et mettre en œuvre les conventions tripartites | |
| Évaluer l'existant, mesurer le GMPS et, si nécessaire, apporter des moyens au titre des soins et de la dépendance | |
| Mieux prendre en compte la maladie d'Alzheimer et les troubles apparentés en établissement | |
| Adapter l'équipement départemental à la maladie d'Alzheimer | |
| Organiser le partage d'expériences et prendre en compte les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM | |
| Diversifier les solutions de répit pour les aidants | |
| Améliorer la professionnalisation des intervenants en établissement | |
| Adapter les profils de poste au regard des prestations attendues des intervenants en établissement | |
| Mutualiser les interventions des professionnels entre les EHPAD | |
| Développer le soutien en fin de vie dans les EHPAD | |
| Préparer les établissements à la gestion des risques environnementaux | |
| Accompagner la requalification des USLD | |
| Suivre les conséquences de la requalification | |
| Objectif stratégique IV : Créer les conditions d'une architecture départementale coordonnée des services, institutions et autres partenaires | |
| Créer un guichet unique d'accès aux soins et aux services pour les personnes en perte d'autonomie | |
| Mettre en place la Maison Départementale de l'Autonomie (MDA), avec affirmation du rôle « d'antenne » des UTAS | |
| Définir les modalités de coordination des intervenants | |
| Élaborer le rôle attendu des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) | |
| Élaborer une fiche de tâche des Coordinations Gérontologiques Hospitalières | |
| Élaborer une méthodologie partenariale locale | |
| Mieux harmoniser les secteurs géographiques d'intervention | |

| | |
|--|--|
| Réfléchir aux cohérences de territoire entre services de proximité | |
| Réfléchir à la convergence des modalités d'évaluation des besoins des personnes en perte d'autonomie | |
| Centraliser les demandes entrées/sorties des établissements | |
| Optimiser les préconisations des plans de compensation | |
| Mieux prendre en compte les besoins en formation | |
| Optimiser la formation des intervenants à domicile | |
| Renforcer la formation des professionnels en établissement | |

La période 2015-2020 a permis de mobiliser les acteurs de l'autonomie dans le cadre d'ateliers organisés autour des problématiques suivantes, mais n'a pas toutefois donné lieu à une démarche structurée et retracée dans un schéma formalisé :

1. Accompagnement, parcours et projet de vie
2. Accompagnement du parcours des personnes âgées,
3. Projet de vie des personnes handicapées.
4. Aide aux aidants
5. Habitat et nouvelles technologies
6. Coordination locale et territoires

Des évolutions notoires sont à noter par rapport à l'évaluation faite du précédent schéma. Ainsi, la professionnalisation du métier d'accueillant familial se fait désormais au long de la carrière et de l'accompagnement. La mise en place de la MDA n'est pas effective mais des rapprochements sur certaines missions ont d'ores et déjà eu lieu à partir de 2017 (notifications financières des droits PCH et ACTP, contrôle d'effectivité, suivi des contentieux etc...). Ce dernier point mérite davantage de rapprochement dans l'avenir.

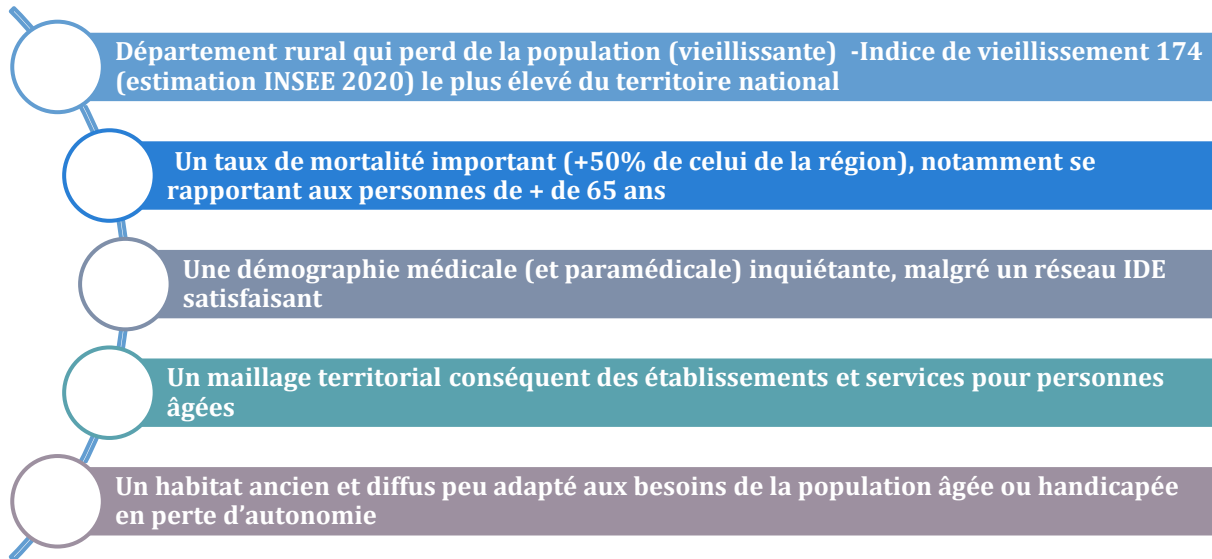
PARTIE 2

LE DIAGNOSTIC

PARTIE 2 : LE DIAGNOSTIC

La situation du département ne se résume pas à quelques chiffres clés, mais quelques données repères permettent de poser des questionnements utiles, à partir des échanges, réflexions qui ont pu être menés.

DONNEES REPERES DU DEPARTEMENT



Les premiers questionnements de la démarche ont été :

- **Le modèle de l'EHPAD est-il encore adapté aux attentes et aux besoins de la population creusoise ?**
- **L'ancrage rural des personnes âgées, conjugué à la faiblesse des ressources n'obligent-ils pas à accélérer la gestion de parcours mixant EHPAD et domicile ?**
- **La politique inclusive fait-elle l'objet d'une démarche coordonnée à la hauteur des attentes des acteurs pour faciliter le repositionnement des réponses ?**

Naturellement des éléments de compréhension du territoire de la Creuse sont indispensables pour pouvoir mener une analyse pertinente. La démographie constitue une première base de l'analyse, mais de nombreux indicateurs méritent d'être croisés, partagés avant de conclure.

POPULATION

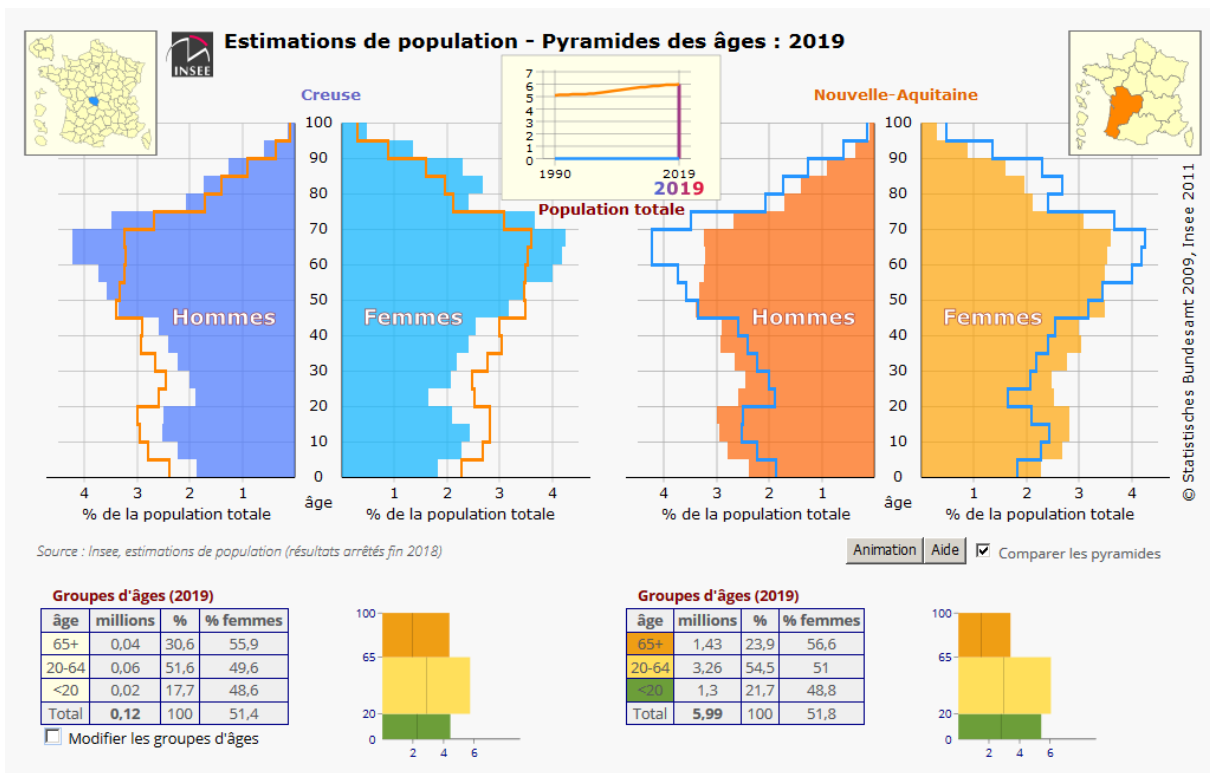
| Indicateurs | Nouvelle-Aquitaine | Creuse | France |
|---|--------------------|--------|-----------|
| Taux de natalité en 2018 - Naissances domiciliées pour 1 000 habitants | 10,0 | 7,3 | 12,2 |
| Taux de mortalité en 2016 - Décès domiciliés pour 1 000 habitants | 10,1 | 15,6 | 8,5 |
| Part des + 75 ans ou plus sur la population totale en 2016 | 11,5 | 14,7 | 9,5 |
| Indice de vieillissement de la population au 01/01/2018 - Nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans | 103,5 | 158 | 78 |
| Nbre de personnes de + de 80 ans (estimation 2020) | 445 805 | 12 622 | 3 960 007 |

Un département avec une population d'un peu moins de 120 000 habitants, en baisse constante depuis des années, une population qui vieillit ou qui vient s'installer lors de la retraite – 3^{ème} département en population après la Lozère et le Lot.

La part des + de 75 ans progresse dans le même temps que la population diminue (Elle est de 14,7% en 2018 après le Lot 14,9% qui a la plus forte part en France (Cantal 14,1%))

La part des jeunes, baisse proportionnellement : les moins de 20 ans sont 18,7% en 2016 et les 0-24 ans 21,5% en 2020. Le Lot 21,9% et le Cantal 22,4% sont proches de ces taux.

Le taux de natalité quant à lui est le plus faible de France à 6,6% en 2019 (Cantal 7% et Lot 7,2%).



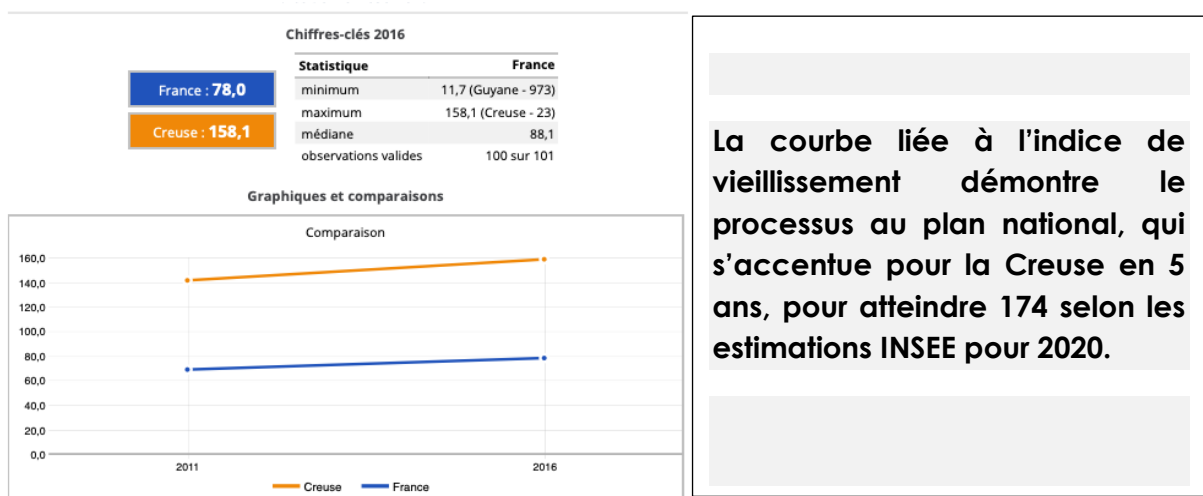
La comparaison de la pyramide des âges de la Creuse avec celle de la région Nouvelle-Aquitaine pointe l'étranglement de la base de la Creuse, c'est-à-dire la part faible de ses jeunes, et à l'inverse l'importance des plus de 50 ans. Une vraie rupture est abordée en 2019 avec les 60-70 ans et les 80-90 ans, en particulier chez les femmes.

La « surreprésentation » des personnes âgées est donc une réalité.

LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

Les premières données nous indiquent des points marquants :

Une natalité faible et un indice de fécondité également faible, et un indice de vieillissement le plus élevé de France.



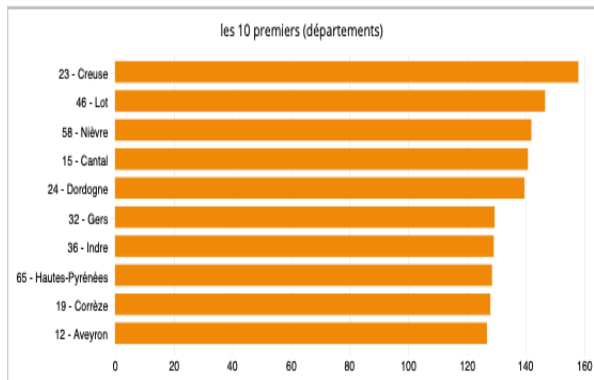
Indice de vieillissement

Chiffres-clés 2016

| Statistique | France |
|----------------------|---------------------|
| minimum | 11,7 (Guyane - 973) |
| maximum | 158,1 (Creuse - 23) |
| médiane | 88,1 |
| observations valides | 100 sur 101 |

France : **78,0**

Graphiques et comparaisons



Le département est vieillissant du fait de l'augmentation de la part des + de 65 ans, 75 ans et 80 ans.

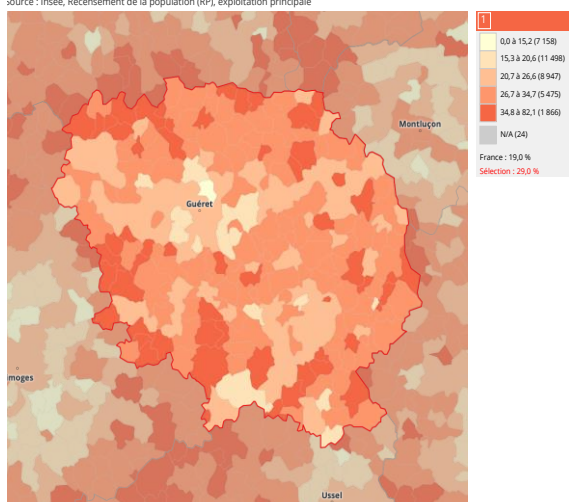
REPARTITION TERRITORIALE DES SENIORS EN CREUSE

La répartition par commune permet d'identifier les territoires particulièrement concernés par la problématique des séniors dans leur population, et de déterminer des communes pour lesquels la dépendance est déjà un sujet qui restera prégnant pour les 10-15 à venir.

Population communale de 65 ans et plus

1] Part des personnes âgées de 65 ans ou plus (%), 2016

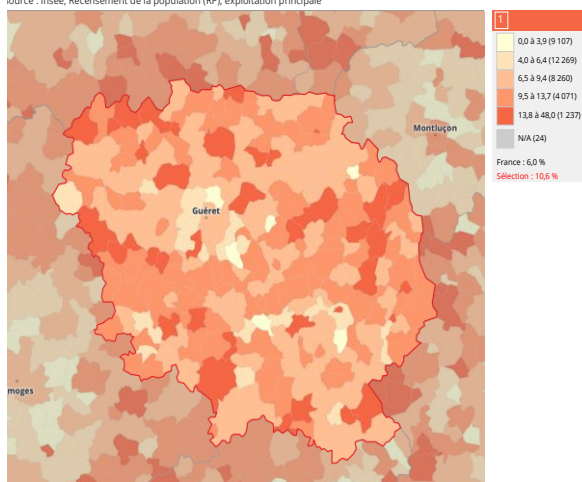
Source : Insee, Recensement de la population (RP), exploitation principale



Population communale de 80 ans et plus

1] Part des personnes âgées de 80 ans ou plus (%), 2016

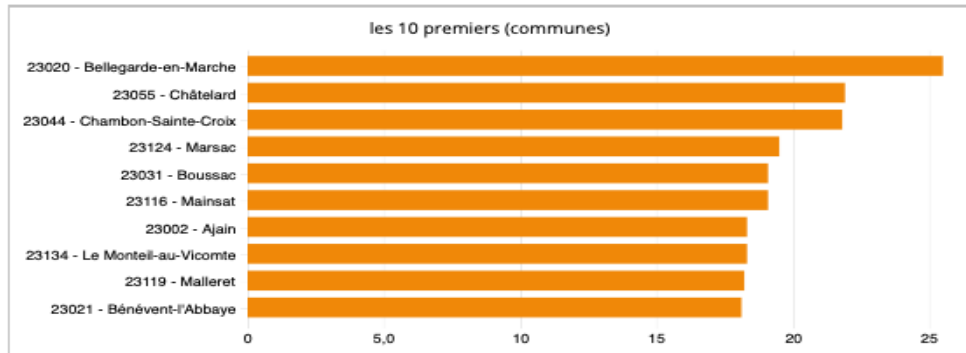
Source : Insee, Recensement de la population (RP), exploitation principale



Part des personnes âgées de 80 ans ou plus

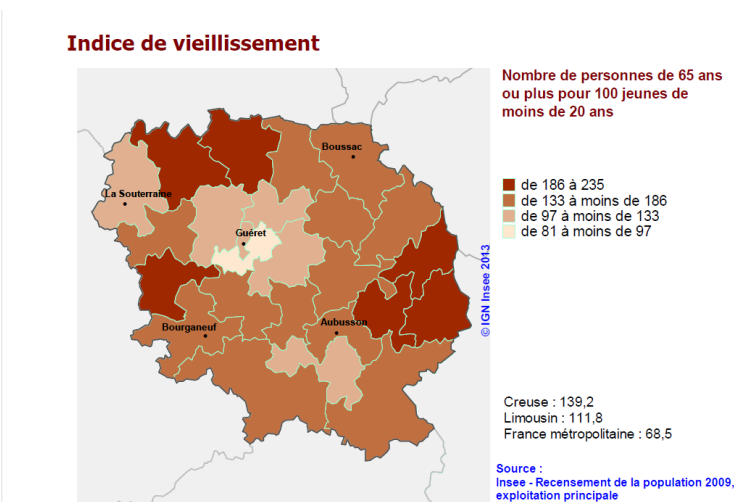
| Chiffres-clés 2016 | | |
|------------------------|----------------------|-------------------------------------|
| Statistique | France | Creuse |
| France : 6,0 % | minimum | 0,0 (Allemant - 02010) |
| Creuse : 10,6 % | maximum | 2,3 (Saint-Avit-de-Tardes - 23182) |
| | médiane | 48,0 (Saint-Genest - 88416) |
| | observations valides | 25,5 (Bellegarde-en-Marche - 23020) |
| | | 5,6 |
| | | 9,6 |
| | | 34 944 sur 34 968 |
| | | 256 sur 256 |

Graphiques et comparaisons



Les dix premières communes les plus concernées par le vieillissement de la population sont réparties sur l'ensemble du territoire creusois.

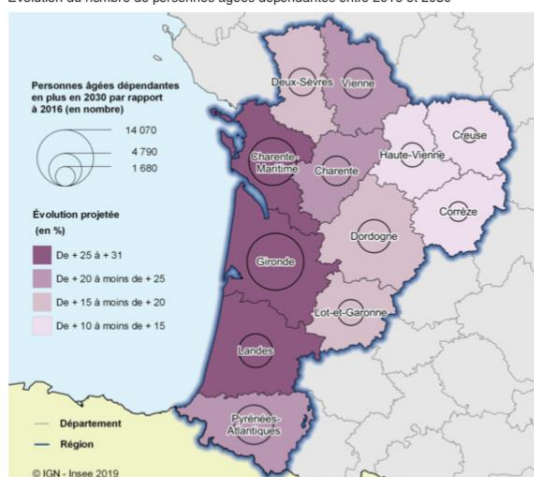
Toutefois, on observe une proportion plus importante de personnes âgées sur les territoires diffus, non connectés aux zones d'attractivité urbaine que sont Guéret, La Souterraine, Bourganeuf et Aubusson. Cette situation appelle une attention particulière pour des populations isolées dans des communes démunies de services et non desservies par des circuits de transport.



Assez logiquement le ratio nombre de plus de 65 ans pour 100 jeunes de moins de 20 ans, est plus faible sur le bassin de Guéret et la Souterraine. Aubusson et Bourganeuf sont deux secteurs plus impactés par le vieillissement. Enfin les cantons limitrophes de l'Indre et du Puy-de-Dôme sont marqués par le vieillissement avec près de 2 fois plus de personnes de plus de 65 ans que de jeunes de moins de 20 ans.

ELEMENTS SUR L'EVOLUTION DE LA DEPENDANCE

Évolution du nombre de personnes âgées dépendantes entre 2016 et 2030



Si les prévisions d'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes sont plus modérées en Creuse, pour autant la part de personnes dépendantes sur la population séniors est de 22,7%, taux le plus élevé de la région.

Nombre de personnes âgées et âgées dépendantes en 2016 et 2030, et projections

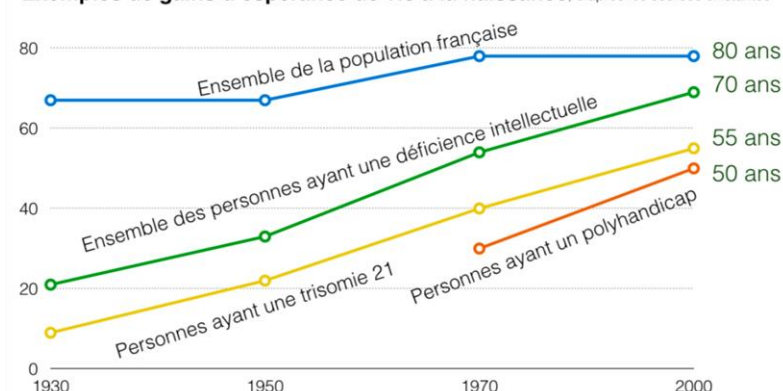
| Zone | Situation en 2016 | | Projections 2016-2030 : nombre de seniors dépendants en plus | | | | |
|---------------------------|-------------------|------------------------------|--|----------------|----------------------|---------------|----------------|
| | Nombre de seniors | Nombre de seniors dépendants | Total | Dont | | | |
| | | | | en institution | fortement dépendants | femmes | 75 ans et plus |
| Nouvelle-Aquitaine | 1 743 600 | 331 200 | 59 400 | 10 200 | 5 600 | 33 300 | 50 600 |
| Charente | 110 900 | 22 200 | 3 800 | 700 | 300 | 2 100 | 3 100 |
| Charente-Maritime | 214 800 | 41 100 | 9 800 | 2 000 | 1 500 | 6 300 | 8 800 |
| Corrèze | 80 800 | 16 400 | 1 700 | 200 | -100 | 800 | 1 400 |
| Creuse | 44 400 | 10 100 | 1 000 | 0 | -200 | 300 | 600 |
| Dordogne | 146 800 | 29 100 | 4 800 | 600 | 300 | 2 400 | 4 100 |
| Gironde | 375 800 | 68 400 | 14 100 | 2 200 | 1 600 | 8 000 | 11 900 |
| Landes | 123 800 | 23 000 | 5 000 | 1 000 | 700 | 2 900 | 4 300 |
| Lot-et-Garonne | 108 000 | 19 700 | 2 900 | 400 | 200 | 1 600 | 2 600 |
| Pyrénées-Atlantiques | 198 200 | 37 700 | 6 700 | 1 100 | 700 | 3 600 | 5 400 |
| Deux-Sèvres | 108 200 | 20 000 | 3 300 | 700 | 200 | 1 800 | 2 700 |
| Vienne | 118 700 | 22 100 | 3 900 | 900 | 400 | 2 400 | 3 400 |
| Haute-Vienne | 113 200 | 21 300 | 2 500 | 300 | 0 | 1 100 | 2 300 |

Sources : Insee, projections Omphale ; Drees, enquêtes EHPA 2015 et VQS 2014.

ZOOM SUR LES PERSONNES HANDICAPÉES ÂGÉES

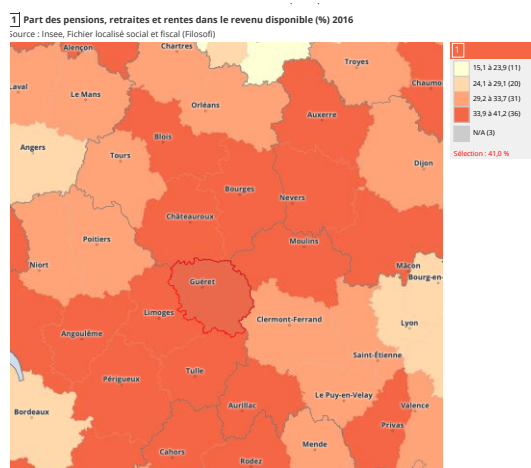
L'augmentation de l'espérance de vie pour l'ensemble de la population française, concerne également les personnes en situation de handicap dont l'espérance de vie a augmenté de façon conséquente à partir des années 1950 du fait de l'amélioration du suivi médical et de la prise en charge au quotidien.

Exemples de gains d'espérance de vie à la naissance, d'après les sources existantes



PRECARITE, FACTEUR DE VULNERABILITE

La précarité des ménages est souvent évoquée comme un des points caractéristiques de vulnérabilité de ses habitants.



La part des retraites et pensions est en toute logique forte, avec un taux de 41% parmi les plus importants de France.

Le taux de pauvreté bondit après 75 ans comme dans les départements agricoles (Cantal par exemple)

EMPLOI

Le taux de chômage est un indicateur pertinent de vulnérabilité et de précarité. Il est parmi les plus bas de France, inférieur à la moyenne nationale et en baisse (avant le COVID).

| Taux chômage | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2019 |
|--------------|------|------|------|------|------|
| Creuse | 9,6 | 9,7 | 9,3 | 8,6 | 7,9 |
| France | 9,9 | 10 | 9,8 | 9,1 | 8,6 |

Le sujet de l'emploi en Creuse pose aussi la question des métiers tournés vers les personnes et l'aide à domicile particulièrement. Le recours aux aides à domicile est important et la difficulté de recrutement des intervenants à domicile, se conjugue avec une faible attractivité des métiers du domicile.

Spécificités du département de la Creuse dans l'emploi :

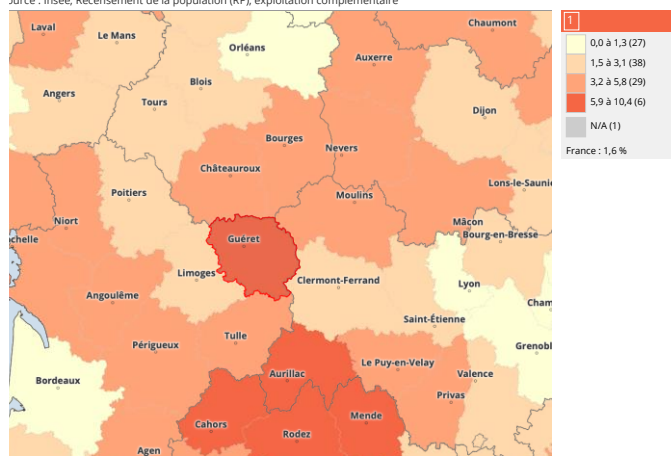
Le taux d'activité globale est à 91%, soit une des moyennes les plus hautes en France (taux moyens départementaux compris entre 83% et 94 %).

En revanche, le taux d'activité chez les jeunes de 15-24 ans est 9^{ème} taux le plus important en France.

La structuration des catégories socio-professionnelles explique pour une grande part ce point :

1 Part des agriculteurs exploitants dans le nombre d'emplois au lieu de travail (%), 2016

Source : Insee, Recensement de la population (RP), exploitation complémentaire

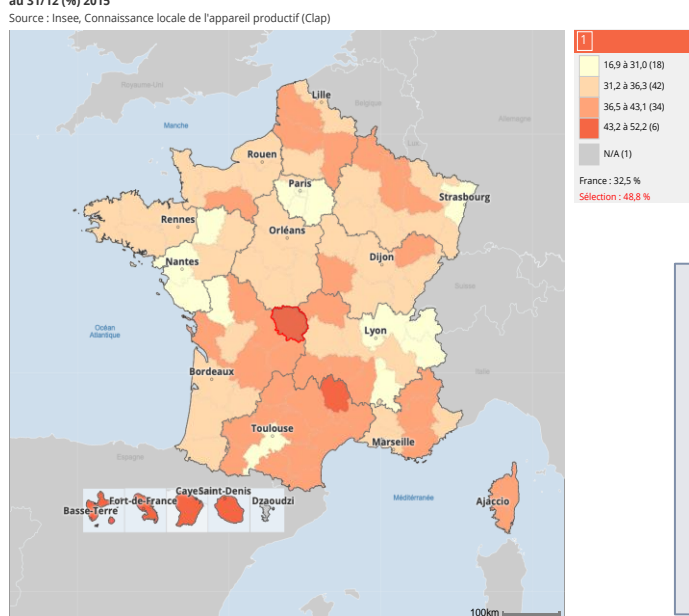


Une part d'exploitants agricoles (9,9%) dans la tranche des taux les plus importants.

De même, les activités non salariées (22,5%) sont un trait marquant de la Creuse, lié à la part des exploitants agricoles notamment.

1 Part des postes de l'administration publique, enseignement, santé et action sociale dans les établissements actifs au 31/12 (%) 2015

Source : Insee, Connaissance locale de l'appareil productif (Clap)



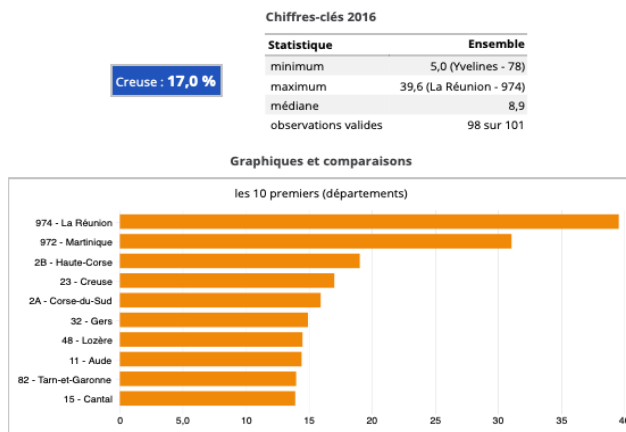
La Creuse bénéficie d'un fort taux d'emplois publics, enseignement, santé et action sociale.

Deux départements figurent dans la tranche la plus haute en 2020 : la Lozère et la Creuse.

- **L'emploi n'est pas un facteur de vulnérabilité à l'échelle du département.**
- **Les emplois tournés vers le secteur social sont notables. Pour autant permettront-ils demain de répondre aux besoins de la population en particulier à domicile ?**

LA PAUVRETE DES SENIORS

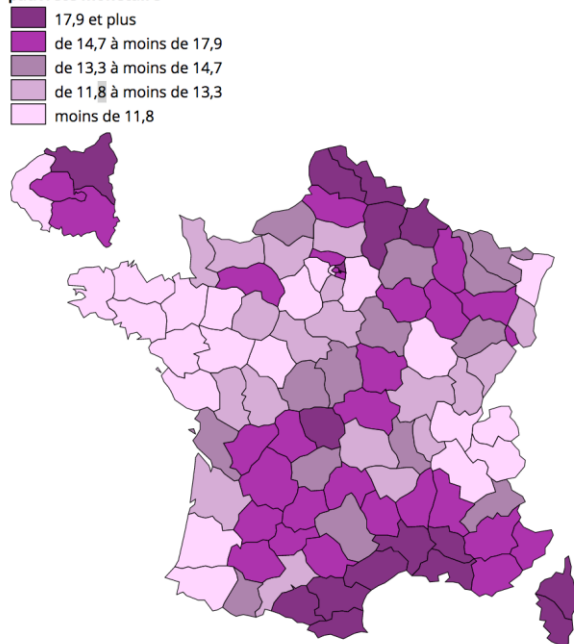
Taux de pauvreté des ménages dont le référent fiscal a 75 ans ou plus



Si la comparaison est possible avec les départements du Cantal et du Lot, sur les indicateurs de revenus et de précarité, le taux de pauvreté de la Creuse, en revanche ressemble plus à celui de l'Ariège, de la Dordogne et des départements de l'est de la France. Il était de 18,4% en 2016.

Le taux de pauvreté s'examine en particulier sous l'angle de la pauvreté monétaire.

La Creuse figure parmi les départements les plus affectés par la pauvreté monétaire



Or la pauvreté monétaire semble plus s'expliquer par la structuration socio-économique du département que par le taux de chômage.

La Creuse se place au 8e rang des départements de métropole où la pauvreté monétaire est la plus élevée. Le niveau de vie médian des personnes pauvres (9 470 euros annuels) est toutefois comparable à ce qu'il est en province.

La pauvreté chez les ménages les plus âgés est plus importante que chez leurs cadets immédiats : 21 % des ménages creusois dont le référent fiscal a plus de 75 ans vivent sous le seuil de pauvreté.

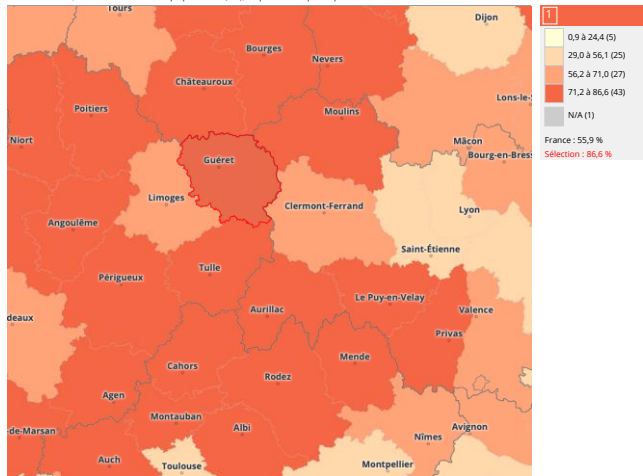
Ce constat peut être relié au fait de percevoir des minima sociaux ou des retraites de faible montant : parmi les ménages creusois dont les revenus sont principalement constitués de retraites et pensions, 19 % vivent en dessous du seuil de pauvreté (60% du revenu médian).

- **Comment les personnes vivent à domicile ? Quel est le niveau d'aide sociale constaté en lien avec ces données ? Aide sociale à l'hébergement, recours aux dispositifs, financement des aides à domicile...**

LE LOGEMENT DES SENIORS

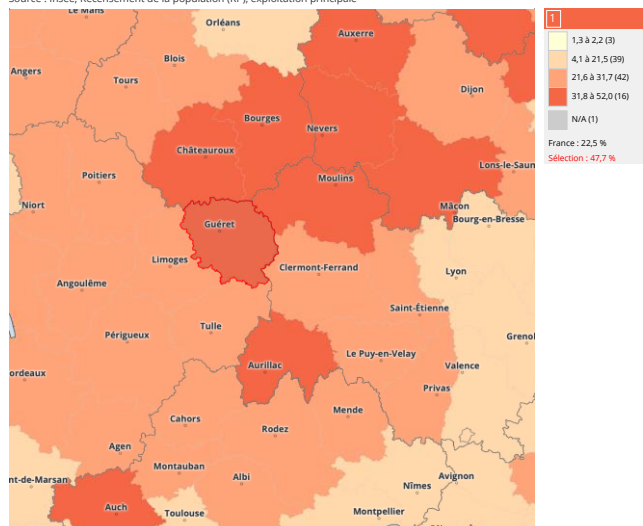
L'habitat est souvent une condition du maintien à domicile des personnes. Malgré les dispositifs et aides mobilisés, il reste un sujet d'amélioration de l'avis unanime des acteurs : dans ses qualités (isolation, chauffage) et dans son adaptation.

1 Part des maisons dans le nombre total de logements (%), 2016
Source : Insee, Recensement de la population (RP), exploitation principale



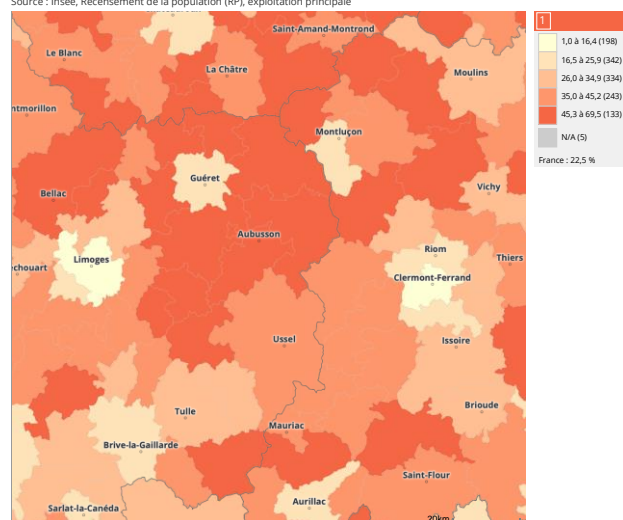
La Creuse est le département français où la part de maisons est la plus forte dans les logements. Habitat grand, parfois isolé, ce point est important dans le maintien à domicile.

1 Part des résidences principales construites avant 1946 (%), 2016
Source : Insee, Recensement de la population (RP), exploitation principale



La Creuse est le 2^{ème} département français sur le taux de résidences principales construites avant 1946 (après Paris) avec un taux de 47,7 % soit plus du double de la moyenne française (à 22,5%).

1 Part des résidences principales construites avant 1946 (%), 2016
Source : Insee, Recensement de la population (RP), exploitation principale



Le détail au niveau des intercommunalités est à l'image du département, avec une grosse part de résidences principales construites avant 1946. Seule exception l'agglomération de Guéret et la communauté de communes de La Souterraine.

Sur la plupart des territoires de la Creuse, cet état des lieux renvoie à la nécessité de repérer au plus tôt les difficultés dans le logement.

Plus du quart des personnes âgées vivant à domicile sont dépendantes, dont 1/5 lourdement dépendantes. L'enquête ORSL de 2016 sur les conditions de vie des personnes âgées vivant à domicile met en exergue que 17% des logements sont jugés inadaptés à l'état de santé et au degré d'autonomie. 22% nécessitent des aménagements pour faciliter les déplacements et 15% ne satisfont pas au confort thermique.

396 adaptations de logement ont été menées à terme au profit de bénéficiaires de l'APA sur la période 2016-2020.

LE MODE DE COHABITATION DES SENIORS

| Part des 75 ans et plus selon le mode de cohabitation - Unité : % Période : 2015 | France hexagonale | Nouvelle-Aquitaine | Corrèze | Creuse | Occitanie | Lot | Lozère |
|---|-------------------|--------------------|---------|-------------|-----------|------|--------|
| Vivant en couple, en couple ou seules avec leur(s) enfant(s) | 47,6 | 48,6 | 46,7 | 45,8 | 49,6 | 48,9 | 43,5 |
| Vivant en institution | 9,8 | 9,9 | 9,9 | 12,2 | 9,4 | 9,8 | 17,5 |
| Ne vivant pas seules : autres cas | 4,0 | 4,6 | 4,4 | 5,1 | 5,3 | 5,0 | 4,1 |
| Vivant seules | 38,4 | 36,7 | 38,9 | 36,6 | 35,5 | 36,1 | 34,7 |

Tout comme l'habitat est un facteur essentiel de la politique de maintien à domicile des personnes vulnérables -personnes âgées et en perte d'autonomie, ou personnes en situation de handicap - le mode de cohabitation est un indicateur précieux dans le cadre des réponses en matière d'isolement, solitude, dispositifs de prévention...

Il fournit notamment un indicateur sur le mode de vie des personnes (domicile ou établissement) et permet d'engager la compréhension des dispositifs d'un territoire avec une part d'histoire à prendre en compte. Ceci est d'autant plus vrai que la Creuse est le département dont l'indice de vieillissement est la référence en France.

Ils vivent moins en couple ou avec leur(s) enfant(s) qu'ailleurs mais ne vivent pas « plus seuls » non plus ! Petite particularité, le taux de personnes vivant en institution (type EHPAD et autre réponse collective) est un des plus importants.

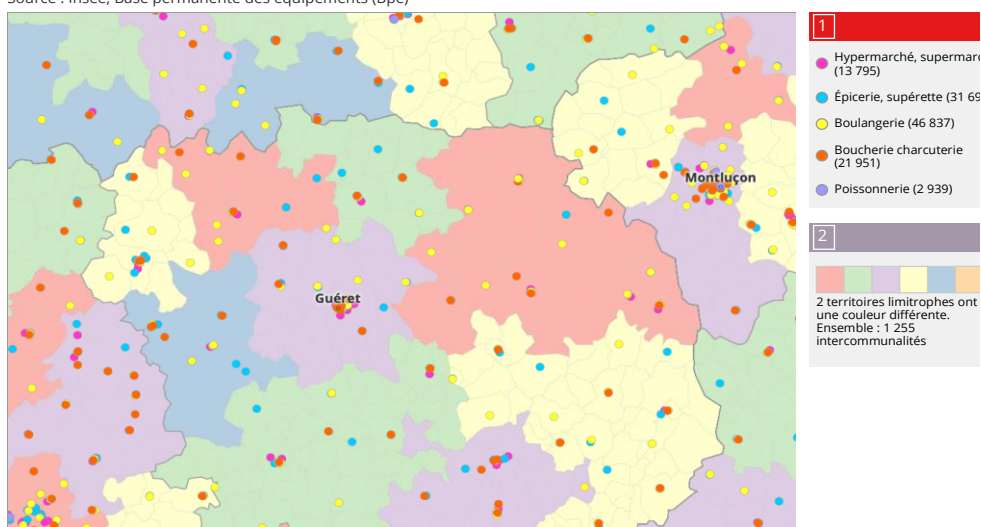
LES EQUIPEMENTS DE PROXIMITE : COMMERCE ET SERVICES

1 Intercommunalités, 2020

Source : Insee, Code officiel géographique 2020

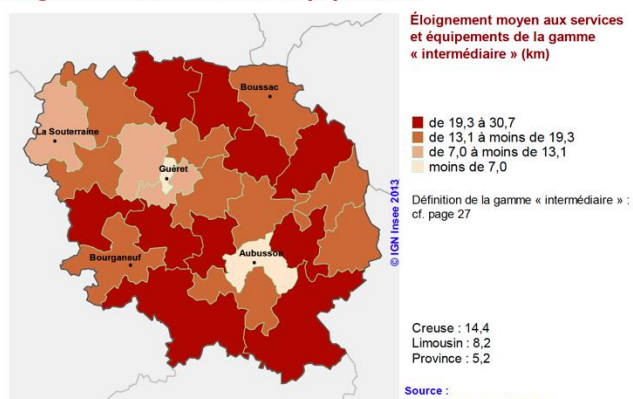
2 Commerce Alimentaire (localisation) 2018

Source : Insee, Base permanente des équipements (Bpe)

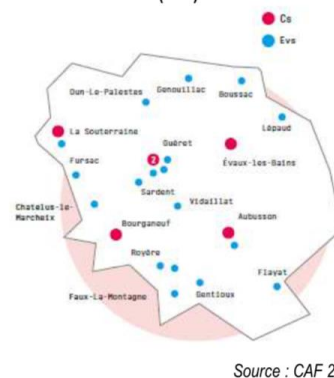


- La carte ci-dessus pointe l'éclatement des installations de commerces à l'échelle des intercommunalités. Le réseau est faible et les distances entre ces commerces peuvent être importantes. **Or, tous les équipements de proximité –services publics, commerces– participent de la cohésion sociale en milieu rural.**
- La carte ci-dessous illustre parfaitement le problème de l'éloignement des services et équipements. Au-delà de l'éloignement moyen en kilomètres, qui est de l'ordre de près du double à celui du Limousin, c'est toute la question de la mobilité qui est de nouveau posée.

Éloignement aux services et équipements



Les centres sociaux (Cs) et espaces de vie sociale (Evs) en Creuse



- De même, au-delà des équipements sociaux, le tissu associatif et sa richesse constituent un autre des piliers de la cohésion sociale, déterminant dans la proximité des réponses aux personnes, leur réactivité et plus généralement la possibilité d'éviter l'isolement des personnes, et des personnes seules a fortiori.

Ces données sont des points d'attention dans le registre des politiques inclusives. Comment accompagner les personnes dans une vie dans la cité sans ce maillage indispensable, facteur de lutte contre l'isolement par ailleurs ?

La Creuse a des caractéristiques propres à un département rural.

Rien ne le distingue plus qu'un autre à cet égard, mais il présente certains marqueurs de façon plus accentuée : poids de la part des agriculteurs, d'employés non qualifiés et de retraités agricoles.

Le département enregistre un taux d'activité assez haut et un taux de chômage des plus bas de France.

L'indice « précarité » ne positionne pas la Creuse parmi les départements les plus fragiles et s'explique plus par sa structuration socio-économique. La précarité monétaire reste un point marquant chez les plus de 75 ans liée notamment à la part de retraités agricoles.

La distance et les problèmes de mobilité, l'isolement lié notamment à la répartition de l'habitat sur le territoire, posent des difficultés d'accès aux services, et constituent de ce point de vue un facteur de vulnérabilité.

La question de la mobilité devient un obstacle supplémentaire dans l'accès aux soins.

UN ENJEU DE DEMOGRAPHIE MEDICALE

| Nombre d'établissements sanitaires du secteur public ayant eu une activité au cours de l'année - Unité : Nombre - Période : 2017 | France hexagonale | Nouvelle-Aquitaine | Corrèze | Creuse | Occitanie | Lot | Lozère |
|--|-------------------|--------------------|---------|--------|-----------|-----|--------|
| Centre hospitalier régional (CHR/CHU) | 186 | 14 | 0 | 0 | 20 | 0 | 0 |
| Centre hospitalier (CH) (dont anciens hôpitaux locaux) | 991 | 106 | 9 | 6 | 100 | 6 | 6 |
| Établissement de lutte contre les maladies mentales (y compris CHS) | 98 | 9 | 0 | 1 | 9 | 0 | 2 |
| Autre unité du service public | 20 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ensemble du secteur public | 1295 | 134 | 9 | 7 | 129 | 6 | 8 |
| Nombre d'établissements sanitaires du secteur privé ayant eu une activité au cours de l'année - Unité : Nombre - Période : 2017 | | | | | | | |
| Établissement de soins de courte durée | 628 | 55 | 2 | 2 | 58 | 2 | 0 |
| Centre de lutte contre le cancer | 24 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| Établissement de lutte contre les maladies mentales (y compris CHS) | 274 | 29 | 1 | 1 | 40 | 1 | 0 |
| Établissement de soins de suite et de réadaptation | 703 | 76 | 2 | 1 | 92 | 4 | 5 |
| Centre de dialyse | 623 | 77 | 2 | 1 | 96 | 5 | 2 |
| Autre établissement privé | 224 | 19 | 1 | 0 | 27 | 0 | 1 |
| Ensemble du secteur privé | 2476 | 257 | 8 | 5 | 315 | 12 | 8 |
| Nombre d'établissements sanitaires publics et privés ayant eu une activité au cours de l'année - Unité : Nombre - Période : 2017 | | | | | | | |
| Ensemble | 3771 | 391 | 17 | 12 | 444 | 18 | 16 |
| dont établissements ayant une maternité | 492 | 49 | 4 | 1 | 45 | 1 | 1 |

Le nombre d'établissements reste limité et l'offre est inévitablement peu diversifiée.

L'accès aux services en termes de transports et trajets constitue par ailleurs un frein au recours aux dispositifs sanitaires.

| Médecins généralistes | CANTAL | CREUSE | CORREZE | LOT |
|-----------------------------------|--------|--------|---------|--------|
| nombre | 138 | 110 | 236 | 166 |
| densité | 96 | 92,66 | 97,56 | 96,81 |
| dont praticiens de 55 ans et plus | 62 | 73 | 129 | 101 |
| Médecins spécialistes | 96 | 76 | 169 | 75 |
| densité | 67 | 64,02 | 69,87 | 43,74 |
| dont praticiens de 55 ans et plus | 45 | 45 | 87 | 50 |
| Ensemble des médecins libéraux | 234 | 186 | 405 | 241 |
| Chirurgiens dentistes | 72 | 41 | 128 | 98 |
| densité | 50 | 34,54 | 52,92 | 57,16 |
| Infirmiers | 336 | 354 | 682 | 465 |
| densité | 233 | 298,20 | 281,95 | 271,20 |
| Pédicures-podologues | 19 | 18 | 41 | 41 |
| densité (2) | 13,04 | 15,11 | 17,05 | 23,78 |

Le ratio en lits et places sur les services soins de suite et réadaptation tout comme sur le volet psychiatrie adultes est supérieur aux moyennes nationales et taux de départements comparables.

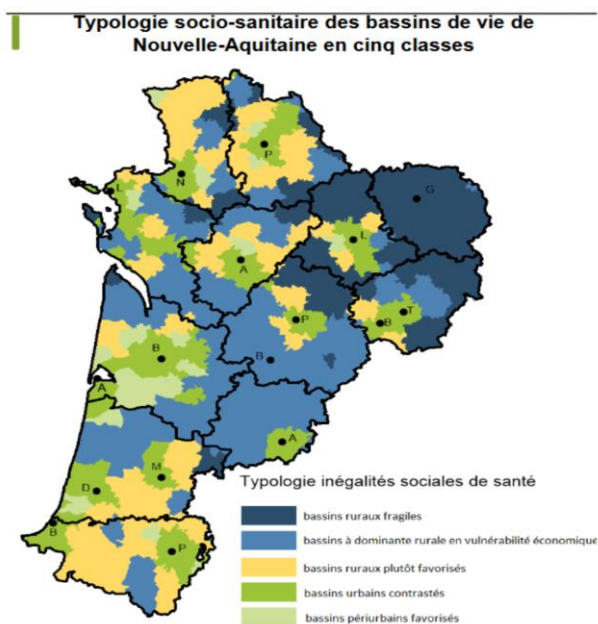
Ainsi en SSR, le taux de la Creuse est de 3/1000 là où la moyenne nationale est de 1,8 et le Lot à 2,4.

Pour la psychiatrie, la Creuse se situe à 1,7 (lits d'hospitalisation complète) et 2,6 en équipement global alors que la France est à 1 et 1,5 (le Lot en deçà de cette moyenne)

L'accès aux soins en particulier de proximité reste le point de fragilité dans un département dont la démographie médicale et paramédicale est un point sensible.

Point d'appui important : les infirmières libérales constituent un bon réseau avec une densité supérieure aux autres départements comparables.

UN NIVEAU DE SANTE DEFAVORABLE



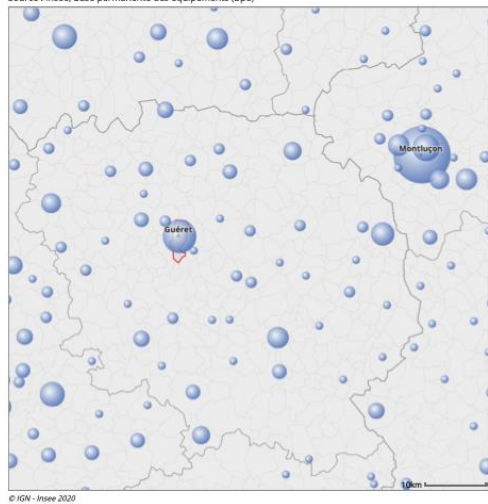
Selon l'Observatoire Régional de la Santé du Limousin (ORS) :

Les indicateurs relatifs aux inégalités sociales de santé, sont défavorables sur l'ensemble du territoire de la Creuse en matière de mortalité générale, de mortalité prématurée évitable et de mortalité liée au tabac et à l'alcool.

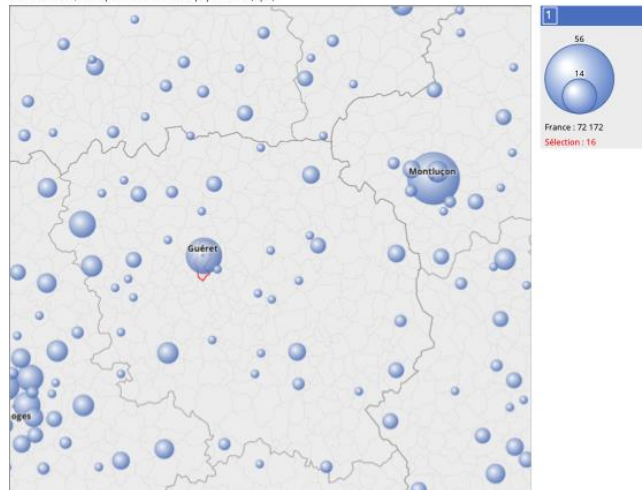
Ils sont liés aux personnes elles-mêmes, à leur comportements de santé, à leur environnement, leurs conditions de vie ou au système de soins et de prévention.

L'ACCES AUX SOINS EN PROXIMITE

1 Médecin généraliste 2018
Source : Insee, Base permanente des Équipements (Bpe)

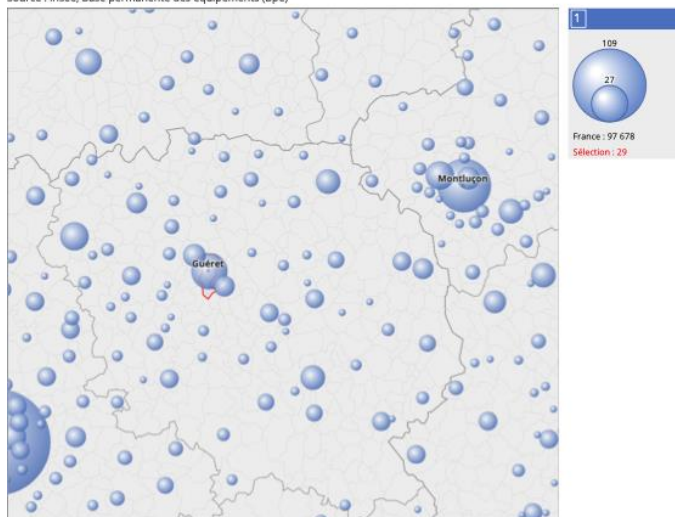


1 Masseur kinésithérapeute 2018
Source : Insee, Base permanente des Équipements (Bpe)



Que ce soit les médecins généralistes, pierre angulaire d'une médecine de proximité, ou les masseurs kinésithérapeutes, professionnels majeurs dans les prises en charge relevant de l'autonomie, les cartes illustrent les difficultés et la raréfaction de ces ressources dans le département de la Creuse.

1 Infirmier 2018
Source : Insee, Base permanente des Équipements (Bpe)



Les infirmières libérales représentent la seule catégorie paramédicale de proximité capable d'assurer une couverture de soin sur l'ensemble du territoire.

Quel rôle demain pourraient-elles jouer ?

Les projets en cours ou finalisés, en réponse à l'urgence de l'enjeu :

- 3 maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), 2 en cours de construction et 3 en projet,
4 réseaux de santé de proximité,
2 MAIA (méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie),
5 CLIC (centres locaux d'information et de coordination),
1 structure HAD (hospitalisation à domicile).
- **1 Projet centre santé 1^{er} recours art 51 expérimental (statut mixte médecin libéral et salarié) et porté par la Mutualité Française pour 3 sites Boussac, Guéret et Aubusson**

L'ARS a identifié 5 objectifs :

- Maintenir et développer l'offre en professionnels de santé,
- Lutter contre les déserts médicaux et favoriser l'installation des jeunes médecins dans les territoires fragiles,
- Favoriser l'émergence de structures d'exercice coordonné et des fonctions d'appui à la coordination,
- Garantir l'accès aux soins urgents en moins de 30 mn,
- Structurer les dispositifs d'aide au maintien à domicile.

Afin de répondre à ces objectifs, la téléconsultation semble avoir été développée par la mobilisation de tous les EHPAD du territoire au travers d'un appel à projets, pour le développement de la télémédecine, notamment en matière de cardiologie et de dermatologie et des téléconsultations d'un psychiatre libéral bordelais.

La difficulté aujourd'hui réside dans la capacité à avoir des médecins et experts pour réaliser les consultations, les professionnels étant des praticiens hospitaliers uniquement.

De plus le zonage médecins a été revu. Il est attendu également des évolutions de la Plateforme Territoriale d'Appui (MAIA et gestionnaires de cas financés), des équipes mobiles gériatrie et soins palliatifs, et des consultations mémoire.

EN SYNTHÈSE,

La Creuse présente deux éléments contraignants dans l'accès aux services : les distances à parcourir et la taille des services possibles tous liés à un point : la densité de population. Le corollaire de ces points est la mobilité, principal handicap dans la mise en place des politiques de l'autonomie.

B. L'OFFRE EN MATIERE D'AUTONOMIE EN CREUSE

1. L'OFFRE AUX PERSONNES AGEES

EVOLUTION COMPARATIVE DES AIDES

- Au plan national

| | | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|---|--|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Aide aux personnes âgées | | 1 263 685 | 1 295 912 | 1 323 418 | 1 348 712 | 1 367 780 | 1 385 972 | 1 394 209 | 1 408 514 | 1 430 307 | 1 452 378 |
| Aides à domicile des personnes âgées | | 703 644 | 723 766 | 736 489 | 746 355 | 752 598 | 758 631 | 760 949 | 767 119 | 777 158 | 786 891 |
| Aides ménagères | | 26 111 | 24 746 | 23 814 | 22 136 | 21 887 | 20 855 | 20 093 | 19 467 | 18 763 | 18 054 |
| Allocation personnalisée d'autonomie (APA) | | 677 533 | 699 020 | 712 675 | 724 219 | 730 711 | 737 776 | 740 856 | 747 652 | 758 395 | 768 837 |
| Prestation spécifique dépendance (PSD) | | | | | | | | | | | |
| Aides à l'accueil des personnes âgées | | 560 041 | 572 146 | 586 929 | 602 357 | 615 182 | 627 341 | 633 260 | 641 395 | 653 149 | 665 487 |
| Aide sociale à l'hébergement (ASH) en établissement | | 120 179 | 120 890 | 121 800 | 121 905 | 120 387 | 121 429 | 120 722 | 121 756 | 122 758 | 122 031 |
| EHPAD | | | | | | | | | 102 992 | 102 448 | 102 368 |
| Maison de retraite non EHPAD | | | | | | | | | 2 873 | 4 090 | 4 635 |
| Résidences-autonomie (ex logement-foyer) | | | | | | | | | 5 255 | 5 785 | 6 230 |
| Unité de soins de longue durée | | | | | | | | | 10 440 | 9 947 | 8 292 |
| Type d'établissement inconnu | | | | | | | | | 196 | 488 | 506 |
| Accueil chez des particuliers | | 1 968 | 2 104 | 2 205 | 2 246 | 2 217 | 2 254 | 2 133 | 2 255 | 2 314 | 2 377 |
| APA | | 437 894 | 449 152 | 462 924 | 478 206 | 492 578 | 503 658 | 510 405 | 517 384 | 528 077 | 541 079 |
| Total APA | | 1 115 427 | 1 148 172 | 1 175 599 | 1 202 425 | 1 223 289 | 1 241 434 | 1 251 261 | 1 265 036 | 1 286 472 | 1 309 916 |

Données DRESS

Au plan national, les aides aux personnes âgées ont régulièrement progressé ces dernières années conformément à l'évolution du nombre de personnes de + de 60 ans et 75 ans.

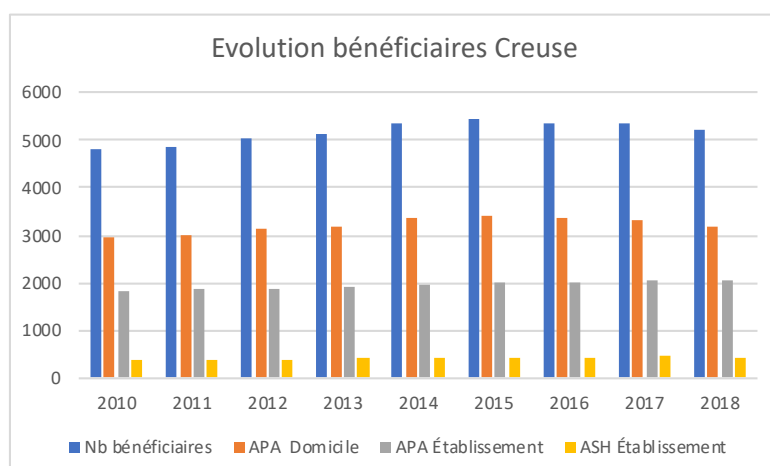
La baisse du nombre de prises en charge d'aides à domicile payées par les départements, régulière depuis 2008, a été de 8 000, là où le nombre d'APA a progressé de 91 304. Globalement, ce sont donc près de 80 000 prises en charge de plus qui ont été réalisées sur le champ de la dépendance.

On notera toutefois une légère inflexion des domiciliations en EHPAD contrairement aux structures non-EHPAD et résidences autonomie qui ont progressé ces dernières années. L'accueil familial se stabilise quant à lui.

La réponse institutionnelle et collective EHPAD est située sur le champ de la dépendance (GIR moyen de 700), voire de la grande dépendance, là où des réponses diversifiées plus tournées vers l'autonomie des personnes, même incomplète (GIR moyen de 400), sont souhaitées.

Les habitants de la Creuse ont-ils les mêmes aspirations et les mêmes besoins ?

▪ Au plan départemental

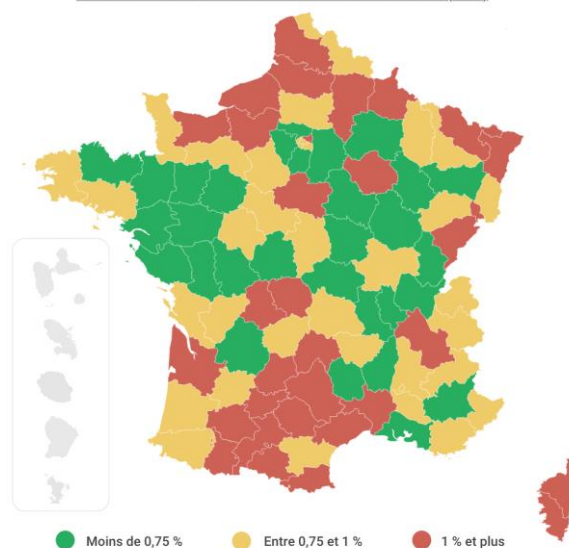


Le nombre total de bénéficiaires est de l'ordre de 5 800 bénéficiaires. Toutefois un bénéficiaire APA en établissement peut aussi être bénéficiaire de l'ASH. On notera malgré tout une légère inflexion de l'APA à domicile compensée par une progression des bénéficiaires APA en établissement, confirmant l'évolution de la dépendance dans les EHPAD et les limites de l'APA à domicile. Cette analyse datant de 2016 ne semble pas se confirmer dans le temps. Les bénéficiaires de l'APA semblent vouloir rester au maximum à domicile. La crise sanitaire de 2020 a amplifié le mouvement.

Pourtant la carte ci-dessous démontre que la Creuse a également un fort taux de personnes en GIR 1 et GIR 2 à domicile grâce à l'APA.

Données DRESS 2014

Taux de bénéficiaires de l'APA à domicile en GIR 1 ou 2 (en %)

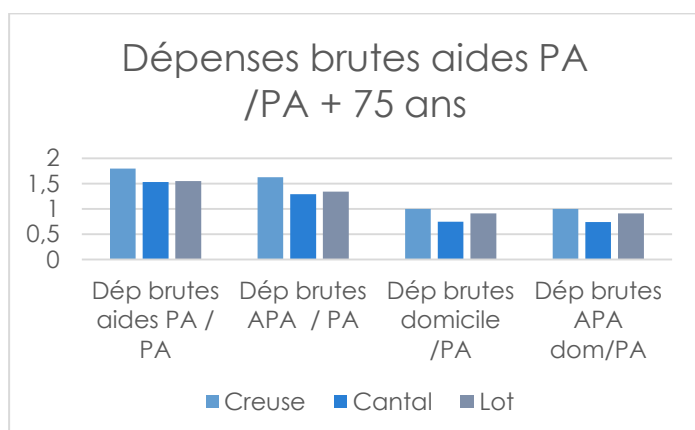
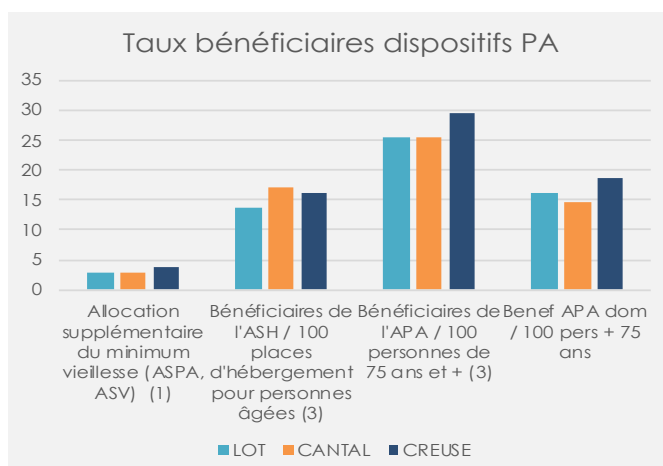


| | LOT | CANTAL | CREUSE | France |
|---|-------|--------|--------|--------|
| Nombre d'allocataires au 31 décembre 2016 | 1750 | 1540 | 1640 | 1750 |
| Allocataires / 100 personnes de 60 ans et plus | 2,76 | 3,01 | 3,65 | 2,76 |
| Bénéficiaires de l'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH) au 31 décembre 2016 (2) | 422 | 539 | 444 | 422 |
| Bénéficiaires de l'ASH / 100 places d'hébergement pour personnes âgées (3) | 13,7 | 17 | 16,2 | 13,7 |
| Bénéficiaires de l'APA au 31 décembre 2016 (4) | 6280 | 5137 | 5351 | 6280 |
| Bénéficiaires de l'APA / 100 personnes de 75 ans et + (3) | 25,5 | 25,5 | 29,6 | 25,5 |
| Bénéficiaires de l'APA à domicile au 31 décembre 2016 (5) | 4014 | 2911 | 3347 | 4014 |
| dont % bénéficiaires à domicile GIR1 + GIR2 (3) | 15,3 | 16,9 | 14,5 | 15,3 |
| Bénéficiaires APA domicile / 100 pers + 75 ans | 16,25 | 14,70 | 18,81 | 0,07 |

Le ratio du nombre d'allocataires (toutes prestations aux personnes âgées confondues) est de 3,6, largement supérieur aux départements comparables. Dans le détail de ces allocations, l'APA a un taux de prévalence sur la population largement supérieur (29,6) dont l'APA à domicile (18,81). Le domicile semble pointer des limites avec un peu moins de bénéficiaires GIR 1, 2.

L'ASH (aide sociale hébergement) est plus proche de départements comparables ruraux.

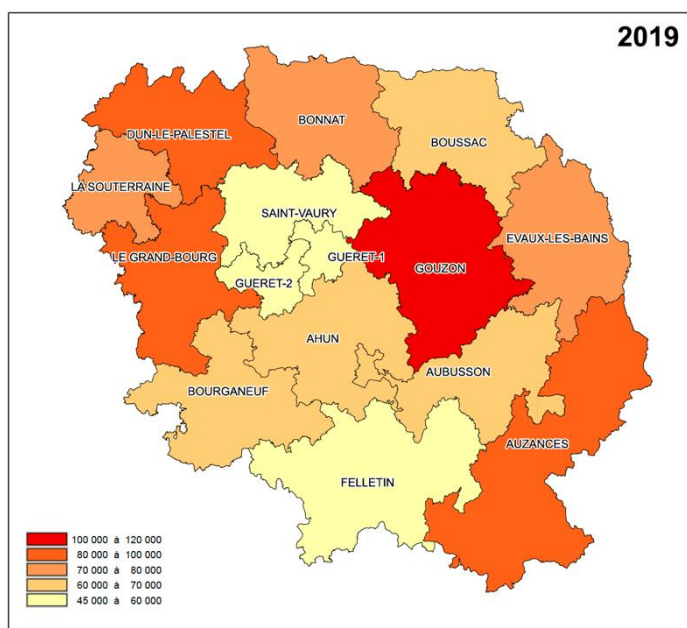
Le graphique ci-contre illustre les particularités de la Creuse par rapport au Lot et au Cantal sur les deux types d'allocations qui s'expliquent aussi avec les données relatives à l'allocation supplémentaire vieillesse.



De même, le niveau de dépenses rapporté aux personnes de plus de 75 ans est naturellement supérieur à celui des départements comparables.

Que ce soit les dépenses totales brutes de toutes les aides aux personnes âgées, ou de l'APA, la Creuse dépasse les taux du cantal et du Lot.

▪ Répartition territoriale des aides en Creuse



Pour ce qui concerne l'APA à domicile, le nombre d'heures APA domicile permet de distinguer les heures APA par canton : le canton de Gouzon est le 1^{er} des cantons en nombre d'heures cumulées.

Le nombre d'heures APA rapporté à la population de plus de 75 ans, « taux de prévalence », confirme la position du canton de Gouzon, suivi des cantons d'Auzances et d'Évaux-les-Bains. La capacité d'orientation ou l'accompagnement dans l'accès aux droits pourrait être une des explications.

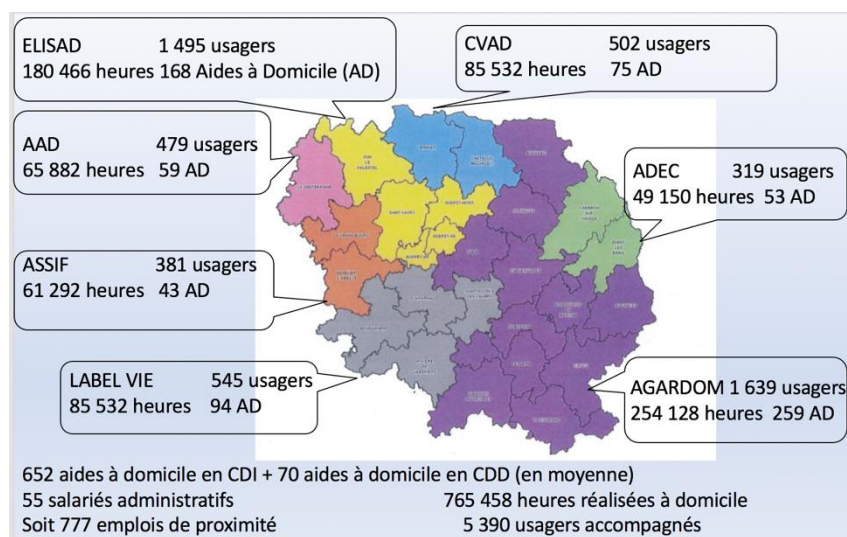
| | cantons | nb communes | population 2016 | population + de 75 ans | proportion/ pop totale | nombre heures APA | taux de prévalence |
|----|-----------------|-------------|-----------------|------------------------|------------------------|-------------------|--------------------|
| 1 | Ahun | 27 | 7 078 | 1 046 | 14,8% | 67 139 | 64 |
| 2 | Aubusson | 21 | 9 218 | 1 544 | 16,7% | 68 686 | 44 |
| 3 | Auzances | 35 | 7 803 | 1 302 | 16,7% | 91 034 | 70 |
| 4 | Bonnat | 18 | 7 270 | 1 280 | 17,6% | 76 077 | 59 |
| 5 | Bourganeuf | 17 | 6 412 | 1 132 | 17,7% | 61 236 | 54 |
| 6 | Boussac | 17 | 6 318 | 1 076 | 17,0% | 68 251 | 63 |
| 7 | Dun-le-Palestel | 17 | 7 810 | 1 513 | 19,4% | 99 048 | 65 |
| 8 | Évaux-les-Bains | 17 | 6 325 | 1 115 | 17,6% | 75 969 | 68 |
| 9 | Felletin | 19 | 6 608 | 1 045 | 15,8% | 46 426 | 44 |
| 10 | Gouzon | 25 | 9 574 | 1 489 | 15,6% | 111 185 | 75 |
| 11 | Le Grand-Bourg | 16 | 7 036 | 1 335 | 19,0% | 82 996 | 62 |
| 12 | Guéret-1 | 5 | 9 260 | 1 117 | 12,1% | 59 073 | 53 |
| 13 | Guéret-2 | 7 | 9 787 | 1 118 | 11,4% | 51 826 | 46 |
| 14 | Saint-Vaury | 11 | 9 593 | 1 335 | 13,9% | 51 932 | 39 |
| 15 | La Souterraine | 7 | 9 410 | 1 214 | 12,9% | 74 619 | 61 |
| | | 259 | 119 502 | 18 661 | 15,6% | 1 085 497 | 58 |

Une autre hypothèse est également avancée par les acteurs, corollaire des taux d'équipements et de services caractérisant ces territoires.

Enfin, l'existence de contrats locaux de santé peut aussi engendrer une filière plus simple. Bourganeuf et Aubusson en bénéficient alors que Felletin en est dépourvu.

L'OFFRE POSSIBLE A DOMICILE

Le territoire creusois est intégralement couvert par 7 services SAAD sectorisés.



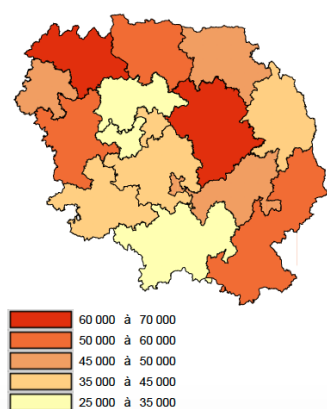
Source CD23 - 2019

En complément des SAAD, 10 SSIAD assurent la couverture du département avec 554 places installées.

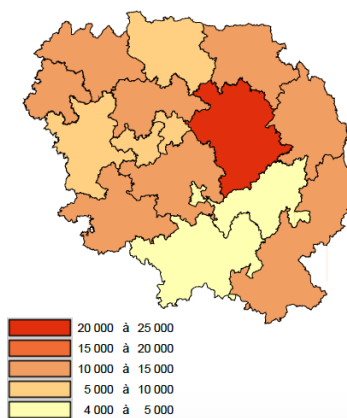
La coopération entre SAAD et SSIAD reste largement à développer selon les acteurs.

| 2019 | Aides ménagères et auxiliaires de vie (APA) | Aides ménagères et auxiliaires de vie (PCH) |
|---|---|---|
| Nombre d'heures payées dans le cadre d'un service prestataire | 641 988 | 31 780 |
| Nombre d'heures payées dans le cadre d'un service mandataire | 21 4591 | 16 722 |
| Nombre d'heures payées dans le cadre de l'emploi direct | 148 634 | 43 226 |

Nombre d'heures prestataire



Nombre d'heures gré à gré



Le nombre d'heures prestataires le plus important est enregistré sur les cantons où le nombre d'heures APA est le plus grand. L'offre de services possible pourrait donc faciliter le recours et la pleine utilisation des heures APA. Ce sont aussi les cantons les plus faciles d'accès en termes de mobilité et en termes de « ressources humaines » d'aides à domicile

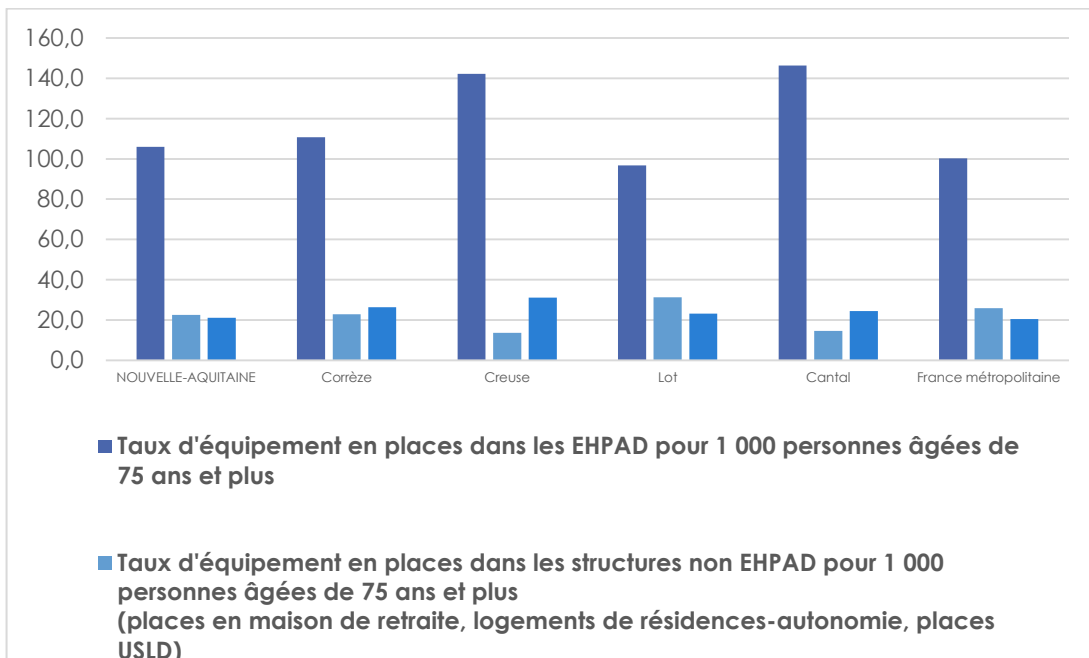
L'OFFRE GLOBALE POSSIBLE AUX PERSONNES AGEES

| Creuse | |
|---|------|
| EHPAD | |
| Nombre d'établissements | 30 |
| Nombre de places installées | 2486 |
| <i>Dont accueil temporaire (3)</i> | 46 |
| <i>Dont accueil de jour/nuit</i> | 34 |
| <i>Dont unités de vie protégée</i> | 238 |
| <i>Dont PASA</i> | 70 |
| Résidence Autonomie | |
| Nombre | 1 |
| Nombre de places installées | 80 |
| USLD | |
| Nombre | 5 |
| Nombre de lits | 170 |
| Centre de jour pour personnes âgées | |
| Nombre | 1 |
| Nombre de places installées | 6 |
| Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD + SPASAD) | |
| Nombre de services | 10 |
| Nombre de places installées | 554 |

Données connues au 1^{er} Mai 2021

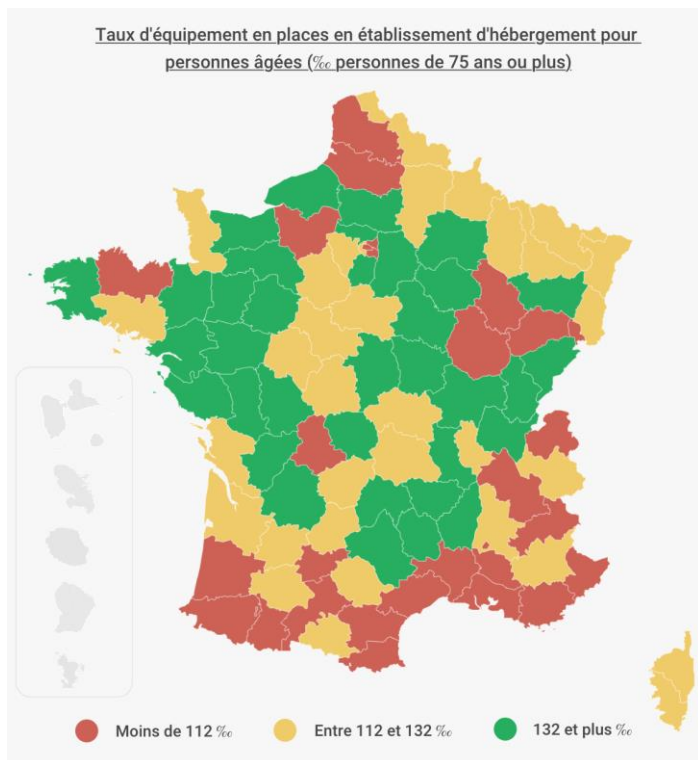
- L'offre en places d'EHPAD est importante, et reste constituée de places d'hébergement permanent, avec seulement 1,4% de places de jour.
 - 80 places de résidences autonomie avec une structure de ce type pour le département. (une seule reconnue en tant que telle)
 - Enfin l'aide aux aidants, avec un seul centre de jour « Allo Répît » dispose de 6 places.
- La question de l'accessibilité et de la proximité est un frein pour les solutions dites alternatives et souples. La question du transport devient vite centrale. Si rien n'est mis en place, la structure peine alors à fonctionner.

La diversité des réponses peut favoriser un parcours résidentiel, un parcours accompagné et adapté. Ces trajectoires, constatées dans beaucoup de départements, peuvent être confrontées à une réalité creusoise : l'habitat (et l'attachement à une maison individuelle) et la proximité de la réponse. Reviennent alors les questions de distance, densité et mobilité comme principaux freins à l'accessibilité des services.



Une large place est aujourd'hui réservée à l'accueil en EHPAD avec un taux d'équipement de 142 lits / 1000 personnes de + de 75 ans.

En matière d'accueil familial, 7 places sont agréées au titre des personnes âgées, 20 pour les personnes handicapées et 49 places mixtes.

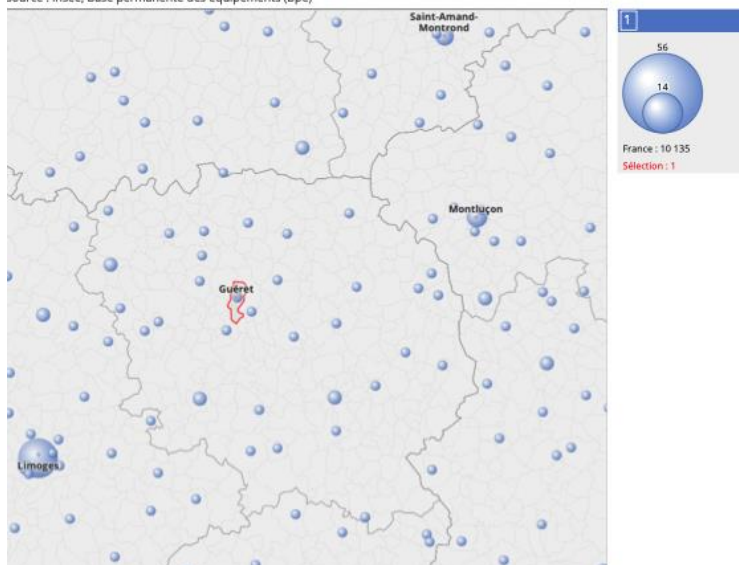


Cette carte illustre le bon taux d'équipement de la Creuse au plan régional et national.

- Répartition territoriale des établissements

1 Hébergement des personnes âgées 2018

Source : Insee, Base permanente des Équipements (Bpe)

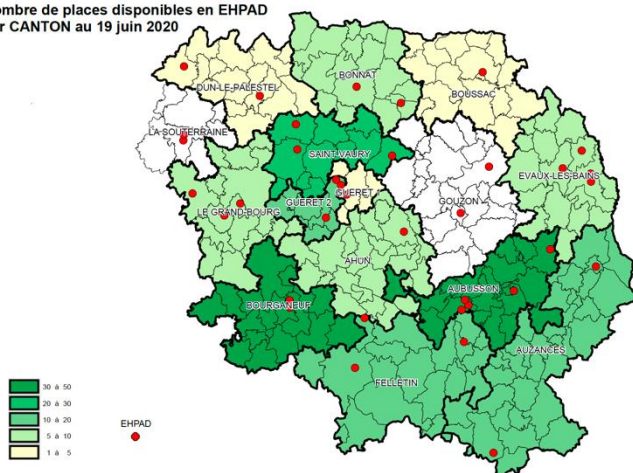


La répartition à l'échelle de chaque territoire semble équilibrée.

Le nombre de lits important permet une capillarité des établissements.

- L'occupation des places en EHPAD :

Nombre de places disponibles en EHPAD par CANTON au 19 juin 2020



Departement de la Creuse - Pôle Cohésion Sociale - Coordination Administrative et Financière

Les établissements pour PA présentent des taux de remplissage très hétérogènes.

La surcapacité constatée sur certains territoires est une opportunité réelle pour faciliter des réorientations de réponses manquantes à ce jour entre le domicile et l'EHPAD.

Le taux moyen d'occupation est de 93% avec des disparités selon les secteurs géographiques telles qu'indiquées par la carte.

Le modèle EHPAD n'est pas réellement un choix de vie mais un recours obligé face à l'évolution de la dépendance et la maladie. Les acteurs relèvent malgré tout le recours encore fréquent à ce type de structures, pour des motifs d'adaptation du logement lorsque leur logement ne permet plus leur maintien à domicile.

Le besoin exprimé serait plus vers des solutions temporaires ou pour des séjours « hivernaux ».

EN SYNTHÈSE

- **Le nombre de bénéficiaires APA et particulièrement de l'APA à domicile a beaucoup progressé ces dernières années en Creuse, prouvant la volonté d'un maintien à domicile des personnes lorsqu'apparaît la dépendance. En effet le taux de prévalence sur les personnes de 75 ans et plus, est supérieur à celui des autres départements.**
- **Pour autant, l'offre est-elle suffisamment diversifiée pour répondre à l'ensemble des attentes des séniors ?**
- **Le part des personnes vivant en institution tend à prouver que le recours aux institutions classiques est encore fort. Ce point est expliqué par les acteurs par un manque de solutions souples à proximité du domicile, couplé à un problème de mobilité. Les facteurs de risque d'isolement deviennent alors prégnants et sont compensés, dans la Creuse, par des actions et initiatives de bénévoles engagés.**

Ce point positif ne peut répondre à lui seul à l'enjeu du choix du mode de vie avec le vieillissement.

EVOLUTION COMPARATIVE DES AIDES

▪ Au plan national

Au plan national, les aides liées au maintien à domicile comme les aides propres aux formes d'accueil progressent globalement :

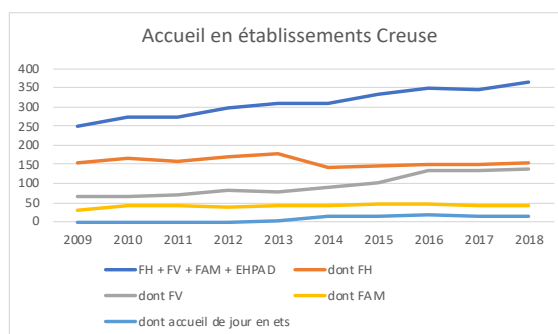
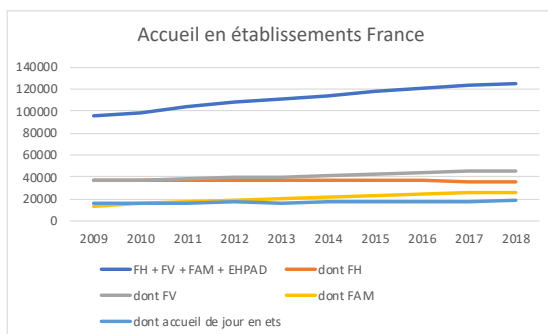
- + 90% pour les aides à domicile,
- + 34% pour les aides en établissement, qui intègre l'accueil de jour comptabilisé en aide à l'hébergement et qui a connu une progression de 49%.

Concernant les aides à l'hébergement, les réponses en structures gérontologiques ont baissé alors que les aides en foyer de vie, foyer d'accueil médicalisé et foyer d'hébergement ont connu une augmentation sensible.

Ces évolutions traduisent la recherche de solutions aux besoins des personnes qui ne peuvent être seulement alignées sur les notions d'agrément.

La réponse à des troubles autistiques, par exemple, est aujourd'hui possible à domicile, en foyer de vie, en FAM et en ESAT (avec un hébergement adapté et un accompagnement adapté).

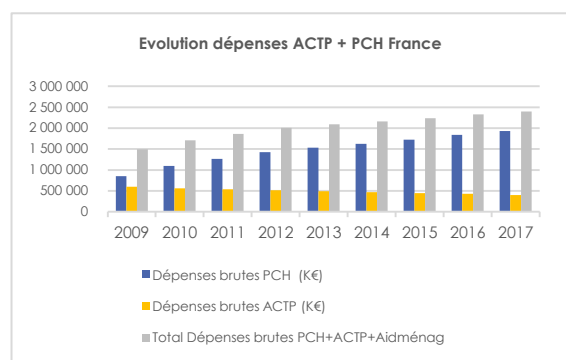
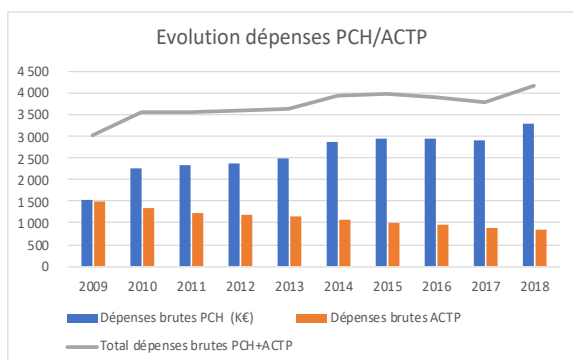
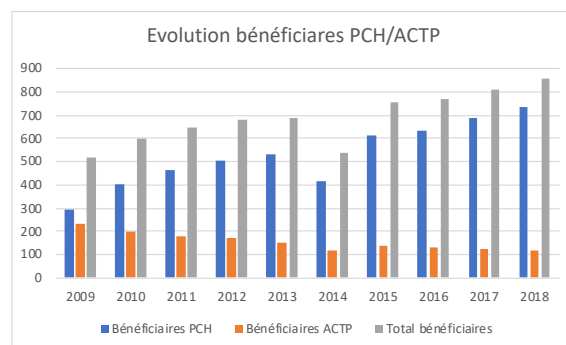
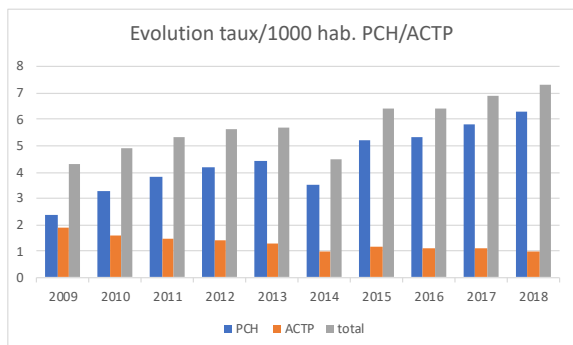
En revanche, le vieillissement des personnes en situation de handicap a nécessité des transformations de places de FO en FAM voire des créations d'établissements.



- Quel impact ont aujourd'hui les politiques inclusives en Creuse ? L'offre proposée est-elle impactée par ces réflexions ?

- **Au plan de la Creuse**

La Creuse connaît une évolution du nombre de bénéficiaires des prestations ACTP et PCH, et des dépenses qui en découlent, sensiblement équivalente à celle constatée au niveau national.



La Creuse bénéficie de taux d'équipement confortables en particulier sur la réponse ESAT.

| Taux d'équipement en établissements d'hébergement pour adultes handicapés | Cantal | NOUVELLE-AQUITAINE | Corrèze | Creuse | Lot |
|---|--------|--------------------|---------|--------|-----|
| Taux d'équipement en places d'accueil spécialisé pour adultes handicapés | 2,5 | 1,0 | 4,1 | 3,5 | 1,4 |
| Taux d'équipement en places d'accueil médicalisé pour adultes handicapés | 2,5 | 0,8 | 0,4 | 1,0 | 0,5 |
| Taux d'équipement en places dans les foyers de vie (inclut les foyers occupationnels) | 2,1 | 2,0 | 4,5 | 2,6 | 3,5 |
| Taux d'équipement en places dans les Établissements et Service d'Aide par le Travail (ESAT) | 6,5 | 4,0 | 6,3 | 6,9 | 4,6 |

Les ESAT constituent une réponse en termes d'activité, et d'accompagnement dans l'activité et l'emploi, en lien avec des activités économiques locales.

Comparativement à des départements semblables, la médicalisation des établissements est plutôt dans des taux très moyens voire inférieurs, alors que le vieillissement des personnes accueillies est une réalité.

Enfin le ratio de places FO (foyers de vie) reste inférieur aux données comparables, régionales et nationales comme l'indiquent les tableaux suivants :

| | NOUVELLE-AQUITAINE | % | Corrèze | % | Creuse | % | Lot | % |
|--|--------------------|------|---------|------|--------|------|-----|------|
| Places en accueil temporaire | 273 | 1% | 16 | 1% | 10 | 2% | 18 | 3% |
| Places en accueil de jour | 1 552 | 8% | 36 | 2% | 13 | 2% | 4 | 1% |
| Places d'accueil spécialisé pour adultes handicapés | 2 882 | 15% | 455 | 27% | 182 | 33% | 103 | 19% |
| Places d'accueil médicalisé pour adultes handicapés | 2 210 | 11% | 44 | 3% | 53 | 10% | 40 | 7% |
| Places d'accueil en foyer de vie | 5 864 | 30% | 501 | 29% | 134 | 25% | 261 | 47% |
| Places d'accompagnement à la vie sociale ou d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés | 6 533 | 34% | 660 | 39% | 154 | 28% | 126 | 23% |
| | 19 314 | 100% | 1 712 | 100% | 546 | 100% | 552 | 100% |

| | France | Creuse |
|------------------------------|--------|--------|
| Foyers Hébergement | 41,4 % | 47,5 % |
| Foyers d'Accueil Médicalisés | 14,7 % | 15 % |
| Foyers vie | 43,8 % | 37,5 % |
| Total | 100 % | 100 % |

Si le nombre de places en foyers d'hébergement, sera interrogé dans le cadre de politiques inclusives en lien avec les places ESAT, les places en foyers occupationnels peuvent nécessiter d'intégrer les besoins des personnes, tout au long de leur parcours dans une dimension qui dépasse le registre des agréments. Les capacités existantes le permettent.

A l'appui de ces chiffres, les acteurs signalent peu de listes d'attente et de délais d'admission en ESAT et foyer d'hébergement, contrairement aux délais d'attente pour des FAM et des foyers occupationnels.

Les besoins identifiés sont liés aux évolutions constatées par ailleurs partout en France, sur la question du vieillissement et des troubles relatifs aux handicaps psychiques.

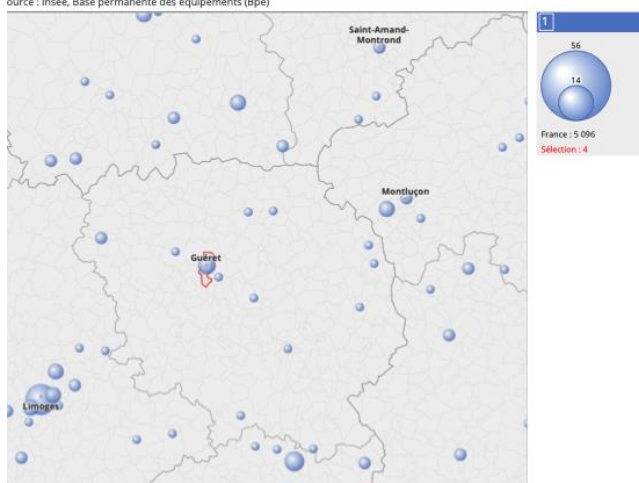
Face à ces formes de dépendance, les professionnels sont vite confrontés aux limites de l'autorisation (agrément). De plus, les équipements en foyers de vie, présentant l'avantage de recouvrir des diversités de profils d'adultes accueillis, étant un peu en retrait, les définitions de réponses adaptées peuvent être plus vite limitées.

La question des besoins des personnes est donc l'entrée de la réflexion à mener pour orienter des pistes d'évolutions éventuelles.

La présence d'un seul FAM en Creuse accentue la limite de la réponse au vieillissement ou à des besoins tournés vers des formes de dépendance et de médicalisation.

| | Creuse | Lot | Cantal |
|---|--------|-----|--------|
| Maison d'accueil spécialisée (M.A.S.) | 4 | 2 | 4 |
| Nombre total de places installées | 184 | 107 | 124 |
| Dont places en accueil temporaire (y compris accueil de jour) | 8 | 4 | 12 |
| Dont places en accueil de jour | 3 | 0 | 7 |
| Foyer d'accueil médicalisé (F.A.M.) | 1 | 4 | 5 |
| Nombre total de places installées | 56 | 138 | 167 |
| Dont places en accueil temporaire (y compris accueil de jour) | 2 | 0 | 8 |
| Dont places en accueil de jour | 0 | 1 | 6 |
| Foyer de vie (inclut les foyers occupationnels) | 5 | 9 | 7 |
| Nombre total de places installées | 137 | 232 | 187 |
| Dont places en accueil temporaire (y compris accueil de jour) | 3 | 5 | 0 |
| Dont places en accueil de jour | 9 | 0 | 32 |
| Foyer d'hébergement | 7 | 4 | 7 |
| Nombre total de places installées | 188 | 199 | 296 |
| Dont places en accueil temporaire (y compris accueil de jour) | 2 | 0 | 7 |
| Dont places en accueil de jour | 0 | 0 | 0 |
| Établissement d'accueil temporaire | 0 | 2 | 0 |
| Nombre de places installées | 0 | 12 | 0 |
| Dont places en accueil de jour | 0 | 3 | 0 |
| Centre de rééducation professionnelle (CRP), Centre de pré orientation (CPO), Unités Évaluation Réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle (UEROS) | 0 | 0 | 0 |
| Nombre total de places installées | 0 | 0 | 0 |
| Établissements et services de travail protégé | 5 | 6 | 9 |
| Établissement et service d'aide par le travail (E.S.A.T.) | | | |
| Nombre total de places installées | 358 | 345 | 423 |
| Services d'accompagnement à la vie sociale, médico social pour adultes handicapés (SAVS et SAMSAH) | 4 | 6 | 3 |
| Nombre de places | 154 | 126 | 140 |
| Service de soins infirmiers à domicile pour adultes handicapés (SSIAD+SPASSAD) | 7 | 10 | 9 |
| Nombre de places | 26 | 28 | 26 |

Hébergement adultes handicapés 2018
 source : Insee, Base permanente des équipements (Bpe)



Les établissements existants maillent le département.

La Creuse est entourée par de nombreux autres établissements pour personnes handicapées dans des départements limitrophes.

L'accès aux services de proximité pour les parents reste un sujet dès lors que le transport est une des conditions.

LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP : AIDES ET BESOINS

| Années de naissance | Classes d'âges | Bénéficiaires au 31 décembre 2018 | | | | |
|---------------------|----------------|-----------------------------------|------|-----|-------------------|-----------------|
| | | Aides ménagères | ACTP | PCH | Aides à l'accueil | TOTAL (A+B+C+D) |
| | | A | B | C | D | E |
| Entre 2014 et 2018 | 0 à 4 ans | | | | | |
| Entre 2009 et 2013 | 5 à 9 ans | | | 11 | | 11 |
| Entre 2004 et 2008 | 10 à 14 ans | | | 12 | | 12 |
| Entre 1999 et 2003 | 15 à 19 ans | | | 18 | | 18 |
| Entre 1994 et 1998 | 20 à 24 ans | | | 27 | 51 | 78 |
| Entre 1989 et 1993 | 25 à 29 ans | 1 | | 31 | 35 | 67 |
| Entre 1984 et 1988 | 30 à 34 ans | 1 | 2 | 28 | 32 | 63 |
| Entre 1979 et 1983 | 35 à 39 ans | | 7 | 36 | 28 | 71 |
| Entre 1974 et 1978 | 40 à 44 ans | 2 | 8 | 65 | 34 | 109 |
| Entre 1969 et 1973 | 45 à 49 ans | 5 | 9 | 77 | 51 | 142 |
| Entre 1964 et 1968 | 50 à 54 ans | 2 | 16 | 111 | 46 | 175 |
| Entre 1959 et 1963 | 55 à 59 ans | 5 | 11 | 130 | 65 | 211 |
| Entre 1954 et 1958 | 60 à 64 ans | 3 | 10 | 100 | 46 | 159 |
| Entre 1949 et 1953 | 65 à 69 ans | | 29 | 69 | 20 | 118 |
| Entre 1944 et 1948 | 70 à 74 ans | | 21 | 16 | 12 | 49 |
| 1943 et avant | 75 ans ou plus | | 6 | 4 | 6 | 16 |
| Âge inconnu | | | | | | |
| TOTAL (5 à 18) | | 19 | 119 | 735 | 426 | 1299 |

Assez naturellement, la PCH est plus mobilisée à partir de 20 ans mais trouve 59% de ses bénéficiaires chez les plus de 50 ans (majoritairement après 55 ans).

La PCH enregistre en effet en Creuse un des plus forts taux de prévalence :

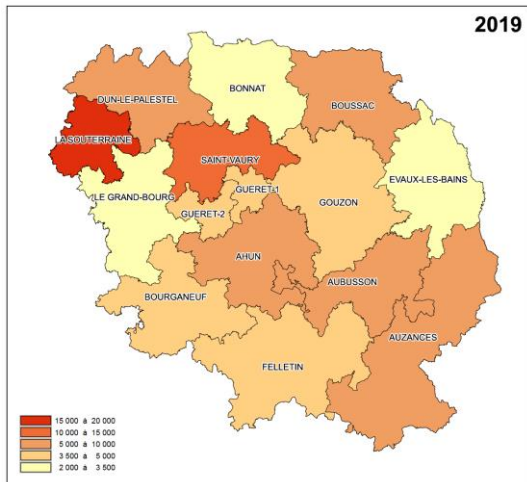
| Allocataires | Cantal | NOUVELLE-AQUITAINE | Corrèze | Creuse | Lot |
|--|--------|--------------------|---------|--------|-------|
| Nombre d'allocataires au 31.12.2017 | 2 942 | 114 461 | 5 378 | 3 065 | 3 701 |
| Allocataires de l'AAH / 1000 personnes de 20 à 64 ans | 3,8 | 3,5 | 4,2 | 4,9 | 4,1 |
| Nombre d'allocataires PCH + ACTP au 31.12.2016 | 880 | 30 373 | 945 | 768 | 946 |
| Allocataires PCH + ACTP / 1 000 personnes sur la population générale | 6,1 | 5,1 | 3,9 | 6,4 | 5,5 |

Données 2016

Il en est de même pour l'AAH.

ZOOM PCH

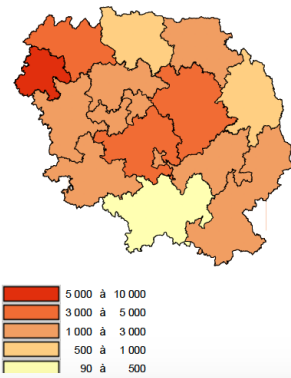
Les heures accordées en PCH se répartissent sur le département de la façon suivante :



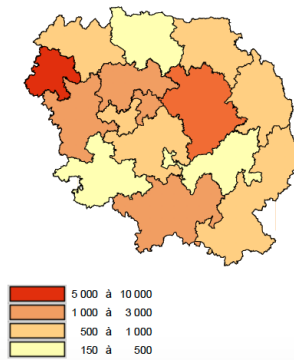
Si le canton de La Souterraine « réalise » de nombreuses heures, le type d'heures mérite un focus.

Par ailleurs concernant St Vaury, la proximité du CHS peut expliquer pour partie la mobilisation de la PCH (personnes atteintes de troubles psychiques).

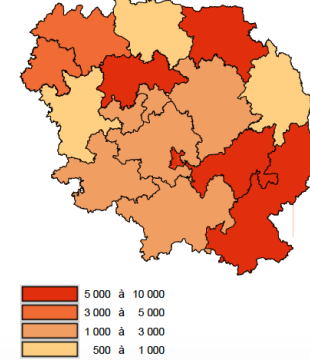
Nombre d'heures prestataire



Nombre d'heures mandataire



Nombre d'heures emploi direct



Le canton de la Souterraine est marqué par des réalisations d'heures PCH en service prestataire et service mandataire, là où le canton de St Vaury est concerné par des heures de mandataire et d'emploi direct.

DEFICIENCES DES PERSONNES

Les déficiences intellectuelles sont majoritaires comme l'illustrent les tableaux ci-dessous. Les troubles associés ne sont pas ici identifiés. On notera un nombre de déficiences psychiques plus important chez les enfants et adolescents. Ce point est à resituer dans la dimension prospective de la construction des réponses.

Enfin le nombre plus important de déficients intellectuels chez les adultes s'explique par l'accueil en Creuse de nombreuses personnes venant d'autres départements.

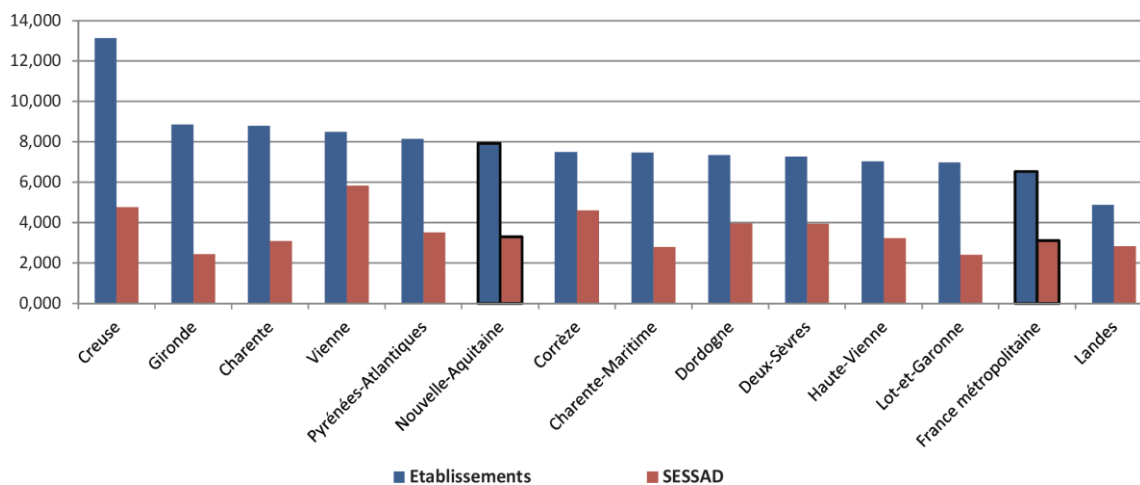
| ENFANTS & ADOLESCENTS | CREUSE | ADULTES | CREUSE |
|-----------------------------|--------|-----------------------------|--------|
| Déficiences intellectuelles | 243 | Déficiences intellectuelles | 688 |
| Polyhandicaps | 10 | Polyhandicaps | 96 |
| Déficiences psychiques | 39 | Déficiences psychiques | 8 |
| Déficiences motrices | 0 | Déficiences motrices | 0 |
| Déficiences sensorielles | 0 | Déficiences sensorielles | 0 |
| Autres types de déficiences | 4 | Autres types de déficiences | 97 |

DISPOSITIFS EN FAVEUR DES ENFANTS ET ADOLESCENTS HANDICAPES

Accueil des enfants et des adolescents handicapés

Taux d'équipement dans les établissements pour enfants handicapés et les SESSAD : Places pour 1 000 habitants âgés de moins de 20 ans

Sources : Drees, Finess ; ARS

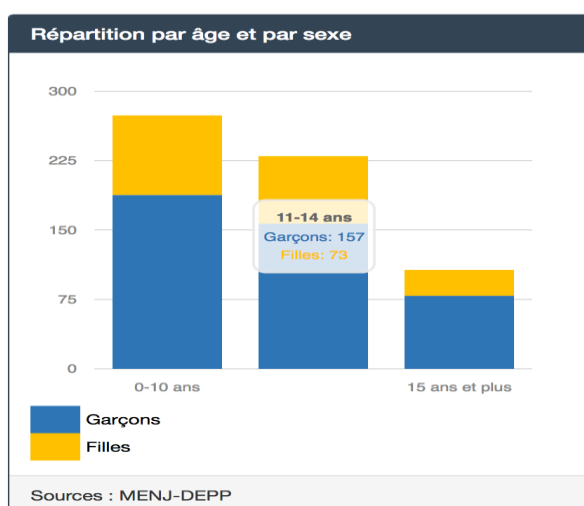


| Accueil des enfants et des adolescents handicapés | | | | |
|---|--------|--------------------|--------|-----|
| Places installées au 31.12.2017 par catégorie de clientèle en établissement spécialisé toutes catégories de structures du tableau 24 confondues (1) | | | | |
| Source : DREES, Finess | | | | |
| | Creuse | Nouvelle Aquitaine | Cantal | Lot |
| Déficiences intellectuelles | 243 | 5 631 | 119 | 199 |
| Polyhandicaps | 10 | 688 | 7 | 23 |
| Déficiences psychiques | 39 | 2 221 | 70 | 40 |
| Déficiences motrices | 0 | 677 | 0 | 0 |
| Déficiences sensorielles | 0 | 592 | 6 | 0 |
| Autres types de déficiences | 4 | 601 | 38 | 42 |

(1) Hors SESSAD, Centres d'accueil familial spécialisé, Foyers d'hébergement pour enfants et adolescents handicapés

| Capacité d'accueil pour enfants et adolescents handicapés selon la catégorie d'établissement | | | | |
|--|-------------|-------------|------------|------------|
| Nombre d'établissements et de services - Places installées par catégorie d'établissement au 31.12.2017 - Taux d'équipement | | | | |
| Sources : DREES, Finess ; Insee, estimation de population 2018 | Creuse | N Aquitaine | Cantal | Lot |
| Instituts médico-éducatifs (I.M.E.) | | | | |
| Nombre d'établissements | 5 | 104 | 3 | 6 |
| Nombre total de places installées | 257 | 6 110 | 152 | 215 |
| Dont places en accueil temporaire (4) | 0 | 5 | 0 | 0 |
| Dont places en accueil de jour, externat ou semi-internat | 60 | 3 617 | 60 | 65 |
| Établissements pour enfants ou adolescents polyhandicapés | | | | |
| Nombre d'établissements | 0 | 17 | 0 | 2 |
| Nombre total de places installées | 0 | 497 | 0 | 23 |
| Dont places en accueil temporaire (4) | 0 | 7 | 0 | 1 |
| Dont places en accueil de jour, externat ou semi-internat | 0 | 201 | 0 | 17 |
| Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (I.T.E.P.) | | | | |
| Nombre d'établissements | 2 | 60 | 3 | 2 |
| Nombre total de places installées | 39 | 2 230 | 58 | 40 |
| Dont places en accueil temporaire (4) | 0 | 18 | 0 | 0 |
| Dont places en accueil de jour, externat ou semi-internat | 0 | 1 056 | 23 | 4 |
| Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) | | | | |
| Nombre d'établissements | 6 | 189 | 6 | 7 |
| Nombre total de places installées | 109 | 4 455 | 145 | 128 |
| Taux d'équipement en places dans les établissements pour enfants handicapés (hors SESSAD, jardins d'enfants spécialisés et places d'accueil temporaire) pour 1 000 habitants de moins de 20 ans | 13,7 | 7,8 | 8,8 | 9,2 |
| Taux d'équipement en places dans les SESSAD pour 1 000 habitants de - 20 ans | 5,1 | 3,4 | 5,3 | 3,9 |
| (1) Rassemble trois types d'établissements : ceux pour déficients visuels, pour déficients auditifs, et pour déficients auditifs et visuels | | | | |
| (2) Services autonomes et services rattachés à un établissement | | | | |
| (3) Indicateurs sociaux départementaux | | | | |
| (4) Y compris accueil de jour | | | | |

En Creuse, 597 enfants et adolescents étaient titulaires de l'AEEH en 2019. 634 enfants ont déposé une demande et 1 548 enfants ont des demandes déposées à la MDPH en 2018. 50,7% des enfants sont orientés vers des services ou établissements, les autres enfants bénéficiant d'une orientation scolaire. 611 enfants sont scolarisés en inclusion, dont 15% ont 15 ans et plus. La répartition des enfants en situation de handicap scolarisés selon l'âge et le type de trouble est la suivante :



Répartition selon le type de troubles

| | Creuse | Nouvelle-Aquitaine |
|-------------------------------------|-------------|--------------------|
| Troubles intellectuels ou cognitifs | 42% | 39% |
| Troubles du psychisme | 26% | 23% |
| Troubles du langage ou de la parole | 13% | 17% |
| Troubles auditifs | 2% | 2% |
| Troubles visuels | 1% | 1% |
| Troubles viscéraux | 2% | 2% |
| Troubles moteurs | 8% | 5% |
| Plusieurs troubles associés | 4% | 7% |
| Autres troubles | 2% | 4% |
| Polyhandicap | 0% | 0% |
| Total | 100% | 100% |
| dont troubles autistiques | 10% | 10% |

Sources : MENJ-DEPP

Actuellement, 98 élèves sont pris en charge dans le cadre des transports adaptés et 11 en transport familial. Aucun de ces jeunes n'a plus de 20 ans.

- **Besoins des enfants :**

Les troubles des enfants ont progressé au cours des 10 dernières années selon les professionnels et acteurs. De nombreuses pathologies, le registre de la pédo-psychiatrie est très interrogé au regard des troubles rencontrés. Enfin, comme dans tous les départements, les TSA (troubles du spectre autistique) et le handicap psychique demandent de nombreuses adaptations dans les parcours des enfants, et dans l'accompagnement des parents.

La réponse prévue par l'appel à projets décidé en décembre 2019 par l'ARS, et allouant des moyens dédiés au Centre Hospitalier de Saint-Vaury, doit permettre le déploiement d'une équipe mobile sur la Corrèze et la Creuse. A l'heure de la rédaction du schéma, et dans le contexte du COVID 19, la réponse n'avait pu se mettre en place.

3. LES BESOINS IDENTIFIES

A l'issue des rencontres des acteurs et de l'analyse du questionnaire à leur attention, il apparaît clairement plusieurs points :

- Pas de besoin de lits supplémentaires mais un besoin de diversification et d'alternatives aux établissements sous des formes souples tant dans le contenu du service (accueil de jour, logement adapté...) que dans le mode de mise en œuvre (temporaire...),
- Le maintien à domicile pourrait être amélioré par du logement plus adapté et quelques solutions alternatives de proximité,
- La mobilité reste un frein majeur, amenant les acteurs à s'interroger sur des formes revisitées de transports et de trajets (domicile-lieu de destination) de type transports à la carte et co-voiturage bénévoles,
- Le choix de vie des personnes ne peut pleinement s'exercer par problème de mobilité certes, mais aussi par des difficultés d'accès à l'information aux dispositifs existants, et accompagnement jusqu'au service adéquat,
- Reste à poursuivre le décroisement entre les services.

SENIORS

L'analyse des besoins a pu se réaliser à partir des données propres au département, aux données recueillies par une enquête envoyée à l'ensemble des services et établissements, mais surtout lors des entretiens tant individuels que collectifs qui se sont poursuivis lors des groupes de travail.

Sur la base du diagnostic partagé et des échanges, les enjeux sont clairs pour les prochaines années concernant les séniors :

- Répondre à une fin de vie digne grâce à la personnalisation de l'accompagnement selon le choix du mode de vie de la personne,
- Poursuivre les efforts sur le champ du maintien à domicile en travaillant les leviers essentiels : logement, aide administrative, accompagnement aux démarches numériques, accès à la santé, mobilité,
- Offrir une diversité des réponses,
- Poursuivre une stratégie d'attractivité de la Creuse sur les emplois de l'aide aux personnes,
- Poursuivre le travail en transversalité entre les services et privilégier les logiques de complémentarité aux logiques concurrentielles.

PERSONNES HANDICAPEES

L'identification des besoins concernant les personnes handicapées prend en compte les souhaits des personnes, de leurs familles, en lien avec leur projet de vie, les situations d'attente répertoriées par les professionnels et/ou les difficultés relevées dans les accompagnements.

Immanquablement, la déclinaison des politiques inclusives a été interrogée.

Si les plus jeunes personnes en situation de handicap aspirent et expriment cette envie, la transition du virage inclusif reste difficile pour beaucoup de structures éloignées des « lieux d'autonomisation ». La mobilité revient alors au centre des échanges et des recherches de solutions.

Pour autant, il est aussi reconnu que les personnes en situation de handicap vieillissantes, ayant vécues en institution, seraient très insécurisées selon le type d'habitat retenu.

Ainsi la réflexion autour de l'habitat doit bien être menée pour trouver des réponses souples, adaptées à chaque projet, sans tomber sur le recours au foyer comme seule solution d'hébergement y compris pour des personnes handicapées vieillissantes.

Des axes s'annoncent alors comme incontournables dans le cadre de ce nouveau schéma :

- L'habitat et sa diversification, sous l'angle de l'habitat inclusif notamment doit être poursuivi afin de remplacer des formes d'hébergement institutionnel qui peineront de plus en plus à être sollicités par les personnes et leurs familles. Naturellement cette réflexion doit être menée au regard des différents types d'accompagnement possibles.
- Le réseau des partenaires en Creuse est une force et un appui pour les réponses à créer.

- Les besoins des personnes et la force des compétences permettent d'imaginer une transformation de l'offre en plateforme de services : EAM (Établissement d'accueil médicalisé), EANM (Établissement d'accueil non médicalisé)
- La mutualisation pourra être un levier intéressant. Elle est déjà amorcée et proposée par de nombreuses associations.

EN SYNTHÈSE

- **Comme pour les personnes âgées, les besoins de personnes en situation de handicap nécessitent une diversification de l'offre, aujourd'hui encadrée par des autorisations qui limitent les initiatives souples accompagnant le parcours des personnes.**
- **Les réponses à déployer le plus précocement sur la pédopsychiatrie, et plus généralement sur tout ce qui concourt au repérage des situations fragiles, reste un point d'amélioration. La force du réseau creusois, prouve au quotidien toute sa capacité à innover et construire des réponses individuelles.**
- **Pour autant la coordination, en particulier locale, reste un sujet d'avenir, afin de faciliter les passerelles entre dispositifs. Comment ?**
- **La politique inclusive doit permettre d'élargir des formes d'accompagnement à de nouvelles conceptions de l'habitat. Si les personnes les plus âgées sont moins sensibles à cette dimension, les plus jeunes et leurs parents ont des attentes qui se multiplient. Comment les aider à mettre en œuvre ces projets de vie ?**

PARTIE 3

OBJECTIFS & ACTIONS 2022-2027

A. ENJEUX DE LA CREUSE

Les politiques en faveur de l'autonomie des personnes, qu'elles soient âgées ou en situation de handicap, font l'objet de nombreuses initiatives des acteurs locaux, souvent remarquées au plan national, depuis de nombreuses années dans la Creuse.

La notion de réseau issu de volontés locales et collectives n'est pas un vain mot, mais une réalité. Toutefois il a pu être bousculé par les dispositifs nationaux nécessitant des adaptations voire des rééditions d'actions déjà en place.

COOPERATIONS ENTRE ACTEURS ET PILOTAGE DE LA POLITIQUE PUBLIQUE

La capacité de coopérer entre les institutions devient alors le préalable au déploiement de projets intéressants mais dont les effets peuvent devenir limités si les institutions ne définissent pas ensemble les modalités opérationnelles de ces nombreux dispositifs.

Les acteurs expriment leurs volontés d'agir et leurs engagements sur de nombreux sujets, mais pointent aussi le besoin d'un pilotage de la mise en œuvre de toutes les propositions identifiées dans un schéma.

La nécessaire coopération renvoie inévitablement à l'efficacité des coordinations qui se multiplient ces dernières années sous autant de sigles différents.

Si ce sujet reste un axe de clarification et d'amélioration dans le domaine des personnes âgées, le secteur des personnes handicapées bénéficie d'un travail rapproché des associations et de la légitimité du positionnement de la MDPH.

Pour autant les outils permettant la coordination individuelle restent un sujet d'amélioration, à minima de suivi, en particulier autour des situations complexes.

- LE MAINTIEN A DOMICILE

La coordination est un levier d'amélioration du maintien à domicile dès lors que les personnes ont une prise en charge.

Pour autant, en amont des accompagnements possibles, bon nombre d'éléments peuvent faciliter une vie à domicile et éviter des « précipitations » dans la perte d'autonomie.

Au premier rang des facteurs clés du maintien à domicile se trouve l'habitat. En Creuse, il reste caractérisé par un type d'habitat individuel (maisons), assez isolé et peu (ou pas) adapté chez beaucoup de personnes âgées et particulièrement des hommes. Les problèmes de chauffage sont un deuxième aspect de la problématique de l'habitat.

La mobilité est un frein, soulevé par l'ensemble des acteurs qui touche les personnes âgées et les personnes en situation de handicap dans l'accès aux services et aux soins.

C'est aussi un problème pour les professionnels dans l'organisation de leurs missions et l'importance des déplacements.

Le problème des déplacements est naturellement lié à la densité des équipements. L'effet démographie ne permettant pas de constituer une offre de proximité à une taille viable, les réponses se concentrent en une offre positionnée très souvent à Guéret. La Ville préfecture devient alors le lieu de la diversité des réponses nécessaires, éloignant un peu plus les publics fragiles vivant dans des territoires déjà éloignés en distance.

L'accès aux services surajoute alors un problème de mobilité.

Le sujet de la diversité des réponses modulables selon les besoins, le plus tôt possible, au plus près des personnes est alors une vraie difficulté pour les familles en particulier pour les solutions de répit.

Sur ce point comme sur d'autres, les normes ou approches qui valent à l'échelon national ne sont pas toujours adaptées au format de ce département hyper rural.

- LA SANTE, UNE MALADIE RECURRENTE

La démographie médicale est bien sûr une difficulté majeure pour le public concerné par les politiques de l'autonomie : compétences médicales rares ou inexistantes en proximité, professionnels de santé spécialistes éloignés avec des prises de rendez-vous complexes...le service public apporte une offre sur quelques sites mais est confronté comme tout le secteur médico-social à un problème d'attractivité des professionnels.

Seules les infirmières libérales apportent encore un maillage de proximité relativement dense sur le territoire.

Tout l'enjeu est pourtant bien de permettre aux personnes de trouver des réponses réactives près de chez soi au risque, aux premiers écueils du maintien à domicile, de recourir à des établissements, pourtant de moins en moins sollicités.

La télémédecine, imaginée comme alternative intéressante, est aujourd'hui trop limitée dans ses conditions d'exercice pour représenter une solution à tous les besoins exprimés. Les évolutions en cours seront sans doute à l'écoute de ces réalités.

- ADEQUATION DE L'OFFRE AUX BESOINS LOCAUX

Politiques inclusives, ou tournées vers le domicile, amorcent déjà des signaux annonciateurs dans le département : baisse des taux d'occupation d'établissement pour personnes âgées, réflexions relatives à l'habitat inclusif... Les années à venir nécessiteront une transformation de l'offre institutionnelle classique. De nombreuses initiatives et réflexions se profilent, se construisent en partenariat, et cherchent à apporter ces réponses en préservant les équipements et professionnels. L'enjeu est bien de poser une réflexion qui intègre les composantes du département sans plaquer des modèles dits « alternatifs » dont les évaluations semblent déjà poser des limites.

Le pilotage des financeurs, dans un rôle d'accompagnement et de guide, doit participer à cette amorce de transformation.

Dans tous les cas, le modèle économique des solutions nouvelles proposées, devra faire partie de la réflexion au risque de voir ces belles initiatives s'arrêter très vite, et laisser des personnes sans solution.

- REALITE DU PARCOURS UNIQUE

Le parcours de la personne peut être le fil conducteur de l'évolution de l'offre. A ce jour, de nombreuses démarches orientant vers la coordination autour de la personne sont initiées mais la question du parcours, en vision globale et partagée, reste un sujet d'amélioration.

Si la force de la coordination n'est pas remise en cause par les acteurs, en particulier dans sa capacité à éviter des ruptures, la question du « qui » est un véritable enjeu. De même, sans recréer des instances, mais en utilisant ce qui fonctionne, il est reconnu la nécessité d'avoir un porteur de cette coordination, mais surtout l'outil qui favorisera la coordination.

Les réseaux peuvent se mobiliser, au profit d'un parcours global, dépassant le projet de soin, ou social, si une animation garantit la régularité et la continuité des actions.

Tels sont les enjeux se rapportant aux actions proposées pour les six années à venir.

B. PLAN D' ACTIONS

Le plan d'action du schéma départemental de l'autonomie a été construit à partir de l'état des lieux incluant les attentes et préoccupations majeures des acteurs de l'autonomie, et des données qualitatives et quantitatives traduites dans le diagnostic.

Les groupes de réflexions et d'échanges réunis à plusieurs reprises pendant la phase de diagnostic et pour la construction des fiches actions, réunissant des acteurs internes au Département et des partenaires externes, ont largement contribué à la proposition du plan d'actions autour de trois axes pour le département de la Creuse :

| | | |
|--------------|--|---|
| Axe 1 | ADAPTER L'OFFRE EXISTANTE A LA REALITE DE LA CREUSE ET DE SES BESOINS Pour adapter le secteur medico-social à l'évolution des besoins et des attentes de la population creusoise | 1/ Vivre mieux à son domicile 2/ Innover dans l'offre d'habitat inclusif 3/ Soutenir les aidants, les parents et les proches 4/ Accompagner l'adaptation de l'offre |
| Axe 2 | METTRE EN PLACE LE PARCOURS DE LA PERSONNE Pour mettre l'épanouissement des personnes au cœur de l'accompagnement et permettre à chacun de réaliser son potentiel | 1/ Promouvoir la citoyenneté par une démarche inclusive 2/ Adapter les réponses aux besoins des parcours 3/ Poursuivre la rénovation du secteur pour s'adapter aux évolutions des besoins |
| Axe 3 | AGIR SUR LA PREVENTION pour préserver et développer la citoyenneté et la participation à la vie sociale | 1/ Faciliter l'Accès à l'Information 2/ Développer la mobilité des personnes 3/ Garantir une offre de services et de soins |

Axe 1 : ADAPTER L'OFFRE EXISTANTE A LA REALITE DE LA CREUSE ET DE SES BESOINS

Pour permettre la réalisation du parcours choisi par chaque personne confrontée à une perte d'autonomie, une déclinaison de l'offre doit exister sur tout le territoire, en proximité, et permettre des réponses souples, au bon moment et durables.

Dès lors l'habitat adapté possible dans la cité pour tous est une condition essentielle d'une vie à domicile.

La force du réseau des aidants, qu'il soit professionnel ou familial, participe de la cohésion sociale mais il faut l'aider, le soutenir dans la durée pour rester ce pilier indispensable des personnes en perte d'autonomie.

C'est ce qui est proposé au travers des actions prévisionnelles complétées de l'association des acteurs du monde économique et sociale. L'inclusion par l'emploi ne peut se décréter sans l'engagement partagé de tous.

Ce premier axe comprend 4 orientations et 13 actions associées :

Reconnaitre le choix de vivre à son domicile

- **Action 1** : Développer des alternatives temporaires ou durables au maintien à domicile des personnes en perte ou en manque d'autonomie
- **Action 2** : Poursuivre le soutien à la modernisation et à la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile

Innover dans l'offre d'habitat

- **Action 1** : Développer l'habitat inclusif des personnes en situation de handicap
- **Action 2** : Développer les habitats agiles en proximité à l'appui des parcours

Soutenir les aidants, les parents et les proches

- **Action 1** : Améliorer le repérage des proches aidants et leur mise en relation avec les professionnels
- **Action 2** : Développer les solutions d'accompagnement destinées aux proches aidants et de répit aux professionnels

Engager la transition inclusive de l'offre des établissements et services

- **Action 1** : Ouvrir le modèle EHPAD vers un modèle « plateforme »
- **Action 2** : Réviser l'offre SPASAD
- **Action 3** : L'accueil familial, entre domicile et habitat inclusif
- **Action 4** : Développer des Actions « emplois autonomie »
- **Action 5** : Créer un réseau d'entreprises inclusives creusoises
- **Action 6** : Définir un accompagnement à domicile pour handicap et inclusif autour de l'emploi
- **Action 7** : Élargir durablement le concept « communauté 360 » sur le champ de l'autonomie

ORIENTATION 1– RECONNAITRE LE CHOIX DE VIVRE A SON DOMICILE

Fiche action n° 1-1-1

Développer des alternatives temporaires ou durables au maintien à domicile des personnes en perte ou en manque d'autonomie

| FONDEMENTS | |
|--|---|
| <p>Les personnes âgées de La Creuse sont profondément attachées à leur territoire et à leur habitat. L'éventualité d'un changement de résidence est difficilement envisagée et les alternatives entre le domicile et l'EHPAD sont très rares malgré la présence de familles d'accueil.</p> <p>La Creuse est un des départements les mieux dotés en place d'EHPAD au regard de la population de plus de 75 ans.</p> <p>L'offre d'accueil temporaire, et d'accueil de jour et de nuit, est peu mobilisée et ne couvre pas l'ensemble des territoires du département.</p> | |
| OBJECTIF STRATEGIQUE | OBJECTIF OPERATIONNEL |
| <ul style="list-style-type: none"> ✿ Renforcer les solutions transitoires et l'offre de répit ✿ Garantir la fluidité des parcours et de réponses répit des aidants | <ul style="list-style-type: none"> ✿ Développer l'accueil séquentiel de courte et moyenne durée ✿ Développer l'accueil sur des phases transitoires de type sortie d'hospitalisation ✿ Développer l'habitat inclusif ou les résidences autonomie pour tous les publics ✿ Favoriser l'accueil familial et communiquer sur ce type d'accueil |
| COMMENT | |
| <ul style="list-style-type: none"> ✿ Développer l'accueil de jour, l'accueil de nuit ou toutes formes d'accueil innovant ou en sous nombre sur les territoires, permettant aux familles et aux aidants des périodes de répit ✿ Fixer dans le cadre des CPOM des objectifs d'optimisation de l'offre d'accueil de jour et d'hébergement temporaire ✿ Informer sur tous les dispositifs et notamment sur l'Accueil Familial | |
| PILOTES DE L'ACTION | AVEC QUELS PARTENAIRES ? |
| <ul style="list-style-type: none"> ✿ Conseil départemental | <p>ARS</p> <p>Etablissements médico-sociaux / Association gestionnaire MDPH</p> |
| MISE EN OEUVRE | CALENDRIER |
| <ul style="list-style-type: none"> ✿ Étude du modèle des solutions temporaires ✿ Utiliser des locaux existants et évaluer l'usage après large information | <p>2024-2025</p> |
| EVALUATION | |
| <p>Critères d'évaluation :</p> <p>Évolution du taux de remplissage des places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire</p> <p>Évolution du nombre d'accueils temporaires</p> <p>Nombre de places transformées pour adapter l'offre</p> | <p>Périodicité d'évaluation :</p> <p>Annuelle</p> |

Fiche action n° 1-1-2

Poursuivre le soutien à la modernisation et à la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile

FONDEMENTS

Dans le contexte actuel de pénurie de personnel, d'absentéisme croissant (profession la plus accidentogène), de vieillissement de la pyramide des âges des aides à domicile (10% des effectifs à renouveler chaque année pour pallier les départs à la retraite et les licenciements pour inaptitude), le maintien à domicile devient un défi au quotidien.

Engagé aux côtés des Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile depuis 2009 dans le cadre d'une démarche départementale volontariste de modernisation et de professionnalisation, le Conseil Départemental souhaite consolider cette dynamique au service d'une meilleure attractivité du métier d'aide à domicile et d'une fidélisation des salariés.

OBJECTIF STRATEGIQUE

- ✿ Maintenir un maillage territorial sans zone blanche
- ✿ Garantir un accès à au moins un service d'aide et d'accompagnement à domicile sur l'ensemble du département
- ✿ Améliorer la qualité des prises en charge

OBJECTIF OPERATIONNEL

- ✿ Réaliser un diagnostic de l'offre
- ✿ Soutenir les opérations de mutualisation, de rapprochement, de coopération renforcée entre les acteurs
- ✿ Optimiser le dispositif de dématérialisation des échanges avec les SAAD
- ✿ Accompagner les recherches d'efficience et les initiatives en matière de transformation organisationnelle
- ✿ Poursuivre la politique de prévention des risques professionnels concertée et partagée
- ✿ Proposer des formations thématiques aux aides à domicile
- ✿ Favoriser le développement de l'analyse des pratiques et le tutorat

COMMENT

- ✿ Renforcer les liens avec les SAAD par la mise en place de Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
- ✿ Animer des ateliers visant à co-construire le plan d'actions avec les partenaires

PILOTES DE L'ACTION

- ✿ Conseil Départemental

AVEC QUELS PARTENAIRES ?

CNSA,
Conseil Régional Nouvelle Aquitaine,
Autonom'lab (Gérontopôle de Nouvelle Aquitaine),
CARSAT,
ARACT,
Acteurs de l'emploi et de l'insertion,
SAAD

MISE EN OEUVRE

- ✿ 2022- 2027

CALENDRIER

2020-2022 – Programme en cours
2023-2025 : bilan avec les SAAD et nouvelles négociations avec la CNSA pour soutenir les besoins émergents.

EVALUATION

Critères d'évaluation :

Chaque action fait l'objet de critères d'évaluation spécifiques définis dans le cadre de la convention cadre conclue avec la CNSA

Périodicité d'évaluation :

Annuelle

Fiche action n° 1-2-1

Développer l’habitat inclusif des personnes en situation de handicap

FONDEMENTS

Les personnes en situation de handicap expriment le besoin de ne pas vivre ou de ne plus vivre en établissement collectif, tout en étant accompagnées et en toute sécurité.

Des projets peuvent être mis en œuvre par la mutualisation de la PCH, outil au libre choix du vivre dans un domicile non collectif.

Cette demande n’est pas exclusive d’un accueil en établissement, réponse mieux adaptée, quand les besoins des personnes ont évolué vers un peu moins d’autonomie ou une altération de leur état de santé.

OBJECTIF STRATEGIQUE

- ✿ Faciliter le parcours résidentiel des personnes
- ✿ Accompagner les nouvelles formes d’habitat
- ✿ Ouvrir les nouvelles réponses habitat à tous les âges

OBJECTIF OPERATIONNEL

- ✿ Diversifier toutes les formes d’habitat inclusif possibles
- ✿ Réserver à des personnes éligibles à la PCH avec mise en place d’un plan de compensation (PPC) « aides humaines »
- ✿ Développer un service d’accompagnement pour des prestations conformes au PPC porté par des intervenants attentifs, familiaux, professionnels

COMMENT

- ✿ Utiliser le label habitat inclusif pour relancer une expérience
- ✿ Définir le modèle économique durable de cette forme d’habitat
- ✿ Accompagner les porteurs de projet pour permettre la création de logements individuels regroupés ou diffus en centres bourgs, et des logements partagés à plusieurs colocataires
- ✿ Assurer un maillage du territoire en logements de proximité
- ✿ Prévoir les services d’accompagnement innovants

PILOTES DE L’ACTION

- ✿ Conseil Départemental

AVEC QUELS PARTENAIRES ?

Personnes en situation de handicap
Associations partenaires
GIP Habitat
Communes

MISE EN OEUVRE

- ✿ Recensement des opportunités immobilières en centre bourg, ou restructuration d’ESMS
- ✿ Faisabilité économique et modèle

CALENDRIER

2022-2023-2024

EVALUATION

Critères d’évaluation :

Évolution du nombre de résidents
Nombre de résidents sortis des ESMS pour intégrer un habitat accompagné
Diminution des hospitalisations en psychiatrie
Nombre d’habitats proposés et répartition de l’offre
Conventions de partenariat

Périodicité d’évaluation :

Annuelle

Fiche action n° 1-2-2

Développer les habitats agiles en proximité à l'appui des parcours

FONDEMENTS

L'anticipation et un travail de qualité avec les jeunes, leurs familles et les partenaires peuvent permettre de proposer des solutions adaptées, véritables alternatives au maintien en établissement d'éducation ou la poursuite du parcours en établissement d'hébergement spécialisé à l'âge adulte.

OBJECTIF STRATEGIQUE

- ✿ Favoriser l'inclusion des personnes handicapées
- ✿ Permettre le parcours de la personne
- ✿ Laisser le choix de la personne s'exprimer

OBJECTIF OPERATIONNEL

- ✿ Trouver des formes d'habitat durable
- ✿ Favoriser l'auto-détermination des personnes en situation de handicap et s'appuyer sur les choix de vie de la personne

COMMENT

- ✿ Mobiliser le GIP habitat
- ✿ Identifier les logements vacants en proximité en bourg
- ✿ Permettre parmi toutes les formes d'habitat des possibilités de recours souples et bénéficiant d'accompagnement
- ✿ Définir le modèle économique de toutes les solutions

PILOTES DE L'ACTION

- ✿ Conseil Départemental, MDPH
- ✿ DDT

AVEC QUELS PARTENAIRES ?

Représentants légaux, associations et services d'accompagnement social, associations de parents, bénévoles, ESMS

MISE EN OEUVRE

- ✿ Recensement et partenariat avec les communes

CALENDRIER

Durée du schéma

EVALUATION

Critères d'évaluation :

Nombre de logements dits inclusifs
 Nombre de jeunes bénéficiaires de ce type de logements sur la durée du schéma
 Enquêtes de satisfaction

Périodicité d'évaluation :

Annuelle

Fiche action n° 1-3-1

Améliorer le repérage des proches aidants et leur mise en relation avec les professionnels

| FONDEMENTS | |
|--|---|
| <p>L'identification des aidants par les professionnels est complexe, et leur rôle est souvent difficile à repérer. Il est nécessaire que les professionnels (intervenants à domicile ou en établissement) puissent améliorer collectivement le repérage des aidants, étape préalable à une communication ciblée sur l'ensemble des dispositifs d'accompagnement et de répit existants ou à développer.</p> | |
| OBJECTIF STRATEGIQUE | OBJECTIF OPERATIONNEL |
| <ul style="list-style-type: none"> ✿ Développer le réseau des aidants comme ressource importante dans le maintien à domicile et facteur d'une vie inclusive | <ul style="list-style-type: none"> ✿ Sensibiliser et accompagner les professionnels au repérage des aidants, en s'appuyant sur l'évaluation multidimensionnelle de l'aidé et de l'aidant à l'occasion d'une demande de prestation (APA, PCH) ou d'un accompagnement. |
| COMMENT | |
| <ul style="list-style-type: none"> ✿ Créer un réseau de bénévoles - personnes de confiance formées (parrainage) ✿ Former les personnes proches des personnes ✿ Permettre l'accès à l'information et aux actions de prévention | |
| PILOTES DE L'ACTION | AVEC QUELS PARTENAIRES ? |
| <ul style="list-style-type: none"> ✿ Conseil Départemental | Personnes concernées, leurs proches aidants Professionnels et intervenants à domicile et en établissements Communes |
| MISE EN OEUVRE | CALENDRIER |
| <ul style="list-style-type: none"> ✿ S'appuyer sur les relais d'information de proximité | 2023-2024-2025 |
| EVALUATION | |
| <p>Critères d'évaluation : Nombre de proches aidants repérés et accompagnés Nombre de proches aidants mobilisés dans des sessions d'information sur le thème de la prévention</p> | <p>Périodicité d'évaluation : Annuelle</p> |

Fiche action n° 1-3-2

Développer les solutions d'accompagnement destinées aux proches aidants et de répit aux professionnels

FONDEMENTS

Les solutions d'accompagnement destinées aux proches aidants sont encore assez peu développées en Creuse et sont absentes sur plusieurs territoires.

Des solutions de répit sont indispensables pour consolider ou permettre le maintien à domicile de personnes âgées ou de personnes en situation de handicap.

Les solutions existent (accueil de jour, nuit, temporaire, accueil familial, plateforme de répit, café des aidants, solution de suppléance à domicile de type « baluchonnage »...) mais doivent être adaptées aux besoins de chaque territoire.

OBJECTIF STRATEGIQUE

- ✿ Développer une offre globale et coordonnée de soutien et de répit par territoire
- ✿ Renforcer le soutien des proches aidants

OBJECTIF OPERATIONNEL

- ✿ Mettre en place des actions d'aide aux aidants
- ✿ Impliquer les acteurs professionnels de terrain et proposer des sessions thématiques d'information
- ✿ Développer les capacités d'accueil temporaire, de jour, à partir des structures existantes

COMMENT

- ✿ Etablir un diagnostic de l'offre et des besoins
- ✿ Reconnaître des plateformes de répit adossées à des structures existantes
- ✿ Développer des formules de suppléance à domicile de type « baluchonnage »
- ✿ Créer un réseau de familles dites spécialisées pour des accueils courts (mid week, temporaires)
- ✿ S'appuyer sur les EHPAD comme solution de répit pour aidants professionnels (accueillants familiaux)

PILOTES DE L'ACTION

- ✿ Conseil départemental, ARS, MDPH

AVEC QUELS PARTENAIRES ?

Communes et CCAS
Organismes de retraite complémentaire
Associations
SAAD et établissements

MISE EN OEUVRE

- ✿ Conseil Départemental

CALENDRIER

Durée du schéma

EVALUATION

Critères d'évaluation :

Taux de recours aux solutions de répit

Nombre et nature des actions menées par territoire et public visé

Périodicité d'évaluation :

Annuelle

Fiche action n° 1-4-1

Ouvrir le modèle EHPAD vers un modèle « plateforme »,

| FONDEMENTS | |
|---|---|
| <p>Le territoire de la Creuse bénéficie d’un maillage important en EHPAD. La faible pression actuelle en termes de demande constitue une opportunité pour ouvrir ces établissements vers leur environnement, en appui aux professionnels médico-sociaux et au soutien des personnes à domicile.</p> <p>La faiblesse de la démographie médicale engage à positionner les EHPAD comme pôles ressources dans la politique d’attractivité du territoire pour les professionnels.</p> | |
| OBJECTIF STRATEGIQUE | OBJECTIF OPERATIONNEL |
| <ul style="list-style-type: none"> ✿ Affirmer le rôle de l’EHPAD comme acteur central du champ gérontologique, dont l’expertise lui permet de développer des solutions d’hébergement modulaires et d’intervenir en appui au domicile | <ul style="list-style-type: none"> ✿ Faciliter et accompagner les expérimentations visant à développer une logique de fonctionnement en mode plateforme ✿ Développer les partenariats entre EHPAD et acteurs du domicile ✿ Assurer les redéploiements de places et de moyens vers le « domicile accompagné » |
| COMMENT | |
| <ul style="list-style-type: none"> ✿ Définir le concept de plateforme de services ✿ Développer les conventions de partenariat ✿ S’appuyer sur les expériences d’EHPAD pôle ressources : réponses sur prévention, ateliers, animations, prévention ruptures d’équilibre, ... ✿ Augmenter et identifier les opportunités dans les établissements. ✿ Initier une plateforme pour une solution « hors les murs » afin d’éviter les ruptures de lieux ✿ Créer des places d’accueil de jour et hébergement sur les locaux inoccupés (état des lieux...) | |
| PILOTES DE L’ACTION | AVEC QUELS PARTENAIRES ? |
| <ul style="list-style-type: none"> ✿ Conseil Départemental et ARS | <p>EHPAD SAAD SSIAD SAVS</p> |
| MISE EN OEUVRE | CALENDRIER |
| <ul style="list-style-type: none"> ✿ Groupe de travail EHPAD – SAAD – accueillants familiaux | <p>2022-2023</p> |
| EVALUATION | |
| <p>Critères d’évaluation :</p> <p>Nombre d’expérimentations</p> <p>Nombre de conventions de partenariat</p> <p>Nombre de places inoccupées réaffectées</p> | <p>Périodicité d’évaluation :</p> <p>Annuelle</p> |

Fiche action n° 1-4-2 Réviser l'offre SPASAD

FONDEMENTS

Les intervenants SSIAD et SAAD peuvent concerner une même personne.

Pour autant les SPASAD se développent peu.

L'offre semble pourtant intéressante dans le principe si une plus-value concrète est apportée en termes de qualité et d'adaptation de l'accompagnement.

OBJECTIF STRATEGIQUE

- ✿ Éviter les ruptures du maintien à domicile
- ✿ Permettre aux personnes de rester chez elles
- ✿ Développer l'offre adaptée

OBJECTIF OPERATIONNEL

- ✿ Cohérence et efficacité des interventions
- ✿ Continuité d'intervention
- ✿ Fluidité de la Communication inter-services
- ✿ Réactivité et sécurisation des accompagnements en cas de gestion de crise

COMMENT

- ✿ Déployer des SPASAD intégrés avec conventions de partenariat SAAD et SSIAD
- ✿ Prévoir une coordination (poste de coordonnateur) et prévoir son financement
- ✿ S'appuyer sur un logiciel de coordination et interface avec les outils standards du secteur

PILOTES DE L'ACTION

- ✿ ARS

AVEC QUELS PARTENAIRES ?

CCAS
Conseil Départemental
Organismes de retraite complémentaire
Associations
SAAD et établissements
SSIAD
CFPPA

MISE EN OEUVRE

- ✿ Projets de SPASAD

CALENDRIER

Selon les enveloppes allouées

EVALUATION

Critères d'évaluation :

Nombre de personnes suivies en SPASAD
Nombre de mois moyen de suivi d'une personne

Périodicité d'évaluation :

Annuelle

Fiche action n° 1-4-3

L'accueil familial, un concept entre domicile et habitat inclusif

| FONDEMENTS | |
|---|--|
| <p>Le territoire de la Creuse bénéficie d'un maillage historique d'Accueillants Familiaux tournés à la fois vers des publics de personnes âgées ou de personnes en situation de handicap.</p> <p>Ce type d'accueil est alternatif entre le domicile et l'établissement inclusif au sens actuel du terme. Il convient de le maintenir, de le développer et de créer un réel partenariat des accueillants pour créer un dynamisme de réseau et contribuer à la valorisation de leur rôle.</p> | |
| OBJECTIF STRATEGIQUE | OBJECTIF OPERATIONNEL |
| <ul style="list-style-type: none"> ✿ Développer le modèle de l'accueil familial en Creuse ✿ Créer un réseau des accueillants familiaux | <ul style="list-style-type: none"> ✿ Favoriser l'accompagnement individuel en petite unité des personnes âgées ou en situation de handicap ✿ Développer des partenariats entre les accueillants familiaux, les EHPAD, les services à domicile pour des moments de répit. |
| COMMENT | |
| <ul style="list-style-type: none"> ✿ Développer les conventions de partenariat ✿ S'appuyer sur les expériences d'EHPAD pôle ressources : réponses sur prévention, ateliers, animations, prévention ruptures d'équilibre, ... ✿ Formations communes, échanges de pratiques etc... ✿ Campagne de promotion sur le métier d'accueillant familial | |
| PILOTES DE L'ACTION | AVEC QUELS PARTENAIRES ? |
| <ul style="list-style-type: none"> ✿ Conseil Départemental | Accueillants Familiaux EHPAD / SAAD / SSIAD / SAVS DASP |
| MISE EN OEUVRE | CALENDRIER |
| <ul style="list-style-type: none"> ✿ Groupe de travail DPPA/DASP/MDPH | 2023-2025 |
| EVALUATION | |
| <p>Critères d'évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> Nombre de demandes d'agrément déposés Nombre de suivi à domicile Nombre de formations avec implication des partenaires Nombre de conventions de partenariat Suivi de la liste d'attente | <p>Périodicité d'évaluation :</p> Annuelle |

Fiche action n° 1-4-4
Développer des actions emplois autonomie

FONDEMENTS

Les acteurs évoquent des difficultés majeures à trouver les ressources humaines.
 Les métiers ne sont pas attractifs, en particulier ceux relevant du maintien à domicile. Les raisons peuvent être multiples (rémunération, difficultés de déplacement...). L'enjeu est majeur car ce sujet génère des absences de réponse, préjudiciables au maintien à domicile et à terme à la sécurité des personnes.
 A noter que le vieillissement de la pyramide des âges des salariés concerne l'ensemble des acteurs du médico social.

OBJECTIF STRATEGIQUE

☀ Assurer la continuité de service en faveur des usagers

OBJECTIF OPERATIONNEL

- ☀ Renforcer l'attractivité des métiers du soin et de l'aide à domicile
- ☀ Favoriser la mobilité professionnelle des personnels
- ☀ Promouvoir une logique de parcours par une adaptation des formations, des compétences aux évolutions des métiers ainsi qu'aux nouvelles aspirations des professionnels

COMMENT

- ☀ Identifier l'ensemble des besoins de main d'œuvre des acteurs économiques privés et publics (quantitatif et qualitatif) et procéder à son actualisation en continu (Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences Territoriales)
- ☀ Valoriser les initiatives existantes et développer de nouveaux dispositifs - Mobiliser toutes les aides possibles
- ☀ Élaborer des stratégies de communication et de valorisation des métiers en déconstruisant l'image négative associée aux métiers de l'autonomie

PILOTES DE L'ACTION

- ☀ ARS
- ☀ Conseil Départemental

AVEC QUELS PARTENAIRES ?

Conseil Régional
 Préfecture
 GEMS 23
 DDETS
 Tous les acteurs de l'emploi (Pôle Emploi / CAP Emploi)

MISE EN OEUVRE

- ☀ Comité de suivi spécifique sur ce sujet (inter-institutionnel)

CALENDRIER

Durée du schéma

EVALUATION

Critères d'évaluation :

Nombre de contacts et recrutements réalisés
 Nombre de vacances de postes supérieures à un mois
 Enquêtes de satisfaction

Périodicité d'évaluation :

Annuelle

Fiche action n° 1-4-5
Créer un réseau d'entreprises inclusives creusoises

FONDEMENTS

L'inclusion part du milieu de vie dit ordinaire.

Les réponses ont jusqu'alors été construites par des professionnels de la réponse dite de compensation et de l'accompagnement des personnes sur leur handicap.

La politique inclusive suppose de pouvoir s'appuyer sur des solutions installées dans le milieu de vie et environnement de droit commun. La transition entre une ère de la compensation où les structures spécialisées apportaient les réponses en leur sein, à l'ère inclusive où les structures accompagnent dans les réponses de droit commun nécessitent des actions dans la répétition.

OBJECTIF STRATEGIQUE

- ✿ Inciter les initiatives dans le milieu de droit commun en particulier sur l'emploi
- ✿ Sécuriser les étapes de l'insertion en milieu ordinaire

OBJECTIF OPERATIONNEL

- ✿ Identifier les entreprises proposant une offre d'emploi adaptée
- ✿ Leur permettre de déployer des offres dès lors que les entreprises en ont la volonté

COMMENT

- ✿ Identifier et créer le réseau des entreprises inclusives en Creuse
- ✿ Animer le réseau des entreprises
- ✿ Promouvoir la Charte entreprises inclusives
- ✿ Créer la passerelle entre entreprises engagées dans la charte et les personnes accompagnées (services accompagnants)
- ✿ Déterminer les projets de postes possibles dans ces entreprises

PILOTES DE L'ACTION

- ✿ DDETS

AVEC QUELS PARTENAIRES ?

CD / ARS
CCI – Tous les acteurs de l'emploi (Pôle emploi/ Cap Emploi / Mission Locale)
ESAT

MISE EN ŒUVRE

- ✿ Création d'un événement-débat pour le lancement

CALENDRIER

2024

EVALUATION

Critères d'évaluation :

Nombre d'entreprises adhérentes à ce club « entreprises inclusives »

Périodicité d'évaluation :

Annuelle

Fiche action n° 1-4-6

Définir un accompagnement inclusif autour de l'emploi

| FONDEMENTS | |
|--|--|
| <p>L'emploi accompagné est une des réponses pertinentes, testée en Creuse, et qui s'inscrit pleinement dans la politique inclusive et la réponse accompagnée pour tous.</p> <p>Le guichet unique porté par l'ADAPEI 23 est une préfiguration.</p> <p>Le déploiement et l'élargissement sur l'ensemble du territoire départemental est attendu par les acteurs.</p> | |
| OBJECTIF STRATEGIQUE | OBJECTIF OPERATIONNEL |
| <ul style="list-style-type: none"> ☀ Accompagner les personnes en situation de handicap pour répondre aux enjeux du maintien à domicile, dans un but d'insertion professionnelle. | <ul style="list-style-type: none"> ☀ Faciliter l'accès à l'emploi ☀ Mettre en œuvre les orientations notifiées ☀ Répondre aux enjeux handicap psychique |
| COMMENT | |
| <ul style="list-style-type: none"> ☀ S'appuyer sur le dispositif FORMADAPT 23 ☀ Développer l'emploi accompagné sur offre services ☀ Développer les SAVS et adapter l'accompagnement SAMSAH | |
| PILOTES DE L'ACTION | AVEC QUELS PARTENAIRES ? |
| <ul style="list-style-type: none"> ☀ DDETS ☀ APAJH | <p>Conseil Départemental / MDPH</p> <p>Région</p> <p>Tous les acteurs de l'emploi (Pôle Emploi / Cap Emploi / Mission Locale)</p> |
| MISE EN OEUVRE | CALENDRIER |
| <ul style="list-style-type: none"> ☀ Redéploiement de solutions moins mobilisées pour une transition | <p>2023 puis durée du schéma</p> |
| EVALUATION | |
| <p>Critères d'évaluation :</p> <p>Nombre d'expérimentations</p> <p>Nombre de conventions de partenariat</p> <p>Nombre d'accès à l'emploi accompagné en milieu ordinaire</p> | <p>Périodicité d'évaluation :</p> <p>Annuelle</p> |

Élargir le concept « 360 » sur le champ de l'autonomie et durablement

FONDEMENTS

La multiplicité des interlocuteurs et des dispositifs qui s'adressent aux personnes âgées en perte d'autonomie conduit à les désorienter et à complexifier l'accès à l'accompagnement et aux prestations dont elles ont besoin.

La loi d'adaptation de la société au vieillissement a ouvert la porte à la création d'une maison départementale de l'autonomie et à sa labellisation.

Des démarches d'appui aux situations complexes voient le jour dans le cadre de démarches nationales sur le volet sanitaire.

La période de crise sanitaire a permis la mise en place de dispositifs souples et réactifs à pérenniser en particulier sur le champ du handicap (360).

OBJECTIF STRATEGIQUE

- ✿ Faciliter la coordination autour de situations complexes de personnes en situation de handicap et personnes âgées.
- ✿ Renforcer le pilotage de la politique de l'autonomie en développant les liens et les partenariats avec les acteurs institutionnels ou associatifs du secteur.
- ✿ Faciliter l'accès à l'information aux personnes

OBJECTIF OPERATIONNEL

- ✿ Un guichet unique et numéro appel
- ✿ Intégrer les démarches nationales et locales sous une bannière coordonnée au niveau départemental et local
- ✿ Faciliter la coordination de toutes les situations sensibles et permettre des coordinations efficaces
- ✿ Optimiser les outils existants et les adapter aux besoins des personnes

COMMENT

- ✿ S'appuyer sur les partenaires identifiés pour créer les conditions d'un accueil adapté
- ✿ Fédérer les acteurs de la politique de l'autonomie pour une action concertée associant les communes et intercommunalités
- ✿ Mettre à disposition de tous les acteurs PA et PH l'outil PAACO globale
- ✿ Coordonner DAC et Génération 360 dans le cadre d'une organisation commune répondant aux mieux aux besoins des habitants du Département

PILOTES DE L'ACTION

- ✿ Département de la Creuse
- ✿ ARS

AVEC QUELS PARTENAIRES ?

ARS
GIP-MDPH
CDCA

MISE EN OEUVRE

- ✿ Immédiatement : protocole CD-ARS

CALENDRIER

Durée du schéma

EVALUATION**Critères d'évaluation :**

Nombre de contacts et accueils réalisés
Enquêtes de satisfaction

Périodicité d'évaluation :

Annuelle

Axe 2 : METTRE EN PLACE LE PARCOURS DE LA PERSONNE

Une personne en perte d'autonomie, ou son entourage, est souvent confrontée à des interruptions de prises en charge puis de nouvelles tentatives, à la recherche de solutions qui semblent bonnes pour la personne, mais prises dans l'urgence et souvent choisies par défaut. Pourtant le champ du possible au sein de la société, et de la vie de la cité, doit rester le fil rouge pour chacune des personnes. Tel est le sens des politiques inclusives.

Il est donc proposé d'orienter les actions sur tout ce qui permet d'informer le plus tôt possible pour que chacun puisse se saisir de ce qui va l'aider à cette inclusion, en particulier les jeunes en situation de handicap.

Il est aussi proposé de diversifier encore plus les réponses pour qu'en Creuse chacun puisse réaliser le projet de vie auquel il aspire sans devoir partir, et en créant toutes les transitions douces dans son projet, c'est-à-dire sans épisode de crises ou ruptures.

Mais pour aider chacune des personnes il faut aussi aider les professionnels, les familles à accompagner ce parcours de vie.

Ce second axe comprend 3 orientations et 7 actions associées :

Favoriser toutes les démarches inclusives

- **Action 1** : Promouvoir la citoyenneté des personnes vivant en établissement ou à domicile
- **Action 2** : Favoriser l'insertion des jeunes en situation de handicap dans une démarche inclusive

Diversifier les réponses pour des parcours des personnes coordonnés

- **Action 1** : Instaurer la coordination pour les situations complexes
- **Action 2** : Soutenir l'insertion professionnelle par l'accompagnement social
- **Action 3** : Définir les contenus possibles des SAVS pour répondre à tous les besoins aux différents âges des personnes en situation de handicap

Poursuivre la rénovation du secteur et accompagner les professionnels

- **Action 1** : Accompagner l'adéquation territoriale des places aux besoins Favoriser les rencontres et informations entre acteurs
- **Action 2** : Favoriser les rencontres et informations entre acteurs

Fiche action n° 2-1-1

Promouvoir la citoyenneté des personnes vivant en établissement ou à domicile

| FONDEMENTS | |
|--|---|
| <p>Être citoyen toute sa vie. L'âge et le handicap ne constituent pas un frein à la libre expression. La personne est la mieux placée pour parler de sa vieillesse ou de son handicap et de son quotidien à domicile ou en établissement. Force est de constater, malgré les textes règlementaires, que les modalités de mise en œuvre de la participation des personnes aux actions sociales les concernant restent à développer dans de nombreuses situations.</p> | |
| OBJECTIF STRATEGIQUE | OBJECTIF OPERATIONNEL |
| <ul style="list-style-type: none"> ✿ Accompagner les projets et les attentes des personnes âgées ou en situation de handicap en s'appuyant sur leurs ressources | <ul style="list-style-type: none"> ✿ Favoriser l'implication des personnes dans la vie locale et leur participation à des projets de territoire ✿ Favoriser leur participation à des actions intergénérationnelles, sport, culture, loisirs... ✿ Faciliter l'expression des usagers et leur compréhension des informations transmises (en prenant appui sur des expériences creusoises existantes (ex : actions réseau Bulles) |
| COMMENT | |
| <ul style="list-style-type: none"> ✿ Associer les personnes âgées ou personnes en situation de handicap à la conception et à la mise en œuvre des initiatives et actions engagées par les acteurs ✿ Recueillir la parole des usagers | |
| PILOTES DE L'ACTION | AVEC QUELS PARTENAIRES ? |
| <ul style="list-style-type: none"> ✿ Conseil Départemental | <p>Communes ESMS, SAAD Associations</p> |
| MISE EN ŒUVRE | CALENDRIER |
| <ul style="list-style-type: none"> ✿ Représentants des usagers à solliciter ✿ Groupe de travail | <p>Durée du schéma</p> |
| EVALUATION | |
| <p>Critères d'évaluation : Nombre d'ESMS participant à la démarche Nombres de collectivités locales participant par territoire (UTAS) Nombre de participants (usagers et professionnels) par territoire</p> | <p>Périodicité d'évaluation : Annuelle</p> |

Fiche action n° 2-1-2

Favoriser l'insertion des jeunes en situation de handicap dans une démarche inclusive

FONDEMENTS

Le passage des jeunes aux dispositifs d'accompagnement des adultes est une étape délicate, source parfois de rupture, notamment en matière d'insertion professionnelle.

Les échanges de bonnes pratiques entre professionnels et le maillage inter-associatif consolidé pendant la crise sanitaire invitent à un développement de réponses complémentaires au service du projet de vie des jeunes.

OBJECTIF STRATEGIQUE

- Prévenir les ruptures de parcours des jeunes en situation de handicap

OBJECTIF OPERATIONNEL

- Repérer les jeunes et définir leurs besoins pour un parcours inclusif mixant divers dispositifs
- Renforcer les réponses en milieu ordinaire
- Développer une collaboration rapprochée pour les jeunes à la croisée de plusieurs secteurs (ASE, handicap, sanitaire)

COMMENT

- Poursuivre la pleine mobilisation du SAVS
- Développer les places en SAMSAH et travailler l'adaptation générale de l'offre
- Poser la notion de parcours unique à la personne avec un coordonnateur désigné (celui qui est le mieux placé)
- Rendre effectif le suivi post orientation après l'orientation du jeune

PILOTES DE L'ACTION

- Conseil Départemental et ARS

AVEC QUELS PARTENAIRES ?

ESMS
Associations
Education Nationale

MISE EN OEUVRE

- Financement ARS et places SAMSAH

CALENDRIER

Durée du schéma

EVALUATION

Critères d'évaluation :

Nombre de jeunes inscrits dans une démarche inclusive
Taux de jeunes en insertion 2 ans après la sortie du dispositif enfant-adolescent

Périodicité d'évaluation :

Annuelle

ORIENTATION 2 – DIVERSIFIER LES REPONSES POUR DES PARCOURS DES PERSONNES COORDONNEES

Fiche action n° 2-2-1

Instaurer la coordination pour les situations complexes

FONDEMENTS

Le dispositif « Une réponse accompagnée pour tous » fait évoluer l'organisation et la coordination de tous les acteurs impliqués pour construire, avec les personnes ou leur famille, des solutions d'accompagnement. Il s'agit de permettre un parcours de vie sans rupture.

Le Plan d'Accompagnement Global (PAG) est un outil du Dispositif d'Orientement Permanent qui permet une évaluation approfondie de la situation de la personne, au-delà du handicap, pour une prise en charge globale et adaptée. La démarche requiert une fonction de coordonnateur de parcours.

Le secteur des personnes âgées est également concerné par la nécessité d'une coordination.

L'accès aux soins reste une problématique majeure en Creuse.

OBJECTIF STRATEGIQUE

- ✿ Coordonner les acteurs visant la recherche d'une complémentarité et le partage d'une stratégie commune d'intervention autour de situations et de problématiques
- ✿ Construire ensemble un service de qualité pour le bien-être des personnes et de leur entourage

OBJECTIF OPERATIONNEL

- ✿ Parcours santé complexe : accès aux soins DAC
- ✿ Instaurer le rôle de coordonnateur pour les situations complexes
- ✿ Créer des relais de proximité (MDPH, UTAS relais de la MDPH - MDA)

COMMENT

- ✿ Pallier l'absence de ressources ou réponses sur le territoire : DAC (dispositif d'appui à la coordination) - Dossier partagé pour PEC globale avec tous les professionnels de la santé
- ✿ Développer des outils : Dossier partagé PA = PAACO globule (peut être dossier unique de situations complexes - accès de la personne à ses infos en cours d'informatisation)
- ✿ Intégrer le volet sanitaire dans le dossier global de la personne handicapée : synergie MDPH – DAC
- ✿ Développer la télémédecine en cours de déploiement sur le champ PH (APAJH)
- ✿ S'appuyer sur les EHPAD qui vont être équipés de télémédecine et PAACO globule pour outil de coordination (dossier de la personne)
- ✿ Poursuivre la dynamique de la logique 360 pendant la crise = poursuivre la force du réseau en déterminant les porteurs et les ressources dédiées
- ✿ S'appuyer sur les territoires définis existants PH (SAVS) et sur les réseaux existants amplifiés pendant le COVID sur le secteur PH
- ✿ Intégrer les usagers dans le partage d'informations et prendre en compte la parole des usagers et de leurs familles dans la coordination du parcours et les préparations de projets

PILOTES DE L'ACTION

- ✿ ARS avec copilote CD / MDPH

AVEC QUELS PARTENAIRES ?

E-santé action

MISE EN OEUVRE

- ✿ Groupe de travail

CALENDRIER

2021-2022

EVALUATION

Critères d'évaluation :

Nombre de situations traitées par la PTA/nombre de PA + 75 ans
Délais de réponses PTA
Nombre de sollicitations des professionnels

Périodicité d'évaluation :

Annuelle

Fiche action n° 2-2-2

Soutenir l'insertion professionnelle par l'accompagnement social

FONDEMENTS

Le clivage SESSAD / SAVS persiste avec des professionnels qui « ne se reconnaissent pas ».
 Or les SESSAD et IME ont obligation de suivre les jeunes dans les 3 ans après la sortie.
 Il est régulièrement admis des difficultés de culture commune entre professionnels de l'enfance PH et professionnels adultes PH.
 Des difficultés de passerelles seraient établies entre les deux périodes.
 Comment aujourd'hui rendre réel le principe d'auto-détermination des personnes ?

OBJECTIF STRATEGIQUE

- ✿ Prévenir les ruptures de parcours des jeunes en situation de handicap
- ✿ Éviter les ruptures sur les périodes de transition et en particulier lors du passage au monde adulte
- ✿ Décloisonner les dispositifs et les professionnels

OBJECTIF OPERATIONNEL

- ✿ S'appuyer sur tous les dispositifs emploi et faciliter leur connaissance (information)
- ✿ Obligation de formation 16-18 ans
- ✿ Amener les professionnels à se former
- ✿ Commission de suivis des jeunes en scolarisation à la MDPH (unique en France)

COMMENT

- ✿ Traiter des amendements CRETON : limites de parcours
- ✿ Assurer un tuilage à 3 mois avant la sortie des SESSAD
- ✿ Développer les places en SAMSAH et l'adaptation globale de l'offre
- ✿ S'appuyer sur les SAVS pour accompagner
- ✿ Mettre en place l'obligation service de suite prévue dans les 3 ans de sortie du jeune
- ✿ Former les professionnels PH à la connaissance des dispositifs
- ✿ Poser la notion de parcours unique à la personne avec un coordonnateur désigné (le mieux placé)
- ✿ Commission

PILOTES DE L'ACTION

- ✿ Conseil Départemental et ARS

AVEC QUELS PARTENAIRES ?

ESMS
Associations

MISE EN OEUVRE

- ✿ Observation par la MDPH
- ✿ Réseau des associations du secteur PH

CALENDRIER

2023-2024

EVALUATION

Critères d'évaluation :

Nombre amendements Creton
 Nombre de suivis dans les 3 ans après l'orientation
 Nombre de suivis en accompagnement social

Périodicité d'évaluation :

Annuelle

Fiche action n° 2-2-3

Définir les contenus possibles des SAVS pour répondre à tous les besoins aux âges des personnes en situation de handicap

FONDEMENTS

Réponses en termes d'accompagnement très différentes selon les secteurs géographiques.
Des besoins différents tout au long du parcours.
L'accès à l'emploi et le caractère inclusif accélèrent l'accompagnement au domicile et dans l'emploi.

OBJECTIF STRATEGIQUE

- ✿ Prévenir les ruptures de parcours des jeunes en situation de handicap (est-ce un échec pour la personne)
- ✿ Mobiliser tous les dispositifs existants

OBJECTIF OPERATIONNEL

- ✿ Réponses diversifiées
- ✿ Sécurisations de tous les parcours possibles
- ✿ Accès à emploi possible
- ✿ Vision globale de la personne à la MDPH, guichet unique

COMMENT

- ✿ Développer SAVS et SAMSAH
- ✿ Décliner en diversité de contenus sur tous points pour améliorer la couverture départementale
- ✿ Repérer des interlocuteurs PH sur chaque territoire ayant toute la connaissance des réponses au niveau proximité de parents
- ✿ Passer l'information le plus tôt possible avant la majorité aux jeunes et aux parents pour leur permettre d'avancer sur leurs projets
- ✿ Interroger les réponses plus « institutionnelles » et traditionnelles

PILOTES DE L'ACTION

- ✿ Conseil Départemental et ARS

AVEC QUELS PARTENAIRES ?

Gestionnaires de tous les ESSMS (Associations, ...)

MISE EN OEUVRE

- ✿ Envisager des redéploiements progressifs de réponses classiques vers des réponses inclusives

CALENDRIER

2023-2024-2025

EVALUATION

Critères d'évaluation :

Nombre de places offertes en nouvelles réponses
Évolution à la hausse et à la baisse de toutes les places

Périodicité d'évaluation :

Annuelle

ORIENTATION 3 – POURSUIVRE LA RENOVATION DU SECTEUR ET ACCOMPAGNER LES PROFESSIONNELS

Fiche action n° 2-3-1

Accompagner l'adéquation territoriale des places aux besoins

FONDEMENTS

Des EHPAD ont des taux d'occupation en baisse.

Des besoins de réponses souples non-Etablissements se multiplient (territoire 100 % inclusif).

Les besoins s'expriment sur des secteurs géographiques où les EHPAD ont de bons taux d'occupation.

Des établissements du secteur du handicap sont aussi concernés par la démarche d'adaptation et d'adéquation de l'offre.

OBJECTIF STRATEGIQUE

- ✿ Développer une offre de soutien et de répit par territoire
- ✿ Renforcer le soutien des proches aidants
- ✿ Adapter l'offre aux réalités actuelles et futures

OBJECTIF OPERATIONNEL

- ✿ Répits par le remplacement des accueillants familiaux
- ✿ Offrir de l'hébergement temporaire lié aux répits
- ✿ Transformer l'offre de lits et des solutions nouvelles au plus près des besoins

COMMENT

- ✿ Accompagner la transformation des établissements concernés par des baisses d'activités
- ✿ Définir le contenu des nouvelles réponses
- ✿ Développer l'ingénierie et l'aide à la redéfinition des projets d'établissement des structures

PILOTES DE L'ACTION

- ✿ Conseil Départemental, ARS

AVEC QUELS PARTENAIRES ?

Organismes gestionnaires
Communes
MDPH

MISE EN OEUVRE

- ✿ Groupe de travail établissements-associations

CALENDRIER

Durée du schéma

EVALUATION

Critères d'évaluation :

Nombre de réponses alternatives mises en œuvre
Nombre de places redéployées
Nombre de nouvelles réponses
Nombre de personnes accompagnées en file active

Périodicité d'évaluation :

Annuelle

Fiche action n° 2-3-2

Favoriser les rencontres et informations entre acteurs

FONDEMENTS

Les professionnels intervenants dans le champ du handicap et des personnes âgées, relèvent de disciplines différentes. Les statuts divers (FPH, FPT, associatifs) induisent des politiques de formation spécifiques à chaque filière. A cela s'ajoute la place des bénévoles qui ne peuvent pas partager les formations des professionnels.

OBJECTIF STRATEGIQUE

- ✿ Développer des actions de formation transverses entre le secteur des personnes âgées et le secteur du handicap sur des problématiques communes (bienveillance, vieillissement, handicap psychique, ...)

OBJECTIF OPERATIONNEL

- ✿ Faciliter les échanges entre professionnels
- ✿ Mobiliser toutes les opérations existantes
- ✿ Apporter des informations à tous

COMMENT

- ✿ A l'appui du réseau, créer des événements annuels d'échange et de présentation des actions
- ✿ Proposer des formations communes aux professionnels, aux personnes ressources pour les mettre en relations avec les professionnels de secteurs
- ✿ Mobiliser la semaine pour l'emploi de la personne handicapée : diffusion d'informations
- ✿ Créer un forum lié au handicap (avec des personnels médicaux, médico-sociaux, l'accompagnement à l'emploi...) : événement des acteurs, professionnels et usagers

PILOTES DE L'ACTION

- ✿ Conseil Départemental, DEETS
- ✿ MDPH

AVEC QUELS PARTENAIRES ?

Associations
Usagers et associations
Bénévoles

MISE EN OEUVRE

- ✿ Première série d'évènements 2021
- ✿ Définir un comité d'organisation

CALENDRIER

Un évènement annuel et pendant la durée du schéma

EVALUATION

Critères d'évaluation :

Nombre de rencontres organisées
Enquête de satisfaction

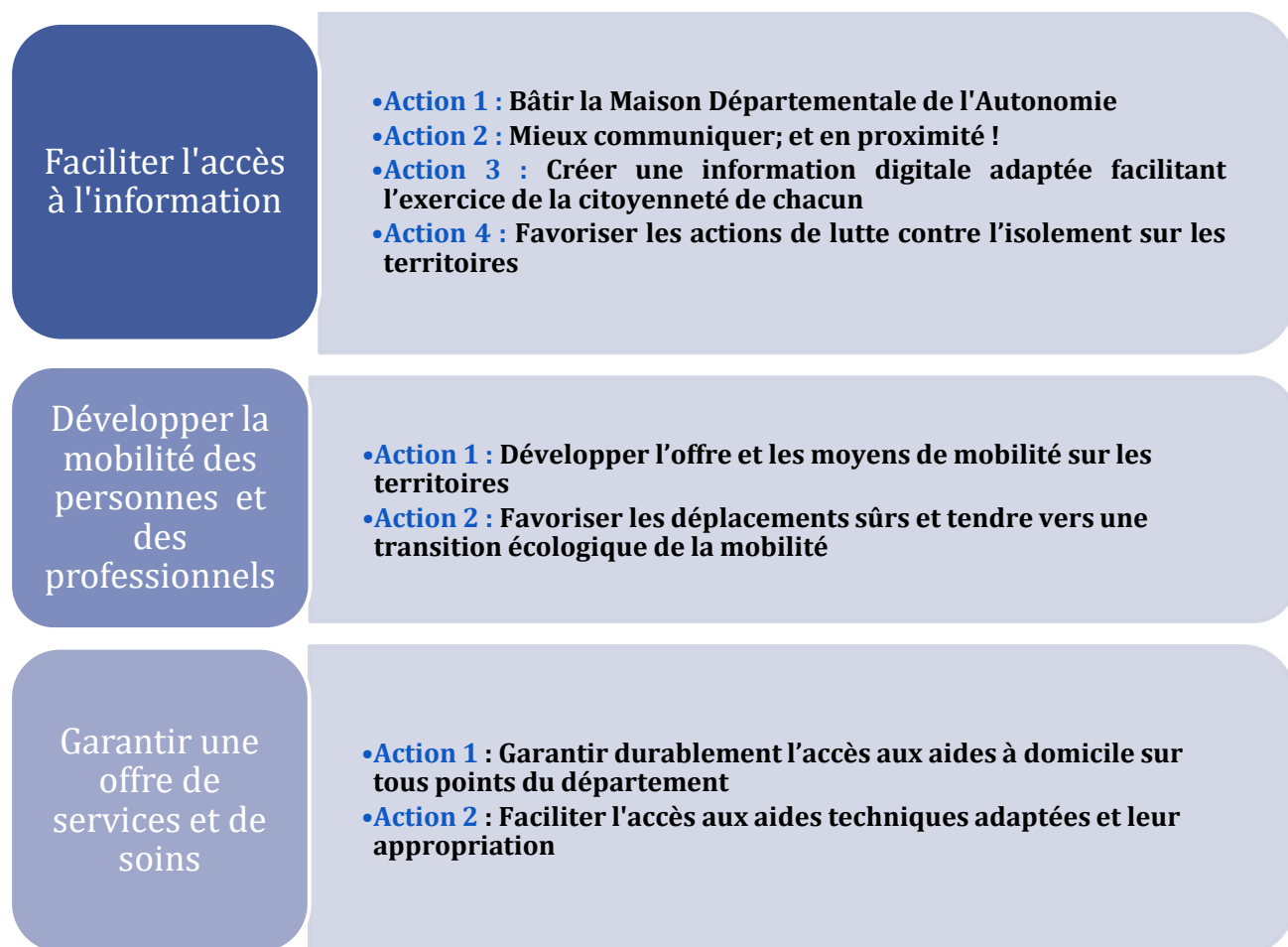
Périodicité d'évaluation :

Annuelle

Axe 3 : AGIR SUR LA PREVENTION

Vivre dans un village de Creuse pour une personne âgée ou en situation de handicap est un choix de vie partagé par le plus grand nombre et qui implique la persistance de liens sociaux pour lutter contre l'isolement, de pouvoir compter sur un réseau d'information accessible, réactif et disponible, reposant sur des personnes en situation de rencontres réelles et non seulement virtuelles. Mais vivre à domicile implique de pouvoir disposer d'un habitat adapté, de pouvoir se déplacer pour accéder aux services et commerces de proximité. Ce choix également nécessite de pouvoir disposer de la permanence des services à domicile et de l'accès durable et effectif aux dispositifs de prévention et de soins.

Cet axe comprend 3 orientations et 8 actions associées :



ORIENTATION 1 - FACILITER L'ACCES A L'INFORMATION

Fiche action n° 3-1-1

Bâtir la Maison Départementale de l'Autonomie

FONDEMENTS

La loi d'adaptation de la société au vieillissement a ouvert la porte à la création d'une maison départementale de l'autonomie et à sa labellisation.

Cette orientation a été réaffirmée au Conseil d'Administration de la CNSA début 2021 comme étant une priorité nationale pour 2022.

OBJECTIF STRATEGIQUE

- ✿ Permettre aux usagers de repérer facilement les bons interlocuteurs
- ✿ Rapprocher les dispositifs d'information, d'accueil et d'évaluation de la situation des personnes âgées ou handicapées
- ✿ Renforcer le pilotage de la politique de l'autonomie en développant les liens et les partenariats avec les acteurs institutionnels ou associatifs du secteur.

OBJECTIF OPERATIONNEL

- ✿ Permettre le traitement optimisé des droits de l'utilisateur
- ✿ Offrir un accueil territorialisé, au plus près des usagers
- ✿ Renforcer la démarche de concertation des acteurs favorisant le réseau et la pleine connaissance des fonctions de chacun

COMMENT

- ✿ Instaurer des personnes ressources en proximité pour aider, renseigner, orienter, accompagner les personnes vers les dispositifs et aides
- ✿ Fédérer les acteurs de la politique de l'autonomie pour une action concertée associant les communes et intercommunalités
- ✿ Former les personnes ressources
- ✿ Associer tous les acteurs du territoire concerné et leur permettre des rencontres régulières

PILOTES DE L'ACTION

- ✿ Département de la Creuse, MDPH

AVEC QUELS PARTENAIRES ?

Mairies
Associations
Services du Département (UTAS comme relai de proximité)

MISE EN OEUVRE

- ✿ Déterminer les lieux d'implantation
- ✿ Positionner des personnes ressources
- ✿ Former les personnes et les accompagner dans la qualité de l'accueil

CALENDRIER

2022

EVALUATION

Critères d'évaluation :

Nombre de contacts et accueils réalisés
Nombre de lieux ressources PA / PH
Enquêtes de satisfaction

Périodicité d'évaluation :

Annuelle

Fiche action n° 3-1-2
Mieux communiquer ; et en proximité !

FONDEMENTS

La diversité des acteurs et l'émergence régulière de nombreux dispositifs requièrent une adaptation continue de la diffusion de l'information pour faciliter l'accès aux droits, la vie sociale des personnes âgées ou en situation de handicap, des familles et des aidants.

Cette adaptation doit répondre à un objectif de société plus inclusive, facilitant un accès à l'information dans la stratégie nationale d'une réponse adaptée pour tous.

OBJECTIF STRATEGIQUE

- ✿ Améliorer les outils de communication existants
- ✿ Faciliter l'accès aux informations des personnes et des aidants
- ✿ Éviter les ruptures de parcours

OBJECTIF OPERATIONNEL

- ✿ Adapter les documents aux publics visés
- ✿ Développer le partage d'information entre aidants et dispositifs associatifs pour un meilleur repérage des besoins
- ✿ S'assurer que l'utilisateur soit informé de ses droits, à chaque étape de son dossier en partenariat avec tous les acteurs concernés

COMMENT

- ✿ Créer un guichet unique et des antennes relais dans les territoires (s'appuyer sur les bénévoles, les élus et les services de proximité pour relayer l'information)
- ✿ Créer des supports en recherchant leur harmonisation (créer un portail numérique notamment)
- ✿ Utiliser la méthode FALC (Facile à Lire et à Comprendre) dans les communications
- ✿ Déterminer les circuits de diffusion pertinents afin de rendre les actions plus lisibles et plus accessibles pour les usagers

PILOTES DE L'ACTION

- ✿ Conseil Départemental / MDPH

AVEC QUELS PARTENAIRES ?

Responsables d'établissements et services
 Communes et CCAS
 CDCA et bénévoles
 Mandataires judiciaires
 Tous les partenaires de l'autonomie

MISE EN ŒUVRE

- ✿ Recensement des informations dès l'adoption du schéma

CALENDRIER

Durée du schéma

EVALUATION

Critères d'évaluation :

- Nombre de points ressources développés
- Nombre de personnes accueillies
- Nombre de supports créés ou améliorés
- Nombre d'actions ou de campagnes de communication
- Enquête de satisfaction

Périodicité d'évaluation :

Annuelle

Fiche action n° 3-1-3

Créer une information digitale adaptée facilitant l'exercice de la citoyenneté de chacun

| FONDEMENTS | |
|--|---|
| <p>La perte ou le manque d'autonomie aggrave l'isolement et conduit au repli et à l'invisibilité sociale. Une meilleure accessibilité aux dispositifs d'information favorisant l'accès aux droits des personnes âgées et des personnes en situation de handicap et de leur famille est une des missions premières des acteurs publics et de leurs partenaires au contact des publics.</p> | |
| OBJECTIF STRATEGIQUE | OBJECTIF OPERATIONNEL |
| <ul style="list-style-type: none"> Prévenir les situations de rupture en luttant contre les facteurs d'isolement | <ul style="list-style-type: none"> Utiliser la transition numérique pour apporter des services d'informations adaptés aux personnes Lutter contre la fracture numérique |
| COMMENT | |
| <ul style="list-style-type: none"> Aider à l'achat du matériel numérique et à son utilisation (Conseillers numériques) Faire un inventaire de l'existant et éventuellement diversifier les supports d'information : appli « Creuse infos » des services existants et l'actualité animations... Mobiliser la conférence des financeurs pour initier des projets et actions nouvelles | |
| PILOTES DE L'ACTION | AVEC QUELS PARTENAIRES ? |
| <ul style="list-style-type: none"> Conseil Départemental | CNSA Associations/ CDCA / CREA Etat PPC Réseau des acteurs du numérique |
| MISE EN OEUVRE | CALENDRIER |
| <ul style="list-style-type: none"> Cahier des charges de l'applicatif Benchmark | 2025 |
| EVALUATION | |
| Critères d'évaluation : Application créée Informations remontées dans l'application Abonnés à l'application | Périodicité d'évaluation : Annuelle |

Fiche action n° 3-1-4

Favoriser les actions de lutte contre l'isolement sur les territoires

FONDEMENTS

La perte ou le manque d'autonomie, les besoins d'accessibilité et l'insuffisance des moyens de mobilité renforcent l'isolement.

Les réseaux de solidarité familiale et de voisinage résistent mal aux évolutions sociétales et à la dispersion des familles, même si la Creuse est encore un peu protégée.

La solitude subie induit fortement une perte d'estime de soi, et peut conduire au repli et à l'invisibilité sociale.

OBJECTIF STRATEGIQUE

☀ Prévenir les situations de rupture en luttant contre les facteurs d'isolement

OBJECTIF OPERATIONNEL

☀ Structurer et mobiliser un réseau d'acteurs, élus communaux, associations, équipes sociales et médicosociales, services de proximité...

COMMENT

- ☀ Accompagner les démarches de type MONALISA
- ☀ Favoriser toutes les initiatives locales et créer une appli permettant de réunir toutes les informations en continu et de se saisir de toutes les informations permettant de lutter contre l'isolement
- ☀ Mobiliser la Conférence des Financeurs pour initier des projets et actions nouvelles

PILOTES DE L'ACTION

☀ Mobilisation 23

AVEC QUELS PARTENAIRES ?

Associations
CDCA
Représentants des usagers
Conseil Départemental
Domocreuse Assistance

MISE EN OEUVRE

- ☀ Poursuite des initiatives en cours
- ☀ Déployer les réseaux de proximité

CALENDRIER

Durée du schéma

EVALUATION

Critères d'évaluation :

Nombre de réseaux de proximité
Nombre de visites et rencontres initiatives

Périodicité d'évaluation :

Annuelle

ORIENTATION 2 – DEVELOPPER LA MOBILITE DES PERSONNES

Fiche action n° 3-2-1

Développer l'offre et les moyens de mobilité sur les territoires

FONDEMENTS

Les situations d'isolement se voient renforcées par les problématiques de mobilité, notamment en zone rurale. L'absence de réponse adaptée à la demande des personnes en perte ou manque d'autonomie constitue des freins à la mobilité de ces populations.

Les solutions partielles qui existent couvrent une partie réduite du territoire départemental.

OBJECTIF STRATEGIQUE

- ✿ Développer les initiatives permettant d'améliorer la mobilité des personnes âgées et/ou en situation de handicap

OBJECTIF OPERATIONNEL

- ✿ Coordonner des regroupements d'ESMS pour la gestion de transports individuels
- ✿ Favoriser la mutualisation des moyens de transports des ESMS
- ✿ Création d'un réseau de co-voiturage sur la Creuse

COMMENT

- ✿ Recenser les flottes disponibles
- ✿ Favoriser le co-voiturage solidaire de proximité
- ✿ Identifier des bénévoles « retraités » afin de créer un réseau de chauffeurs bénévoles utilisant leurs propres voitures
- ✿ Inventaire des réseaux de co-voiturage locaux

PILOTES DE L'ACTION

- ✿ Conseil Départemental
- ✿ EPCI

AVEC QUELS PARTENAIRES ?

ESMS
Associations
Caisses de retraites (chèques services)

MISE EN OEUVRE

- ✿ État des lieux sur expérimentations et avec les associations puis appel à projets

CALENDRIER

Étape 1 en 2022-2023 et suivi des expériences dès 2024

EVALUATION

Critères d'évaluation :

Nombre de réponses créées
Nombre trajets réalisés

Périodicité d'évaluation :

Bi annuelle

Fiche action n° 3-2-2
**Favoriser les déplacements sûrs
 et tendre vers une transition écologique de la mobilité**

FONDEMENTS

Avec plus de 3 millions de kilomètres réalisés chaque année par les intervenants à domicile, la mobilité est une composante essentielle du métier d'aide à domicile dans un département rural à l'habitat dispersé comme la CREUSE.

Une enquête de besoins réalisés auprès des aides à domicile a permis de confirmer l'opportunité d'engager une réflexion spécifique portant sur la mise en place d'une flotte de véhicules en location à conditions préférentielles.

OBJECTIF STRATEGIQUE

- ✿ Renforcer l'attractivité des métiers du domicile
- ✿ Permettre l'accès à l'emploi à des personnes aujourd'hui non recrutées faute de véhicule
- ✿ Fluidifier la continuité de service

OBJECTIF OPERATIONNEL

- ✿ Expérimenter (2 à 3 ans) le déploiement d'une flotte de véhicules en location à destination des aides à domicile

COMMENT

- ✿ Évaluer le parc SAAD
- ✿ Étudier les temps de trajets mensuels
- ✿ Établir le diagnostic des usages des véhicules pour les déplacements
- ✿ Recherches des partenariats pour mutualiser la négociation des véhicules et services associés à une échelle inter-départementale
- ✿ Créer un poste de gestionnaire de parc

PILOTES DE L'ACTION

- ✿ Conseil Départemental

AVEC QUELS PARTENAIRES ?

CNSA
 Conseil Régional
 Maison de l'Emploi et de la Formation de la CREUSE (MEF 23)

MISE EN OEUVRE

- ✿ Recrutement du gestionnaire de parc et lancement d'une consultation pour le choix de l'enseigne qui équipera les aides à domicile

CALENDRIER

Durée du schéma

EVALUATION

Critères d'évaluation :

Nombre de véhicules déployés

Evaluation de la démarche par un cabinet

Périodicité d'évaluation :

Annuelle

ORIENTATION 3 – GARANTIR UNE OFFRE DE SERVICES ET DE SOINS

Fiche action n° 3-3-1

Garantir durablement l'accès aux aides à domicile sur tous points du département

FONDEMENTS

Le vieillissement de la pyramide des âges des aides à domicile ainsi que le manque d'attractivité du métier deviennent problématiques. L'insuffisance de réactivité dans la mise en place des interventions ou des adaptations des plans d'aide ne se limite plus à la seule période des congés estivaux. Sans pour autant observer pour l'heure le phénomène de désert médico-social de l'accompagnement constaté par plusieurs fédérations du secteur, la situation est préoccupante.

OBJECTIF STRATEGIQUE

☀ Renforcer durablement l'attractivité des métiers de l'aide à domicile

OBJECTIF OPERATIONNEL

☀ Permettre un choix éclairé de l'utilisateur concernant le mode d'intervention des aides à domicile, la responsabilité de la fonction d'employeur

COMMENT

- ☀ Développer une politique de recrutement innovante en direction des aides à domicile (y compris pour les salariés du particulier employeur)
- ☀ Poursuivre la valorisation des métiers
- ☀ Veiller à adapter l'offre aux besoins
- ☀ Établir un état des lieux portant sur l'activité prestataire et l'emploi direct et engager une réflexion sur la répartition des heures

PILOTES DE L'ACTION

- ☀ Conseil Départemental
- ☀ DDETS

AVEC QUELS PARTENAIRES ?

CDCA
Conseil Régional
CNSA
GEMS 23

MISE EN OEUVRE

- ☀ État des lieux
- ☀ Cartographie zones prioritaires

CALENDRIER

2022
Durée du schéma

EVALUATION

Critères d'évaluation :

Nombre de recrutements, de formations
Délais de mise en place des plans d'aide
Taux d'effectivité

Périodicité d'évaluation :

Annuelle

Fiche action n° 3-3-2

Faciliter l'accès aux aides techniques adaptées et leur appropriation

FONDEMENTS

L'adaptation de l'environnement des personnes en perte d'autonomie permet et améliore le maintien à domicile et la participation à la vie sociale. Si le logement est effectivement central quant à cette adaptation, les aides techniques y contribuent également et peuvent retarder, voire prévenir les conséquences de la perte d'autonomie.

Elles sont définies comme étant tout équipement, instrument, dispositif, système technique ou logiciel adapté ou spécialement conçu pour prévenir ou compenser une limitation d'activité. Elles peuvent permettre et améliorer la mobilité (dans et hors logement), les actes du quotidien, la sécurité, la qualité des prises en charge par les aidants professionnels et/ou familiaux. Elles favorisent également la vie sociale.

Le Conseil Départemental, de par sa place centrale quant à la thématique de la perte d'autonomie et de sa prévention peut encourager et permettre une structuration de l'ensemble des informations, de l'offre disponible et de l'accompagnement associé.

OBJECTIFS STRATEGIQUES

- Encourager les dynamiques de réseau, de mises en relation, d'accompagnements, et toutes initiatives en lien avec la vulgarisation du recours aux aides techniques.

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- Proposer une information claire et accessible au public
- Encourager l'accès aux aides techniques sur un versant de prévention
- Améliorer les outils des professionnels pour leurs préconisations
- Partager les informations quant aux aides financières des différents dispositifs et simplifier si possible, les circuits, procédures en lien
- Proposer des accompagnements d'appropriation en fonction du besoin et optimiser l'adaptation des aides techniques
- Favoriser la structuration d'une offre de qualité, rationnelle, dans une logique de développement durable
- Intégrer les nouvelles technologies dans l'ensemble de la démarche.



COMMENT

S'appuyer sur les préconisateurs et les aidants professionnels, les représentants des usagers et les associations en lien avec le public âgé ou en situation de handicap pour :

- Définir une stratégie d'accès à l'information par le public.
- Proposer un partage d'information, des formations... selon les besoins.
- Recenser et analyser les initiatives et offres existantes, en Creuse et ailleurs, tant sur un aspect technique que sur l'accompagnement à l'appropriation par des professionnels (ergothérapeute par exemple).
- Utiliser la conférence des financeurs pour cibler les besoins non couverts, pour le public âgé.

PILOTES DE L'ACTION

AVEC QUELS PARTENAIRES ?

| | |
|---|---|
|  Conseil Départemental | Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie ARS Préconisateurs et aidants professionnels Représentants des usagers et de leurs aidants Délégation service public Domocreuse assistance Tous « fournisseurs » d'aides techniques en Creuse (pharmacies...) |
| MISE EN OEUVRE | CALENDRIER |
|  2022-2027 | Toute la durée du schéma (étapes à définir selon le diagnostic ; évolution procédures, campagne d'information, expérimentations, création de réseaux ou plateforme...) |
| EVALUATION | |
| Critères d'évaluation : Indicateurs recensés et définis dans le cadre du diagnostic, évolution des demandes d'aides financières ou de prises en charge. | Périodicité d'évaluation : Annuelle |

C. MISE EN ŒUVRE DU SCHEMA

Tous les partenaires s'accordent sur le fait que la Creuse a toujours été un territoire innovant et riche d'initiatives préfiguratrices.

Aujourd'hui ils notent une difficulté à mettre en œuvre des dispositifs nationaux « descendants » et à maintenir une visibilité sur le déploiement des actions appelées collectivement et décidées par les autorités.

Aussi afin de fédérer véritablement autour du schéma, qui reste un outil stratégique, la définition des modalités de mise en œuvre, les méthodes retenues, dont la participation des partenaires sont des leviers déterminants.

Par ailleurs, la capacité à actionner les premières actions dès 2022 sera un signal attendu.

Le territoire de la Creuse doit rester un laboratoire de l'initiative pour les personnes en situation de fragilité. De nouvelles adaptations, de nouvelles pratiques managériales (plus transversales, plus partenariales, avec plus d'autonomie etc...), de nouvelles capacités de projection et d'orientation des réponses à apporter doivent demeurer une force active des réflexions des partenaires.

UNE GOUVERNANCE PORTEE PAR LE CDCA

Le CDCA semble l'instance la plus appropriée pour jeter un regard probant sur la politique mise en œuvre dans le cadre du Schéma pour l'Autonomie du Département de la Creuse et de ses partenaires.

Le bureau plénier de cette instance, élargi à tous les partenaires représentant les acteurs de la politique autonomie, sera chargé annuellement d'étudier l'avancement des travaux et des objectifs fixés.

Il suivra également les actions proposées par les acteurs dans le cadre de plans nationaux.

COMITE DE PILOTAGE

Le comité de pilotage réuni lors de l'élaboration du schéma se réunit deux fois par an pour prendre connaissance de l'état d'avancement. Il produit un document de synthèse annuel présenté en commission autonomie de suivi annuelle.

Il peut réunir les pilotes des actions désignées afin d'établir les modalités de mise en œuvre, lever les freins et agir sur la faisabilité le plus régulièrement possible.

Les documents de synthèse lui sont remis une semaine avant sa tenue.

UNE ANIMATION DU SCHEMA CONTINUE

UN PILOTE POUR CHAQUE ACTION

Comme indiqué dans les fiches actions, un pilote est désigné au lancement du schéma.

Son rôle est de favoriser la mise en place, réunir les acteurs, veiller aux validations et décisions correspondantes dans les délais prévus...Le pilote est un facilitateur et un lanceur d'alerte sur les difficultés rencontrées. Il est à l'écoute des partenaires dans le domaine sur lequel il est mandaté.

Une lettre de mission formalisera cette responsabilité.

UN INTERLOCUTEUR SCHEMA AUTONOMIE DESIGNE

Chargé du suivi de la mise en place de toutes les fiches actions, un interlocuteur autonomie « technique » est désigné au sein des services du Conseil Départemental. Son rôle est de coordonner la mise en place des fiches actions et d'aider les pilotes à la mise en place des actions votées.

Il est habilité à interroger régulièrement chaque pilote pour faire le point sur l'état d'avancement, les difficultés rencontrées et les inflexions apportées à la réalisation des opérations, à suivre l'évolution des indicateurs mentionnés dans les fiches-actions.

Il prépare les documents du comité de pilotage puis la commission annuelle de suivi.

UN PILOTAGE UNIQUE DE LA POLITIQUE AUTONOMIE

L'organisation historique des services du Conseil Départemental s'appuyait sur plusieurs directions pour traiter des dispositifs relevant de l'autonomie. Afin de clarifier le pilotage de cette politique ambitieuse et de la rendre plus lisible, une direction autonomie unique sera créée afin de porter l'ensemble de cette politique et de faciliter les interactions avec les partenaires.

La MDPH, intégrée à cette direction de l'autonomie, sera en capacité d'apporter tous ses outils en termes d'observatoire et de coordination. En effet, elle devra mener une réflexion afin d'adapter son format à l'autonomie et d'offrir un guichet unique départemental à tous les publics relevant de cette politique.

UNE EVALUATION CONTINUE

Une évaluation sera initiée dès le début du schéma et constituera la préparation du prochain schéma. Cette démarche veillera à consolider la liste des indicateurs, voire à les compléter.

L'ensemble de ces indicateurs constituera un tableau de bord, susceptible d'éclairer l'ensemble des politiques départementales en matière d'autonomie.

L'évaluation continuera à s'appuyer, comme pendant la réalisation du schéma sur les représentants des usagers.

AAH

L'Allocation aux Adultes Handicapés permet de garantir un revenu minimum aux personnes handicapées. Elle est attribuée aux personnes atteintes d'un taux minimum d'incapacité et disposant de ressources modestes afin de leur assurer une certaine autonomie financière.

La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ouvre les droits et la CAF et vérifie les conditions administratives avant son versement.

ACTP

L'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne

Permet aux personnes handicapées d'assumer les frais liés à l'intervention d'une tierce personne pour les aider dans les actes essentiels de la vie quotidienne. Elle a été remplacée par la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) depuis le 1er janvier 2006. Les personnes qui bénéficiaient de l'ACTP avant 2006 peuvent choisir de continuer à la percevoir si elles remplissent les conditions d'attribution.

AEEH

L'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé est versée par la CAF. Les droits sont ouverts par la CDAPH. Elle est destinée à compenser les frais supportés par toute personne ayant à sa charge un enfant ou un adolescent handicapé.

Elle se compose d'une allocation de base et de 6 compléments éventuels.

AGGIR

La grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources) permet d'évaluer le niveau de perte d'autonomie physique ou psychique d'une personne.

Cette évaluation est nécessaire pour l'attribution de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) et la fixation de son montant. Cette grille nationale d'évaluation permet de répartir les degrés de perte d'autonomie en six groupes nommés GIR (Groupes Iso Ressources). Ils correspondent à des besoins d'aides et de soins. Le niveau 1 (GIR 1) est le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le niveau 6 (GIR 6) est le plus faible.

Seules les personnes dont la perte d'autonomie est évaluée en GIR 1 à 4 sont éligibles à l'APA.

Aidant

Un aidant est une personne non professionnelle qui vient en aide, à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne.

Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non et peut prendre plusieurs formes, notamment : nursing, soins, accompagnement à l'éducation et à la vie sociale, démarches administratives, coordination, vigilance permanente, soutien psychologique, communication, activités domestiques...».

Source : Charte européenne de l'aidant familial, Coface 2007.

Aide à Domicile

Mode d'intervention de personnes qualifiées auprès de familles, de personnes âgées, de personnes handicapées ou malades qui se trouvent dans l'incapacité d'accomplir certaines tâches de la vie courante.

Ces interventions sont généralement effectuées par des SAAD (Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile) lorsqu'elles s'inscrivent dans un cadre d'accompagnement médico-social, par des SPASAD (soins infirmiers + aide à domicile) ou des SSIAD (soins infirmiers).

AJ

L'accueil de jour est un service proposé par des établissements spécialisés, il réalise un accompagnement individualisé ayant pour objectif de permettre aux personnes en perte d'autonomie de rester le plus longtemps possible dans leur cadre de vie habituel.

Les personnes âgées ou handicapées qui vivent chez elles peuvent y être accueillies une à plusieurs journées par semaine. Fréquenter un accueil de jour permet de préserver son autonomie grâce aux activités adaptées proposées.

Ces temps passés hors du domicile contribuent également à rompre l'isolement et à permettre aux proches aidants de dégager du temps pour leurs propres occupations.

Amendement Creton

L'Article 22 de la Loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 crée l'alinéa dit "amendement Creton".

Ce dispositif législatif permet le maintien temporaire dans leur établissement de jeunes handicapés atteignant l'âge de 20 ans lorsqu'ils ont une orientation par la CDAPH vers un établissement pour adultes mais sont dans l'attente d'une place.

ANAH

L'Agence Nationale de l'Habitat est un établissement public placé sous la tutelle des ministères en charge de la cohésion des territoires et des Relations avec les collectivités territoriales, de l'Action et des Comptes publics. Sa mission est d'améliorer le parc de logements privés existants.

L'ANAH accorde des aides financières pour travaux sous conditions à des propriétaires occupants, bailleurs et copropriétés en difficulté. Elle est partenaire des collectivités territoriales pour des opérations programmées (OPAH), et opérateur de l'État dans la mise en œuvre de plans nationaux.

ANESM

Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements Sociaux et Médico-sociaux : créée par la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 sous la forme d'un GIP, l'Anesm est née de la volonté des pouvoirs publics d'accompagner les établissements et services sociaux et médico-sociaux dans la mise en œuvre de l'évaluation interne et externe, instituée par la Loi du 2 janvier 2002.

Depuis le 1er avril 2018, les missions de cette agence sont officiellement transférées à la **Haute Autorité de Santé (HAS)**.

Les deux principales missions de l'Agence sont de fournir aux ESMS les conditions pour que l'évaluation de leurs activités et de la qualité de leurs prestations soient mises en œuvre et que les autorités qui les ont autorisées soient destinataires de ces résultats.

Ce dispositif est par ailleurs directement connecté à la décision de renouvellement de l'autorisation de l'établissement ou du service. L'agence publie dans cette optique des RBPP (Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles).

APA

Allocation Personnalisée d'Autonomie : allocation attribuée, par le Département, aux personnes âgées d'au moins 60 ans qui se trouvent en situation de perte d'autonomie, nécessitant une aide pour l'accomplissement des actes de la vie courante.

L'APA concerne à la fois les personnes âgées résidant à domicile et celles demeurant en établissement. L'attribution de l'APA n'est pas soumise à une condition de ressources mais le montant de la somme perçue dépend du niveau du revenu.

L'Allocation personnalisée d'autonomie a remplacé la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) depuis le 1er janvier 2002. L'APA ne fait l'objet d'aucun recours sur la succession, donation ou legs. Elle prend la forme d'un plan d'aide.

ARS

Agences Régionale de Santé : créées par la Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, les Agences Régionales de Santé ont pour but d'unifier et de piloter les politiques de santé à l'échelle d'une région pour en améliorer l'efficacité.

Les compétences médico-sociales de l'ancienne DDASS ont été centralisées dans cette institution. Ce sont des établissements publics, autonomes moralement et financièrement, placés sous la tutelle des ministères charges des affaires sociales et de la santé. Chaque département dispose d'une délégation départementale.

AS

Aide Sociale

ASH

Les personnes âgées hébergées en établissement ou en accueil familial qui ont des ressources inférieures au montant des frais d'hébergement peuvent faire une demande d'**Aide Sociale à l'Hébergement** auprès du Département.

Ce dernier prend en charge la différence entre le montant de la facture et la contribution du résident, voire de ses obligés alimentaires. Ces derniers peuvent être mis à contribution pour financer une partie des frais d'hébergement en maison de retraite d'un proche si celui-ci ne peut pas payer l'intégralité de la facture.

L'ASH est une avance récupérable du vivant ou au décès de son bénéficiaire.

Bénéficiaire d'une allocation

Correspond à la personne qui ouvre droit à une prestation. Cette personne peut être soit l'allocataire, le conjoint ou le(s) enfant(s) à charge.

CAF CNAF

Caisse d'Allocations Familiales.

Caisse Nationale d'Allocations Familiales.

CARSAT

Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail.

CASF

Code de l'Action Sociale et des Familles.

CAUE

Le CAUE (**Conseil d'Architecture, d'Urbanisme et de l'Environnement**) est un organisme investi d'une mission d'intérêt public.

Il a pour objectif de promouvoir la qualité de l'architecture, de l'urbanisme et de l'environnement dans le territoire départemental. L'architecture, les paysages et le patrimoine sont d'intérêt public.

C'est un organe de concertation entre les acteurs impliqués dans la production et la gestion de l'espace rural et urbain.

CCAS ou CIAS

Centre Communal (ou Intercommunal) d'Action Sociale :

Le CCAS est un établissement public communal qui intervient dans les domaines de l'aide sociale légale et facultative, ainsi que dans les actions et activités sociales.

Sa compétence s'exerce sur le territoire de la commune (ou intercommunalité selon les cas) à laquelle il appartient.

CDAPH

La **Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées** a été créée par la Loi du 11 février 2005. Elle succède ainsi à la CDES et à la COTOREP depuis le 1er janvier 2006 et siège au sein des MDPH.

A l'issue d'une évaluation par l'équipe pluridisciplinaire, elle prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne en situation de handicap, notamment en matière d'attribution de prestations et d'orientation vers des dispositifs spécialisés.

CDCA

Les **Conseils Départementaux de la Citoyenneté et de l'Autonomie** sont une nouvelle instance consultative présidée par les présidents des conseils départementaux.

Ils renforcent la démocratie participative au niveau local et facilitent la co-construction des politiques publiques territoriales en concertation avec les usagers et leurs proches, les représentants institutionnels locaux et les professionnels du secteur de l'âge et du handicap.

Le CDCA est présidé par le président du Conseil Départemental, et composé de représentants des personnes âgées et des personnes handicapées, mais aussi de représentants des acteurs en relation avec celles-ci (public ou privé, entreprises, associations, ...).

Le CDCA a pour mission d'assurer la participation des personnes âgées et des personnes handicapées à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de l'autonomie à l'échelle du département. Le CDCA reprend et complète les missions du CDCPH.

CH

Centre Hospitalier.

CIAS

Centre Intercommunal d'Action Sociale. Voir CCAS.

CLIC

Le CLIC (**Centre Local d'Information et de Coordination**) est un guichet d'accueil de proximité, d'information, de conseil et d'orientation destiné aux personnes âgées et à leur entourage.

Il rassemble toutes les informations susceptibles d'aider les personnes âgées dans leur vie quotidienne.

CNSA

La **Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie** est un établissement public national à caractère administratif, créé par la Loi du 30 juin 2004.

Elle a pour rôle d'animer la politique de compensation de la perte d'autonomie et d'en garantir l'application égale sur tout le territoire dans le cadre d'une convention d'objectifs et de gestion passée avec l'État.

La CNSA est à la fois une « caisse » chargée de répartir les moyens financiers et une « agence » d'appui technique. Ses missions sont :

- de contribuer au financement de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées,
- d'assurer la répartition équitable sur le territoire national de l'Objectif Général de Dépenses (OGD), qui regroupe les dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) dédiées aux établissements et services médico-sociaux et le produit de la Contribution Solidarité Autonomie (CSA),
- d'assurer un rôle d'expertise technique (référentiels nationaux d'évaluation des déficiences et de la perte d'autonomie);
- d'élaborer des documents de planification des besoins que constituent les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie - PRIAC);
- de diffuser l'information et de conseiller sur les aides techniques,
- d'assurer un rôle d'animation avec les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH).

CPAM

Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

CPOM

Le **Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens** est le contrat par lequel un organisme gestionnaire d'établissements ou service sociaux ou médico-sociaux s'engage auprès d'une autorité de tarification (ARS et/ou Conseil Départemental) sur une période pluriannuelle pour, en fonction des objectifs (activité, qualité de l'accompagnement...) poursuivis par ses établissements, bénéficier d'allocations budgétaires correspondantes dans un cadre budgétaire assoupli.

CRA

Le **Centre Ressource Autisme** est une structure médico-sociale animée par une équipe pluridisciplinaire qui remplit 7 missions règlementaires dans le domaine Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA).

CVS

Le **Conseil de Vie Sociale** est une instance, créée par la Loi du 2 janvier 2002, et élue par les résidents et les familles d'un établissement médico-social.

Composé de représentants des résidents, des familles et du personnel de l'établissement, le conseil de la vie sociale donne son avis et fait des propositions sur toutes les questions liées au fonctionnement de l'établissement : qualité des prestations, amélioration du cadre de vie...

Son rôle est consultatif. Il a pour principale mission de renforcer les droits des usagers et favorise l'expression et la participation des résidents et de leurs familles à la vie de la structure.

DAC

Dès 2016, des plateformes territoriales d'appui (PTA) ont été déployées, en concertation avec les partenaires, notamment les URPS (médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et pharmaciens). **Ces PTA sont les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) de la région nouvelle aquitaine.** Elles répondent à un cadre régional :

- structuration à l'échelon départemental par convergence des dispositifs de coordination existants,
- utilisation de l'outil de parcours Paaco-Globule et d'un numéro de téléphone unique régional,
- supports de communication communs à l'ensemble des DAC-PTA de la région.

L'organisation territoriale est ainsi plus claire et plus structurée avec une porte d'entrée unique.

DRJSCS

Les **Directions Régionales de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale** ont été mises en place en janvier 2010 et regroupent les pôles sociaux des Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS), les Directions Régionales de la Jeunesse et des Sports (DRJS) et les Directions Régionales de l'Agence Nationale pour la Cohésion Sociale et l'Égalité des chances (ANCSé).

EHPA - Résidence Autonomie

Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées : il s'agit de structures collectives de type Foyers-Logements (F.L), petites unités de vie ou MARPA (Maison d'Accueil Rural pour Personnes Âgées) qui accueillent des personnes âgées autonomes ou peu dépendantes car ces structures ne sont pas médicalisées. Ces structures sont désormais appelées Résidence Autonomie.

EHPAD

Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

Équipe pluridisciplinaire MDPH

L'équipe pluridisciplinaire fait partie de la MDPH, elle est composée de professionnels spécialisés qui travaillent en réseau. Elle se compose d'une équipe médicale et paramédicale mais aussi d'une équipe pédagogique.

Elle évalue les besoins de compensation de la personne handicapée et son incapacité permanente sur la base de son projet de vie et propose un plan personnalisé de compensation du handicap (comprenant notamment le Projet Personnalisé de Scolarité pour les enfants handicapés).

DREES

Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques.

ESA

Équipe Spécialisée Alzheimer : elle intervient au domicile des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer pour maintenir ou améliorer leur qualité de vie et celle de leurs aidants. Elle délivre une prestation « de soins, d'accompagnement et de réhabilitation », mise en place dans le cadre du Plan Alzheimer 2008-2012.

ESAT

Établissement et Service d'Aide par le Travail : cet établissement médico-social offre des activités productives et un soutien médico-social à des adultes handicapés dont la capacité de travail est inférieure à un tiers de celle d'un travailleur valide.

Les structures permettent aux travailleurs en situation de handicap d'exercer une activité professionnelle adaptée à leurs capacités personnelles et de développer ainsi leur potentiel. Pour être accueilli en ESAT, il faut une orientation professionnelle vers le milieu protégé par la CDAPH. Ils remplacent les Centres d'Aide par le Travail (CAT) depuis la Loi du 11 février 2005.

ESMS

Établissements et Services Médico-Sociaux.

FAM

Les **Foyers d'Accueil Médicalisé** sont destinés à recevoir des personnes adultes handicapées physiques, mentales ou atteintes de handicaps associés, dont la dépendance totale ou partielle les rend inaptes à toute activité professionnelle et rend nécessaire l'assistance d'une tierce personne.

Ces établissements assurent l'hébergement, la surveillance paramédicale, un suivi médical constant ainsi qu'un accompagnement social et éducatif. Ils sont soumis à une double tarification (Sécurité sociale et Département).

FAPAH

Famille d'Accueil pour Personnes Âgées ou Adultes Handicapées

FH

Foyer d'Hébergement pour personnes handicapées.

FL

Les **Foyers-Logements** sont des ensembles de logements pour les personnes âgées associés à des services collectifs. Les logements-foyers sont composés d'appartements privatifs et d'espaces communs partagés par les résidents (salle d'animation, salle de restaurant...).

Ils accueillent en moyenne une cinquantaine de résidents. Ils sont souvent construits à proximité des commerces, des transports et des services. Le coût du logement y est modéré. Ils sont aujourd'hui dénommés Résidences Autonomie.

FV ou FO

Foyer de Vie ou Foyer Occupationnel : Il accueille toute la journée, des adultes en situation de handicap qui ne sont pas en mesure de travailler (y compris en milieu protégé), mais qui disposent d'une certaine autonomie physique ou intellectuelle.

Il propose aux personnes accueillies des animations quotidiennes, une série d'activités adaptées à la nature de leur handicap et permettant de maintenir ou développer des compétences en dehors d'un champ professionnel. Une orientation de la CDAPH est nécessaire.

GCSMS

Le **Groupe de Coopération Sanitaire et Médico-Social** est un cadre juridique permettant la mise en œuvre de la coopération entre plusieurs structures des secteurs sanitaire, social et médico-social.

GEM

Un **Groupe d'Entraide Mutuelle** (GEM) est une entité juridique indépendante. Créés par la Loi de 2005, et généralement organisés en association Loi 1901, il regroupe autour d'un projet commun des adultes souffrant de troubles psychiques et/ou cognitifs. Ces derniers doivent dans un GEM prendre part aux décisions et projets les concernant. Le but poursuivi par les GEM est de favoriser l'insertion dans la société des personnes atteintes de troubles psychiques et / ou cognitifs, en les intégrant dans un tissu social. C'est enfin un espace d'accueil et d'amitié où des personnes en souffrance psychique peuvent se retrouver, s'entraider, organiser des activités visant au développement personnel et créer des liens. Par ailleurs, ce lieu a pour vocation d'informer et non de soigner.

GEVA

Mis en place depuis 2008, le **Guide d'Evaluation des Besoins de Compensation des Personnes Handicapées** (GEVA) établit une référence réglementaire nationale à destination des MDPH. Il a pour but de détailler pour une personne en situation de handicap, ce qu'elle peut ou sait faire, mais aussi ce que son environnement lui permet ou au contraire l'empêche de réaliser. Il permet donc une fois établi d'évaluer les besoins de compensation de la personne.

GIR

Groupes Iso-Ressources : élaborée en 1997, la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources) permet de déterminer les moyens nécessaires à la prise en charge d'une personne âgée dépendante à travers l'observation de 10 activités qu'effectue seule la personne âgée. Elle est utilisée par les Départements pour l'attribution de l'APA.

Le classement dans un GIR s'effectue en fonction des données recueillies par une équipe médico-sociale à l'aide de la grille AGGIR (Autonomie gérontologie groupe iso-ressources). Les personnes âgées sont classées en 6 groupes GIR. Le groupe 1 rassemble les individus les plus dépendants, nécessitant la présence permanente d'une aide.

Le groupe 6 rassemble les personnes n'ayant besoin d'aucune aide pour les actes discriminants de la vie quotidienne.

Les GIR 5 et 6 ne donnent pas droit au versement de l'APA.

GMP

Le **GIR Moyen Pondéré** (GMP) traduit le niveau de dépendance moyen des résidents d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Plus ce GMP est élevé, moins le niveau d'autonomie des personnes âgées est important. À titre d'exemple, un établissement dont le GMP dépasse 700 points correspond à un hôpital gériatrique.

HAD

L'**Hospitalisation A Domicile** (HAD) permet d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement. Elle assure, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux, continus et coordonnés. Les soins délivrés en hospitalisation à domicile se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par leur complexité, leur durée et la fréquence des actes.

Les établissements d'HAD sont des établissements de santé, soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers avec hébergement.

HAS

La **Haute Autorité de Santé** (HAS) a été créée par la Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie afin de contribuer au maintien d'un système de santé solidaire et au renforcement de la qualité des soins, au bénéfice des patients.

La HAS est chargée :

- d'évaluer scientifiquement l'intérêt médical des médicaments, des dispositifs médicaux et des actes professionnels et de proposer ou non leur remboursement par l'assurance maladie,
- de promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins auprès des professionnels de santé et des usagers de santé,
- d'améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé et en médecine de ville,
- de veiller à la qualité de l'information médicale diffusée,
- d'informer les professionnels de santé et le grand public et d'améliorer la qualité de l'information médicale,
- de développer la concertation et la collaboration avec les acteurs du système de santé en France et à l'étranger.

Depuis le 1er avril 2018, la HAS s'est vu confier également les missions de l'ANESM.

HT

L'**Hébergement Temporaire** permet aux personnes âgées ou handicapées qui vivent à domicile de trouver des solutions d'hébergement pour une courte durée. Il est possible d'être hébergée temporairement dans un établissement ou chez des accueillants familiaux.

Cet hébergement temporaire peut se programmer (départ en vacances des proches aidants...) ou être organisé lorsque le maintien à domicile est ponctuellement compromis (défaillance momentanée de l'aide à domicile ou du conjoint...). Il ne doit pas excéder 90 jours par an pour une même personne.

INSEE

Institut National de la Statistique et des Études économiques.

MARPA

Les **Maisons d'Accueil Rural pour les Personnes Âgées** sont des logements-foyers ruraux de petite capacité spécialement conçus pour les personnes âgées qui vivent en milieu rural. Elles accueillent une vingtaine de personnes. Dans les MARPA, les résidents ont tous un logement indépendant. Ils bénéficient en plus de services collectifs : restauration, blanchisserie, animations. Ces structures sont désormais regroupées sous l'appellation Résidences Autonomie.

MAS

Les **Maisons d'Accueil Spécialisées** reçoivent des personnes adultes présentant un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave, ou une association de handicaps intellectuels, moteurs ou sensoriels les rendant incapables de se suffire à elles-mêmes dans les actes essentiels de l'existence et tributaires d'une surveillance médicale (hors soins intensifs) et de soins constants.

Cet établissement est sous la compétence exclusive de l'ARS et donc financé par l'Assurance Maladie.

MDA

Les **Maisons Départementales de l'Autonomie** rapprochent les services des conseils départementaux et ceux des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) dans le cadre d'une labellisation spécifique (cadre national fixé par décret).

Ces structures, en relais de proximité, proposent aux personnes âgées et aux personnes handicapées un lieu unique d'accueil, d'information et, le cas échéant, d'évaluation de leur situation.

MDPH

Maison Départementale des Personnes Handicapées :

Instaurée depuis la Loi de 2005, ce groupement d'intérêt public est le guichet unique d'accueil, d'information d'accompagnement et de conseil des personnes en situation de handicap et leur famille.

Il existe une Maison Départementale des Personnes Handicapées par département sous la direction du Conseil Départemental.

Chaque MDPH met en place une équipe pluridisciplinaire qui évalue les besoins de la personne handicapée, et une Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) qui prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne en situation de handicap.

MONALISA

Mobilisation Nationale contre L'Isolement des Âgés :

MONALISA est une démarche nationale d'intérêt général née de la réflexion lancée en 2012 autour de l'isolement des âgés impliquant : un engagement national dans une charte commune, une coopération des parties prenantes au niveau départemental ainsi qu'une promotion de l'implication et la solidarité des citoyens avec les âgés. Le Département est signataire de la Charte depuis 2015.

MSA

Mutualité Sociale Agricole.

Obligation Alimentaire

L'obligation alimentaire est l'obligation légale de fournir pour un membre proche de la famille (ascendante et descendante) dans le besoin, l'aide matérielle indispensable pour vivre notamment nourriture, logement, vêtements. Les obligés alimentaires peuvent être mis à contribution pour financer une partie des frais d'hébergement d'un proche.

PA

Personne âgée.

PAACO-GLOBULE

Porté par l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine, Paaco-Globule est l'outil numérique de coordination utilisé par les professionnels de la région pour le suivi de tous types de parcours de santé.

PAG

Plan d'Accompagnement Global - Voir aussi RAPT.

PAIR AIDANCE

La pair-aidance repose sur l'entraide entre personnes souffrant ou ayant souffert d'une même maladie, somatique ou psychique.

Le partage d'expérience, du vécu de la maladie et du parcours de rétablissement constituent les principes fondamentaux de la paire-aidance et induisent des effets positifs dans la vie des personnes souffrant de troubles psychiques. Ce partage peut prendre plusieurs formes : la participation à des groupes de parole au sein d'association d'utilisateurs, la rencontre dans des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM), ou encore l'intégration de pairs aidants bénévoles ou professionnels dans les services de soins.

PASA

Les **Pôles d'Activités et de Soins Adaptés** sont des espaces de vie installés dans certains EHPAD. Ils peuvent accueillir durant la journée les résidents de l'EHPAD atteints de la maladie d'Alzheimer ou apparentée souffrant de troubles modérés du comportement.

Des activités sociales et thérapeutiques y sont proposées dans un environnement spécialement aménagé pour être rassurant et apaisant.

PCH

Prestation de Compensation du Handicap : aide personnalisée versée depuis le 1er janvier 2006 aux personnes handicapées et destinée à financer les besoins liés à la perte d'autonomie, à domicile ou en établissement.

Elle prend en compte les besoins et le projet de vie de la personne handicapée. Elle peut être affectée à des charges liées à un besoin d'aides humaines, d'aides techniques, à l'aménagement du logement et du véhicule, et/ou à un besoin d'aides exceptionnelles ou animalières. L'évaluation et la décision d'attribution de la prestation sont effectuées au sein de la MDPH.

PH

Personne Handicapée.

PHV

Personnes Handicapées Vieillissantes.

Plateforme d'accompagnement et de répit

Les plateformes d'accompagnement et de répit apportent un soutien aux proches aidants de personnes en perte d'autonomie. Les plateformes d'accompagnement et de répit peuvent organiser :

- des sessions de formation,
- des temps de répit sous la forme d'interventions d'aide à domicile permettant au proche de s'absenter,
- la recherche d'un hébergement temporaire ou accueil de jour,
- des sorties culturelles ou conviviales qui permettent à la personne et à son proche de partager un bon moment ensemble et de rencontrer du monde,
- des groupes d'échanges entre aidants.

L'accès aux conseils et à l'information dispensés par les professionnels de la plateforme est gratuit.

PMEI & PMAD

Prévention des Maltraitements En Institution ou A Domicile :

Démarche qualité visant à agir sur les pratiques professionnelles avec l'objectif de développer la bientraitance et de lutter contre certaines formes de maltraitance envers les personnes vulnérables âgées ou handicapées notamment.

Pôles de compétences et de prestations externalisées : ce dispositif vise à assurer la continuité des parcours des personnes handicapées, et d'éviter notamment que leur situation ne devienne critique du fait de l'absence d'une réponse.

Ces pôles viennent compléter la palette de l'offre médico-sociale en proposant une réponse souple et adaptée aux besoins des personnes en situation de handicap et de leurs aidants, dans une visée inclusive permettant à la personne d'être accompagnée selon ses besoins et ses compétences sur son lieu de vie.

Portage de repas

Le portage de repas est une livraison de repas une à plusieurs fois par semaine chez une personne en perte d'autonomie. Cette aide à domicile peut être organisée par la commune, une association, ou un service d'aide à domicile. Le portage de repas permet de conserver une alimentation variée et équilibrée même en cas de difficulté à faire la cuisine ou les courses.

PPC

Plan Personnalisé de Compensation.

PRS - SRS- COS et PRAPS

La Loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé instaure un nouveau Projet Régional de Santé (PRS) avec 3 composantes :

- un **Cadre d'Orientation Stratégique (COS)** à 10 ans,
- un **Schéma Régional de Santé (SRS)** unique à 5 ans,
- un **Programme Régional relatif à l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS)**.

Résidence Autonomie

Les résidences autonomie (ex-logements-foyers) sont des ensembles de logements pour les personnes âgées associés à des services collectifs. Les résidences autonomie sont composées d'appartements privatifs et d'espaces communs partagés par les résidents (salle d'animation, salle de restaurant...).

Résidence services

Les résidences services sont des ensembles de logements privatifs pour les personnes âgées associés à des services collectifs. Les occupants des résidences services sont locataires ou propriétaires.

Ils peuvent faire appel aux divers dispositifs conçus pour prévenir la perte d'autonomie et faciliter le maintien à domicile, dans les mêmes conditions que pour tout autre domicile : aides à la personne, SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) ...

Les résidences services ne sont pas des établissements médico-sociaux et ne sont pas adaptées à l'accueil de personnes dépendantes.

SAAD

Les **Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile** sont autorisés à fonctionner par le Conseil Départemental. Ils sont spécifiquement habilités à intervenir auprès d'une population considérée comme fragile : enfants de moins de 3 ans, familles en difficulté ou en situation d'exclusion, personnes en situation de handicap et personnes âgées en perte d'autonomie.

Ils sont autorisés après avoir répondu à un appel à projet du Conseil Départemental. Ils ont le statut de service médico-social et doivent remplir les obligations réglementaires strictes et rendre des comptes régulièrement au Conseil Départemental qui est fondé à contrôler la qualité des prestations rendues aux usagers. Leurs tarifs sont encadrés.

PTA

Plateforme Territoriale d'Appui : les PTA ont pour objectif d'organiser et de mettre en œuvre des fonctions d'appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux pour la prise en charge des patients relevant de parcours de santé complexes, quel que soit leur âge, leur pathologie ou leur handicap. Elles ont vocation à devenir à termes, des DAC (Dispositif d'Appui à la Coordination) regroupant les PTA, MAIA, Réseau de santé etc...

RAPT

Suite au rapport Piveteau (rapport « zéro sans solution »), la « **Réponse Accompagnée Pour Tous** » est le nom de la démarche nationale visant à changer le modèle d'accompagnement des personnes handicapées par la mise en œuvre de solutions d'accompagnement plus souples afin d'éviter toute rupture dans les parcours des adultes et enfants handicapés.

Animée par les MDPH, sa généralisation à tous les Départements est intervenue au 1er janvier 2018.

SAMSAH

Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés : il a pour vocation de proposer un accompagnement médico-social adapté, avec des missions identiques à celles des S.A.V.S, mais comportant également des prestations de soins (soins réguliers et coordonnés et accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert).

SAVS

Service d'Accompagnement à la Vie Sociale : il a pour mission d'assurer un suivi éducatif et social des personnes handicapées ayant un niveau d'autonomie leur permettant de vivre à domicile.

SSIAD

Service de Soins Infirmiers À Domicile : ils assurent, sur prescription médicale, aux personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou dépendantes, aux personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap ou atteintes de maladies chroniques, les soins infirmiers et d'hygiène générale ainsi que l'aide à l'accomplissement des actes essentiels de la vie. Ils contribuent au soutien à domicile.

TCCL/IMC

Traumatismes Crâniens et Cérébro-Lésés / Infirmité Motrice Cérébrale.

TND

Les **Troubles Neuro-Développementaux** se manifestent généralement lors de la petite enfance et avant l'entrée à l'école. Ils se caractérisent par un retard de développement et se traduisent par des atteintes cognitives, comportementales et sensorimotrices.

TSA

L'appellation TSA (**Trouble du Syndrome Autistique**) sert à désigner l'ensemble des troubles neurologiques qui affectent principalement les relations sociales et la communication chez l'enfant (et par extension l'adulte) autiste.

Sont inclus également dans les TSA, un certain nombre de comportements inhabituels et/ou le développement d'intérêts restreints chez la personne concernée.

Les TSA regroupent donc aujourd'hui l'autisme, le syndrome d'Asperger et le trouble envahissant du développement non spécifié (TED-NS)

UHR

Les **Unités d'Hébergement Renforcées** sont des petites unités de vie et de soins dédiées aux personnes ayant des troubles sévères du comportement situées dans certains EHPAD.

Une dizaine de résidents y sont hébergés jour et nuit. Des activités et des accompagnements adaptés leur sont proposés. Ces unités sont animées par des professionnels spécifiquement formés : des assistants de soins en gérontologie, un psychomotricien ou un ergothérapeute.

SPASAD

Les **Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile** sont des services assurant à la fois les missions d'un SSIAD (Service de Soins Infirmiers A Domicile) et celles d'un Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD).

Ils proposent à la fois des soins infirmiers sur prescription médicale et des aides à domicile permettant de réaliser les actes de la vie quotidienne.

Ces services s'adressent aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap.

Unité Alzheimer

Une Unité Alzheimer est un lieu de vie particulier dans un EHPAD adapté aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

USLD

Unité de Soins Longue Durée : les USLD accueillent et soignent des personnes présentant une pathologie chronique ou une poly-pathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Ils sont adossés à un établissement de santé (hôpital).

ViaTrajectoire

ViaTrajectoire est un service public, gratuit et sécurisé, qui propose une aide à l'orientation personnalisée dans le domaine de la santé.

C'est un service en ligne qui permet d'identifier facilement le ou les établissements et services capables de prendre en charge le projet de rééducation, réadaptation, réinsertion ou d'hébergement, nécessaire à différents moments de la vie. Il se compose de différents modules (Personnes âgées, handicap...), c'est également un outil de simplification des démarches de recherche et d'admission en établissement.

