



SCHÉMA DE L'AUTONOMIE

2015 – 2019

EDITO

Une nouvelle feuille de route cohérente et ambitieuse du Département pour les cinq années à venir.

Le Conseil Général du Cantal, a engagé une mission d'élaboration d'un premier schéma départemental en faveur des cantaliens en perte d'autonomie, en lieu et place des précédentes feuilles de route Personnes âgées-Personnes en situation de handicap.

Cette démarche consistait d'abord à réaliser l'évaluation du dispositif départemental en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Le bilan a permis de mettre en évidence les nombreuses réalisations effectuées et notamment celles concernant les établissements puisque 418 places ont été créées sur la période précédente. Des axes d'amélioration demeurent et les équipes du Conseil Général, les partenaires institutionnels ainsi que les établissements et services médico-sociaux ont été mobilisés à ce titre, au travers de nombreux groupes de travail. Ces derniers ont permis de proposer différentes orientations et actions sur lesquelles souhaitent s'engager les acteurs du territoire, avec le pilotage du Département, pour les cinq années à venir.

Il est important de souligner que cette nouvelle feuille de route départementale a été construite à l'aune de deux lignes directrices majeures, que nous avons identifiées dès le lancement de la démarche : la recherche d'une meilleure individualisation des réponses d'une part et la structuration de l'offre existante pour répondre aux besoins sur tous les territoires d'autre part.

Les différentes orientations ainsi définies ont pour objectif général l'instauration d'un dispositif plus complet, plus fluide et plus en phase avec les attentes des publics et ce grâce à plusieurs séries de rapprochements :

Des rapprochements structurels par exemple en direction des personnes handicapées vieillissantes qui incarnent particulièrement le point de rencontre entre les deux dispositifs mais également en direction des équipes de professionnels à travers la formation commune, les échanges de pratiques, la coordination, etc.

Des rapprochements institutionnels et notamment la promotion des Maisons Départementales de l'Autonomie, en tant que lieu d'accueil de proximité unique, pensé pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.

Enfin des rapprochements thématiques : certaines réflexions menées dans le cadre de l'élaboration de ce nouveau schéma départemental ont porté sur des modalités d'actions communes aux deux dispositifs comme l'aide aux aidants, l'accessibilité, la préservation ou le maintien du lien social, la qualité de l'accompagnement par les établissements et les services médico-sociaux, le travail autour du domicile et de l'aménagement du logement, etc.

Notons également la volonté de renouveler l'engagement du Département et de ses partenaires pour mener un travail spécifique sur les logiques de prévention, afin de répondre aux enjeux d'anticipation, de préparation et de sensibilisation à la perte d'autonomie.

Je tiens à vous remercier pour l'énergie et le temps que vous avez pu consacrer à l'élaboration de ce schéma et pour votre implication à venir dans sa mise en œuvre.

Vincent DESCOEUR
Président du Conseil Général du Cantal



Conformément au décret 2011-671 du 14 juin 2011 relatif aux modalités de consultation sur les schémas relatifs aux personnes handicapées et aux personnes âgées mentionnés à l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles, la version finalisée du schéma de l'autonomie du Cantal a été présentée :

- le 2 décembre 2014 à la Commission de coordination des politiques publiques de l'Agence Régionale de Santé (ARS)
- le 17 novembre 2014 au Comité départemental des retraités et personnes âgées (CODERPA)
- le 17 décembre 2014 au Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées (CDCPH)

SOMMAIRE

Sommaire	5
Introduction générale.....	6
I. Les principes du Schéma	6
II. Le contexte institutionnel des politiques de l'autonomie.....	8
III. Réalisation et méthodologie	11
I. Éléments de contexte sociodémographique sur le Cantal	13
I. Cadrage sociodémographique.....	13
II. La perte d'autonomie en chiffres	21
II. Diagnostic de l'offre et des besoins.....	26
I. Prévention et lutte contre l'isolement	26
II. L'offre de services à domicile auprès des adultes.....	33
III. L'aide aux aidants et l'Accompagnement des familles	46
IV. Logement et habitat	52
V. L'offre de prise en charge spécialisée des enfants handicapés et leur scolarisation.....	59
VI. L'offre d'accueil pour adultes en situation de handicap	67
VII. L'offre d'accueil pour personnes âgées.....	74
VIII. La gouvernance de l'offre médico-sociale sur le champ de l'autonomie	81
III. Présentation du plan d'action.....	84
IV. Déclinaison du plan d'action.....	86
GLOSSAIRE	113

INTRODUCTION GÉNÉRALE

I. LES PRINCIPES DU SCHÉMA

Depuis la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, les Départements sont tenus d'établir, pour une période maximum de cinq ans, des schémas d'organisation sociale et médico-sociale. Élaborés par le Président du Conseil général, les schémas départementaux font l'objet d'un vote de l'assemblée départementale.

Ces nouvelles dispositions sont reprises à l'article L.312-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), qui précise que :

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

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

L'élaboration d'un schéma départemental d'action médico-sociale constitue toujours un nouveau défi à relever puisque cet exercice, si particulier, demande de recenser de manière exhaustive les besoins, de saisir aussi finement que possible l'évolution des dispositifs et de trouver les réponses les plus adaptées aux publics aidés.

Les précédentes générations des schémas d'organisation de l'offre médico-sociale, centrées sur le déploiement des places en établissements et services pour répondre aux besoins des personnes âgées ou handicapées, ont permis de développer une palette importante de réponses. Aussi, le département de Cantal atteint-il aujourd'hui une couverture d'offre d'accueil et de service équivalente aux moyennes nationales.

Ainsi le travail d'élaboration de cette feuille de route départementale avec les partenaires a-t-il porté davantage sur l'optimisation de l'existant que sur son accroissement, afin de répondre de manière plus pertinente et garantir une fluidité des parcours.

En outre, le Cantal a fait le choix d'élaborer un schéma de l'Autonomie en lieu et place des précédents Schémas Personnes Âgées et Handicap en vigueur sur les cinq années précédentes. Rassembler ces deux volets en un document unique fait écho à notre souci d'inscrire notre stratégie départementale en transversalité et selon une approche globale de la perte d'autonomie sur notre territoire.

L'objectif principal du schéma est ainsi d'offrir une approche pragmatique des besoins et des réponses à apporter en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, et ce, à l'aide de deux lignes directrices majeures. La première, c'est la recherche d'une meilleure individualisation des réponses. La seconde, c'est la structuration de l'offre existante pour répondre aux besoins individuels.

De fait, la convergence des politiques Dépendance et Handicap dans une même feuille de route répond à plusieurs enjeux majeurs, et contribue à l'instauration d'un dispositif plus complet, plus fluide et plus en phase avec les attentes des publics :

- **Des rapprochements structurels** en direction des personnes handicapées vieillissantes qui incarnent particulièrement le point de rencontre entre les deux dispositifs et en direction des équipes de professionnels à travers l'évaluation, la formation commune, les échanges de pratiques, la coordination, etc.
- **Des rapprochements institutionnels** et notamment un accueil de proximité unique, pensé en un même lieu, pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap. La réflexion dans le cadre du Schéma portera sur l'opportunité et les modalités de ce rapprochement : les conditions de sa réussite, les points de vigilance et les pistes organisationnelles, y compris en termes de déclinaison territoriale.
- **Enfin des rapprochements thématiques** : certaines réflexions menées dans le cadre de l'élaboration de ce nouveau Schéma départemental ont porté sur des modalités d'actions communes aux deux dispositifs comme l'aide aux aidants, l'accessibilité, la préservation ou le maintien du lien social, la qualité de l'accompagnement par les établissements et les services médico-sociaux, les passerelles entre les acteurs de chacun des deux dispositifs et les acteurs des dispositifs de droit commun, le travail autour du domicile et de l'aménagement du logement, des questions de transport, etc.

Ce schéma est également l'opportunité de revoir les conditions de gouvernance de la politique à destination des publics en situation de handicap et des personnes âgées, en précisant les responsabilités respectives de chaque intervenant, ainsi qu'en clarifiant les capacités et les contraintes de chaque acteur. La gouvernance au niveau départemental se doit d'être réinterrogée dans le contexte actuel, au regard des impératifs de qualité et d'individualisation des accompagnements. D'ailleurs, ces constats sont d'autant plus marquants que la constitution d'une politique unique pour l'autonomie implique un nécessaire décloisonnement entre les secteurs et les catégories d'intervenants.

II. LE CONTEXTE INSTITUTIONNEL DES POLITIQUES DE L'AUTONOMIE

L'élaboration du Schéma de l'Autonomie s'inscrit dans un **contexte réglementaire particulièrement mouvant** auquel il devra se conformer.

A. UNE ÉVOLUTION DU CADRE RÉGLEMENTAIRE AU SERVICE DE LA QUALITÉ ET DE LA CONTINUITÉ DES PARCOURS

Les dispositifs en faveur de l'autonomie ont connu de profonds bouleversements ces dernières années. Les lois et les réglementations ont évolué dans le sens d'un accompagnement global et individualisé de la personne, faisant écho au respect de son projet de vie, à une prise en charge de qualité par des équipes pluridisciplinaires, au développement d'une offre accrue de services à destination des personnes souhaitant rester à leur domicile, etc. C'est la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui modifie la conception de l'accompagnement des personnes en situation de dépendance, que celle-ci soit liée à l'âge ou au handicap. Elle affirme un certain nombre de principes, concourant tous à améliorer le bien-être et l'épanouissement des personnes :

- L'évaluation continue des besoins et des attentes de cette population rencontrant des difficultés, avec comme objectif d'aider la personne à conserver une autonomie et sa dignité malgré un état de santé fragilisé.
- L'exercice des droits et des libertés de toutes les personnes accompagnées par un établissement ou un service social et médico-social (ESSMS) ainsi que l'information sur ces droits fondamentaux. Cela implique la mise en place de plusieurs outils dans les ESSMS visant à garantir ces droits et à prévenir tout risque de maltraitance : la charte des droits et des libertés de la personne accueillie, le règlement de fonctionnement de la structure, le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge, le Conseil de la Vie Sociale...
- La qualité de la prise en charge, caractérisée par les conditions de confort matériel et la qualité des prestations, notamment en matière d'hébergement et de soin. L'objectif de qualité se traduit également par un bon niveau de qualification des professionnels et un recrutement en nombre suffisant des personnels, ainsi que par la conduite d'évaluations interne et externe.
- La coordination et le partenariat tant entre les établissements et services médico-sociaux qu'entre les ESSMS et les établissements de santé.

La loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap, rénove l'action publique en matière de handicap. Outre le fait qu'elle reconnaisse de manière claire les troubles psychiques et cognitifs comme pouvant relever d'une situation de handicap, elle marque un certain nombre d'avancées :

- Elle crée les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH), groupements d'intérêt public placés sous l'autorité du Conseil Général. Les MDPH ont une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil auprès des personnes en situation de handicap et de leur famille, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap.

- Elle instaure le droit à la compensation des conséquences du handicap quelles que soient l'origine et la nature de la déficience, l'âge ou le mode de vie de la personne concernée. Elle est aussi fondatrice de la notion de convergence des politiques en direction des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Elle fixe l'objectif de suppression des barrières d'âge et propose des dispositifs de transition pour éviter les ruptures de parcours.

B. DES COMPÉTENCES PARTAGÉES ET ÉVOLUTIVES

Depuis les lois de décentralisation de 1982, le Conseil Général a bénéficié de nombreux transferts de compétences en matière de politiques gérontologiques et du handicap. La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a renforcé le rôle du Département dans ce domaine. Elle a prévu, à partir du 1er janvier 2005, que « le Département définit et met en œuvre la politique d'action sociale, en tenant compte des compétences confiées par la loi à l'État, aux autres collectivités territoriales ainsi qu'aux organismes de sécurité sociale. Il coordonne les actions menées sur son territoire qui y concourent »². Le Département est ainsi positionné en tant que chef de file de l'action sociale.

Pour autant, de nombreux autres acteurs institutionnels concourent également aux politiques de l'autonomie. Les Communes – notamment à travers leurs centres communaux d'action sociale (CCAS) – jouent un rôle de proximité important en termes d'accueil et d'information des usagers, d'accès aux droits dont l'aide sociale. Les Caisses Nationales de Sécurité Sociale assurent le paiement de certaines prestations sociales, telles que l'Allocation pour Adulte Handicapé (AAH) par exemple, et mènent des actions collectives, en particulier sur le champ de la prévention.

La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), un établissement public créé par la loi du 30 juin 2004, finance en partie les aides en faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées gérées par les Départements et joue un rôle d'expertise et d'appui technique. Dans ce cadre, elle suit notamment les plans nationaux dédiés aux personnes âgées et aux personnes handicapées :

- Plan Alzheimer
- Plan Bien Vieillir
- Plan Cancer
- Plan Handicap visuel
- Plan de solidarité grand âge
- Plan Autisme
- Schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour le handicap rare
- Plan d'action national AVC (accidents vasculaires cérébraux).

Par ailleurs, au niveau territorial, **plusieurs services de l'État** concourent à l'accompagnement de l'autonomie des personnes âgées et en situation de handicap :

- Éducation nationale pour la scolarisation des enfants handicapés ;
- DIRECCTE (Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi - anciennement DDTEFP –) pour l'agrément des services d'aide à la personne ;
- Agence Régionale de Santé (ARS) pour la gestion des établissements médico-sociaux médicalisés (dans le cadre d'une compétence partagée avec le Département à l'exception des MAS – Maison d'Accueil

Spécialisée et des établissements et services du champ de l'enfance handicapée) et des structures de soins concourant à l'accompagnement à domicile des usagers, telles que les SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile) ou les réseaux de santé.

- La Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations (DDCSPP) du fait de sa double mission d'aide sociale aux plus vulnérables et de cohésion sociale.

La création des ARS par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 a par ailleurs été à la source d'une véritable réorganisation territoriale pour le secteur médicosocial.

La compétence conjointe ARS / Département sur certains segments du dispositif en direction des personnes âgées ou en situation de handicap exige de mener un travail partenarial le plus en amont possible. En effet, la place donnée au projet régional de santé renforce le poids des orientations régionales dans la planification médico-sociale.

L'« acte III de la décentralisation » initiée depuis 2013 devrait a minima clarifier les compétences entre collectivités à l'horizon 2020, si ce n'est organiser une nouvelle répartition de leurs compétences. Avant cela, la sortie prochaine d'une véritable réforme de l'autonomie devrait engendrer également de nombreux bouleversements.

Le projet de loi sur l'adaptation de la société au vieillissement, engagé dans le parcours législatif depuis le 9 septembre 2014, prévoit notamment la revalorisation de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie), la création d'un comité départemental de la citoyenneté et de l'autonomie, l'inclusion des aidants dans les plans d'aide, le renforcement des prérogatives de la CNSA, la création de conférences des financeurs à l'échelle départementale... Autant d'actions qui vont impacter le pilotage local et les moyens à allouer aux politiques Autonomie dans les prochaines années.

Ce contexte a invité le Conseil général à s'inscrire dans une démarche réaliste et mesurée, sans faire l'économie cependant d'actions ambitieuses et engageantes.

III. RÉALISATION ET MÉTHODOLOGIE

En écho au cadre législatif, le Département du Cantal a souhaité inscrire les travaux d'élaboration de son premier Schéma de l'Autonomie dans le cadre d'une méthodologie particulièrement participative à deux égards. Premièrement, cela constitue une condition indispensable pour garantir le caractère opérationnel, cohérent et lisible du document directeur. Deuxièmement, une telle démarche participative est une opportunité non négligeable pour les acteurs du territoire d'interroger leurs offres et les impacts de celles-ci, d'évaluer les réponses apportées et les points d'amélioration, d'approfondir les partenariats ou d'en créer d'autres, et d'établir clairement les choix de la collectivité et ses priorités.

RETOUR SUR LE DÉTAIL DE LA MÉTHODOLOGIE DÉPLOYÉE

Le Département du Cantal a sollicité le Cabinet ENEIS Conseil, spécialisé dans l'accompagnement de l'action publique médico-sociale, pour l'accompagner dans l'élaboration de son premier Schéma de l'Autonomie.

ENEIS Conseil a déployé une première phase d'état des lieux et de bilan des précédents schémas en direction des personnes âgées et des personnes en situation de handicap en mobilisant un panel d'outils :

- Analyse documentaire et statistique de l'offre et des besoins sur le champ de l'Autonomie
- Conduite d'entretiens stratégiques avec les services départementaux
- Animation de groupes de bilan des précédents schémas, associant les pilotes et partenaires identifiés dans les documents directeurs évalués
- Analyse comparative de l'état de l'offre et de ses perspectives aux niveaux régional et national
- Rédaction et validation du rapport de diagnostic auprès des instances de pilotage composées des services du Conseil Général et des institutions partenaires.

La deuxième phase de concertation a conforté la dimension participative de l'élaboration du schéma en donnant la parole à l'ensemble des partenaires : usagers, acteurs de terrain, représentants institutionnels et associatifs, etc.

Des groupes de travail ont ainsi été organisés avec pour objectif de faire émerger collectivement des orientations au regard des problématiques identifiées lors de la phase d'état des lieux. Les différents groupes ont ainsi formulé des propositions d'actions qui ont servi de base à l'élaboration du plan d'actions du présent schéma.

Douze groupes, réunissant au total près de 200 participants, se sont tenus aux mois de juin et juillet 2014 autour des thématiques suivantes :

- L'offre d'accueil pour personnes âgées
- L'offre d'accueil pour adultes en situation de handicap

- L'offre d'établissements et services pour enfants et adolescents en situation de handicap : prise en charge spécialisée, scolarisation...
- L'offre de services à domicile
- L'accompagnement des familles et l'aide aux aidants
- Le logement et l'habitat
- Les nouvelles technologies au service de la prévention et la lutte contre l'isolement
- La gouvernance institutionnelle des politiques publiques en faveur des personnes en perte d'autonomie dans le Cantal.

L'ensemble des travaux produits à la suite de cette concertation a été **restitué aux participants** de la phase de concertation, avant présentation aux instances de suivi de la démarche pour finaliser le plan d'action.

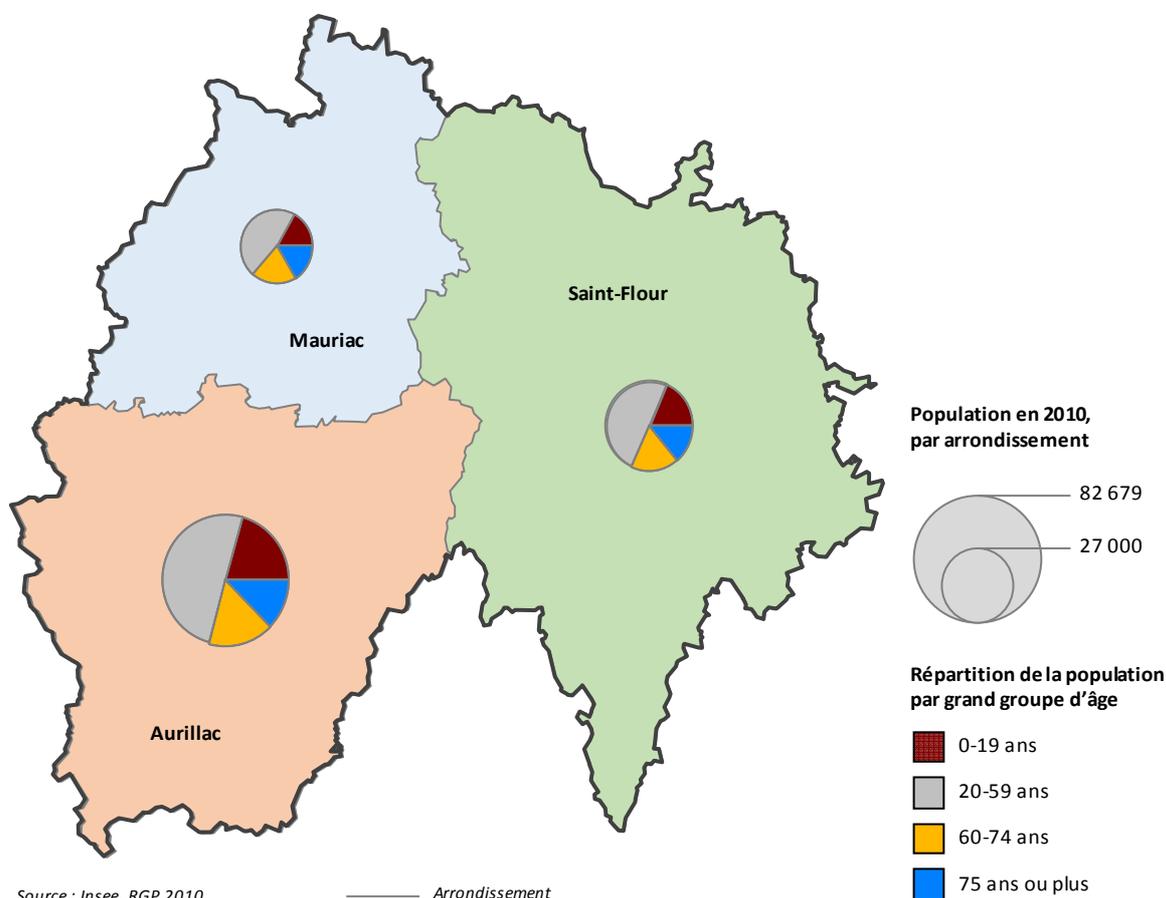
Ce document en l'état a été voté en Assemblée Départementale le 18 décembre 2014, après avis consultatif du CODERPA et du CDCPH.

I. ÉLÉMENTS DE CONTEXTE SOCIODÉMOGRAPHIQUE SUR LE CANTAL

I. CADRAGE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

A. UNE DENSITÉ DE POPULATION RELATIVEMENT FAIBLE

Le Cantal est classé au 6^{ème} rang des départements les moins densément peuplés de France (26 habitants/km²). Ce constat se vérifie plus particulièrement dans les arrondissements de **Mauriac** et de **Saint-Flour**, où la population atteint respectivement 26 827 et 38 656 habitants.



Source : Insee, RGP 2010

— Arrondissement

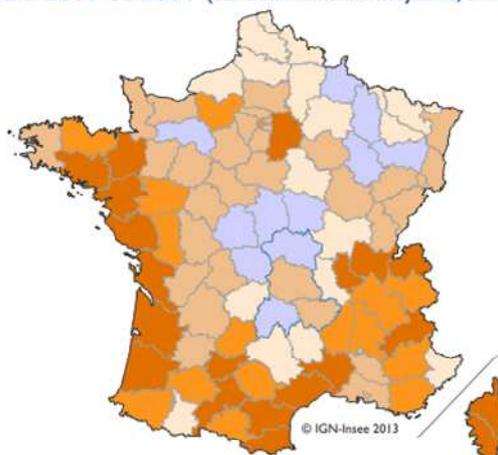
Au-delà d'une faible densité de population, **la part des personnes âgées (75 ans ou plus) est la troisième plus élevée de France, puisqu'elle représente 13,5% de la population en 2010** (16% sur l'arrondissement de Mauriac), contre 11% au niveau régional et près de 9% au niveau national.

	Densité de population	Proportion de la population âgée de 75 ans et +
Cantal	25,9	13,5%
Auvergne	51,7	11,0%
France métr.	117,0	8,9%

B. UN POIDS DE PLUS EN PLUS IMPORTANT DES PERSONNES ÂGÉES DE 75 ANS ET PLUS DANS LA POPULATION

La part de la population âgée a en effet été croissante cette dernière décennie. Premièrement, le département se révèle être l'un des moins attractifs de France et sa population diminue (-0,2% entre 1999 et 2010).

» Évolution de la population des départements entre 2006 et 2011 (variation annuelle moyenne, en %)

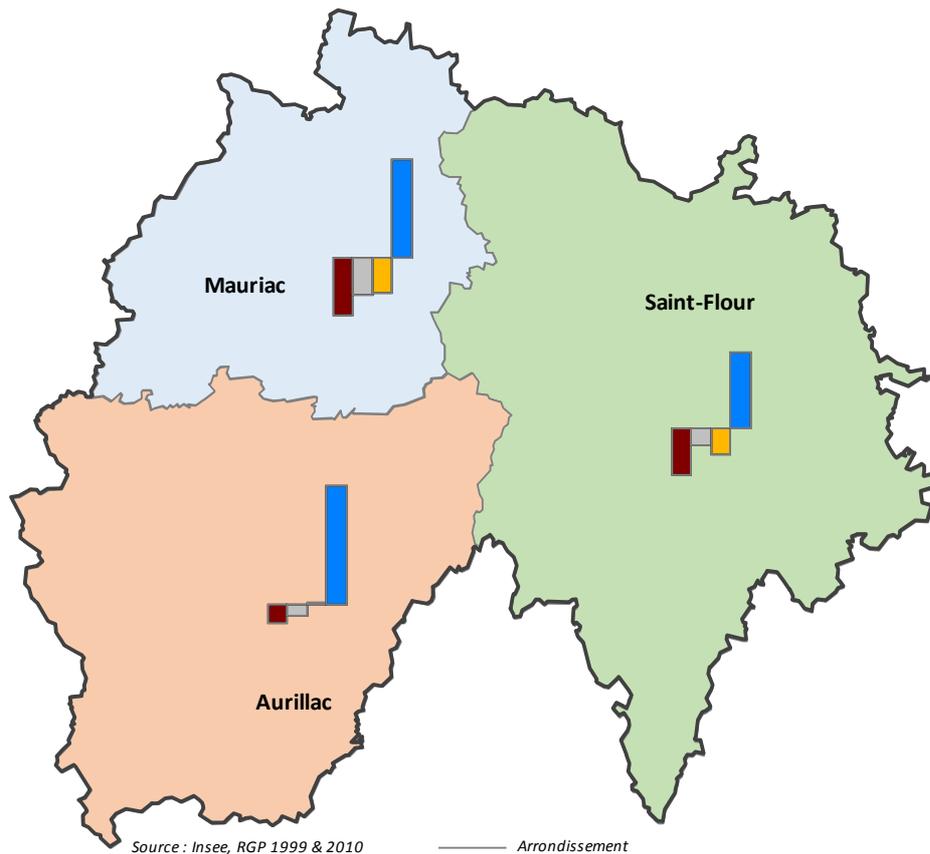


Taux de croissance annuel moyen de la population sur la période 2006-2011	
■ + 0,9 % ou plus	Allier : - 0,0 %
■ de + 0,6 % à moins de + 0,9 %	Cantal : - 0,3 %
■ de + 0,3 % à moins de + 0,6 %	Haute-Loire : + 0,5 %
■ de 0 % à moins de + 0,3 %	Puy-de-Dôme : + 0,4 %
■ moins de 0 %	France métr. : + 0,5 %

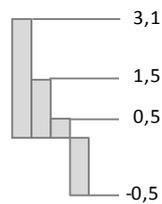
Source : Insee, Recensements de la population 2006 et 2011
<http://www.insee.fr/auvergne> - Insee Auvergne Repères n°75

Deuxièmement, le nombre de personnes âgées augmente relativement fortement tandis que les autres groupes d'âge voient leur population diminuer.

- En 1999, 15 293 habitants étaient âgés de 75 ans ou plus.
- Ils étaient 18 803 habitants en 2007.
- En 2013, ils étaient plus de 20 000 (20 282 habitants).



Evolution annuelle moyenne de la population par groupe d'âge entre 1999 et 2010, par arrondissement (%)
(ex : sur Aurillac, le nombre de pers. de 75 ans ou plus (en bleu) a augmenté de plus de 3% en 10 ans.)



Répartition de la population par grand groupe d'âge

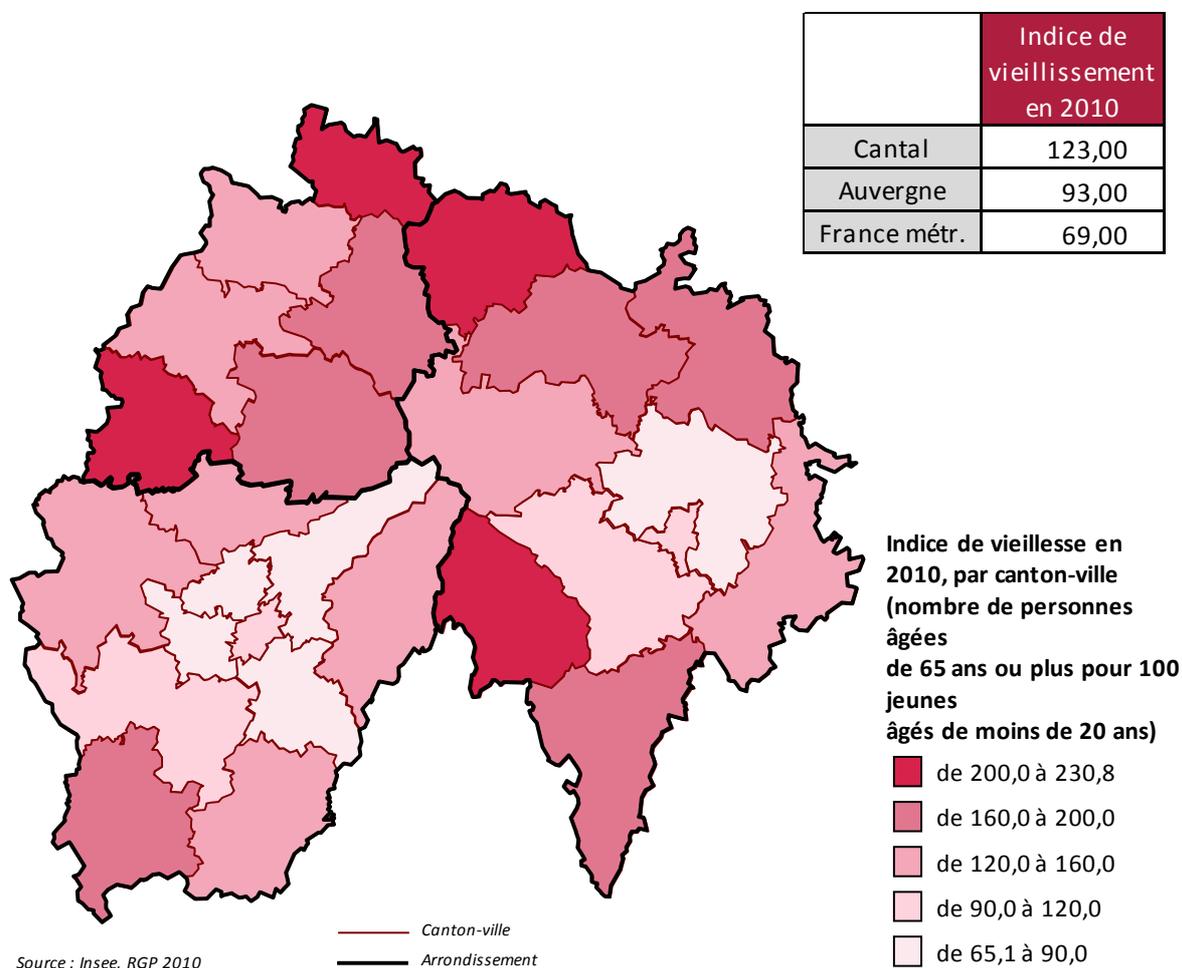


C. EN CONSÉQUENCE, UN INDICE DE VIEILLISSEMENT EN AUGMENTATION

Considérant ce qui a été dit précédemment, l'indice de vieillissement du Cantal est en augmentation. Il est ainsi dénombré dans le département **123 personnes de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans**. Ce rapport est en augmentation depuis le précédent schéma départemental (+2 points). Il est en outre **deux fois plus élevé que la moyenne nationale** (69 personnes âgées pour 100 jeunes).

A l'échelle infra territoriale, dans quatre cantons du département (Champs sur Tarentaine et Condat au Nord, Pleaux à l'Ouest et le canton de Pierrefort), **plus de deux personnes âgées de 65 ans ou plus sont recensées pour un jeune de moins de 20 ans**.

Le vieillissement de la population devrait mécaniquement s'accroître dans les prochaines années, la tranche d'âge des 60-74 ans représentant aujourd'hui 17,7% de la population Cantalienne.

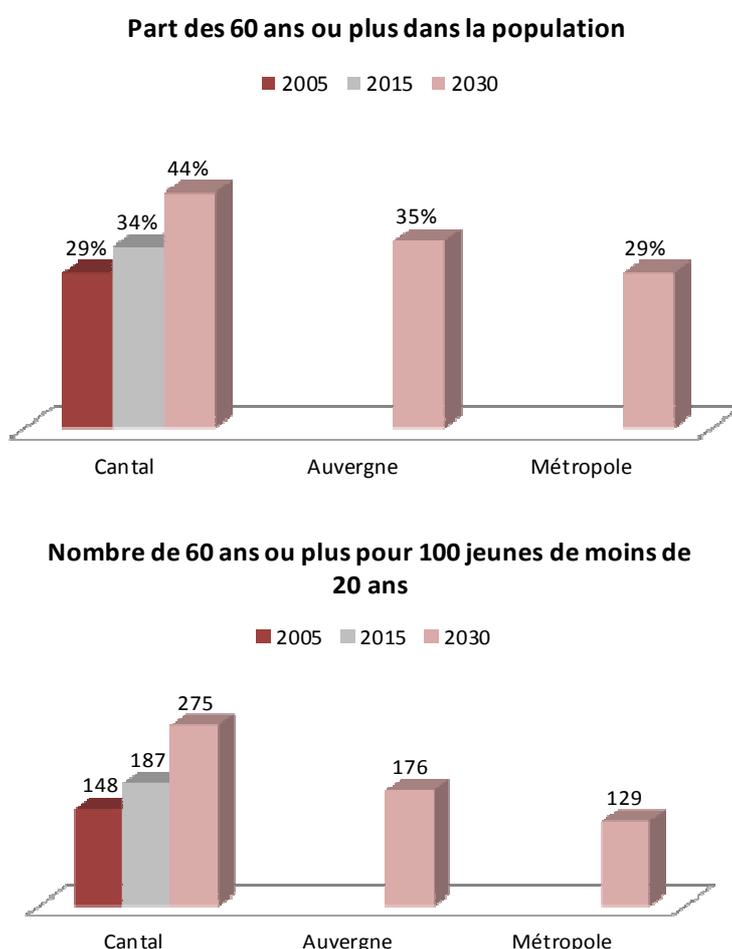


D. D'ICI À 2030 : UNE AUGMENTATION IMPORTANTE DU NOMBRE DE PERSONNES ÂGÉES ET TRÈS ÂGÉES

En lien avec le constat précédent et selon les projections de l'INSEE, la population cantalienne sera âgée en moyenne de 50,6 ans en 2030

Le scénario central de l'INSEE indique que la progression de l'âge moyen pourrait être près de deux fois plus importante que celle attendue au niveau national (+ 3,6 ans en France contre +6,4 ans dans le Cantal.).

Par conséquent, toujours selon le scénario central de l'INSEE, le nombre d'habitants du Cantal ayant plus de 60 ans augmentera de 35 % d'ici 2030, soit **un indice de vieillissement qui atteindra 275 en 2030, le plus élevé des départements français.**



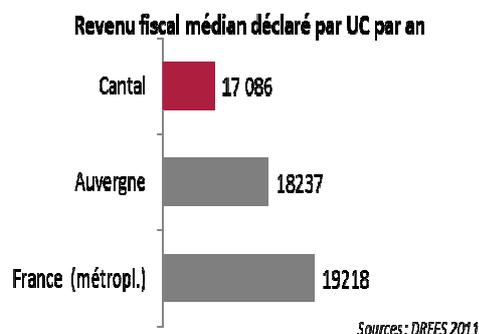
Source : INSEE, modèle OMPHALE base 2005, scénario central

Toujours selon le scénario central de l'Insee, **18 400 Cantaliens auraient entre 75 et 84 ans en 2030 et 7 100 auraient fêté leur 85^{ème} anniversaire.** Ils seraient respectivement 4 300 et 3 100 de plus qu'en 2005, soit une progression de 31 % et 79 %.

E. UN NIVEAU DE VIE RELATIVEMENT FAIBLE EN COMPARAISON AUX MOYENNES RÉGIONALE ET NATIONALE

A la suite de ces précisions d'ordre démographique, il est nécessaire de mettre en évidence les principales données socio-économiques dans le département, le niveau de vie de la population cantalienne pouvant avoir un impact direct sur le recours aux aides disponibles.

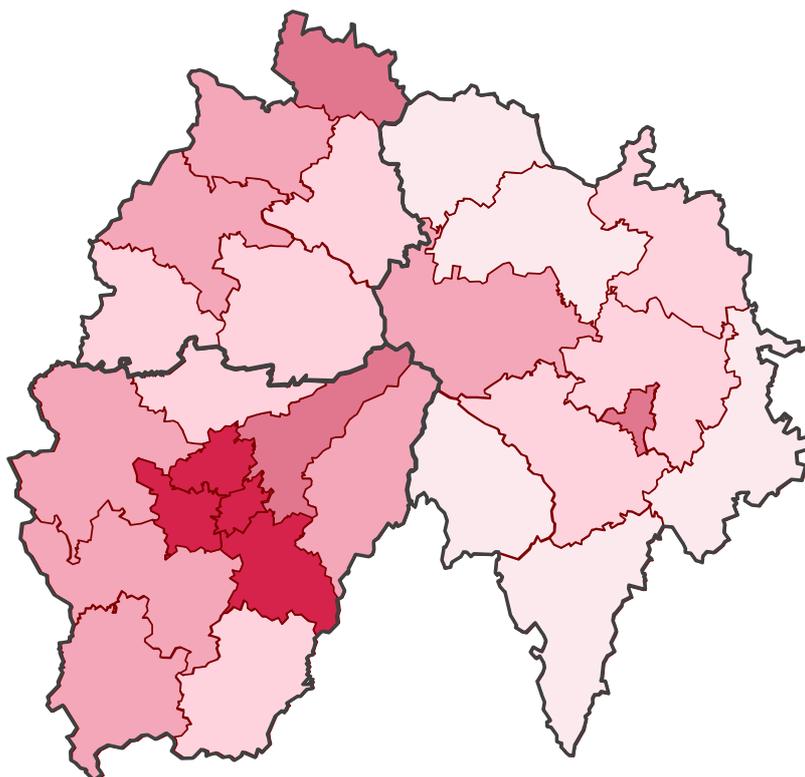
Il convient premièrement de souligner que le revenu fiscal médian déclaré par unité de consommation (UC)¹ est inférieur de 2 000 Euros dans le Cantal (17 086 EUR par UC) à la moyenne nationale (qui atteint 19 218 EUR par UC).



De fortes disparités territoriales sont constatées en termes de niveau de vie dans le département, les zones rurales enregistrant mécaniquement un revenu fiscal médian relativement inférieur à celui noté sur l'arrondissement d'Aurillac.

Les mêmes distinctions peuvent être constatées concernant le niveau de retraite des personnes âgées.

¹ UC = système de pondération attribuant un coefficient à chaque membre du ménage et permettant de comparer les niveaux de vie de ménages de tailles ou de compositions différentes, d'après l'INSEE.



Source : DGI 2011

— Canton-ville
 — Arrondissement

Montant moyen des retraites en 2011, par canton-ville (€)

- entre 18 500 et 21 020
- entre 17 000 et 18 500
- entre 16 000 et 17 000
- entre 15 000 et 16 000
- entre 13 880 et 15 000

Comme l'indique la carte ci-dessus, une personne âgée bénéficie en moyenne de 15 598 Euros de retraites et pensions sur l'arrondissement de Saint-Flour, contre plus de 18 000 Euros sur celui d'Aurillac.

A RETENIR

- 22% de la population en situation fragile ou potentiellement fragile (problématiques de santé, de logement, d'entourage familial, de sentiment d'isolement, de vie sociale, de déplacements, d'information sur les aides et services existants ; *source : ARS Schéma Prévention*).
- Des taux de pénétration des allocations et prestations en forte croissance ces cinq dernières années :
 - +138% de bénéficiaires AEEH (droits ouverts)
 - +27% de bénéficiaires AAH (droits ouverts)
 - +22% de bénéficiaires de l'APA (domicile + établissement, en droits ouverts)
- En conséquence, une prévalence de l'APA et des prestations/allocations handicap supérieure aux moyennes régionale et nationale
- Des personnes en situation de handicap localisées prioritairement sur les pôles urbains du département
- Un taux de pénétration de l'APA sensiblement différent selon les cantons du territoire (relativement plus important sur l'arrondissement d'Aurillac)
- 7% de la population départementale bénéficie d'une prestation pour répondre aux besoins de perte d'autonomie

II. LA PERTE D'AUTONOMIE EN CHIFFRES

A. 7 % DES CANTALIENS EN PERTE D'AUTONOMIE

Le diagnostic mené a été l'occasion d'élaborer un indicateur agrégeant **l'ensemble des bénéficiaires d'une prestation dédiée à la perte d'autonomie**² (hors prestation des caisses de sécurité sociale et sur la base des droits ouverts au 31 décembre 2013).

Cette donnée est particulièrement intéressante à considérer puisqu'elle met en évidence le poids de la perte d'autonomie dans le Département du Cantal.

Précisément, près de 10 000 usagers perçoivent des prestations d'autonomie. Cela représente 7% de la population cantalienne.

Prestations	Nombre de bénéficiaires
AEEH	599
AAH	2 966
ACTP-PCH	786
APA (domicile/étab)	5 216
	9 567
Population totale	146 464
Ratio de perte d'autonomie	7%

Nb : il s'agit des droits ouverts par la MDPH concernant les prestations Handicap, et par le Département concernant l'APA - au 31 décembre 2013

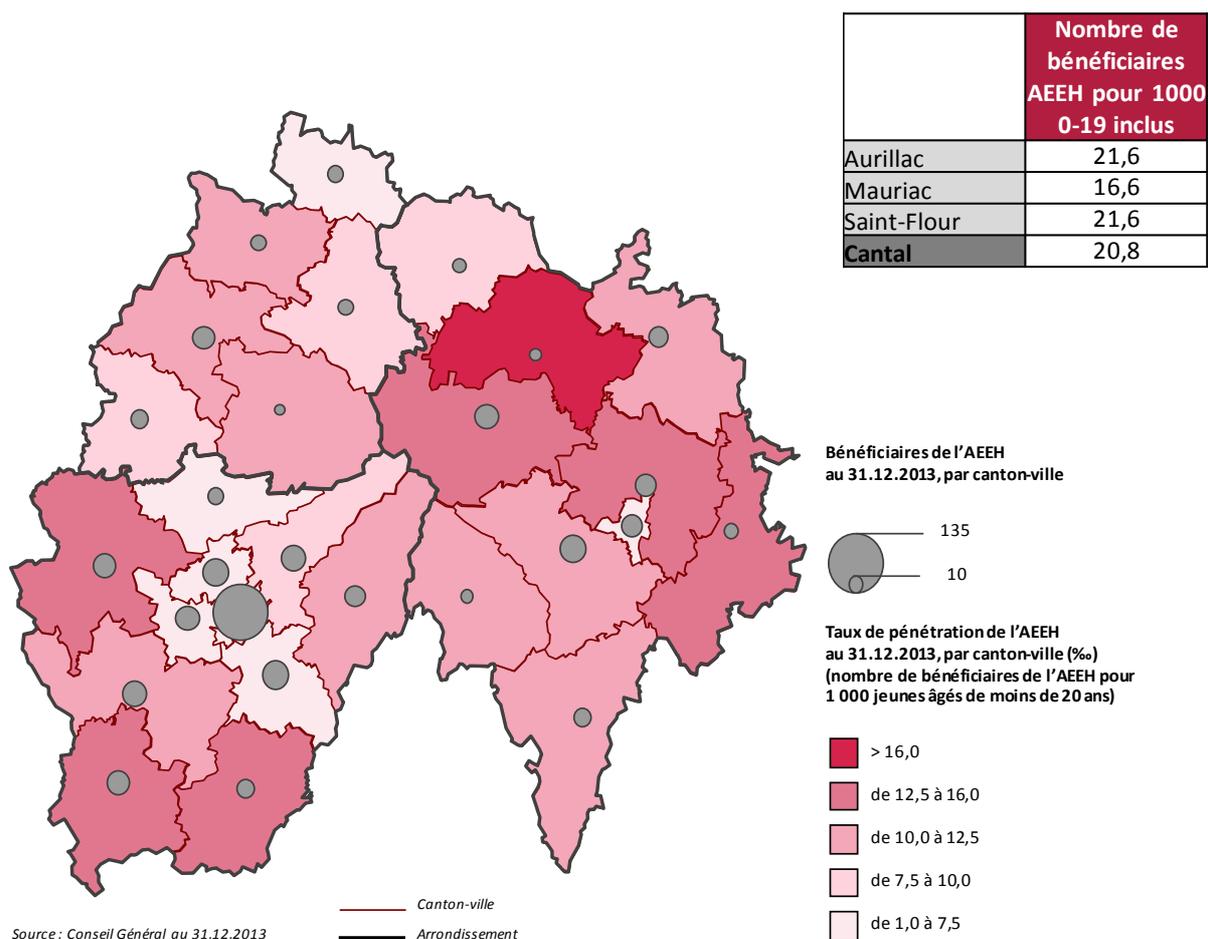
B. FOCUS SUR LE HANDICAP

Le nombre de bénéficiaires de prestations et allocations relatives à la compensation du handicap est notablement en hausse depuis le précédent Schéma.

UNE CROISSANCE RELATIVEMENT FORTE EST PREMIÈREMENT CONSTATÉE AU NIVEAU DE L'AEEH

Au 31 décembre 2013, **599 enfants et adolescents** bénéficient de l'AEEH (Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé), **soit près du double qu'en 2005** (252 bénéficiaires de l'AEEH). Cela représente 20,8 bénéficiaires pour 1000 jeunes de 0 à 19 ans, concentrés en majorité sur les arrondissements d'Aurillac et de Saint-Flour.

² Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ; allocation pour adulte handicapé (AAH), allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), prestation de compensation handicap (PCH) et allocation personnalisée d'autonomie (APA)

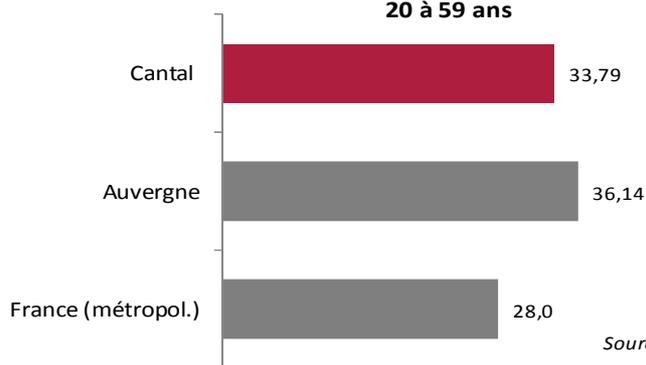


CETTE TENDANCE À LA HAUSSE SE RETROUVE ÉGALEMENT DANS LE NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES DE L'AAH

2 966 adultes bénéficient de l'AAH au 31 décembre 2013, soit une augmentation de 27% sur la période du précédent schéma.

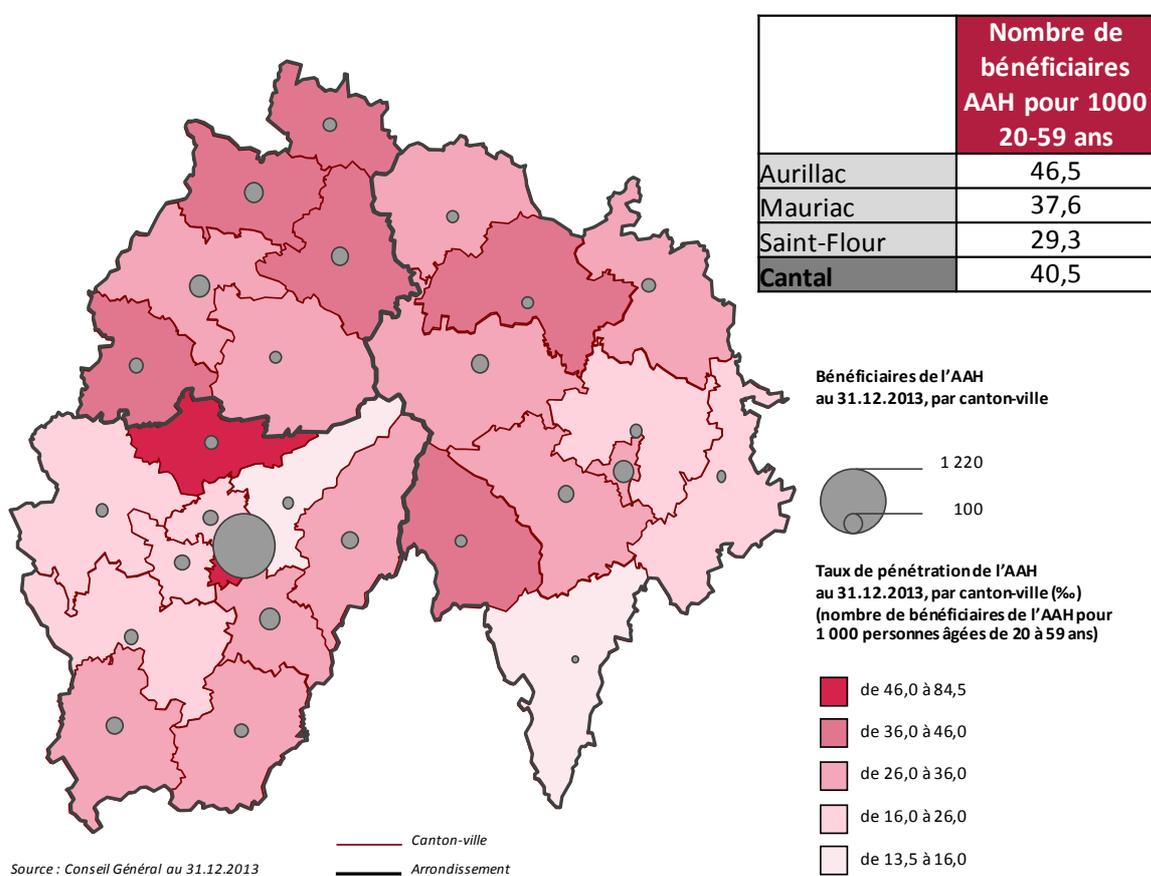
Le taux de pénétration de l'AAH est relativement élevé dans le département en comparaison avec la moyenne nationale : 40,5 cantaliens sur 1000 adultes sont bénéficiaires de l'AAH, contre 33 pour 1 000 en France métropolitaine.

Taux de pénétration de l'AAH pour 1000 personnes de 20 à 59 ans



Source : DREES 2011

Le taux de pénétration de l'AAH est d'autant plus important sur l'arrondissement d'Aurillac, comme le démontre la cartographie ci-dessous et sa légende.



Source : Conseil Général au 31.12.2013

Nb : il s'agit des droits ouverts par la MDPH au 31 décembre 2013

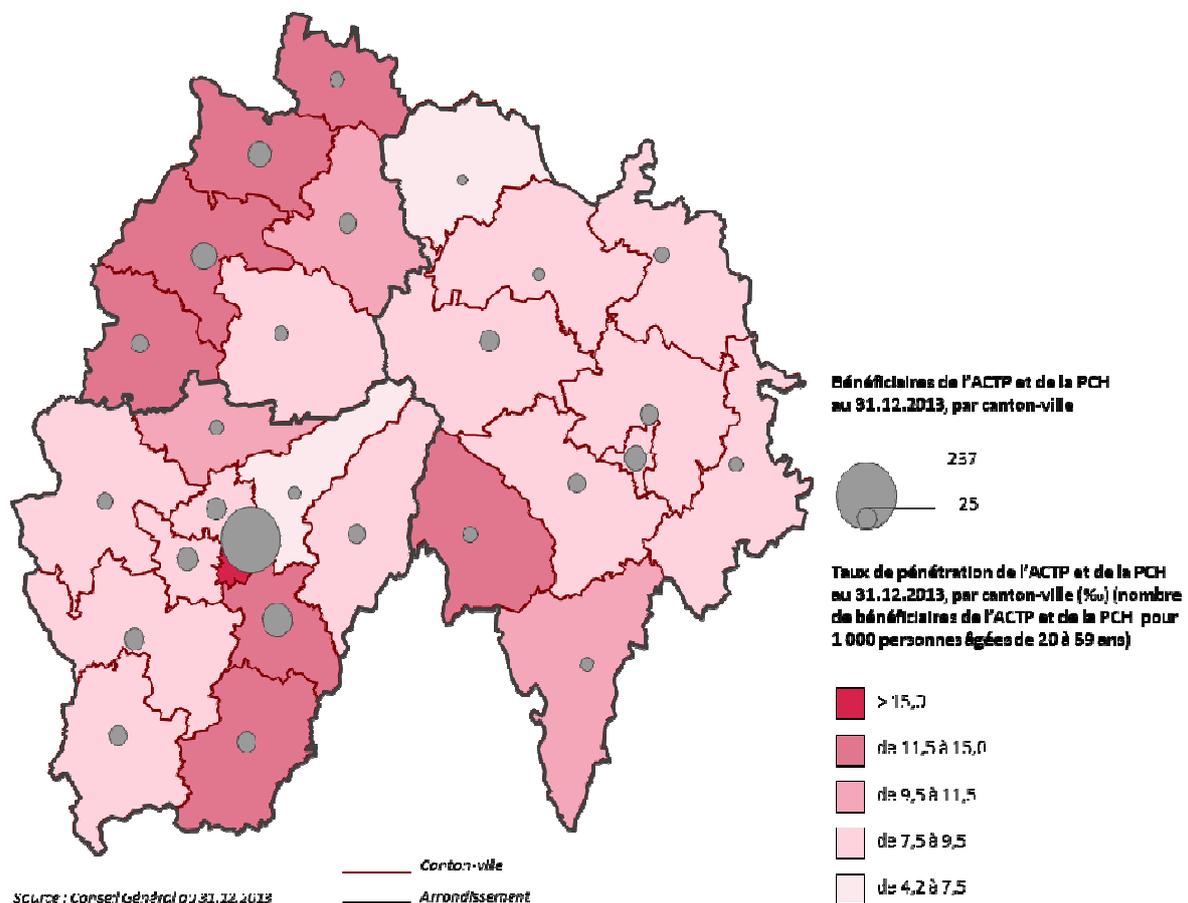
EN REVANCHE, LE TAUX DE PÉNÉTRATION DE LA PCH ET L'ACTP S'INSCRIT EN DEÇÀ DE LA SITUATION NATIONALE

Le taux de pénétration de l'ACTP (Allocation Compensatrice pour Tierce Personne) et de la PCH (Prestation de Compensation du Handicap) était de 3,58 pour mille habitants au 31 décembre 2010, soit légèrement en deçà des moyennes régionale et nationale.

Entre 2010 et 2013, ce taux a augmenté de 2 points (5,7 pour mille habitants ; 10,9 pour mille personnes de 20 à 59 ans).

Au 31 décembre 2013, 786 personnes sont ainsi bénéficiaires de l'ACTP ou de la PCH dans le département du Cantal (dont 225 bénéficiaires de l'ACTP contre 327 en 2005).

A noter que le taux de pénétration spécifique de la PCH (hors ACTP) est relativement hétérogène selon les territoires.



Nb : il s'agit des droits ouverts par la MDPH au 31 décembre 2013

C. FOCUS SUR LA DÉPENDANCE

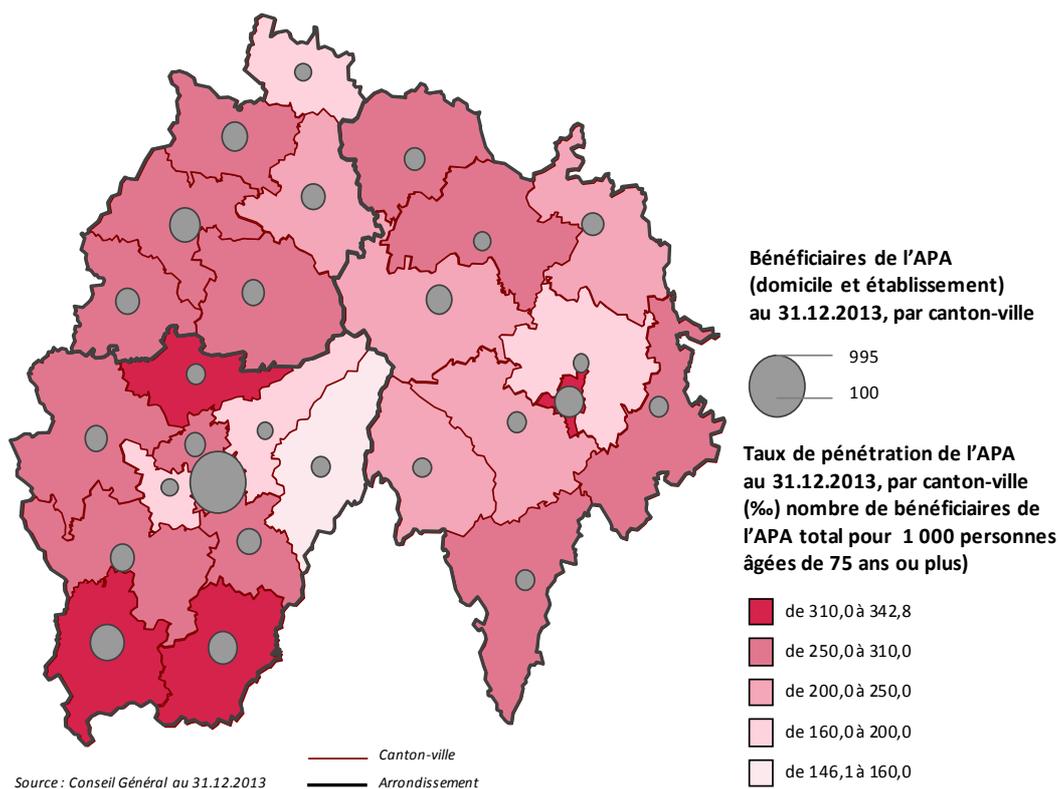
Le Département a également vu le nombre des bénéficiaires de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) croître ces neuf dernières années.

4 276 personnes âgées bénéficiaient de l'APA en 2005 ; **elles sont désormais 5 220 (+22%).**

Le taux de pénétration est alors de 260,7 pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus au 31 décembre 2013. Cela signifie concrètement qu'un **habitant sur 4 de plus de 75 ans bénéficie aujourd'hui de l'APA dans le Cantal.**

Il s'agit d'un taux élevé en comparaison avec les moyennes régionale (+ 25 points, données 2010 de la DRESS) et nationale (+ 50 points, données 2010 de la DRESS).

Parmi les bénéficiaires de l'allocation, **60% vivent à domicile et 40% en EHPAD**; ces proportions sont comparables à celles du précédent schéma, les créations de places programmées ces dernières années ayant permis de maintenir ce niveau de répartition. Si aucune place n'avait été créée, cette répartition aurait alors été plus proche de 65% à domicile et 35% en EHPAD.



Nb : il s'agit des droits ouverts par le Conseil général au 31 décembre 2013

II. DIAGNOSTIC DE L'OFFRE ET DES BESOINS

I. PRÉVENTION ET LUTTE CONTRE L'ISOLEMENT

A. LE BILAN DES PRÉCÉDENTS SCHÉMAS

Les points forts

- La mise en place effective des **MDA** (Maison Départementale de l'Autonomie), qui ont permis de rapprocher le Conseil général des usagers (à noter l'ouverture prochaine de la 3^e MDA sur l'arrondissement de Mauriac).
- Un fonctionnement des MDA articulé de manière **cohérente et opérationnelle** avec les dispositifs préexistants sur les territoires (CLIC - Centre Local d'Information et de Coordination, MAIA - Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer- mise en place en 2013, et MDPH).
- Des actions d'inclusion des personnes en situation de handicap soutenues par le Conseil général (**Programme Handicap et Société**).
- Une **réflexion** sur la mise en place d'un réseau de **bénévoles** par le CLIC du Pays de Gentiane, en tant que réponse à l'**isolement** des personnes âgées.
 - Un **accueil de la MDPH** particulièrement adapté aux différents handicaps (boucles magnétiques, dispositif « Web Sourd », formation sur le handicap mental, sur l'accueil et l'évaluation du handicap psychique) et à la problématique de la mobilité des usagers (visioconférence possible).

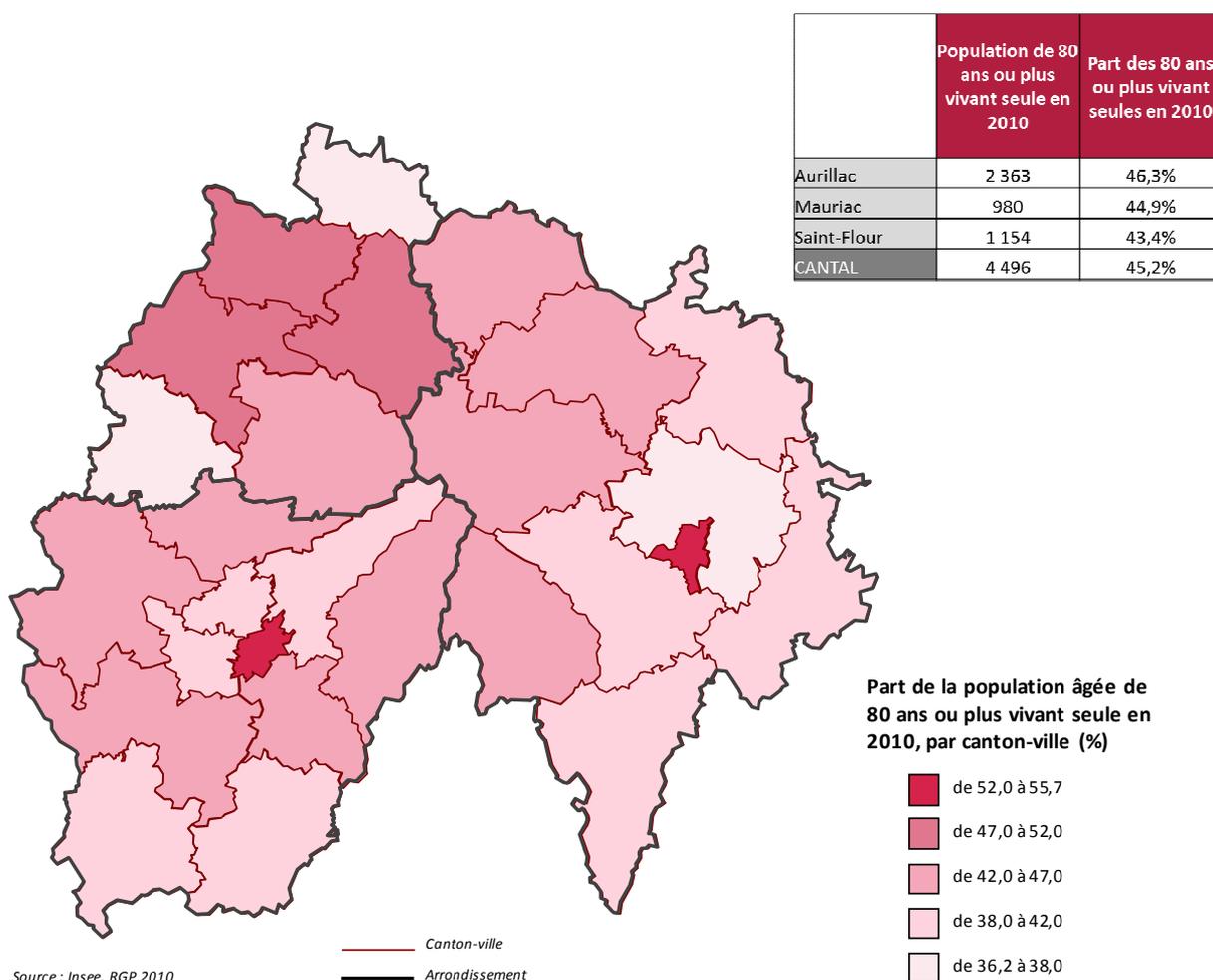
Les points de vigilance

- En matière de lutte contre l'isolement et de maintien du lien social, les actions prévues avec le **CODERPA** comme pilote n'ont **pas été mises en œuvre** (formation des bénévoles, concertation avec les associations d'aide à domicile).
- Le **guide départemental des équipements et activités sportives ou culturelles accessibles** aux personnes handicapées n'a pas été mis en place, en raison de son manque de pertinence principalement (nécessité d'une actualisation régulière et chronophage).
- La **juxtaposition de plusieurs dispositifs** (MDA, CCAS, CLIC, etc.) sur certains territoires (relativement moins sur Saint-Flour) présente un risque de confusion pour les usagers.
- Les agents des organismes accueillant du public sont encore **peu sensibilisés au handicap**.

B. UN ISOLEMENT DES PERSONNES ÂGÉES PRÉGNANT EN ZONE URBAINE

Il est important de considérer l'isolement des personnes âgées, en tant que défi pour d'une part repérer les situations de vulnérabilité et d'autre part assurer un accompagnement rapproché afin d'éviter toute situation d'urgence. Dans le Cantal, près de la **moitié des personnes âgées de 80 ans ou plus à domicile vivent seules (45,2%, soit 4 496 personnes âgées)**. Ce taux demeure toutefois en deçà des moyennes régionale (-5 points) et nationale (-4 points).

Si les trois arrondissements sont concernés dans une même proportion par ce phénomène, la carte ci-dessous indique une vigilance spécifique à avoir sur les pôles urbains (Aurillac et Saint-Flour en premier lieu), où plus d'une personne âgée sur deux vit effectivement seule.



C. L'ENJEU DE L'ACCESSIBILITÉ DE L'OFFRE SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIALE INCITE AU DÉVELOPPEMENT DES NTIC

Du fait de cet isolement important des personnes en situation de dépendance, l'accessibilité de l'offre sanitaire et médicosociale est plus que jamais une problématique à laquelle le Département doit répondre, à travers le développement des NTIC (Nouvelles Technologie de l'Information et de la Communication) notamment.

UN ÉLOIGNEMENT DE L'OFFRE SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIALE

Des populations relativement enclavées demeurent à plus de 30 minutes de tout service primaire de santé : médecins généralistes, dentistes, pharmaciens, kinésithérapeutes et infirmiers (11 000 personnes dans l'ensemble du département).

Les caractéristiques de relief du département, avec une altitude moyenne des zones d'habitation de 700 mètres, peuvent aussi rendre plus difficile l'accès aux soins aux personnes à mobilité réduite, qu'elles soient dépendantes ou en situation de handicap.

Lorsque l'offre est relativement proche, se pose encore **la question de son accessibilité pour les personnes en perte d'autonomie**, et ce au-delà de la seule problématique physique.

De manière générale, **afin d'améliorer l'accessibilité de l'offre, il convient d'assurer sa visibilité et sa lisibilité**. Or, il n'existe pas, à l'heure actuelle, suffisamment d'outils de recensement de ce qui existe sur le territoire et encore moins d'outils harmonisés pour s'en saisir, selon l'appréciation des acteurs rencontrés durant le diagnostic.

UNE DÉMOGRAPHIE SANITAIRE RELATIVEMENT INSUFFISANTE (HORS INFIRMIERS)

L'ARS souligne des difficultés en matière de démographie médicale dans la majorité du territoire.

Au vieillissement des professionnels généralistes s'ajoute un manque de praticiens en médecine spécialisée et dans les disciplines paramédicales. Toutefois, l'augmentation importante du nombre d'étudiants laisse présager une amélioration de la démographie médicale dans les prochaines années selon l'Ordre des Médecins du Cantal.

Les infirmiers sont toutefois en nombre suffisant sur tout le territoire, **ce qui est particulièrement important dans le maintien à domicile.**

En réponse, **les mesures du pacte territoire santé ont été mobilisées par l'ARS sur le département : CESP (contrat d'engagement de service public), PTMG (praticiens territoriaux de médecine générale...) et installation de maisons de santé pluri-professionnelles en lien** avec les collectivités locales. Il en existe actuellement quatre en fonctionnement (deux sur le BSI de Saint-Flour et deux sur celui de Mauriac). Par ailleurs, quatre projets sont en phase d'élaboration de leur projet de santé dont un sur le BSI d'Aurillac.

L'éclairage de l'ARS Auvergne sur les NTIC

Les gérontechnologies peuvent représenter une innovation secourable pour les personnes âgées (domotique, habitat et instruments de la vie quotidienne adaptés, etc.) afin de **compenser la dépendance dans un territoire en butte à l'isolement des personnes âgées** (source : PRS)

Les innovations de la télémédecine ont vocation à renforcer le suivi des personnes âgées et des malades chroniques, en permettant le suivi d'indicateurs et des situations complexes à distance avec l'appui des établissements de santé à l'offre de premier recours. Des expérimentations sur ce champ pourraient être encouragées, notamment dans les EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes).

Ex : Télé-dermatologie dans le cadre de cyber-cantal avec le CH d'Aurillac

D. LES AUTRES LEVIERS IDENTIFIÉS DU SROMS DE L'ARS 2012-2016 EN TERMES DE PRÉVENTION

Outre le développement des NTIC, le maintien des personnes âgées dans l'autonomie passe par la prévention en amont.

Celle-ci passe largement par des actions spécifiques de sensibilisation et de **formation à la prévention des chutes, aux risques liés à la dénutrition et à l'iatrogénie médicamenteuse.**

En outre, **une surmortalité liée aux maladies cardiovasculaires et aux addictions** est relevée sur l'ensemble du territoire départemental, et de façon plus forte dans le bassin de santé intermédiaire (BSI) de Mauriac. Cette situation appelle une attention particulière à la prévention des addictions et notamment à l'alcool. Cela étant, **cet enjeu est pris en charge dans les deux Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) d'Aurillac, leurs antennes et le CAARUD dans les BSI.**

Il convient de noter que le SROMS (Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale) de l'ARS en matière de prévention cible avant tout la dépendance. Le volet prévention est un des axes forts du projet de loi santé de Mme la ministre Marisol Touraine.

A RETENIR

- Dans le Cantal, 45% des personnes âgées de 80 ans ou plus à domicile vivent seules.
- **11 000 personnes** demeurent à **plus de 30 minutes** de tout service primaire de santé (médecins généralistes, dentistes, pharmaciens, kinésithérapeutes et infirmiers)
- Des difficultés soulignées en matière de **démographie médicale**.
- Aujourd'hui, la **prévention** de la perte d'autonomie est surtout axée sur les **personnes âgées** (prévention des chutes, dénutrition, iatrogénie médicamenteuse). Il pourrait être intéressant d'axer les actions sur la prévention des maladies chroniques liées au vieillissement d'une part, et sur des actions thématiques pour accompagner le handicap d'autre part.
- La mise en place des **MDA** a permis au Conseil général de se **rapprocher de ses usagers**
- **Néanmoins**, un risque de **perte de lisibilité** pour les usagers due à la multiplication des guichets.
- Une réflexion en cours sur la création d'un **PASS Autonomie** pour faciliter/simplifier l'accès aux droits et aux dispositifs (**panier de services**)



Le projet de Loi Autonomie

Sur l'information

Un nouvel article rénovant le CASF viendra affirmer le droit à l'information des personnes âgées et de leurs familles afin de leur permettre de choisir de façon éclairée leur mode de vie.

Sur la prévention

Le projet d'article 3 prévoit d'instituer une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie présidée par le président du Conseil général et composée de l'ensemble des financeurs des politiques de prévention de la perte d'autonomie du territoire dans un objectif de coordination de leurs interventions afin de :

- Faciliter l'accès aux aides techniques individuelles notamment en soutenant des modes d'achats groupés,
- Programmer les aides correspondant au forfait autonomie destiné aux logements-foyers,
- Soutenir des actions de prévention (par les SAAD, les aidants, les proches)
- Établir un programme d'aide en fonction des besoins (en mode schéma)

Les actions conduites dans ce cadre devront bénéficier pour au moins 40% de leur montant aux personnes âgées autonomes.

Nb : les concours de la CNSA (section V de son budget) seront répartis annuellement entre les départements en deux parts :

- pour le forfait autonomie, en fonction du nombre de places dans les établissements concernés dans le département.
- pour les autres actions de prévention, en fonction du nombre de personnes âgées de plus de soixante ans dans le département.

En matière de lutte contre l'isolement

La CNSA peut financer la formation et le soutien des intervenants bénévoles qui contribuent au maintien du lien social.

Il est également envisagé la création d'un « Volontariat civique sénior » : une nouvelle forme de volontariat adaptée à un public en forte croissance ayant pour objet la transmission des compétences et des savoirs tant professionnels que personnels dans des domaines d'intervention prioritaires pour la Nation. Il donnera lieu à la prise en charge des frais engagés dans le cadre de la mission et, éventuellement, au bénéfice de titres-repas. Il ouvrira droit à la délivrance d'un certificat de volontaire civique senior.

Trois exemples de mobilisation des NTIC pour la prise en charge de la dépendance issus d'autres territoires

Autonom@Dom

Ce projet, porté par le **Conseil Général de l'Isère** et ses partenaires, est testé auprès de 600 personnes pendant deux ans (2015-2017) sur quatre territoires du département. Ce dispositif a pour objectif de regrouper téléassistance, télésanté et télé médecine dans un seul bouquet de services adapté aux besoins des personnes en risque ou en perte d'autonomie, atteintes d'une pathologie chronique invalidante ou en convalescence post hospitalisation.

Ic@re

Ce projet dont le chef de file est l'entreprise Legrand, est aussi porté par de multiples partenaires (quatre Départements dont le **Conseil général de la Corrèze**, une université, une banque, des partenaires de service, des partenaires de santé, des pôles et réseaux, des partenaires industriels et une mutuelle).

Il doit permettre de développer et déployer des solutions domotiques et des services liés aux nouveaux moyens de communication, afin d'évaluer des modèles économiques et médico-sociaux innovants permettant de prendre en charge la dépendance de demain.

La 1^{ère} phase de déploiement concerne les solutions domotiques (parcours lumineux, détecteurs de chute et de fumée...) associées à un service de téléassistance avancée. La 2^{nde} phase de déploiement complètera l'offre avec un terminal tactile, un cahier de liaison dématérialisé, un service de télégestion et un service de télésurveillance clinique à domicile.

Deux niveaux d'évaluation seront mis en place : évaluation économique des solutions technologiques ; et évaluation médico-sociale et organisationnelle.

Ce projet est unique de par l'ampleur de son déploiement (plus de 2000 foyers), le niveau de solutions technologiques et les partenaires mobilisés.

Demeter

Ce projet est porté par le **Bas-Rhin**, en partenariat avec un consortium regroupant Cebea-Toshiba Services, Entela Communications, Orange, Hopi, Scanfile France et l'Alsacienne de Protection.

L'objectif est de répondre à quatre priorités dégagées par le Conseil général : la domotique, le lien social, la coordination entre les différents professionnels intervenant à domicile et la santé.

Plusieurs services sont expérimentés : détecteur de fumée, contrôles médicaux à distance, alertes en cas de chute, suivi de la prise des médicaments, contacts avec les proches par mail grâce à un stylo numérique.

II. L'OFFRE DE SERVICES À DOMICILE AUPRÈS DES ADULTES

A. LE BILAN DES PRÉCÉDENTS SCHÉMAS

Les points forts

- Une **couverture départementale en SSIAD** totale, avec un redéploiement de places sur l'Ouest du Département qui était en zone blanche : désormais, un taux d'équipement supérieur aux moyennes régionale et nationale.
- Une **formation continue des professionnels du domicile**, notamment pour s'approprier les problématiques du handicap.
- Une formation initiale, des thématiques de formations continues et des groupes de parole à destination des **accueillants familiaux**, connaissant un taux de participation très important.
- Une maîtrise des enjeux et fonctionnement du **service de portage de repas** par le Conseil Général grâce à une étude réalisée en 2009, qui a abouti à l'élaboration d'une Charte départementale signée par l'ensemble des 16 opérateurs de service de portage de repas.
- Le prochain lancement de l'expérimentation « **repas partagé** » (l'aide à domicile prépare le repas et mange avec la personne).

Les points de vigilance

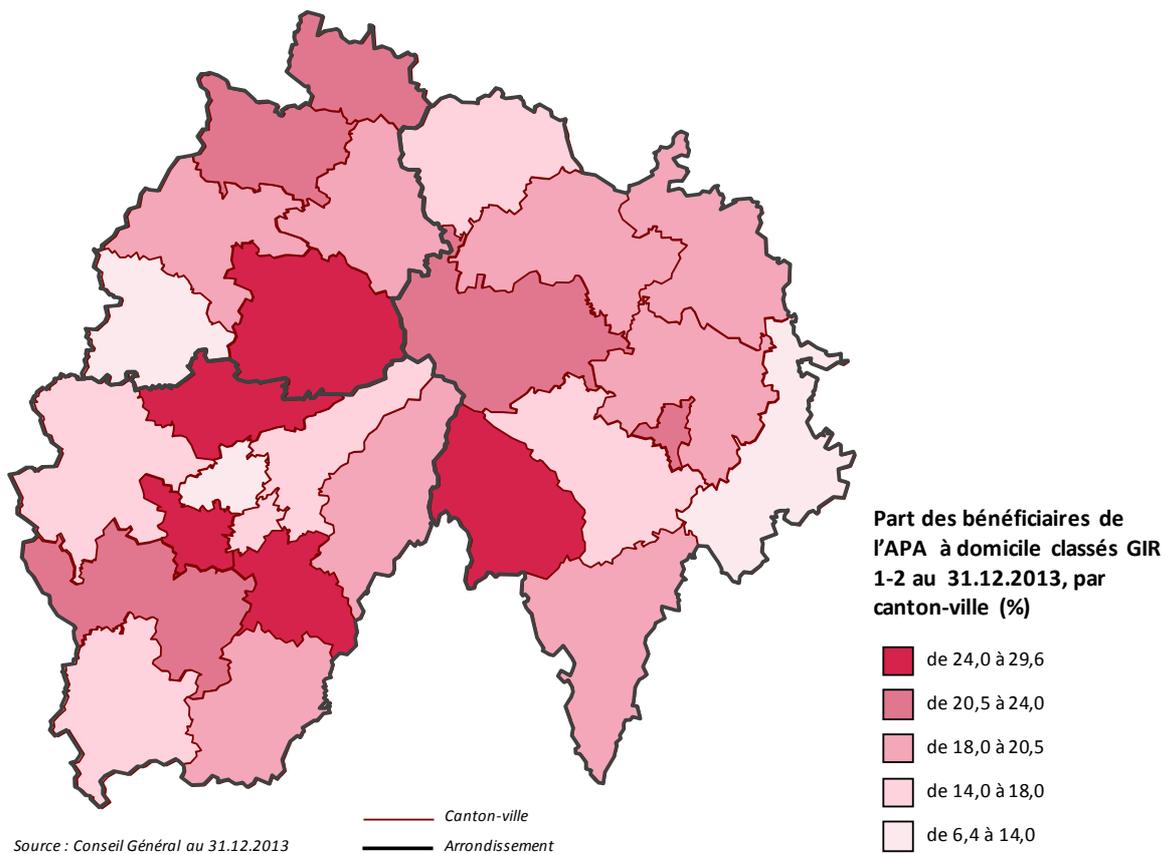
- L'accompagnement des **accueillants familiaux** sur la prise en charge des troubles du comportement par le secteur psychiatrique n'a pas été déployé.
 - cet accompagnement repose toujours majoritairement sur des réseaux locaux informels.
- Le dispositif de **garde itinérante de nuit** prévu n'a finalement pas été mis en place dans le cadre du précédent Schéma (incompatibilité de la convention collective des SAAD) :
 - une étude de faisabilité à son sujet a été réinscrite dans la nouvelle Convention Section IV ; des opérateurs étant prêts à se positionner pour déployer une telle offre.
- La problématique d'équité de l'offre de **service de portage de repas** demeure sur le territoire du Cantal :
 - des territoires ruraux difficilement accessibles induisant une augmentation du coût de la prestation.

B. PLUS DE 3 000 BÉNÉFICIAIRES DE L'APA À DOMICILE, DONT 19% EN GIR 1-2 ET 65% EN GIR 4

Au 31 décembre 2006, 58,7% des bénéficiaires de l'APA vivaient à domicile. Cette proportion a augmenté d'un point au 31 décembre 2013 (**59,7%**- similaire à la moyenne métropolitaine et supérieure de deux points à la moyenne régionale selon les données DRESS).

Les GIR 1-2 représentent **jusqu'à un quart des bénéficiaires de l'APA à domicile dans certains cantons autour de la zone urbaine d'Aurillac** (où à l'inverse, le niveau de dépendance apparaît relativement faible).

Si plus d'un tiers (34,4%) des bénéficiaires de l'APA-D est âgé de 85 ans ou plus, **il n'est pas identifié de nette corrélation entre l'âge et le niveau de dépendance.**



C. L'APA : COMPLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

LES ÉVALUATIONS APA SONT RÉALISÉES PAR LES ÉQUIPES MÉDICO-SOCIALES (EMS) DU CONSEIL GÉNÉRAL ET LES CLIC (CENTRE LOCAL D'INFORMATION ET DE COORDINATION).

Les EMS comptent 9 ETP de travailleurs sociaux (6 ETP à Aurillac, 1 ETP dans chacun des autres arrondissements et un supplémentaire à venir sur Saint-Flour) ; soit entre 250 et 300 bénéficiaires par ETP d'évaluateur et par secteur. La priorité est aujourd'hui fixée sur les réponses aux premières demandes.

A l'issue de la période d'attribution, les plans d'aide qui n'ont pu être réexaminés sont prolongés temporairement jusqu'à nouvelle évaluation afin d'éviter les ruptures de droits.

Des conventions entre le Conseil général et le CLIC du Pays de Gentiane et celui d'Aurillac permettent de déléguer des évaluations APA.

Des formations à la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) ont été organisées par le service MDA-MAIA pour homogénéiser les pratiques d'évaluation. Des réunions de synthèse autour des plans d'aide sont également mises en place. Un outil interne a d'ailleurs été créé pour aider à la construction du plan d'aide et homogénéiser les pratiques.

Le regard médical de l'évaluation est difficilement assuré par l'unique médecin du service via le certificat médical présent dans le dossier de demande, renseigné par les médecins généralistes qui n'ont pas toujours une bonne maîtrise de la grille AGGIR. Cette carence en évaluation médicale pourrait expliquer le fort taux de GIR 4 constaté.

LE NIVEAU DE PRÉCISION INSCRIT DANS LES PLANS D'AIDE POURRAIT TOUTEFOIS ÊTRE AMÉLIORÉ AFIN D'OPTIMISER ET GARANTIR LEUR RESPECT.

En effet, si le volume global d'heures accordées et la nature des actes sont précisés, le temps pour chaque acte n'est pas indiqué. Est également précisée la fréquence des interventions (journalière ou hebdomadaire, matin/midi/soir), mais pas le planning détaillé quotidien des horaires d'interventions, qui pourrait faciliter l'organisation par le service prestataire des interventions (il pourrait aussi le complexifier dans certains cas et l'obliger à prendre des dispositions de nature à impacter les tarifs). Enfin, les niveaux de compétences requis (Aide à Domicile / Auxiliaire de Vie Sociale) pour assurer les prestations prévues ne sont pas indiqués.

Les informations transmises aux SAAD prestataires pour intervenir chez l'utilisateur doivent également être enrichies pour améliorer les interventions.

LA COORDINATION EFFECTIVE AUTOUR DES SITUATIONS COMPREND ÉGALEMENT DES MARGES DE PROGRÈS.

Les SAAD implantés dans le département travaillent en étroite collaboration avec les équipes du Conseil général, lorsqu'un événement exceptionnel impacte la bonne mise en œuvre du plan d'aide (hospitalisation, déménagement...). Néanmoins, il conviendrait d'améliorer la remontée

d'informations concernant des évolutions plus « classiques » de situations (perte d'autonomie progressive ou au contraire une autonomie améliorée suite à une opération).

L'OFFRE DE PRISE EN CHARGE DE LA NEURO-DÉGÉNÉRESCENCE À DOMICILE SE DÉVELOPPE.

L'objectif de l'ARS est de développer suffisamment les équipes spécialisées Alzheimer (ESA) à domicile pour couvrir l'ensemble du territoire régional.

L'éclairage sur la coordination autour des sorties d'hospitalisation sur le Pays de Gentiane

Le CLIC Pays Gentiane a mis en place un système efficient pour gérer les retours à domicile à travers une réunion de coordination des acteurs qui se tient une fois par mois (médecin, cadre de santé, psychologue de l'hôpital et équipe externe : SAAD, CLIC, et la responsable du foyer logement, Assistante Sociale de la CARSAT (Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail). Si cette modalité de coordination est intéressante et doit être développée, il est nécessaire que l'anonymat et la confidentialité des informations de la personne soient assurés, sachant toutefois que ces échanges se déroulent entre professionnels de la santé, du médico-social et du social.

D. L'ACTP-PCH EN CHIFFRES

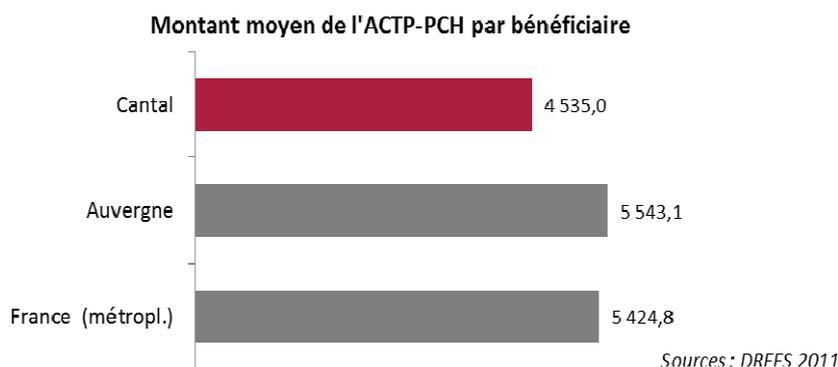
Le taux de pénétration de l'ACTP-PCH (Allocation Tierce Personne – Prestation de Compensation du Handicap) est de 27,8 pour 1 000 adultes dans le Cantal.

La proportion de bénéficiaires de ces prestations (ayant des droits ouverts) est relativement plus importante sur l'arrondissement de Mauriac (33,0‰ contre 27,8‰ dans le département).

	Nombre de bénéficiaires ACTP/PCH pour 1000 20- 59 ans
Aurillac	28,7
Mauriac	33,0
Saint-Flour	22,4
Cantal	27,8

Source : MDPH, au 31 décembre 2013

En moyenne, **un bénéficiaire de l'ACTP-PCH bénéficie de 1 000 euros de moins par an dans le Cantal (4 535 €) que la moyenne notée en France métropolitaine (5 424,8 EUR)** mais aussi en région Auvergne (5 543,1 €). Concernant la PCH, le montant moyen payé par bénéficiaire est également inférieur (5 493 € en 2012 contre 7 419 € en France- *source CNSA*). Ceci s'explique en particulier par les modalités de contrôle d'effectivité de la dépense développées par le Conseil général concernant ces prestations.



E. LA PCH : COMPLÉMENT DE DIAGNOSTIC

L'EFFICIENCE DES PROCESS D'ÉVALUATION ET DE TRAITEMENT PEUT ÊTRE CONFORTÉE.

L'équipe pluridisciplinaire d'évaluation (EPE) de la MDPH est composée de 3 ETP (équivalent temps plein) de médecin (seulement un des trois est pourvu aujourd'hui), 1 ETP d'infirmière, 1 ETP d'ergothérapeute, 2 ETP de travailleurs sociaux, 1 ETP d'enseignant spécialisé de l'Éducation nationale et d'1 ETP de référent insertion professionnel. L'EPE fait également appel à de l'expertise externe : psychologue libéral, médecin psychiatre libéral, pédopsychiatre, cardiologue, neurologue ou tout autre spécialiste.

Concernant la PCH aide humaine, les évaluations sont assurées par l'infirmière (autant que les visites à domicile) en lien parfois avec d'autres professionnels (ergothérapeute).

Les outils d'évaluation utilisés sont le GEVA (Guide d'EVALUATION des besoins de compensation de la personne handicapée) pour l'éligibilité à la PCH, pour le volet social en revanche, les travailleurs sociaux disposent d'une grille propre.

Les délais de notification sont dans la moyenne nationale : en 2013, le délai moyen de traitement d'une demande de compensation est de **2.5 mois pour l'enfant** et de **5 mois pour l'adulte**. Il est conforme à la moyenne nationale qui est de **3.1 mois pour une demande enfant** en 2012 et de **4.8 mois pour une demande adulte** en 2011 (source CNSA). Toutefois, il est constaté un grand nombre de rejets des demandes (demandes mal orientées, complétude inaboutie du dossier, etc.). Pour répondre à cette difficulté qui embolise le circuit de traitement des demandes, il serait opportun que les MDA puissent aider les usagers à faire les bonnes demandes et compléter le dossier MDPH (les coordonnateurs pouvant se déplacer au domicile).

Le traitement des décisions de la MDPH est d'autant plus complexe pour le service PCH-APA du Conseil général, que **les décisions de la MDPH ne sont pas transmises à flux constant** (mais de manière regroupée, régulièrement), ce qui entraîne des périodes de tensions en termes de traitement des dossiers (sachant que les équipes du CG sont positionnées indifféremment sur les deux prestations que sont l'APA et la PCH).

La perduration du fond de compensation dans le Cantal

Le fond départemental de compensation existe encore en partenariat avec la CPAM, la Mutualité Agricole et l'État. La bonne gestion de ce fonds permet de prédire encore un an et demi de capacité de financement environ, selon l'appréciation des services du Conseil général datant d'avril 2014.

F. L'OFFRE EN SAAD (PA ET PH) EN COURS DE PROFESSIONNALISATION

Face à la demande d'heures de PCH et d'APA, l'offre des SAAD s'est structurée et professionnalisée afin de mieux répondre aux besoins des populations concernées.

L'offre d'aide à domicile est avant tout le fait de deux opérateurs historiques – associatifs et autorisés par le Conseil général (La Fédération départementale ADMR et l'ASED – toutes deux associations de services à domicile), captant 73% des heures APA prestataires du département en 2011.

En zone urbaine (principalement sur Aurillac), une **offre privée lucrative s'est développée ces cinq dernières années.**

L'effet ciseau constaté, dans le Cantal comme ailleurs, **entre une professionnalisation croissante des SAAD d'une part, et de fortes contraintes budgétaires d'autre part** (notamment liées à la Convention collective de branche), **ont fragilisé les opérateurs historiques.** Ces derniers ont ainsi eu recours au **fonds de restructuration de l'ARS** (l'ASED et, dans une moindre mesure, l'ADMR).

Ce contexte réaffirme **la nécessité d'accompagner la modernisation mais également la rationalisation de l'offre de l'aide à domicile :**

- par le biais de la Convention Section IV signée avec la CNSA (2nde génération en cours) ;
- par le biais de mutualisations entre les services ;
- mais également en travaillant sur la sectorisation de l'offre (non effective) ainsi que sur l'élaboration d'outils de régulation et de pilotage au niveau du Conseil général (non existants au moment du diagnostic).

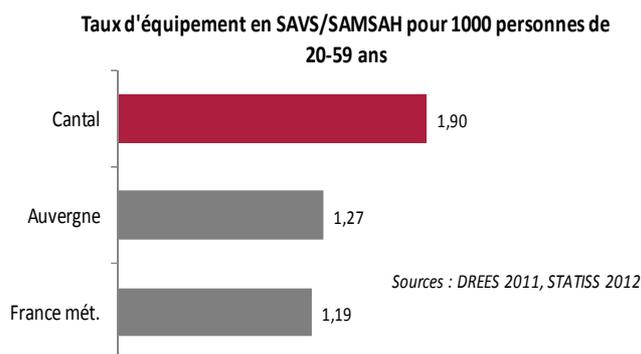
Ces enjeux peuvent être articulés avec la problématique croissante connue par les SAAD en matière de recrutement : malgré une politique volontariste et bien anticipée de la part du Conseil général et de la Région (formation de demandeurs d'emplois aux métiers du médico-social), les personnes formées se tournent de plus en plus vers les structures d'accueil au détriment de l'aide à domicile.

G. UN TAUX D'ÉQUIPEMENT EN SAVS –SAMSAH DANS LA MOYENNE HAUTE

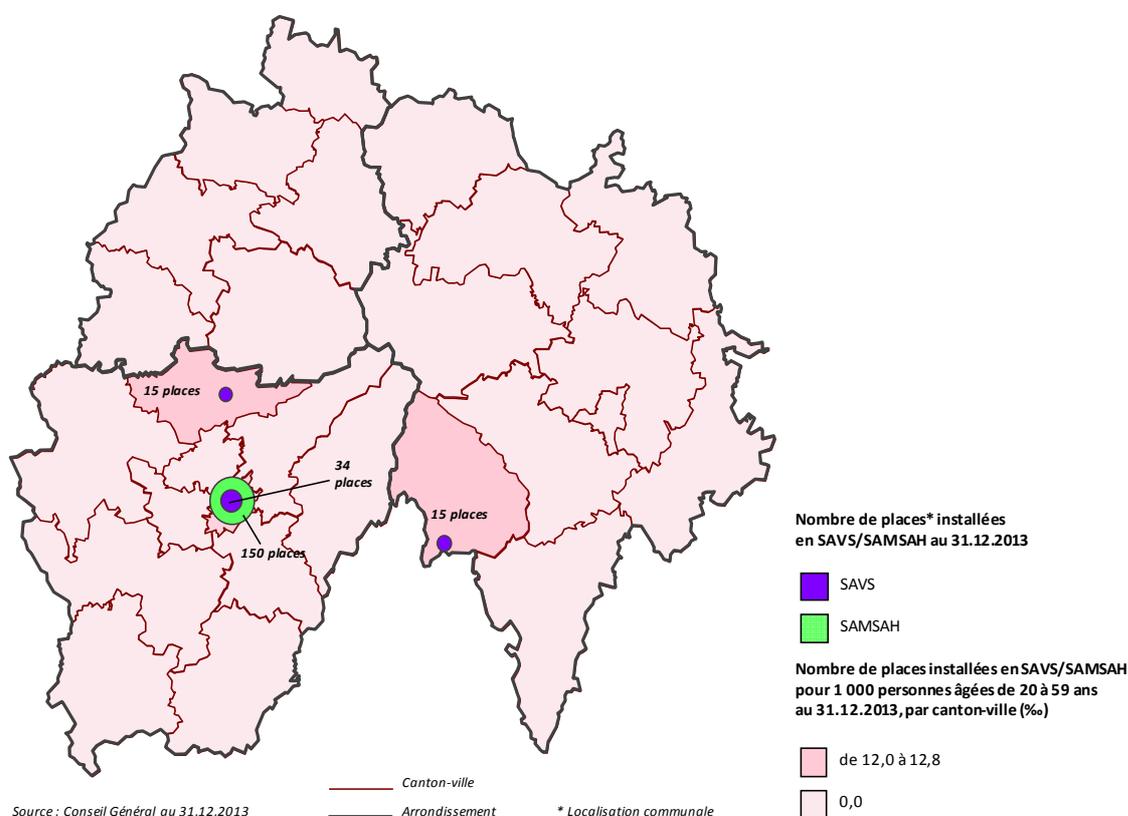
En effet, si les structures d'accueil concurrencent à ce point les SAAD en termes de recrutement, c'est que le taux d'équipement du département est en augmentation.

Ainsi, dans le Cantal, il est dénombré **2,9 places de SAVS-SAMSAH** (Service d'accompagnement à la vie sociale - Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés) **pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans au 31 décembre 2013.**

De fait, le département est sensiblement **bien doté sur cette offre, en comparaison avec les moyennes régionale (1,27 en 2010) et nationale (1,19 en 2010).**



Les services à domicile pour adultes en situation de handicap couvrent ainsi l'ensemble du territoire départemental, même s'il est identifié une offre relativement moins importante en SAVS sur l'arrondissement de Mauriac.



Si la couverture territoriale s'avère satisfaisante, il est constaté un **hiatus entre l'offre aujourd'hui dispensée par les services à domicile et les besoins désormais identifiés**- notamment sur le champ du handicap psychique. A titre d'illustration, il est constaté peu d'orientations d'utilisateurs avec handicap psychique, de la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) vers les SAVS ou le SAMSAH. Cet état de fait interroge la capacité de ces services à accompagner le handicap psychique.

H. L'OFFRE DE SOINS À DOMICILE (PA ET PH ADULTES)

Parallèlement à l'offre de structure d'accueil précédemment évoquée, l'offre de soins à domicile est également plus développée que la moyenne, puisque le **secteur PA compte 12 SSIAD sur le territoire soit une place pour 5 bénéficiaires de l'APA à domicile**. Ce taux d'équipement est **supérieur aux taux régional et national** (deux fois moins).

De la même manière, le **taux d'équipement en SSIAD pour personnes en situation de handicap est relativement élevé** dans le Cantal – Au total 19 places de SSIAD sont autorisées et assurent le suivi de personnes en situation de handicap à domicile : il atteint 3,6 places pour 100 bénéficiaires de l'ACTP PCH, soit un point de plus que la moyenne métropolitaine.

Si le département est ainsi bien doté, l'offre fait face à **deux difficultés majeures** selon les professionnels rencontrés, d'une part des **coûts d'intervention en augmentation**, d'autre part la nécessité de **soutenir les professionnels des SSIAD concernant l'accompagnement à la fin de vie**.

DES COÛTS D'INTERVENTION EN AUGMENTATION

Ces coûts entraînent en conséquence, des arbitrages faits qui contraignent l'accessibilité de l'offre (des situations refusées comme les diabétiques et des taux d'activité maintenus volontairement à moins de 100% pour faire face à l'augmentation des coûts par exemple).

LA NÉCESSITÉ DE SOUTENIR LES PROFESSIONNELS DES SSIAD CONCERNANT L'ACCOMPAGNEMENT À LA FIN DE VIE

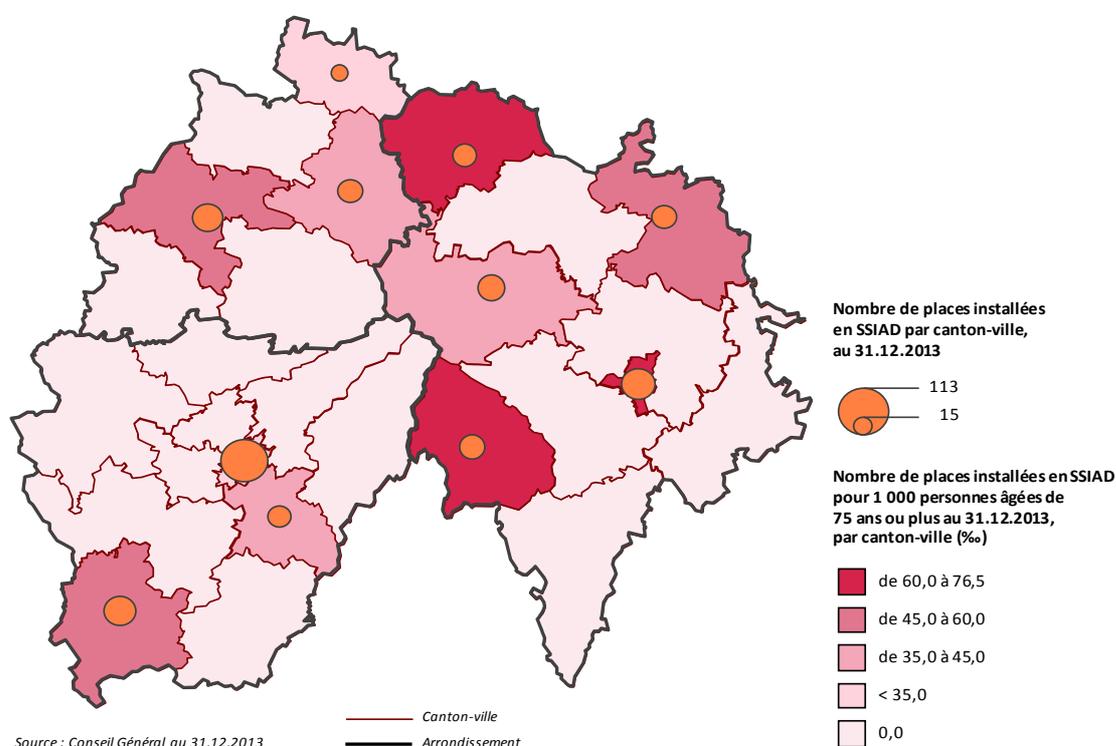
D'autant qu'il n'est pas possible en Auvergne d'articuler une double prise en charge SSIAD-HAD (Hospitalisation à Domicile - la couverture territoriale de cette dernière étant relativement limitée d'une part, et les médecins généralistes y étant parfois réticents d'autre part). Une étude de couverture territoriale va être prochainement conduite par l'ARS. Face à cette problématique, les services collaborent étroitement avec le réseau local des soins palliatifs (RESAPAC) ; par ailleurs une problématique de souffrance des professionnels a été relevée.

I. FOCUS SUR L'OFFRE DE SOINS À DOMICILE SUR LE CHAMP GÉRONTOLOGIQUE

Les 12 SSIAD intervenant auprès des personnes âgées dans le Cantal sont répartis sur les trois arrondissements. Une équité territoriale a été recherchée dans le cadre des précédentes programmations.

Il est dénombré **plus de 60 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus dans trois cantons**. Les cantons non desservis par les SSIAD peuvent compter sur une offre libérale en soins infirmiers relativement importante dans le département.

Une étude sur les SSIAD sera menée en 2015 par l'ARS D'Auvergne afin d'envisager une évolution du dispositif.



J. UNE OFFRE D'ACCUEIL FAMILIAL ÉGALEMENT EN VOIE DE PROFESSIONNALISATION

L'offre de services à domicile se professionnalise, c'est également dans cette voie que s'engagent les aidants familiaux afin de mieux répondre aux attentes des personnes qui les sollicitent.

La très grande majorité des accueillants familiaux peuvent accueillir des personnes âgées comme des personnes en situation de handicap.

Principalement basées sur l'arrondissement d'Aurillac, ces places sont occupées en premier lieu par des personnes en situation de handicap.

	Accueil familial P/PH - nombre de places	Nombre de places total d'accueil familial
Aurillac	19	28
Mauriac	6	7
Saint-Flour	6	8
Cantal	31	43

Les accueillants familiaux bénéficient de la Convention Section IV afin de conforter le caractère professionnel de leur accompagnement mais aussi de prévenir des situations de rupture.

En parallèle des actions inscrites dans la Convention, **un contrôle de l'accueillant et un suivi de l'accueilli est effectué tous les 2 mois minimum** (par un binôme du Conseil général dont un contrôleur de l'aide sociale).

A RETENIR

- o Une augmentation de la proportion des bénéficiaires de l'APA à domicile entre 2006 et 2013 et un niveau de **dépendance élevé** ; une représentation importante des **GIR 4** dans l'APA à domicile.
- o Sur le champ du handicap, **des délais de traitement des dossiers déposés à la MDPH dans la moyenne nationale** mais néanmoins des process qui pourraient être améliorés.
- o La **pluridisciplinarité** dans les évaluations APA/PCH gagnerait à être renforcée.
- o La **professionnalisation** continue des acteurs de l'aide à domicile, notamment par le biais de deux conventionnements Section IV avec la CNSA.
- o Malgré un taux d'équipement en **SAVS –SAMSAH** dans la moyenne haute, des problématiques relevées sur leur **positionnement et leur rôle au sein du dispositif**.
- o Une offre de **soins infirmiers** à domicile relativement importante, dont le déploiement a concerné l'ensemble du territoire ces dernières années.
- o Des **accueillants familiaux** également en voie de professionnalisation et accompagnés par le Conseil général (contrôle, suivi, formations...).
- o Une **diversification** de l'offre à domicile relativement contrainte (des expérimentations non

mises en place, une offre de portage de repas en difficulté malgré une étude réalisée à ce sujet).



ÉLÉMENTS D'ANALYSE COMPARÉS

Le projet de Loi Autonomie

Une révision de l'APA à domicile en prévision

Il est prévu de revaloriser et améliorer l'APA à domicile par le biais de leviers principaux : 1) hausse du plafond des plans d'aide pour l'ensemble des bénéficiaires, mais de façon plus importante pour les personnes les plus dépendantes, afin de répondre à la saturation et au manque de diversification des plans d'aide actuels ; 2) allègement du reste à charge pour les plans d'aide les plus lourds ; 3) baisse du ticket modérateur pour les personnes les plus modestes, afin de limiter la sous-consommation des plans d'aide pour des raisons financières.

Sur l'évaluation de la dépendance et des plans d'aide, le projet de loi suggère :

- Une évaluation multidimensionnelle des besoins de la personne âgée par une équipe pluridisciplinaire du département
- Le Principe de la reconnaissance mutuelle de l'évaluation de la perte d'autonomie des personnes âgées entre les caisses de retraite et les départements.

Sur l'attribution et le suivi de la mise en œuvre des plans d'aide, le projet d'article 31 (modifie le CASF) prévoit :

- D'introduire dans la loi la référence à la majoration pour tierce personne
- La modulation de la participation financière du bénéficiaire en fonction du montant du plan d'aide et de ses ressources, permettant ainsi d'assurer la dégressivité du ticket modérateur ; réexamen annuel des ressources prises en compte
- De préciser et compléter la procédure d'instruction de la demande d'APA : ajout d'une évaluation multidimensionnelle à l'évaluation AGGIR
- De supprimer la commission chargée de proposer le bénéfice de l'APA, cette compétence revenant à l'équipe médico-sociale.
- Le principe d'un paiement mensuel de l'APA pour les aides régulières ; facilite l'emploi du Chèque Emploi Service Universel (CESU) ; paiement direct aux prestataires ; « Ces mesures permettent de prévenir les indus, de faciliter le contrôle d'effectivité de la prestation, de simplifier le paiement des services et des intervenants. »

De la refonte de l'aide à domicile

- Sera prévu dans le futur article 33, le contenu minimal d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) entre un CG et un SAAD.
- L'article 35 offrira la possibilité aux services agréés d'être dispensés de la procédure de l'appel à projet pour demander une autorisation (dans les 3 ans suivant la publication).

Pour un soutien de l'accueil familial

Le projet d'article 41 (modifie le CASF) précise les critères d'agrément, favorise le développement de l'accueil à temps partiel et permet au département de mieux sécuriser l'ensemble des accueils. A cet effet, il prévoit également :

- L'élaboration d'un projet d'accueil personnalisé ;

- La possibilité pour les personnes bénéficiant d'un accueil familial d'utiliser le chèque emploi-service universel (CESU)
- Le renforcement de la formation des aidants familiaux

L'éclairage des Yvelines sur la garde itinérante de nuit (GIN)

Des projets expérimentaux de baluchon et de GIN confiés aux 2 plateformes de modernisation et de professionnalisation (CIMAP - comité interministériel pour la modernisation de l'action publique- et AMADOM - Association pour la modernisation de l'aide à domicile) ont été mis en place avec leurs SAAD adhérents sur la base du volontariat.

L'expérimentation a eu lieu entre 2011 et 2012, elle est aujourd'hui prolongée mais non étendue eu égard à ses résultats :

- Sur une population départementale de 1,4 millions d'habitants, il n'a jamais été comptabilisé plus de 10 bénéficiaires uniques par mois, tous SAAD confondus.
- Si le nombre d'heures est conséquent, le système ne s'avère pas équilibré financièrement.

Les enseignements du Département

- Le faible nombre de bénéficiaires n'est pas forcément révélateur d'une absence de besoins, mais de disparités importantes entre les situations.
- Cette offre de service a notamment **eu pour effet de diminuer les plans de PCH les plus lourds**, notamment en raison des interventions le soir et la nuit.
- Le coût induit une différence importante entre PA et PH en raison des différences de plans d'aide

Il est désormais envisagé que des SAAD classiques prennent en charge ce type d'offre, en allongeant leurs horaires de fonctionnement (prise en charge des couchers tardifs)

III. L'AIDE AUX AIDANTS ET L'ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLES

A. LE BILAN DES PRÉCÉDENTS SCHÉMAS

Les points forts

- Un projet structuré **d'appui aux aidants** porté par l'UDAF (Union Départementale des Associations Familiales) avec différentes institutions et opérateurs, se traduisant dans un premier temps par des groupes de paroles, un ciné-débat favorisant l'expression et l'écoute des aidants naturels.
- Des **actions complémentaires** construites sur la base d'un diagnostic de territoire sur les aidants et leur besoins (2010) :
 - La mise en place d'une **permanence téléphonique** neutre pour répondre aux interrogations des aidants.
 - Une **expérimentation de répit à domicile** : un forfait de 15h cofinancé par le Conseil général, les Caisses de retraites et l'AG2R, qui s'adresse à la fois aux PA et aux PH : un dispositif départemental convergent.
 - Une « **Pérennisation** » de l'**expérimentation** rendue possible par le renouvellement de la Convention section IV.
- Un **groupe d'entraide mutuelle (GEM)** pour personnes avec handicap psychique créé à l'initiative de l'UNAFAM (Union Nationale des Amis et Familles de Malades Mentaux) : 220 personnes sont concernées. Une réflexion est en cours pour la **création** d'un autre GEM à Saint-Flour.

Les points de vigilance

- Un **projet de plateforme de répit** travaillé avec la Délégation territoriale de l'ARS demeure en attente d'un appel à projet national de la CNSA pour se concrétiser.
 - La **promotion de l'accueil séquentiel** ne s'est pas traduite par l'augmentation de sa mobilisation par les familles et usagers.
 - Il n'a pas été développé d'accueil temporaire au sein de **familles d'accueil** (absence de demande de la part des accueillants familiaux).
 - Il n'a pas été rédigé de cahier des charges pour la mise en place d'un **accueil de jour itinérant**.
 - L'expérimentation des **UVAF** (Unité de Vie en Accueil Familial) a été arrêtée en raison : 1) d'un investissement trop important pour l'association porteuse du projet ; 2) de l'absence de suites données au niveau national.
- L'accueil de fin de semaine chez les parents** (pour les enfants accueillis en IME) n'a pas fait l'objet d'un travail spécifique.

B. LES LEVIERS MOBILISÉS PAR LE CONSEIL GÉNÉRAL ET L'ARS EN MATIÈRE D'AIDE AUX AIDANTS

Le Conseil général s'engage sur la question du répit par le biais de la **Convention CNSA Section IV**. C'est visible dans le tableau ci-après. De plus, des formations d'aidants naturels sont prévues dans la Convention de deuxième génération.

Réalisations
<p>> Mise en place d'un pôle ressource géré par l'UDAF du Cantal et articulé autour :</p> <ul style="list-style-type: none">- d'un partenariat avec 22 acteurs qui ont signé une charte d'engagement- d'une permanence d'écoute pour les aidants <p>> Embauche d'un chargé de mission à temps plein pour animer le dispositif, (3 personnes se sont succédé sur ce poste), et d'un écoutant (travailleur social) à mi-temps pour la permanence d'écoute. Cette dernière a enregistré peu d'appels :</p> <ul style="list-style-type: none">- 2011 : 31 appels- 2012 : 33 appels- janv. 2013 à juin 2013 : 79 appels <p>> Animation territoriale :</p> <p>252 aidants ont été identifiés et ont laissé leurs coordonnées au cours des différentes actions menées sur tout le territoire.</p> <p>Ces actions de sensibilisation (en particulier réalisation de Ciné-débat sur l'ensemble des communautés de communes) ont été déterminantes pour préparer la formation des aidants (prévue dans la convention 2013-2016).</p>

En outre, un service de répit a été mis en place (expérimentation 2013, et reconduite en 2014 par le CLIC de Gentiane), de même que la médiation intergénérationnelle (lancée en 2014). Un projet d'accueil de jour itinérant et intergénérationnel est prévu avec les assistantes maternelles (envisagé en 2014 dans le cadre du plan local de santé en 2014 en expérimentation sur une partie du Nord).

Les leviers de répit identifiés par l'ARS (Source : axe 2 du SROSMS)

L'ARS a identifié plusieurs leviers de répit :

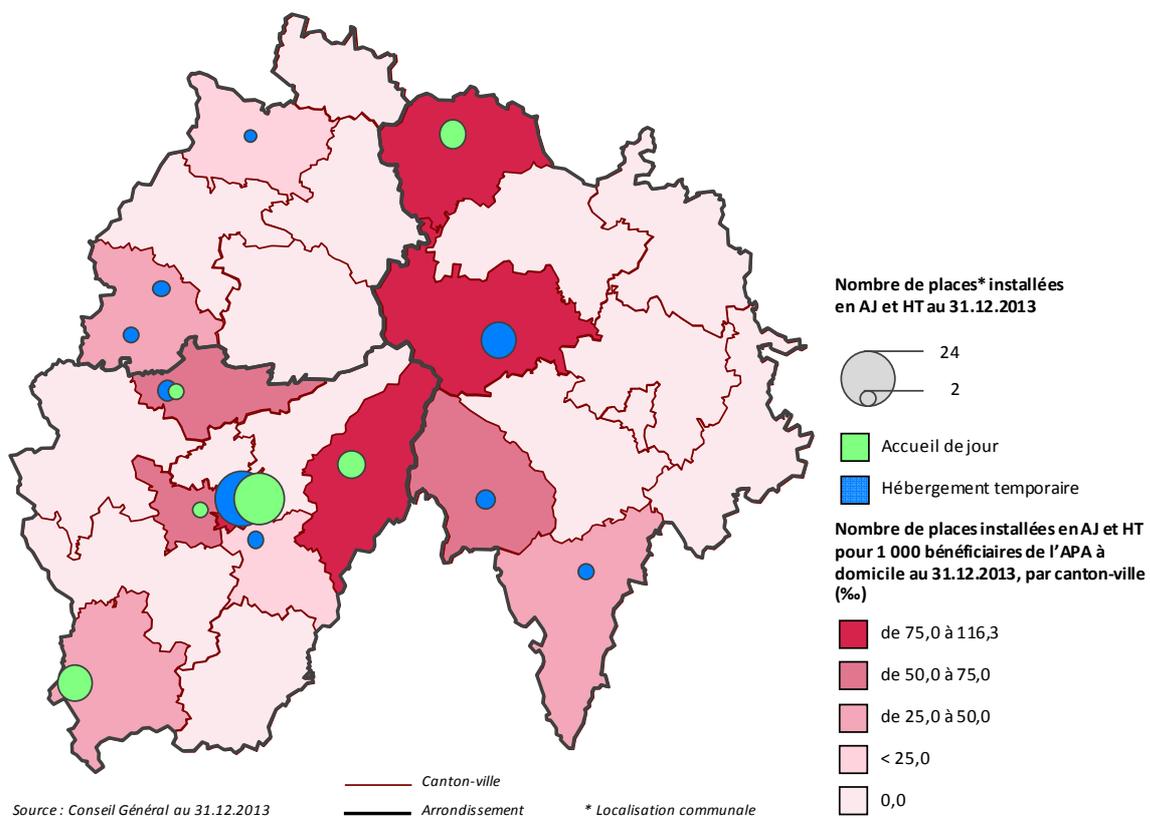
- Développer l'accompagnement au maintien dans le milieu ordinaire
- Développer et diversifier les solutions de répit
- Soutenir les actions d'information et de sensibilisation à destination des aidants
- Former les aidants familiaux, notamment à l'évolution de la maladie, à l'adaptation de l'environnement, au maintien d'une relation positive
- Développer l'éducation et l'aide à la parentalité

C. UNE OFFRE D'ACCUEIL SÉQUENTIEL À AJUSTER SUR LE CHAMP GÉRONTOLOGIQUE

Avec 32,7 places d'accueil séquentiel pour 1 000 allocataires de l'APA, l'offre d'accueil de jour et d'hébergement temporaire est importante dans le Cantal, comparativement à l'offre moyenne régionale et celle nationale (autour de 28 places pour 1 000).

Il existe 61 lits en hébergement temporaire et 47 places d'accueil de jour au 1^{er} avril 2014. L'offre est avant tout concentrée dans l'arrondissement d'Aurillac (47,9 places pour 1 000 bénéficiaires de l'APA-D contre respectivement 25,9 et 6,9 places sur Saint-Flour et Mauriac).

Toutefois, ces places peinent à rencontrer la demande, de faibles taux d'occupation étant ainsi constatés.



Le diagnostic a plus précisément mis en évidence différents hiatus entre l'offre et les besoins :

- D'une part, les accueils de jour peinent à atteindre des taux d'occupation satisfaisants, *a priori* au regard du frein à l'entrée que représente le transport sur ce type d'offre particulière.
- D'autre part, au sujet de l'hébergement temporaire, la localisation des places ne semble pas tout à fait ajustée (des places peu mobilisées dans le Nord du département comme sur Aurillac).

Deux premiers éléments de réponse ont été mis à jour dans le département pour répondre à ces enjeux. Premièrement, le Conseil général pilote une expérimentation (en cours) sur la disponibilité

des places ; l'outil testé par les directeurs d'établissement mériterait cependant d'être amélioré pour permettre une meilleure anticipation des places disponibles. Deuxièmement, les EHPAD s'étant organisés en « mini-plateformes territoriales » connaissent moins de difficultés pour remplir leurs places d'hébergement temporaire. Si ce type de montage semble facilité en zone urbaine du fait de la proximité des structures, une coordination confortée en zone rurale peut venir compenser l'éloignement physique des ESSMS (via le conventionnement par exemple).

A RETENIR

- La structuration progressive d'une **offre de répit** sur le département, qui se déploie sur la base d'un diagnostic de territoire réalisé en 2010.
- Une **offre** d'accueil séquentiel (AJ - Accueil de Jour et HT - Hébergement Temporaire) relativement importante sur le champ de la gérontologie. A contrario, un offre de même nature avec un taux d'équipement sensiblement inférieur sur le champ du handicap : 5 places en AJ sont installées sur Aurillac et 13 places d'HT dans des établissements financés par le Conseil général (FH et FAM).
- Des enjeux prégnants identifiés sur l'accueil séquentiel :
 - Son **accessibilité**
 - Son **coût**
 - Et un **taux d'occupation faible**
- Un fonctionnement en **plateforme territorialisée** identifié sur Aurillac (EHPAD, SSIAD et portage de repas), qui renforce la fluidité du parcours des personnes âgées et ainsi le recours à l'accueil séquentiel.
- Des projets **d'assouplissement des modalités de prise en charge non concrétisés** dans le cadre des précédents schémas (accueil temporaire au sein de familles d'accueil, cahier des charges pour la mise en place d'un accueil de jour itinérant et amélioration de l'accueil en fin de semaine chez les parents).



Le projet de Loi Autonomie sur l'aide aux aidants

Le projet de loi sur l'adaptation de la société au vieillissement prévoit la reconnaissance d'un « droit au répit » qui a vocation notamment à déculpabiliser les aidants et à maximiser leur recours à l'offre. L'article 38 précise à ce titre que l'aidant qui a besoin de répit peut ouvrir droit, dans le cadre de l'APA et sans préjudice de ses plafonds mais dans une limite prévue par voie réglementaire, à des dispositifs de répit pour la personne aidée (accueil de jour, hébergement temporaire ou aide à domicile renforcée).

Concrètement, l'article 8 de la future loi prévoit d'ouvrir le champ des actions que peut soutenir la CNSA à l'accompagnement des proches aidants, qui inclut leur formation déjà éligible, mais aussi différentes actions de soutien telles que les cafés des aidants, les groupes de pairs, etc. ainsi qu'à la formation des personnels administratifs des services à domicile.

Le projet encourage par ailleurs l'expérimentation de prestations de suppléance à domicile du proche aidant de toute personne ayant besoin d'une surveillance régulière (également appelées dispositifs de « baluchonnage ») assurées par des professionnels pouvant intervenir, dans le cadre d'un dispositif partiellement dérogatoire aux règles relatives au temps de travail, en service prestataire ou mandataire, plusieurs jours consécutifs.

Les éléments d'analyse de la CNSA relatifs aux transports vers l'accueil de jour

Pour garantir l'accessibilité de l'accueil de jour aux personnes âgées et/ou handicapées, la CNSA recommande de mettre en place un système avec plusieurs critères :

Une aire de recrutement des usagers circonscrite : rayon de 15 kms

Un service de base garanti : 8 jours de transports pris en charge /mois pour chaque usager

Des modalités de transport permettant un ramassage collectif de 3 personnes (maximum 4) dans le cadre d'un trajet inférieur à 1 h

La formation des transporteurs assurée par l'accueil de jour (1 journée de formation lors de la signature de la convention et des rencontres régulières avec l'établissement à raison d'une heure par mois)

Les enseignements d'autres territoires sur les plateformes de répit

Un des enjeux prioritairement identifiés par les plateformes elles-mêmes demeure en l'analyse consolidée des besoins des aidants naturels. Un exemple d'outil a été mis en place par la Mutualité sociale agricole île-de-France : **Pass'aidant**, un outil d'auto-évaluation pour les aidants, qui facilite la prise de conscience de leurs propres besoins en identifiant les sources de difficultés importantes et les accompagne dans la recherche de solutions de soutien en les orientant vers les bons interlocuteurs.

Pour nourrir leur connaissance des territoires, les plateformes mobilisent plusieurs leviers : en région PACA par exemple, les plateformes se réunissent périodiquement pour repérer les nouveaux acteurs ou partenaires potentiels et partager leur connaissance des publics. D'autres plateformes travaillent directement avec les CLIC, les membres de la table tactique du dispositif MAIA ou encore les consultations mémoire.

Certaines plateformes ont en outre créé un collectif régional pour renforcer leur visibilité et mutualiser leurs efforts en matière de communication (outils, supports, stratégie...).

L'éclairage de la Savoie et la Haute-Savoie sur l'hébergement temporaire

En Savoie

Le constat d'une sous-occupation occasionnelle des deux types de places a induit une plus grande souplesse dans l'appréhension des places : les places permanentes d'hôpital psychiatrique peuvent être transformées en HT (Hébergement Temporaire), et inversement.

Au-delà des 90 jours annuels autorisés pour l'hébergement temporaire, il arrive aussi d'avoir des places en Hôpital Psychiatrique (HP) partagées au cours de l'année par deux personnes pour concilier parcours de vie et soins en établissement. Cette formule est rendue possible par la prise d'arrêtés de tarification qui annulent la différence de tarif entre les places.

Au-delà des 35 jours de sortie réglementaires par an, le CG a mis en place un système d'HT dans les chambres libérées par les résidents. En cas de refus de la part des résidents, ces derniers voient un ajustement de l'aide financière qui leur est apportée par le Département au titre de leur hébergement (ajustement réalisé sur les périodes hors établissements au-delà du délai réglementaire).

En Haute-Savoie

Le Site internet www.ageplus74.fr permet à quiconque de voir les places disponibles en accueil temporaire de façon didactique :

Les lieux proposant un hébergement temporaire, etc. sont indiqués sur la carte du département, avec leurs coordonnées et un moyen de les joindre.

Un lien permet de voir un calendrier de disponibilité des places dans chaque établissement

D'autres liens dans le menu mènent vers les solutions d'accueil de jour, des services d'aide à domicile, de la prévention, etc.

IV. LOGEMENT ET HABITAT

A. LE BILAN DES PRÉCÉDENTS SCHÉMAS

Les points forts

- Un conventionnement historique et efficace avec l'opérateur **PACT-Cantal**, qui prend en compte l'accessibilité physique du logement mais également les enjeux de précarité énergétique.
- Une modification introduite dans la dernière Convention afin de permettre d'avancer les frais des travaux pour un public particulièrement vulnérable.
- Des circuits de **communication et d'information** sur les aides disponibles dans le département.
- La continuité de l'aide à la prise en charge des frais d'abonnement à un système de **téléalarme** pour les personnes âgées faisant appel à l'un des organismes avec lesquels le Conseil Général a conventionné.
- Un conventionnement entre acteurs (Pôle Emploi, SPE - Service Public de l'Emploi - et MDPH) pour contribuer à l'insertion des travailleurs handicapés et identifier un référent pour chacun.
- L'ouverture d'un **ESAT** (Établissement et Service d'Aide par le Travail) **hors les murs** à Aurillac en 2010.
- La mise en place progressive des **Plans d'accessibilité des Communes** à travers un accompagnement renforcé de la DDT envers les plus importantes d'entre elles (entre 500 à 1000 habitants) et un simple suivi pour les plus petites communes (moins de 500 habitants).
- Des **résidences d'accueil** créées depuis le 1er janvier 2014 avec des objectifs similaires que ceux prévus autour de la mise en place de familles gouvernantes.
- Une facilitation du **transport individuel** permise grâce à des études individualisées des plans de compensation sur le champ du handicap
- Une **sensibilisation des employeurs** sur l'insertion des personnes avec handicap en milieu ordinaire organisé lors d'un Forum Emploi en 2008.

Les points de vigilance

- Il n'a pas été mis en place **d'observatoire des logements** accessibles avec les offices HLM afin de favoriser la rencontre de l'offre et la demande.
- La Fédération des PACT a créé un logiciel permettant le **recensement des logements adaptés** et adaptables, qu'il reste à porter et faire vivre.
- Une **connaissance des parcours** des personnes handicapées est nécessaire pour travailler sur les passerelles à développer entre le monde protégé et les entreprises : un observatoire du travail permettrait une meilleure insertion professionnelle des personnes handicapées (il était prévu de créer des tableaux de bord de suivi en ce sens, ce qui n'a pas été réalisé).
- L'intégration de la recherche de logement autonome dans les **projets de vie** des personnes handicapées vivant dans leur famille n'est pas effective.
- Il n'a pas été conduit de réflexion partagée sur la fonction de référence autour de l'insertion socioprofessionnelle des personnes handicapées.

B. DES PERSONNES ÂGÉES MAJORITAIREMENT PROPRIÉTAIRES DE LEUR LOGEMENT

Le premier point essentiel du constat sur la thématique du logement et de l'habitat est le taux de propriété des personnes âgées.

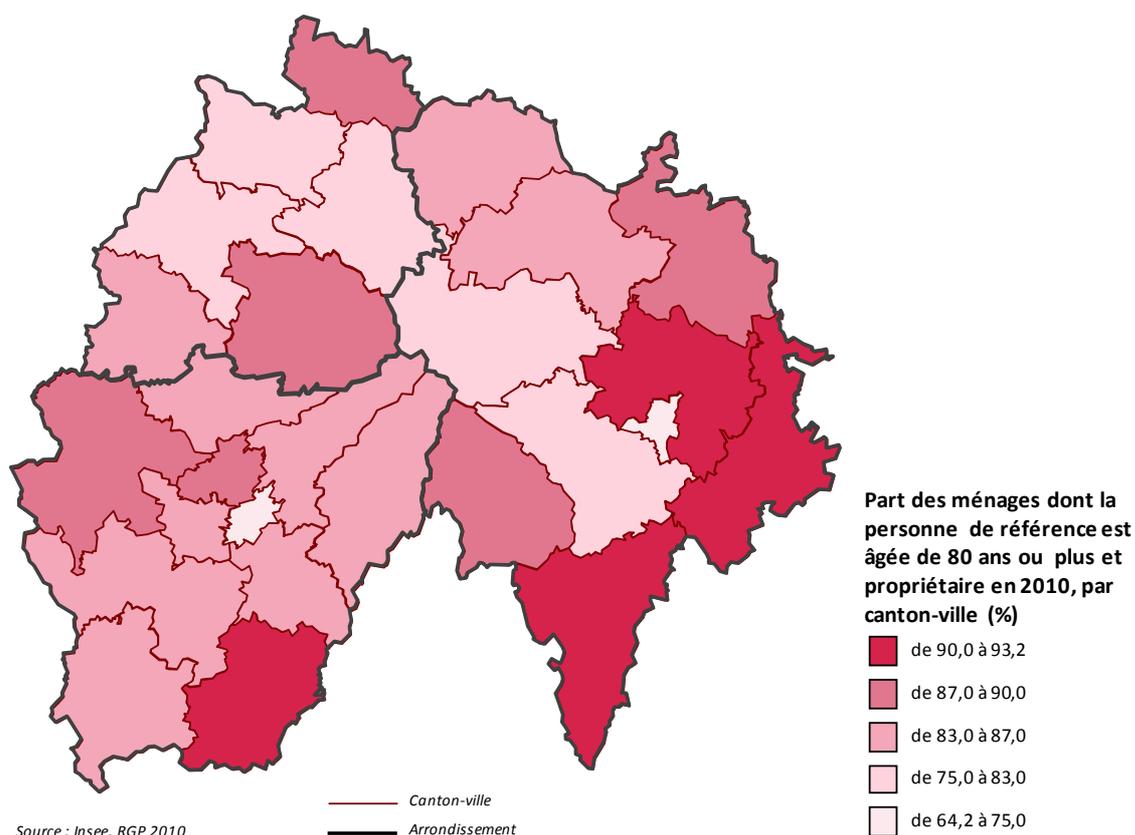
Dans le Cantal, **82% des ménages dont la personne de référence est âgée de 80 ans ou plus, sont propriétaires.**

Les ménages âgés locataires sont relativement plus nombreux sur l'arrondissement d'Aurillac.

En très grande majorité (8 sur 10), les personnes âgées à leur domicile vivent dans une maison.

Logiquement, ils sont plus nombreux à vivre en appartement sur l'arrondissement d'Aurillac (25,2% des ménages de 80 ans ou plus).

Rappel : dans le Cantal, près de la moitié des personnes âgées de 80 ans ou plus à domicile vivent seules (45,2%).



C. L'ACCÈS ET LE MAINTIEN DANS UN LOGEMENT ADAPTÉ

Pour les personnes en perte d'autonomie, la question de l'accès ou du maintien dans un logement adapté est crucial, en tant qu'il leur permet de poursuivre une vie normale à domicile. Cela passe par deux axes principaux : l'installation dans un logement adapté, ou la transformation et l'adaptation du logement actuel.

DE L'OFFRE DE LOGEMENTS ADAPTÉS...

L'accès à l'offre de logements adaptés est en cours de structuration avec les bailleurs.

La principale problématique n'est pas tant l'offre disponible (en volume, elle est relativement importante sur le Cantal selon l'appréciation des acteurs rencontrés) mais une méconnaissance de ce qui existe. Il n'existe en effet à l'heure actuelle pas d'outils permettant de faire se rencontrer l'offre et la demande en logements adaptés.

...A L'ADAPTATION DES LOGEMENTS

Le Conseil général finance de plus en plus de travaux d'adaptation du logement via l'APA et la PCH. Il en est de même pour les Caisses d'assurance maladie, auprès de jeunes seniors en GIR 5-6. A noter que la CARSAT peut également contribuer au financement de lieu de vie collective pour personnes âgées (via des prêts à taux 0).

Dans le cadre d'un dispositif extra-légal, le Conseil général a missionné le PACT-Cantal dans la réalisation d'actions d'amélioration de l'habitat.

L'ancienneté de ce dispositif lui permet d'être bien repéré par les acteurs sociaux et médico-sociaux, qui assurent une information à son sujet auprès des usagers et de leur famille.

L'ANAH (Agence Nationale de l'Habitat) et les communes déploient également plusieurs outils concernant notamment l'adaptation des logements (Opération publique d'aménagement).

Demeure à conforter une sensibilisation encourageant :

- L'anticipation des travaux d'adaptation au service de la prévention de la perte d'autonomie. En effet, au moment du diagnostic, les demandes faites sont majoritairement le fait de situations d'urgences (chute, retour d'hospitalisation...).
- L'amélioration de l'habitat au-delà de la seule adaptation à la perte d'autonomie

L'ACCOMPAGNEMENT VERS LE LOGEMENT

Plusieurs initiatives ont vu le jour (ou sont en cours de réflexion) dans le département afin de permettre l'accès à un logement autonome :

- Logisens a mis en place un système de sous-locations avec baux glissants en collaboration avec les ITEP pour favoriser l'insertion des jeunes adultes ayant été accueillis durant leur minorité en milieu protégé.

- Logisens réfléchit actuellement au développement d'une offre similaire à destination de personnes avec déficience intellectuelle légère.
- Une réflexion est également en cours au niveau de l'Union sociale de l'Habitat en vue de créer des logements adaptés dont l'accès serait travaillé par le biais de conventionnement avec des ESSMS.

D. FOCUS SUR L'EMPLOI DES PERSONNES HANDICAPÉES

Le département compte **4 795 travailleurs reconnus en situation de handicap**. Parmi ceux-ci, 13,2% sont demandeurs d'emploi, ce qui est comparativement faible au regard de la moyenne nationale (environ 30%). En février 2014, 362 hommes et 271 femmes en situation de handicap étaient à la recherche d'un emploi dans le Cantal.

La promotion de l'intégration dans le domaine du travail s'appuie sur plusieurs choses.

D'une part, elle s'appuie sur des contrats d'apprentissage avec une formation scolaire spécialisée en parallèle, et la possibilité de passer son BEP en 3 ans – **Environ 80 jeunes sur le département ont bénéficié de ce dispositif avec un taux de réussite de 85%** (16-25, max 30 ans). Néanmoins, suite à la formation, il semble complexe de trouver un emploi dans le milieu ordinaire et nombreux ont été ceux s'orienter vers le secteur protégé.

D'autre part, elle s'appuie sur la **mise en place prochaine (2014) d'une Convention Cap Emploi / CFAS (Centre de Formation d'Apprentis Spécialisés)**. La prise en charge est effectuée en amont de la sortie du CFAS, et les possibilités sont étudiées avec un employeur afin de faciliter l'intégration de la personne.

Enfin, selon la DIRECCTE, toutes les entreprises remplissent leurs obligations d'emplois. En revanche, aucune information sur le secteur public n'est disponible.

LE SECTEUR DU TRAVAIL PROTÉGÉ EST RELATIVEMENT DÉVELOPPÉ ET SE DIVERSIFIE

Un ESAT « Hors les murs » a été créé en 2010 à Aurillac. L'accompagnement s'effectue à deux niveaux :

- Auprès des travailleurs : **L'accompagnement est individualisé** et des **activités sont mises en place**, visant à acquérir une plus grande autonomie professionnelle (Théâtre forum : mises en situation pour apprendre à y faire face)
- Auprès des employeurs partenaires : en amont et pendant la durée de leur intervention. Au niveau des entreprises adaptées, 106 postes sont financés et correspondent aux besoins identifiés par la DIRECCTE. Le réseau des dirigeants est actif (une réunion tous les trimestres). **Toutefois, il n'existe pas à ce jour d'annuaire diffusable des ESAT et des entreprises adaptées** (même si un listing est élaboré).

RETOUR SUR L'ENQUÊTE DU CONSEIL GÉNÉRAL RELATIVE AU HANDICAP PSYCHIQUE

De tous les vingt-quatre jeunes suivis, l'ensemble n'est pas inscrit dans un projet professionnel stable, et ils n'ont que très peu accédé à un emploi (alors même que l'accès à l'emploi constitue leur première demande). Les 2 tentatives en milieu protégé se sont soldées par un échec. Il est noté des problèmes de gestion d'un logement autonome et des difficultés d'organisation du quotidien. On

constate que sur les 31 situations, 8 personnes vivent en logement autonome, les autres sont soit en famille soit en structure (ITEP - Instituts Thérapeutiques, Éducatifs et Pédagogiques, ANEF ...).

A RETENIR

- Dans le Cantal, une majorité de ménages, dont la personne de référence est âgée de 80 ans ou plus, est **propriétaire**.
- Des personnes âgées à leur domicile vivant en très grande majorité (8 sur 10) dans une **maison**.
- L'absence d'outils permettant de faire se rencontrer l'offre et la demande en logements adaptés.
- Un engagement financier du Conseil général pour l'amélioration de l'habitat, notamment via un Conventonnement historique avec PACT-Cantal.
- Demeure à conforter une **sensibilisation** auprès des acteurs médico-sociaux, sociaux et des usagers, encourageant :
- **L'anticipation des travaux** d'adaptation au service de la prévention de la perte d'autonomie ; au moment du diagnostic, les demandes faites sont majoritairement le fait de situations d'urgences (chute, retour d'hospitalisation...).
- L'amélioration de l'habitat au-delà de la seule adaptation à la perte d'autonomie
- Plusieurs initiatives effectives ou en cours de réflexion dans le département afin de permettre l'accompagnement et le maintien dans un logement autonome.
- Une **coordination institutionnelle** effective autour de l'insertion professionnelle des personnes handicapées, en lien avec les entreprises.



Le projet de Loi Autonomie

Seront intégrés dans le répertoire des logements locatifs des bailleurs sociaux (RPLS) les logements foyers dont les résidences autonomes ainsi que les centres d'hébergement et de réinsertion sociale.

Par ailleurs, les articles suivants prévoient de :

- Article 16 (modifiant Code de la construction de l'habitation) : Les programmes locaux de l'habitat doivent définir les objectifs et les principes d'une politique visant à répondre aux besoins liés au vieillissement et inciter ainsi les collectivités territoriales à mieux intégrer cette problématique dans leur politique de l'habitat.
- Article 17 (modifiant le CASF) : Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale doivent comporter des dispositions et des objectifs en matière d'adaptation des logements et de développement d'une offre de logements adaptés en vue de préserver l'autonomie.
- Article 18 (modifiant le Code général des collectivités territoriales) : Prévoir la représentation des personnes âgées au sein des commissions communales d'accessibilité.

Les enseignements complémentaires contenus dans le rapport Broussy

La question de l'adaptation du logement est complexe en raison de la multitude d'acteurs qui interviennent : ANAH et CARSAT pour la sensibilisation des retraités et le financement des travaux ; Conseils généraux sur le pilotage de l'adaptation et le financement par l'APA ; les associations ou encore les CCAS.

Pour renforcer l'efficacité des dispositifs et le pilotage, le Conseil général comme chef de file de l'action gérontologique devrait :

- Instaurer la MDA comme Guichet Unique de renseignement sur les adaptations de logement.
- Unifier le pilotage des dossiers autour du duo ANAH-CNAV en partenariat avec le CG : l'ANAH et la CNAV sont déjà engagées dans une démarche d'harmonisation de leurs instruments et de leurs aides. Il convient d'y associer les CG, par exemple dans une réunion trimestrielle des trois institutions sous l'égide de la Maison Départementale de l'Autonomie au sein d'un comité de suivi dédié pour accepter les dossiers de demande d'aide plus rapidement.

L'éclairage du Bas-Rhin sur la rencontre de l'offre et de la demande de logements adaptés : Le système Handilogis

Le demandeur d'un logement accessible et/ou adapté réalise une demande de logement social auprès d'un service enregistreur.

Le demandeur saisit dans le même temps l'assistante sociale de secteur, la Maison Départementale des Personnes Handicapées, la Fédération des Malades et Handicapés, l'Association des Paralysés de France ou toute autre structure sociale afin de faire compléter une fiche technique de demande de logement qui est adressée au Conseil Général.

Sur la base de la fiche technique de demande de logement, le Conseil Général appuie les demandes auprès des bailleurs adhérent à HANDILOGIS 67 et les sollicite régulièrement sur leurs disponibilités en logements accessibles et/ou adaptés pouvant correspondre à la demande.

Parallèlement, les bailleurs adhérent à HANDILOGIS 67 adressent régulièrement au Département les coordonnées de logements accessibles et/ou adaptés. Le Conseil Général tient informé le

demandeur ainsi que le service social ayant accompagné cette demande.

V. **L'OFFRE DE PRISE EN CHARGE SPÉCIALISÉE DES ENFANTS HANDICAPÉS ET LEUR SCOLARISATION**

A. LE BILAN DES PRÉCÉDENTS SCHÉMAS

Les points forts

- Un **CAMSP** (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce) interdépartemental qui se déploie pour répondre au besoin de maillage vers le Nord-Est du département, et un autre présent sur Aurillac (un développement non appuyé sur la MDA).
- Des **CMPP** (Centres Médico-Psycho-Pédagogique) territorialisés.
- Une équipe mobile de **pédopsychiatrie** qui intervient dans les établissements d'accueil de l'ASE et de la PJJ, et l'ITEP.
- Le protocole d'accompagnement au handicap des **assistantes maternelles**, portée par la convention Section IV de la CNSA, a été expérimenté sans finalement avoir pu être formalisé.
- Un travail sur l'évolution et l'adaptation des **agrément des Établissements et services de l'Enfance Handicapée (IME ITEP SESSAD)** est en cours de finalisation (porté par l'ARS sur la base de questionnaires et d'une concertation avec les gestionnaires par territoire).
- Une sensibilisation au handicap effectuée auprès des **structures d'accueil du jeune enfant**, portée par le REAAP (Réseau d'écoute d'appui et d'accompagnement des parents) :
 - La formation des directeurs, axée sur le projet de la structure : accueil de l'enfant handicapé.
 - La formation des animateurs (sensibilisation, échange de pratiques).
- Une **mise en accessibilité progressive des 22 collèges** du département, dont l'installation d'une signalétique adaptée.

Les points de vigilance

- L'organisation d'un **travail commun entre services** sur les territoires demeure à conforter pour approfondir et améliorer l'appréciation des besoins des enfants et ce dès le plus jeune âge (en s'appuyant sur les MDA).
- Les **périodes charnières** ((ré)orientation, passage des dispositifs enfance à adulte...) pourraient être travaillées de manière anticipée et coordonnée au bénéfice de parcours plus fluides.
- **L'accueil de fin de semaine chez les parents** (pour les enfants accueillis en IME) n'a pas fait l'objet d'un travail spécifique (cf. bilan sur l'aide aux aidants).
- L'inscription du déploiement de l'offre pour enfants scolarisés orientés par la MDPH dans le Schéma de transport du Département.
- La formalisation d'une stratégie globale d'intervention pour la mise en accessibilité des collèges à finaliser.

B. UN NOMBRE CROISSANT D'ÉLÈVES EN SITUATION DE HANDICAP SCOLARISÉS EN MILIEU ORDINAIRE

Sur l'ensemble du département du Cantal, six cent trente-neuf élèves en situation de handicap sont scolarisés. **Ces 639 élèves bénéficient en 2014 soit d'un accompagnement par une auxiliaire de vie scolaire (AVS), soit d'une scolarité au sein d'un dispositif d'inclusion scolaire adapté (CLIS / ULIS – Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire), soit d'une mise à disposition de matériel pédagogique adapté.**

Pour accompagner ce développement, le dispositif de l'Éducation nationale s'appuie dans le département sur **quatre enseignants référents (dont trois sont des enseignants spécialisés)** dans le premier et second degré, chargés de faire le lien entre les établissements scolaires, les enseignants et les équipes éducatives, les familles, la MDPH. Aujourd'hui, tous les élèves disposent d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS).

L'ARS a défini dans son Schéma d'organisation médico-sociale (SROMS) **deux objectifs liés à la scolarisation** et à la prise en charge spécifique des grands adolescents handicapés. Ainsi, l'accent est mis sur **l'accompagnement à la scolarisation des enfants**, ainsi que sur **l'accompagnement préprofessionnel des jeunes adultes** de 16 à 25 ans.

Pour autant, l'ARS note que **98% des jeunes du BSI de Mauriac sont scolarisés, comme 100% des jeunes du BSI de Saint-Flour**. Ce résultat bien supérieur à la moyenne régionale ou nationale doit cependant être nuancé ; en effet certaines familles partent du territoire quand elles sentent qu'elles ne pourront pas offrir de prise en charge à leur enfant (**mécanisme de « fuite »**).

Au contraire, **dans le BSI d'Aurillac, pourtant mieux doté, les jeunes sont 16% à être déscolarisés**. Paradoxalement, cette différence pourrait être liée aux nombreux services disponibles, qui draineraient une population de jeunes plus en difficulté (troubles autistiques, grand retard mental, etc.), dont une partie décrocherait de la scolarisation.

C. UN DISPOSITIF AUXILIAIRES DE VIE SCOLAIRE (AVS) EFFICACE

Le Cantal propose, pour ces enfants en situation de handicap, un dispositif de prise en charge efficace, à travers les auxiliaires de vie scolaire notamment.

100% des élèves ayant besoin d'un accompagnement par un AVS sont effectivement accompagnés. En mars 2014, 336 élèves bénéficient d'un accompagnement par un AVS-i ou AVS-co (155 élèves accompagnés de manière individuelle par un AVS-individuel et 181 élèves accompagnés de manière collective par un AVS-collectif).

Les AVS se répartissent selon deux cadres d'emploi. Soit ils sont salariés par le Rectorat (Éducation nationale), soit ils sont directement salariés par un collège à travers un dispositif d'aide à l'emploi (contrat unique d'insertion – CUI). À noter que ces établissements peuvent aussi être les employeurs d'AVS intervenant au sein des écoles primaires.

L'efficacité du dispositif AVS repose dans le partenariat très structuré existant entre l'Éducation nationale et la MDPH.

L'Éducation nationale participe aux réunions de la CDAPH. 90% des demandes d'accompagnement sont ainsi traitées dès les mois de juin, permettant alors à l'Éducation nationale de disposer d'un temps de recrutement des AVS suffisant pour une prise de fonction dès la rentrée.

Afin d'améliorer la qualité des accompagnements des élèves, la prise d'effet des notifications va être modifiée pour l'année scolaire 2014-2015. Jusqu'à présent, les notifications avec application pendant l'année scolaire étaient acceptées jusqu'au 31 mars. Or, les temps de recrutement étant longs, la prise de fonction de l'AVS ne peut se faire qu'à partir du mois de mai, soit pour à peine deux mois de scolarité. Ce qui laisse peu de temps à l'élève, l'AVS et l'équipe pédagogique pour s'organiser, ni assez de temps pour former l'AVS.

Pour l'année scolaire 2014-2015, les notifications d'AVS intervenant après le mois de février ne seront par conséquent mises en application qu'à la rentrée 2015, l'objectif étant d'éviter l'entrée en fonction d'AVS en fin d'année scolaire et de disposer d'une meilleure visibilité des besoins de recrutement et de formation.

L'Éducation nationale indique être peu confrontée au turn-over et à l'absentéisme des AVS. Le recrutement des AVS est toujours réalisé par l'Éducation nationale. Suite à une présélection sur papier (étude des CV), les entretiens de recrutement sont assurés par l'Inspectrice de l'Éducation nationale en charge de la scolarisation adaptée et la direction du personnel du Rectorat.

D. UNE OFFRE DE CLIS ET D'ULIS DÉVELOPPÉE POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DES ÉLÈVES

En plus de l'offre d'AVS, le département a développé son offre de **CLIS (classes pour l'inclusion scolaire)** et d'**ULIS (unités localisées pour l'inclusion scolaire)**, afin de répondre aux besoins de scolarisation des enfants handicapés.

Des dispositifs de scolarisation pour enfants handicapés sont présents dans les trois BSI du Cantal. **Le BSI de Mauriac comporte un dispositif expérimental (La Maison Pour Apprendre) de prise en charge du handicap** cognitif, avec 1 CLIS et 1 ULIS. **Le BSI de Saint-Flour possède également 2 CLIS et 1 ULIS.** Le BSI d'Aurillac est ainsi le mieux équipé, avec **7 CLIS et 4 ULIS**, pour une population de deux cents enfants.

DANS LE PREMIER DEGRÉ

Le département a développé depuis de nombreuses années les dispositifs d'inclusion scolaire en milieu ordinaire. Ainsi, en 2005, onze CLIS étaient recensées, dont dix en école élémentaire et une au sein de l'hôpital de Cueilhes. Pour la rentrée 2013, cette offre était de dix CLIS.

Neuf CLIS sont installées au sein d'une école publique, et une dans une école privée. Si toutes ces CLIS sont de catégorie 1 (troubles des fonctions cognitives), une CLIS sur Aurillac a été adaptée pour l'accueil d'élèves présentant des troubles envahissant du développement (TED). Il n'existe toutefois pas de CLIS spécifique pour l'accueil d'élèves présentant un handicap moteur, ou visuel ou auditif. Ces élèves bénéficient toutefois d'une aide à la scolarisation via la mise à disposition de matériel pédagogique adapté.

À la rentrée 2014, il est prévu l'ouverture d'une CLIS supplémentaire, portant ainsi à onze le nombre de dispositifs en école élémentaire.

Le département a initié très tôt la scolarisation des élèves présentant des troubles envahissant du développement (TED) : il y a 3 ans, une expérimentation sur le bassin de Saint-Flour, aujourd'hui pérennisée, s'est traduite par l'implantation d'un SESSAD TED dans une école élémentaire. Les élèves bénéficient ainsi de l'accompagnement du SESSAD (Service d'Éducation Spécialisée et de Soins à Domicile) mais également d'un accompagnement par un AVS-i.

DANS LE SECOND DEGRÉ

Le département compte sept ULIS (contre quatre en 2005), dont l'une ouvrira à la rentrée 2014. Toutes sont installées dans le secteur public : six en collège et une en Lycée professionnel. Cette dernière connaît des difficultés de remplissage. En effet, le suivi scolaire et la construction du projet préprofessionnel ne sont pas assez travaillés avec les élèves en ULIS collège, ce qui a pour conséquence des orientations fréquentes après le collège vers un IM-Pro (institut médico-professionnel) ou un EREA (établissements régionaux d'enseignement adapté), plutôt qu'en ULIS Lycée.

E. LE TRANSPORT SCOLAIRE POUR LES ÉLÈVES RELEVANT DE LA MDPH (TSH)

Pour les élèves handicapés scolarisés en milieu ordinaire, le Département a mis en place un système développé de transport scolaire, afin de faciliter leurs déplacements.

LA MISE EN PLACE D'UN SYSTÈME DE TRANSPORT DÉDIÉ POUR LES ENFANTS HANDICAPÉS SCOLARISÉS ET AYANT REÇU UN AVIS FAVORABLE DE LA CDAPH POUR UNE PRISE EN CHARGE DU TRANSPORT.

Le Conseil Général du Cantal propose différents modes de transport selon les possibilités et les indications formulées par la MDPH :

- Transport par la famille ou véhicule personnel (remboursé aux familles à hauteur de 0.16 € le kilomètre)
- Transports en commun (circuits scolaires classiques, lignes régulières routières, bus urbains, lignes SNCF) : remboursement de l'abonnement par le Conseil général sur présentation du justificatif
- Circuits scolaires dédiés aux élèves handicapés : actuellement, 44 lignes sont dédiées au transport des élèves handicapés et attribuées à des taxis de 9 places maximum.

A noter que sur le réseau TSH, le service est individualisé : **les informations relatives aux horaires de passage des véhicules, à la localisation des points d'arrêt etc., sont transmises directement par le Conseil Général du Cantal aux usagers concernés.**

F. LES PROBLÉMATIQUES IDENTIFIÉES SUR LA SCOLARISATION

Malgré les dispositifs précédemment évoqués, la scolarisation des enfants handicapés continues d'engendrer certaines problématiques à l'échelle du département.

CONCERNANT LA RECONNAISSANCE ET LA SCOLARISATION DES ÉLÈVES PRÉSENTANT UN TROUBLE LIÉ AU DYS- :

La MDPH connaît depuis plusieurs années une augmentation conséquente du nombre de demandes de reconnaissance du handicap liée à un trouble dys-.

Pour y répondre, une coordination étroite s'est mise en place entre les services MDPH et l'Éducation nationale. Ainsi, un protocole a été développé pour définir si la demande relève ou non du champ du handicap et une grille de codage des troubles dys- a été construite avec les psychologues scolaires, les enseignants référents et les équipes de la MDPH.

LA MISE EN PLACE DES UNITÉS D'ENSEIGNEMENT DANS LES ESMS

Le département compte 8 unités d'enseignement, dont une sera ouverte à la rentrée 2014 dans une école publique du 1^{er} degré dans le cadre du 3^{ème} Plan national Autisme. 6 sont installées au sein d'ESMS et une au sein du secteur sanitaire.

La mise en place de ces unités d'enseignement rencontre deux difficultés principales :

D'une part, la coordination entre les personnels de l'Éducation nationale et l'équipe médico-sociale des ESMS est délicate. D'autre part, il faut articuler l'équipe éducative et le personnel médical lorsque l'unité est installée dans le secteur sanitaire

G. FOCUS SUR L'OFFRE SPÉCIALISÉE DU CHAMP DE L'ENFANCE HANDICAPÉE

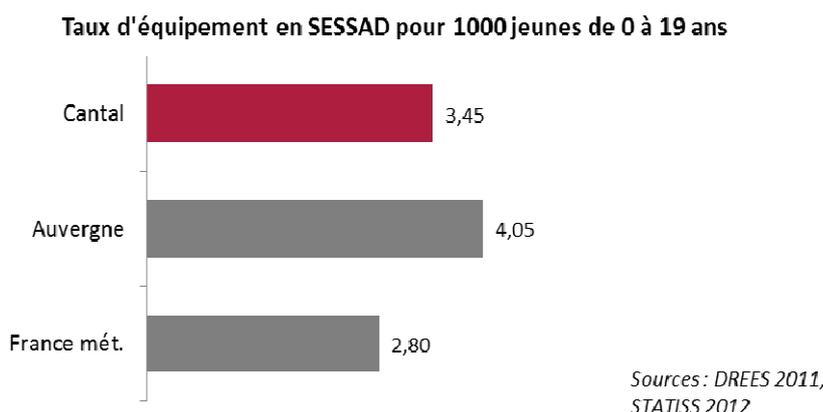
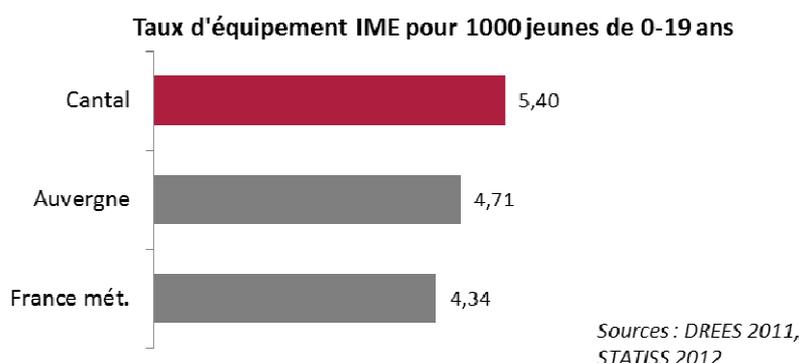
A Mauriac, au sein de la population de jeunes porteurs d'un handicap, **la population de 16 ans et plus représente 53% des jeunes handicapés** (contre 29% au niveau régional). Ce déséquilibre induit une vigilance particulière pour **limiter le maintien de personnes adultes dans des situations de type « amendement Creton »**.

La **situation dans les arrondissements d'Aurillac et de Saint-Flour s'avère davantage équilibrée**, avec toutefois une **surreprésentation des 11-15 ans (respectivement 44% et 49%)**, sans doute liée à un réseau relativement dense de prise en charge qui évite les mécanismes de fuite (*source : ARS*).

L'offre de services de dépistage et de prise en charge psychologique de l'enfance handicapée ouverte à l'ensemble du département est plus particulièrement concentrée à Aurillac, même si le dernier schéma Handicap a été l'occasion de renforcer la territorialisation de l'offre en CAMSP et CMPP.

Il est opportun de souligner également **un poids relativement plus important de l'institutionnalisation des enfants en situation de handicap dans le Cantal**, relativement aux moyennes nationale et régionale.

En effet, le taux d'équipement en IME atteint 5,4 places pour 1000 jeunes dans le Cantal, soit le plus élevé de l'échantillon de référence. A l'inverse, l'offre en SESSAD apparaît relativement faible dans le département en comparaison avec la situation auvergnate et la moyenne française.



Les **IME et SESSAD sont équitablement répartis sur le territoire** : l'arrondissement de Mauriac compte un IME et un SESSAD, celui d'Aurillac compte un IES, un IME et trois SESSAD. Le territoire de Saint-Flour recense pour sa part un IME et un SESSAD. Relativement à la population jeune des territoires, c'est l'arrondissement de Saint-Flour qui s'avère le mieux doté.

H. FOCUS SUR LES RÉPONSES AUX TROUBLES DU COMPORTEMENT

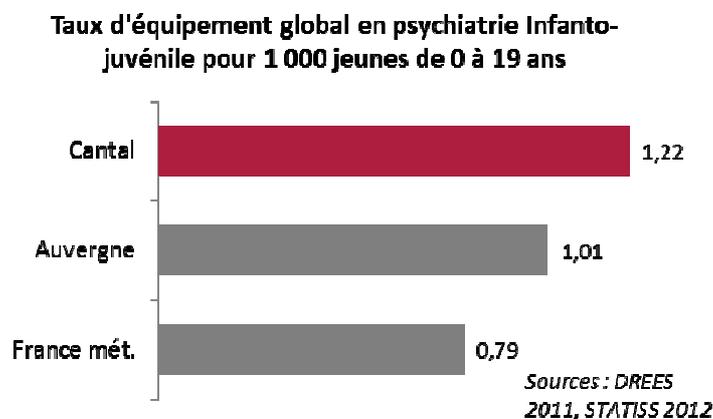
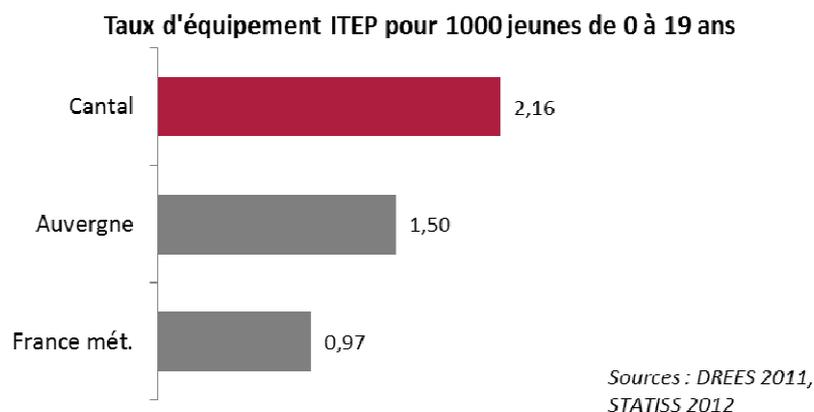
Le taux d'équipement du Cantal dans le domaine de la prise en charge des troubles du comportement est important :

- 2,16 places en ITEP pour 1 000 jeunes de 0 à 19 ans ont été installées, soit relativement plus qu'en Auvergne (1,5 places) et plus du double qu'en France métropolitaine (0,97 places).
- 1 ITEP est localisé sur deux sites (arrondissement d'Aurillac et de Saint-Flour).

La réorganisation des ITEP d'Aurillac en 2014 permettra d'assurer une prise en charge en ITEP pour les enfants de Mauriac. **A noter que les ITEP ont recentrés leur accueil sur la prise en charge des jeunes cantaliens et auvergnats (60 % en 2013).**

Si le nombre de places s'avère satisfaisant, **l'adéquation des prises en charge proposée se heurte à une hausse des situations avec troubles du comportement constatées par les professionnels.**

En réponse, une réflexion est en cours (portée par l'ARS et associant la MDPH et les ESSMS) afin de faire évoluer les agréments au regard de la complexification des situations. Les services en compétence sur le champ du handicap et de la protection de l'enfance ont également approfondi leur collaboration autour du suivi des « situations critiques » (double prise en charge).



A RETENIR

- Une offre de services de **dépistage** et de prise en charge psychologique de l'enfance handicapée concentrée sur Aurillac, même si une dynamique de territorialisation a été menée dans le cadre du précédent Schéma.
- Un dispositif **AVS** efficace et une offre de **CLIS** et **d'ULIS** développée pour répondre aux besoins des élèves
- Sur la scolarisation, des **problématiques** identifiées :
 - concernant les élèves présentant des troubles dys-
 - la mise en place des unités d'enseignement spécialisées dans les ESSMS
 - le transport des élèves scolarisés en cas d'inclusion scolaire en milieu d'année
- Des échanges de pratiques autour de situation organisés entre différents champs (ASE, handicap, périscolaire, pédopsychiatrie...) au service de **prises en charge plus efficaces**.
- Une répartition des places entre **IME et SESSAD** plus équilibrée sur le territoire :
 - 5,4 places en IME pour 1 000 jeunes contre autour de 4,5 en Région auvergne et France métropolitaine
 - 3,4 places pour 1 000 en SESSAD (-0,6 par rapport à la moyenne régionale et + 0,7 comparativement à la moyenne nationale)
- Une offre de prise en charge des **troubles du comportement** relativement importante dans le Cantal (ex : 2,16 places en ITEP pour 1 000 jeunes contre 0,97 ‰ au niveau national)

VI. L'OFFRE D'ACCUEIL POUR ADULTES EN SITUATION DE HANDICAP

A. LE BILAN DES PRÉCÉDENTS SCHÉMAS

Les points forts

- Un **taux d'équipement** en Foyer de vie et FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé) croissant, dans le respect des projections établies dans le précédent schéma.
- La **transformation de places** de maisons de retraite pour accueillir des personnes en situation de handicap vieillissantes (transformation en FAM).
- **50 places dédiées** aux personnes en situation de handicap **vieillissantes** actuellement installées sur le territoire.
- Une **réponse à la fatigabilité** des travailleurs en milieu protégé à travers la mise en place de temps partiels et d'activités d'accompagnement (via des unités de vie notamment).

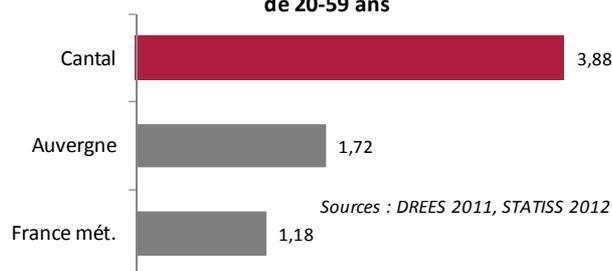
Les points de vigilance

- La **circulation de l'information** entre établissements et MDPH doit être structurée (orientation à anticiper, listes d'attentes...)
- Des **passerelles** demeurent à construire entre **handicap et dépendance**, pour apporter des réponses à la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes.
- S'il existe une offre **d'accueil temporaire**, sa mobilisation n'a pas été travaillée de manière spécifique pour les personnes handicapées **vieillissantes**.
- Cependant, il n'existe pas de base de données consolidée permettant de **mieux connaître** la population handicapée vieillissante de plus de 50 ans à domicile et ses besoins.
- Les acteurs du territoire semblent en attente d'une offre d'accueil davantage adaptée à la prise en charge du **handicap psychique**.
- Toutefois, aucune instance départementale pour favoriser le rapprochement du **secteur médicosocial et de la psychiatrie** n'a été formalisée.
- La création d'un **appartement thérapeutique** n'a pas été lancée.
- L'accueil familial thérapeutique en lien avec les services de soins psychiatriques n'a pas été développé.

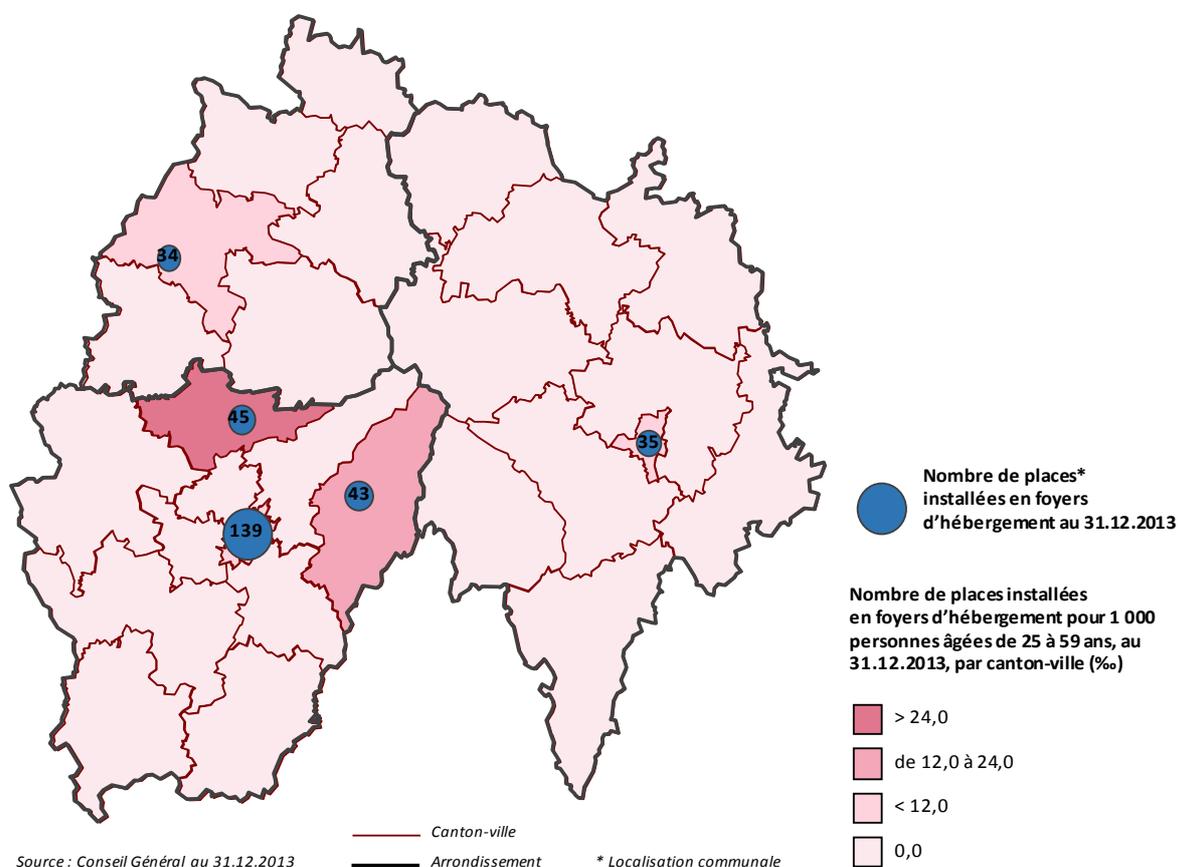
B. L'OFFRE D'HÉBERGEMENT POUR TRAVAILLEUR EN SITUATION DE HANDICAP : LES FOYERS D'HÉBERGEMENT

Il existe 96 places en foyer d'hébergement autorisées, soit **1 place en foyer d'hébergement pour 1,5 place en ESAT dans le département** (contre un ratio de 1 pour 2,9 à l'échelle de la France métropolitaine).

Taux d'équipement en foyers d'hébergement pour 1000 personnes de 20-59 ans



Les foyers d'hébergement, comme les autres structures d'accueil pour personnes handicapées, sont largement **concentrés dans l'arrondissement d'Aurillac**, autour du chef-lieu (4 structures sur 7, soit 227 places sur les 296 autorisées).

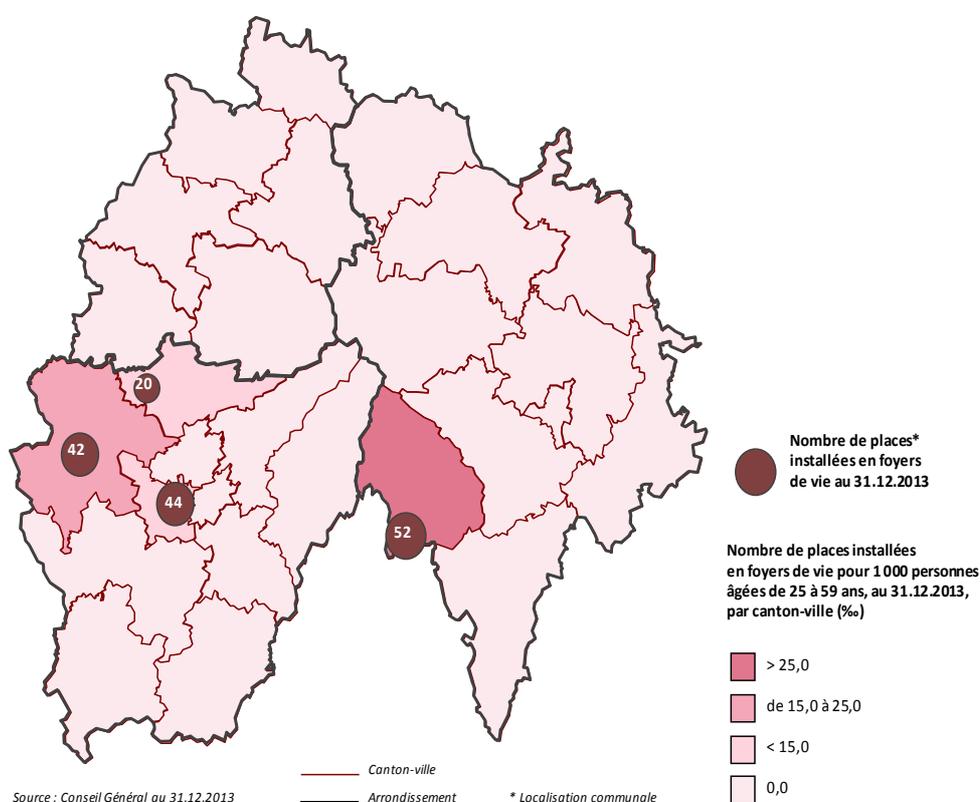


C. L'OFFRE D'ACCUEIL NON MÉDICALISÉE : LES FOYERS DE VIE

158 places de Foyer de vie sont installées, soit 1,79 lits pour 1 000 personnes de 20-59 ans en 2011, ce qui est légèrement supérieur à la moyenne nationale (+0,3 points) et similaire à la moyenne régionale.

Il convient de noter que ce taux d'équipement a crû ces trois dernières années : désormais, **2,2 places pour 1 000 personnes de 20-59 ans sont installées dans le département du Cantal, soit une offre supérieure à la moyenne régionale.**

Aucune place n'est toutefois disponible dans l'arrondissement de Mauriac.



D. UNE OFFRE D'ACCUEIL MÉDICALISÉE RELATIVEMENT DIVERSIFIÉE

Comme vu précédemment, le Département propose une palette variée d'offres d'accueil qui répond aux besoins de la population cantalienne en situation de handicap.

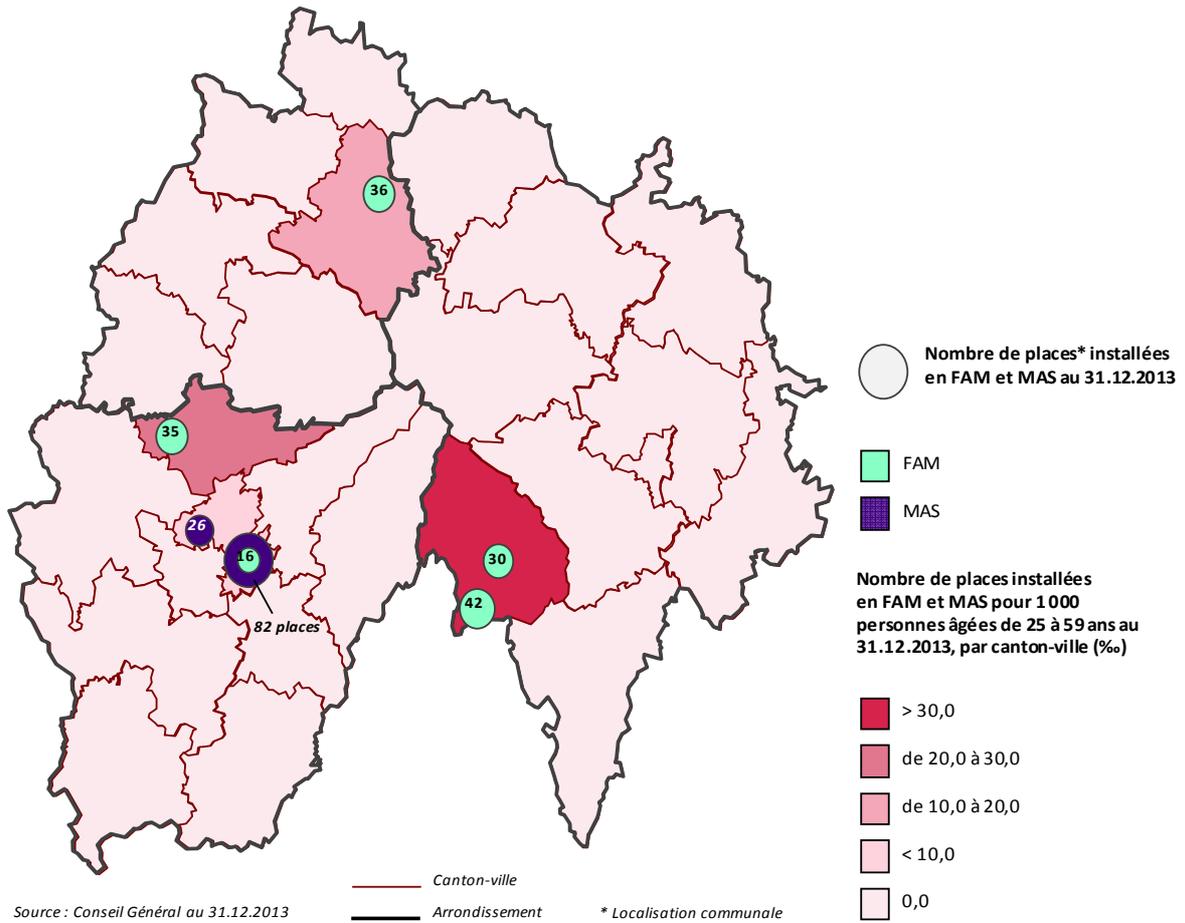
Le taux d'équipement en FAM (foyer d'accueil médicalisé) **ou MAS** (maison d'accueil spécialisé) est de **3,33 places pour 1 000 personnes de 20-59 ans** (154 places installées en FAM et 108 en MAS), soit plus du double de la moyenne nationale en 2011.

De la même manière que pour les Foyers de vie, mais dans une moindre proportion, **l'offre a cru ces trois dernières années pour atteindre 3,6 places pour 1 000 personnes de 20-59 ans.**

Ce volume important d'offre est notamment lié à **la présence d'établissements spécialisés à vocation extra-régionale et ce sur l'ensemble des arrondissements.**

Sur l'arrondissement d'Aurillac, les places de FAM sont dédiées pour les troubles moteurs avec ou sans troubles associés tandis que les places en MAS sont destinées majoritairement à l'accompagnement de personnes polyhandicapées. 12 places de MAS sont dédiées spécifiquement pour des personnes présentant des troubles du spectre autistique.

A noter qu'un appel à projet est envisagé pour la création de **16 places d'unité médicalisée dédiées aux personnes en situation de handicap vieillissantes.**



E. FOCUS SUR LE HANDICAP PSYCHIQUE DANS LE DÉPARTEMENT

Le précédent Schéma 2008-2012 estimait que les déficiences psychiques concernaient près de 3 300 personnes ; cette appréciation n'a pu être mise à jour en 2014 en l'absence de données disponibles.

Néanmoins, selon l'ARS Auvergne, on compte aujourd'hui environ **327 nouvelles admissions par an** dans le cadre d'une affection psychiatrique de longue durée (ALD) pour le département du Cantal. Les bassins de santé de **Mauriac et d'Aurillac** apparaissent davantage concernés, avec des niveaux d'admission **supérieurs de 30%** par rapport à la France métropolitaine.

30 places de MAS s'adressent à des personnes présentant des **troubles psychiques**, soit 11,4% des places d'hébergement existantes dans le Cantal sur le champ du handicap.

En outre, la résidence d'accueil du Clos de Noailles (Aurillac) **propose 12 à 15 places pour personnes en situation de handicap psychique, stabilisées**. Elle est animée et gérée par un hôte.

A RETENIR

- Un département bien doté en termes **d'hébergement non médicalisé** pour les adultes en situation de handicap :
- 3,88 places en Foyer d'hébergement pour 1 000 adultes, contre 1,18 ‰ en France métropolitaine.
- 1,79 lits en Foyer de vie pour 1 000 contre 1,45 ‰ en France métropolitaine.
- Une **offre médicalisée** également relativement importante (3,6 places pour 1 000 personnes de 20-59 ans)
- Des taux d'équipement qui s'explique en partie par la **présence d'établissements spécialisés à vocation extrarégionale**, et ce sur l'ensemble des arrondissements.
- Des adaptations effectives de prise en charge face au **vieillessement des personnes** en situation de handicap, même si des passerelles Handicap-Dépendance restent à construire sur ce sujet
- L'assouplissement des prises en charge en ESAT et FH (via l'accueil de jour notamment)
- La création prévue d'un FAM destiné aux personnes handicapées vieillissantes.
- Une problématique prégnante de circulation et de consolidation des données (personnes accueillies, liste d'attente....) au niveau de la MDPH et un **suivi de l'effectivité des orientations** à construire.



Les enseignements du Pas-de-Calais sur la gestion des listes d'attente et admissions

Historiquement, le Conseil général, en partenariat avec les établissements pour personnes handicapées, avait mis en place un système de demande de place qui menait à l'inscription du demandeur sur une liste d'attente. La MDPH s'est aperçue en 2009 que la liste d'attente était largement faussée, avec 10 à 40% de demandes erronées sur les listes selon les établissements

Sa priorité a été de réunir un comité de pilotage avec des représentants de chaque catégorie d'établissements et ses principaux partenaires (Caisses, ARS, etc.) pour mettre au point un système d'échange d'informations sur les admissions et les listes d'attente.

→ **D'un outil de suivi de listes à la création d'un système d'information spécifique pour la gestion conjointe des places, avec une dimension prospective :**

Pour cela, **trois groupes de travail** ont été réunis avec les **directeurs d'ESMS, les financeurs et des représentants d'usagers** pour savoir sur quels critères retenir/informations notées dans l'outil partagé.

Il a également été nécessaire de **nettoyer les listes et de généraliser le protocole unifié** de gestion des listes d'attente en prévision d'un SI intégré.

Un extranet a été créé de manière provisoire (dans l'attente d'un SI opérationnel). Il s'agissait de donner à chaque gestionnaire d'établissement une possibilité de saisie et de modification de ses données : entrées, sorties, refus d'admission et motivation du refus. Les établissements s'engagent à recevoir les personnes dans l'ordre de la liste, mais restent libres de leurs décisions d'admission.

Ensuite, la MDPH a travaillé avec son éditeur de logiciel de gestion des listes pour améliorer sa performance.

Le SI mis en place permet de notifier le degré d'urgence des situations et ainsi d'activer des réponses plus réactives selon la nécessité. La MDPH prévoit de confier un suivi renforcé des situations identifiées comme urgente, aux MDA implantée sur le territoire.

Nb : le demandeur est contacté tous les 3-6 mois pour réévaluer sa situation

VII. L'OFFRE D'ACCUEIL POUR PERSONNES ÂGÉES

A. LE BILAN DES PRÉCÉDENTS SCHÉMAS

Les points forts

- Une croissance du taux d'équipement selon les prévisions établies (**396 créations de places médicalisées**).
- La loi 2002-2 effectivement maîtrisée et appliquée dans les établissements (une expression des usagers et de leur famille recherchée par les établissements).
- Des renouvellements de **conventions tripartites** appréhendés avant tout comme un moment de dialogue privilégié avec le Conseil général, et à ce titre fortement appréciés de la part des établissements.
- Le développement conséquent d'une offre d'accueil adaptée à la **prise en charge de la détérioration intellectuelle** (18 EHPAD ont créé des unités).
- Un gain qualitatif constaté dans le cadre de la prise en charge en unités **Alzheimer** (personnel dédié, encadrement renforcé, accueil spécifique...), qui est « moteur » pour le reste de l'EHPAD.
- Une **formation commune** aux professionnels du domicile et des établissements, notamment sur la prise en charge des personnes désorientées, dont le bilan est particulièrement positif.

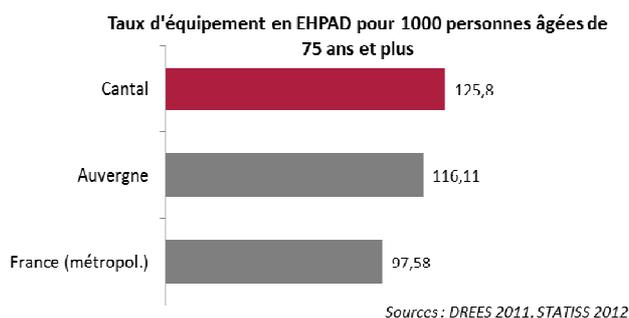
Les points de vigilance

- Le **renouvellement des Conventions tripartites** est ralenti.
- Des outils de la loi 2002-2 demeurent à formaliser (**projets individualisés**).
- La possibilité de poser des **diagnostics précoces** et d'organiser des consultations-mémoire avec les hôpitaux locaux mériterait d'être systématisée grâce à une formalisation des passerelles.
- La création d'unités de prise en charge de la neuro-dégénérescence n'a pas fait l'objet d'un **cahier des charges spécifique**.
- L'arrêt de l'utilisation de *Gérinfo* induit désormais l'absence de suivi des listes d'attentes en EHPAD

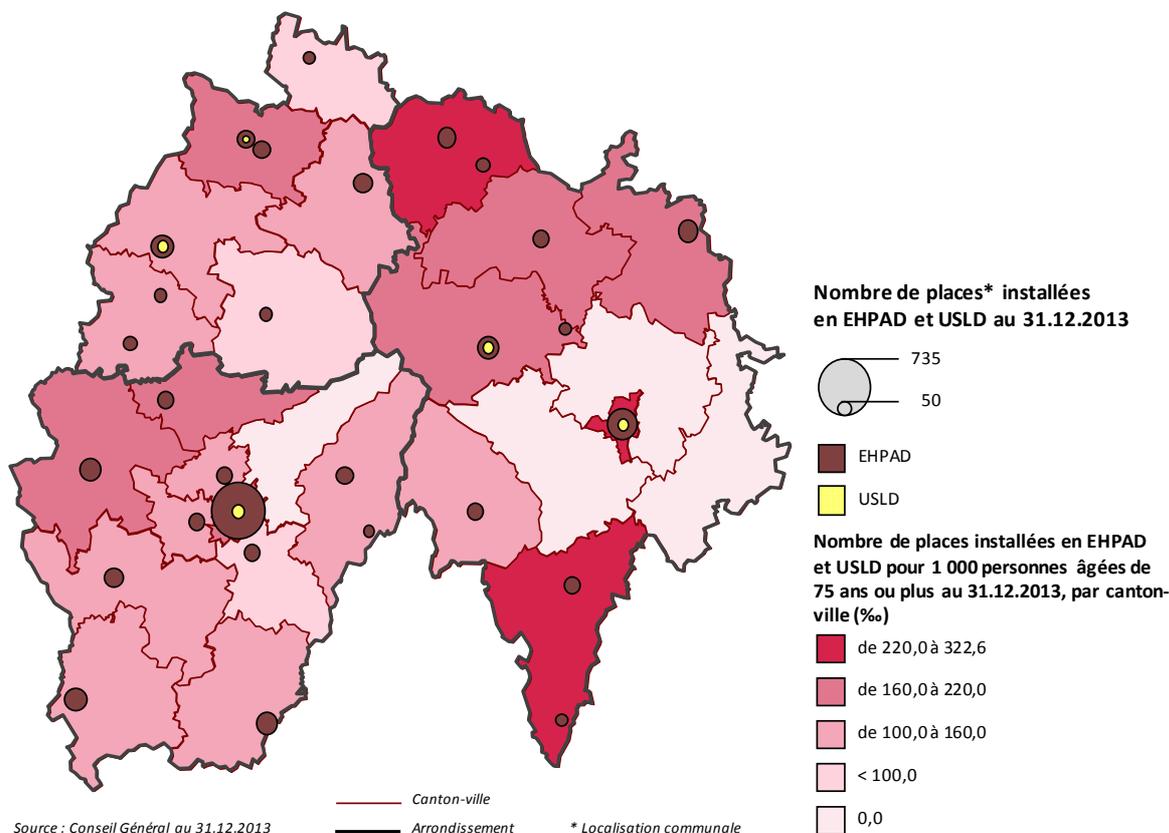
B. UNE OFFRE D'ACCUEIL PERMANENT QUI S'EST DÉVELOPPÉ CES DERNIÈRES ANNÉES

En 2010, l'offre d'hébergement en EHPAD était déjà suffisante : 125,8 lits pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus dans le Cantal, contre 97,6 à l'échelle nationale.

Au 31 décembre 2013, le taux d'équipement s'élève à 143,8 %. Ce sont 450 lits qui ont été créés sur la période 2009-2014, dont 185 en unités Alzheimer.



Il est systématiquement **supérieur aux moyennes nationale et régionale sur l'ensemble des arrondissements** (de 117,4 % sur Mauriac à 147,2 % sur Aurillac).



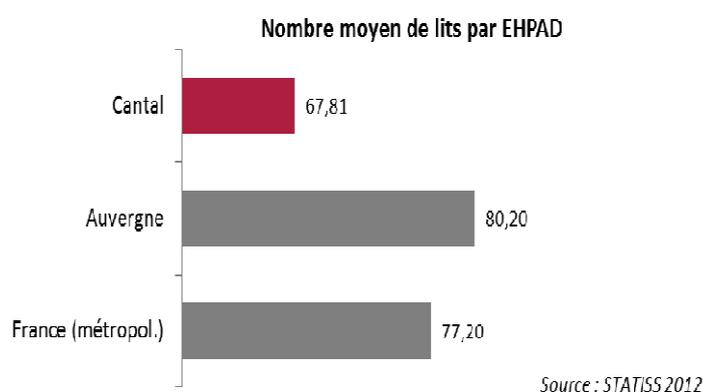
Ce volume d'offre dénote **d'une bonne anticipation du vieillissement** de la population dans le cadre du précédent schéma.

Néanmoins, **la rapide croissance de l'offre d'accueil sur ces 5 dernières années impacte la capacité des établissements à enregistrer des taux d'occupation satisfaisants**. Par exemple, l'arrondissement de Saint-Flour compte 158,7 lits pour mille personnes de 75 ans et plus. Ce taux est de plus de 50% supérieur à la moyenne nationale et se traduit par des difficultés de remplissage dans certaines structures.

Il existe 2 logements-foyers et 2 maisons de retraite non médicalisées dans le département qui présentent des taux d'occupation satisfaisants, et répondent en ce sens à la demande.

C. L'ENJEU DU COÛT DE LA PRISE EN CHARGE EN EHPAD

A l'enjeu précédemment évoqué s'ajoute la taille critique des établissements dans le département. Les **EHPAD du Cantal sont en effet plus petits que les structures nationales**. En effet, ils comptent en moyenne 68 lits par structure contre 80,2 en Auvergne et 77,2 dans l'Hexagone.



Parallèlement, le tarif moyen de prise en charge croissant depuis 2007 ; les tarifs hébergement et dépendance s'élèvent à 48,69 Euros par jour en 2012, soit une augmentation de 14,1% en cinq ans.

Tarif moyen jour en EHPAD

	Tarif moyen en 2012	Evolution 2007-2012
Hébergement	43,58 €	+ 13,7%
Dépendance	5,11 €	+ 17,2%
H+D	48,69 €	+ 14,1%

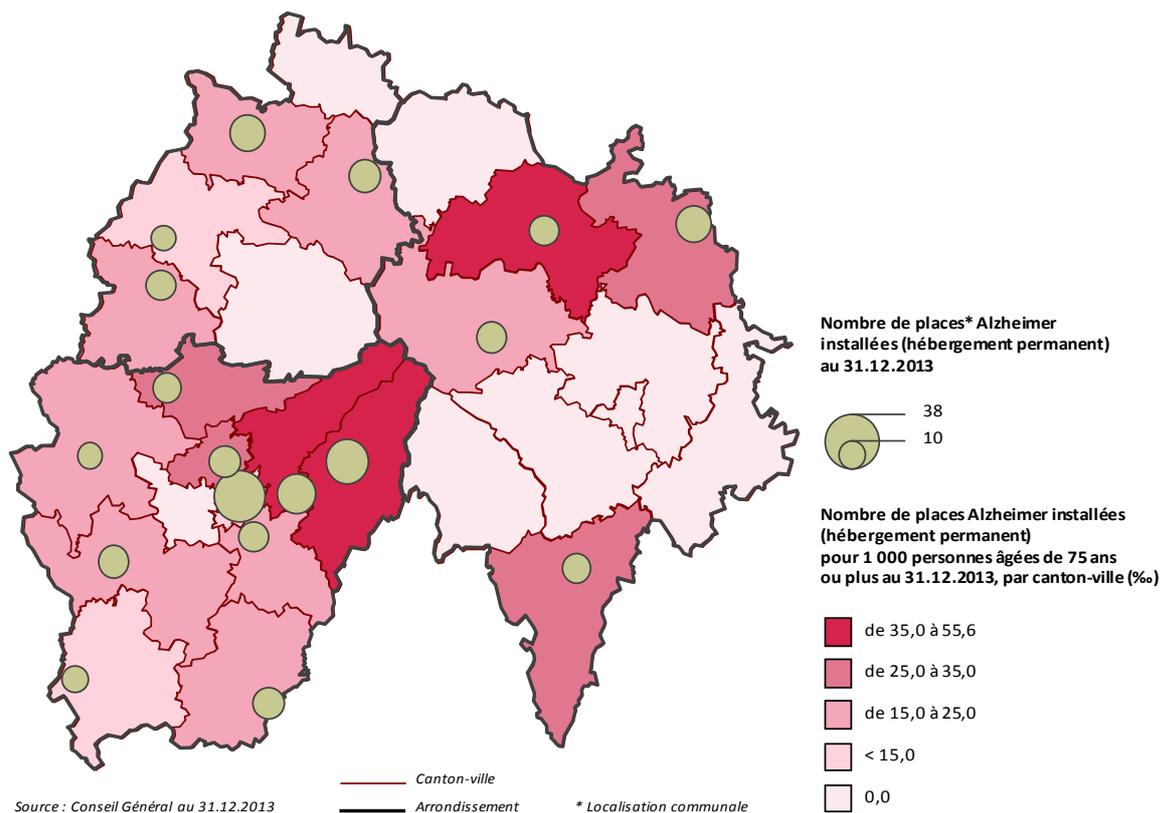
Ces différents éléments de diagnostic interrogent la volumétrie de l'offre dans le Département et appellent ainsi son redéploiement, notamment au service de l'efficacité et de l'équilibre financier des structures.

D. LA PRISE EN CHARGE DE LA NEURO-DÉGÉNÉRESCENCE EN ÉTABLISSEMENT

La neuro-dégénérescence, et particulièrement les pathologies Alzheimer ou apparentées, sont un des défis majeurs que le département devra relever, notamment eu égard au vieillissement de sa population.

Au 31 décembre 2013, **300 places d'hébergement permanent spécifique Alzheimer** installées dans le département (dont 181 sur l'arrondissement d'Aurillac). 185 ont été créés entre 2009 et 2014.

Si les trois arrondissements sont relativement bien couverts eu égard à leur population âgée (de 11,2 places pour 1 000 sur Saint-Flour à 17,2 sur Aurillac), on constate des problématiques de proximité de ces équipements dans certaines parties du département (cf. la carte ci-dessous).



Cette offre est complétée sur le volet médical par des unités spécialisées Alzheimer de 10 places, rattachées aux principaux hôpitaux (Aurillac, Mauriac), et par la mise en place d'équipes spécialisées Alzheimer (ESA). Le CH de Saint-Flour et celui d'Aurillac ont une consultation mémoire.

A RETENIR

- Une croissance du taux d'équipement selon les prévisions établies ((créations de 450 lits et 35 places d'accueil de jour).
- Un travail d'importance conduit sur la **qualité des prises** en charge en EHPAD
 - Outils de la Loi 2002-2 formalisés
 - Le déploiement de solutions et unités adaptées à la détérioration intellectuelle
 - Des travaux de rénovation/modernisation
- Des établissements localisés sur l'ensemble du territoire mais **de faible capacité** (67,7 lits en moyenne par EHPAD contre 77 à l'échelle de la France)
- Une augmentation continue du **coût de la prise en charge** en EHPAD depuis 2007 (+14,1% sur les tarifs dépendance et hébergement)



Le projet de loi Autonomie

Concernant l'accueil permanent

Il est prévu la suppression de la limite de GMP (Gir Moyen Pondéré) à 300 pour les foyers logement

- en réaffirmant notamment leur mission de prévention de la perte d'autonomie (ce qui institue un socle minimal de prestations devant être proposées aux résidents dans les FL).
- en rendant possible l'accueil de personnes dont la perte d'autonomie reste légère, sous certaines conditions de partenariat avec un service de soins infirmiers à domicile ou des professionnels médicaux ou paramédicaux et un EHPAD.

En matière de clarification des règles relatives au tarif d'hébergement en EHPAD

L'article 43 (modifiant le CASF) prévoit :

- D'instaurer le principe d'un socle de prestations relatives à l'hébergement dans les EHPAD lucratifs non habilités à l'aide sociale.
- L'identification des tarifs correspondant au socle de prestations pour aider à la comparaison des prix.
- La régulation du taux d'évolution maximum de ces tarifs pour les places non habilitées et non conventionnées (encadrement par arrêté ministériel).
- La consultation du conseil de la vie sociale des établissements sur les tarifs socles et sur le prix des autres prestations d'hébergement.
- La transmission d'informations tarifaires des hébergements vers la CNSA, et leur mise à la disposition du grand public via un portail internet intégré.

Eclairage de la DGCS et de la CNSA sur le coût moyen d'une place en EHPAD

- Le coût total moyen d'une place d'hébergement permanent en EHPAD (soins de ville inclus) est estimé à 34 707 euros par an, soit 2 892 euros par mois en 2012.
- Dans ce total annuel, les coûts liés aux soins dispensés (11 844 euros) représentent le premier poste avec un tiers du coût total (dont 17% de soins de ville pris en charge par l'assurance maladie). Les coûts liés à l'hôtellerie se situent pratiquement à égalité avec 11 616 euros et un tiers du total. L'accompagnement consomme un quart du coût total (8 500 euros), tandis que 8% du total (2 745 euros) vont à l'activité de vie sociale, dont la définition varie d'un établissement à l'autre.
- Deux autres éléments expliquent les variations de coûts entre établissements : le périmètre couvert par le tarif (global ou partiel) - qui peut engendrer des écarts de l'ordre de 9% - et l'existence ou non d'une pharmacie à usage intérieur (PUI), qui fait varier les coûts de 2 à 3%.

Eclairage d'autres Départements sur la gestion des demandes de places en EHPAD

Le Conseil général de l'Allier a décidé de promouvoir ATTENTUM, logiciel de demande de place en EHPAD développé par DIXIT et expérimenté précédemment dans le Puy-de-Dôme.

Conditions de réussite identifiées :

- Déployer l'outil par étape (dans un premier temps sur le territoire du CLIC d'Issoire dans l'Allier)
- Présenter l'outil aux directeurs d'établissements ainsi qu'aux élus en amont de son déploiement
- S'assurer que l'ensemble des établissements adhère au système
- Proposer une gestion en direct par les CLIC et les établissements
- Mutualiser les dossiers avec les départements voisins, dans la mesure du possible
- Assurer une communication par plusieurs biais : CODERPA, CLIC, hôpitaux...

Modalités de fonctionnement :

- Le demandeur peut remplir un dossier en CLIC, dans un établissement ou via les services sociaux des hôpitaux.
- Le Corps du dossier est composé :
 - Du dossier règlementaire national dématérialisé
 - Des pièces à joindre qui sont scannées. Les pièces médicales sont accessibles uniquement aux médecins et membres du corps médical.
- Le dossier est envoyé à 1-5 établissements selon le choix du demandeur.
- La place est attribuée selon les retours des directeurs d'établissement (unique critère).
- Le suivi est assuré par les CLIC. Ils relancent les demandeurs sur liste d'attente tous les six mois, afin de s'assurer que la demande est toujours valable.

Le Département d'Ille et Vilaine a pour sa part privilégié le système GAELIG

- En 2010, la proposition d'un site unique partagé entre EHPAD est acceptée par les opérateurs.
 - La mise en place du SI s'est appuyé sur un Comité de pilotage : responsables de fédérations d'associations, de directeurs d'établissements, médecins coordonnateurs, ARS, CODERPA, équipes médico-sociales du Conseil général et CLIC.
 - Le Conseil général a décidé de travailler avec le service informatique interne pour mettre au point le nouvel outil informatique.
 - Le Conseil général a demandé une dérogation à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) pour pouvoir montrer les noms, prénoms et coordonnées des demandeurs en clair sur la nouvelle liste, en place des doubles initiales qui étaient jusqu'alors employés.
- Le cahier de spécification a été testé sur une dizaine d'établissements répartis sur les territoires pendant environ une année. En vue de la généralisation du système, le Conseil général a organisé des formations d'une journée à destination des gestionnaires des établissements. Ces réunions ont permis de renforcer l'outil par la mise en place de nouvelles fonctionnalités.

VIII. LA GOUVERNANCE DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE SUR LE CHAMP DE L'AUTONOMIE

A. LE BILAN DES PRÉCÉDENTS SCHÉMA

Les points forts

- Une analyse des **besoins de formation** sur les champs sanitaire et social, animée par la Région et partagée avec le Département.
- La valorisation et le recours effectif au dispositif **VAE** (Validation des Acquis de l'Expérience) pour des personnes en emploi non qualifiées (au niveau des SAAD).
- Des **formations mutualisées** et décloisonnées sur le champ des personnes âgées :
 - délocalisées sur les territoires et partagées entre établissement et domicile ;
 - des formations regroupées entre accueillants familiaux et UVAF quand ces dernières existaient encore.
- Des actions de promotion et de valorisation des métiers peu qualifiés dans les secteurs social et médico-social.
- La création de **COEF 15** en tant que groupement pour faciliter le recrutement et la formation de personnel « de santé » en structure PA/PH (16 organismes participants représentant 75 établissements ou services, soit environ 1/3 des structures du département) :
 - une réflexion engagée avec les SAAD afin de les associer à ce groupement ;
 - une demande des adhérents d'inclure également les professions « hors santé » (cadre, personnel d'entretien...), qui est en train d'être considérée par COEF 15 ;
 - la volonté de l'équipe du groupement d'accompagner davantage les établissements dans la projection de leurs besoins (GPEC).

Les points de vigilance et pistes de réflexion

- Bien que prévues, **les instances de suivi des précédents Schémas n'ont pas été mises en place**.
- En conséquence, la formalisation d'une coordination entre les institutions compétentes sur les secteurs sanitaire et médico-social est aujourd'hui insuffisante.
- Pour ce faire, les acteurs identifient la nécessité de consolider les outils existants en matière d'analyse des besoins :
 - Sur le volet **Handicap** : la MDPH ne dispose pas d'outils d'analyse consolidés des situations (problématiques de recensement et d'étude des données) ni de suivi de l'effectivité des orientations.
 - Sur le volet **gérontologique** : les évaluations sur la dépendance des personnes âgées sont différenciées d'une institution à l'autre, alors même qu'un guide de l'évaluation sociale existe.
 - Dans les **deux champs**, la nécessité d'améliorer la circulation de l'information entre les établissements d'accueil et le Conseil général, à travers des outils éventuellement dédiés.

B. UNE CONVERGENCE CONCRÉTISÉE PAR LA MISE EN PLACE DES MDA

La convergence dans le domaine de la gouvernance de l'offre médico-sociale a été rendue possible par **la mise en place des MDA dans les territoires**, ce qui demeure l'une des grandes réalisations des précédents schémas départementaux.

Les MDA ont concrétisé la convergence institutionnelle au sein des services de la collectivité des secteurs Handicap et Dépendance ainsi que la territorialisation de l'action du Conseil général dans une logique de rapprochement des services vers l'utilisateur

2 MDA sont installées à Aurillac, Saint-Flour une 3ème devrait ouvrir sur Mauriac à la fin de l'année 2014. 2 CLIC complètent historiquement la couverture territoriale.

Les missions des coordonnateurs telles qu'inscrites dans les fiches de postes sont les suivantes : accueil des usagers et des partenaires (pôles ressources PAPH), évaluation et coordination des évaluateurs, animation et observation du territoire. Toutefois, leur activité est aujourd'hui surtout concentrée sur l'évaluation PH, adultes notamment, et sur l'accueil à ST FLOUR. Il conviendrait que le temps de coordination puisse être augmenté.

C. LE DIALOGUE INSTITUTIONNEL ET LA MISE EN PLACE DU GUICHET INTÉGRÉ CONSTITUENT LES PROCHAINS ENJEUX DE GOUVERNANCE

DES POLITIQUES PUBLIQUES GÉRONTOLOGIQUE ET HANDICAP À COORDONNER À L'ÉCHELON DU DÉPARTEMENT

Dans un contexte de recentrage de l'action de certains partenaires du Conseil général, il devient plus que nécessaire de revoir les périmètres de chacun. Et par conséquent, de définir les efforts financiers de chacun dans le cadre d'un dialogue institutionnel renouvelé. **Le dialogue institutionnel entre les financeurs des politiques publiques de l'autonomie** doit donc être formalisé autour d'une instance réunie régulièrement, avec un ordre du jour et des actions financées en commun. Cette instance pourrait également assurer le suivi du futur schéma départemental (suivi qui n'a pu avoir lieu au cours des précédents schémas).

Le schéma de l'Autonomie constitue le moment clé pour remettre à plat les modalités de gouvernance et les périmètres d'action entre partenaires institutionnels (qui finance quoi ?) afin d'éviter les chevauchements dans les domaines suivants par exemple :

- Les actions de prévention : entre prévention sanitaire (ARS), sociale (Conseil général) et l'action des organismes de Sécurité sociale.
- Les actions dans le domaine de l'aide aux aidants : actions des CLIC (financés par le Conseil général), des associations, des organismes de Sécurité sociale, et demain de la plateforme de répit.

LE DISPOSITIF MAIA, PORTÉ PAR LE CONSEIL GÉNÉRAL, EST EN COURS DE DÉPLOIEMENT DANS LE CANTAL DEPUIS JANVIER 2013

Le portage par le Conseil général a facilité le dialogue avec les partenaires du dispositif.

La table stratégique et les tables tactiques ont déjà été réunies à plusieurs reprises. Les outils du dispositif (diagnostic, annuaire, référentiel de complexité) sont opérationnels. Les gestionnaires de cas entrent progressivement en fonction cette année.

On constate deux enjeux pour les prochaines années : la **mise en place du guichet intégré**, et **l'ouverture éventuelle de la gestion de cas à d'autres personnes**.

III. PRÉSENTATION DU PLAN D'ACTION

La phase de concertation participative organisée durant l'été 2014 a permis à l'ensemble des acteurs représentés d'énoncer des propositions d'actions concrètes pouvant être mises en œuvre dans le cadre du Schéma de l'Autonomie.

A travers ces propositions, le Conseil général du Cantal a souhaité dégager 6 axes de travail prioritaires, autour desquels sera organisée sa politique publique de soutien à l'Autonomie pour les cinq prochaines années.

C'est ainsi que le plan d'actions du Département se construit autour de **six orientations, déclinées en 13 actions**, s'adressant à tout type de public en perte d'autonomie en accord avec les principes fondateurs du Schéma développés dans la partie introductive.

Toutefois, une attention particulière est accordée à la spécificité des deux publics pour qui la question des prises en charge et des accompagnements se pose avec plus d'acuité : le **public en situation de handicap vieillissant et le public en situation de handicap psychique**.

- Les besoins des personnes handicapées vieillissantes remettent aujourd'hui en cause la capacité des offres traditionnelles à accompagner ce public. On note en particulier un moment charnière pour les personnes en situation de handicap qui travaillent en milieu protégé, lorsqu'elles arrivent en fin de carrière professionnelle. Il s'agit ainsi d'accompagner la sortie du dispositif d'insertion et d'envisager une suite, ce qui n'est pas toujours aisé pour une personne qui a structuré sa vie autour d'une prise en charge liée à son activité professionnelle.
- Concernant les personnes en situation de handicap psychique, leur prise en charge relève du secteur médico-social et non plus du sanitaire depuis la loi de 2005, ce qui a profondément transformé l'approche de ces troubles par les professionnels mais questionne encore la capacité de l'offre classique du secteur du handicap à l'intégrer.

C'est pourquoi, dans ces deux cas, une réflexion doit être engagée autour de la diversité des réponses à proposer : soit penser et faciliter une intégration dans les dispositifs existants, ce qui implique des ajustements de projets des ESSMS, soit envisager une offre spécifique dédiée.

Au-delà de cette approche par public, le Conseil général a pu identifier lors de la phase d'analyse de ses dispositifs, **des enjeux d'anticipation, de préparation et de sensibilisation à la perte d'autonomie**. Poursuivre le travail sur les logiques de prévention s'avère donc indispensable à plusieurs égards, selon plusieurs méthodes déclinées dans la première orientation du plan d'action. Si le Conseil général s'engage à travers ces actions dans le pilotage de plusieurs dynamiques, il veillera également à se rapprocher des autres acteurs institutionnels compétents en matière préventive, au service d'une stratégie cohérente et ambitieuse.

Présentation synthétique du plan d'action

Orientation 1 : Prévenir la perte d'autonomie et soutenir les personnes et leurs aidants

- Action 1 : Repérer et dé-stigmatiser les vulnérabilités
- Action 2 : Lutter contre l'isolement et l'épuisement
- Action 3 : Simplifier l'accès aux droits par la mise en place d'un Pass'Autonomie

Orientation 2 : Garantir les conditions optimales d'un maintien en milieu ordinaire souhaité

- Action 4 : Consolider l'offre d'aide et d'accompagnement à domicile
- Action 5 : Renforcer l'offre en logement adapté et son accessibilité

Orientation 3 : Assurer une plus grande fluidité du parcours des enfants et adolescents en situation de handicap

- Action 6 : Promouvoir des interventions coordonnées autour de l'enfant et du jeune
- Action 7 : Mettre en cohérence et valoriser l'offre éducative et de formation existante

Orientation 4 : Améliorer l'adéquation de l'offre d'accueil sur le champ du handicap avec les besoins prioritairement identifiés

- Action 8 : Ajuster l'offre d'accueil existante dans le respect des parcours des usagers
- Action 9 : Créer un panel de réponses complémentaires répondant à des besoins identifiés

Orientation 5 : Faire évoluer l'offre d'accueil sur le champ gérontologique pour une plus grande efficacité et une meilleure accessibilité

- Action 10 : Améliorer les modalités d'hébergement et d'accompagnement dans le respect du parcours des usagers
- Action 11 : Fixer des objectifs communs de gestion dans le cadre du renouvellement des conventions tripartites

Orientation 6 : Animer et faire évoluer de manière concertée la politique Autonomie dans le département

- Action 12 : Accompagner les démarches d'amélioration continue des ESSMS
- Action 13 : Mettre en place des instances départementales de régulation, de coordination et de réflexions

IV. DÉCLINAISON DU PLAN D'ACTION

ORIENTATION 1 : PRÉVENIR LA PERTE D'AUTONOMIE ET SOUTENIR LES PERSONNES ET LEURS AIDANTS

Cette première orientation répond à une double volonté politique de la part de notre collectivité, à savoir prévenir le plus tôt possible la perte d'autonomie et garantir l'accès aux droits.

En effet, le diagnostic réalisé durant le premier semestre 2014 a mis en évidence qu'en matière d'information et de sensibilisation d'abord, le grand public tout comme les publics âgés ou en situation de handicap restent insuffisamment informés des dispositifs existants et des aides dont ils pourraient bénéficier, ce qui peut entraîner un non-recours à l'offre ou un non accès aux droits.

Ensuite, le repérage des vulnérabilités semble aujourd'hui insuffisamment construit et ce malgré des dynamiques de collaboration croissantes sur les territoires. Pour les cinq prochaines années, il s'agira ainsi de sensibiliser les acteurs médico-sociaux et sanitaires comme du milieu ordinaire, à leur rôle incontournable en matière de repérage et à les informer sur les relais à activer en cas de situation de vulnérabilité identifiée.

En termes de prise de conscience enfin, trois enjeux ont été mis en évidence dans le diagnostic, auxquels cette orientation se propose de répondre : 1) la perte d'autonomie peut en partie être, sinon retardée, au moins davantage ralentie, notamment pour les personnes âgées ; 2) les aidants résistent souvent à reconnaître leurs difficultés, ce qui contraint le déclenchement d'actions de soutien, qui pourtant existent en nombre sur le territoire cantalien ; 3) la population du département doit être davantage sensibilisée au potentiel qu'elle représente en matière de lutte contre l'isolement et – sur un champ plus spécifique – à la réalité multiforme du handicap psychique, afin de dé-stigmatiser ce dernier.

Les différents enjeux présentés ci-dessus appellent, en transversalité, une animation locale dynamique. A cet égard, les MDA et leur relais locaux (comme les CLIC et les équipes MAIA) y joueront un rôle essentiel.

Plus spécifiquement sur le champ des personnes âgées, nous souhaitons coupler cette animation avec la mise en place d'un outil spécifique et novateur en matière de prévention. Ce « Pass Autonomie » qui s'adressera exclusivement aux seniors cantaliens, aura pour vocation de proposer à ces derniers un panier de services et de conseils individualisés, activable de manière simplifiée et réactive. Afin de construire un tel outil, le Département du Cantal a pour ambition de s'inscrire dans le mouvement national de l'économie du vieillissement (*Silver Economy*), en mobilisant par exemple l'outil numérique.

Action n°1 : Repérer et dé-stigmatiser les vulnérabilités

Les objectifs de l'action

- Éviter les situations d'urgence
- Appréhender la prévention de la perte d'autonomie dans sa dimension la plus large possible
- Reconnaître la population cantalienne comme actrice incontournable dans la lutte contre l'isolement des personnes en perte d'autonomie

Les modalités de mise en œuvre

Pilotes et partenaires

1) Mettre en place une veille attentive bénévole : repérer pour faciliter le déclenchement d'aide et prévenir toute situation de rupture

- Sur le champ du handicap, valoriser le vivier de bénévoles des associations familiales en diffusant le principe de « veille attentive » (repérage, suivi de la situation, relais de la situation) et accompagner le développement des actions menées auprès des fratries.
- Sur le champ des personnes âgées, capitaliser sur l'expérimentation en cours menée par le CLIC du Pays Gentiane, dans l'objectif de l'étendre sur l'ensemble du territoire départemental si possible, en lien avec les MDA et le Dispositif d'aide aux aidants.
- Promouvoir la possibilité de développer des services civiques senior, en se rapprochant des entreprises ayant une politique de Responsabilité Sociale de l'Entreprise, en lien avec la Direction Développement Économique, Services et Prospective du Conseil général.
- Valoriser et organiser les différentes initiatives de bénévolat existantes dans le Cantal : Maison du bénévolat, étudiants, VMH...
- Inscrire cette sous-action dans le cadre du dispositif national MONALISA (méthodologie, financements).

Pilote : le Service MDA-MAIA du Conseil général

Partenaires : le Dispositif d'aide aux aidants, l'ADAPEI, les Aînés RURAUX, l'UNAFAM, la Direction Développement Économique, Services et Prospective du Conseil Général

2) Animer une sensibilisation auprès des professionnels du domicile susceptibles de repérer des situations de vulnérabilité (SAAD, SSIAD, travailleurs sociaux, infirmières libérales, services de portage de repas) des secrétaires de mairie, élus locaux et des commerçants ambulants

- Les informer sur les relais qu'eux-mêmes peuvent activer en tant qu'acteurs de proximité : les MDA et, si nécessaire, le dispositif d'aide aux aidants.
- Leur présenter l'outil d'auto-évaluation à destination des aidants afin que ces acteurs le fassent connaître aux publics qu'ils accompagnent, en lien avec le Dispositif d'aide aux aidants qui souhaite initier prochainement des sensibilisations de cet ordre.

Pilote : la Direction PA-PH du Conseil général

Partenaire : le Dispositif d'Aide aux aidants

3) Mettre en place de nouveaux outils de repérage afin de prévenir les situations d'épuisement

- Mettre en place un outil d'auto-évaluation afin d'accompagner les aidants dans la reconnaissance de leur statut et difficultés
- Élaborer une enquête d'auto-évaluation sur la base des modèles déjà déployés en Ile de France (Handirépît dans le Val de Marne, Pass Aidant en Ile de France) ; mettre à la fin du questionnaire, les coordonnées téléphoniques du Dispositif d'aide aux aidants et le site internet du Conseil général et encourager les répondants à en parler à leur médecin.
- Le mettre à disposition dans différents endroits stratégiques : salle d'attente des médecins, pharmacies, accueil des locaux du CG et de ses institutions partenaires (CARSAT, CAF), le Réseaux d'Écoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents (ainsi que ses partenaires identifiés dans le livret que le REAPP a

Pilote : le Service MDA-MAIA du Conseil général, en lien avec le Service PCH-APA

Partenaires : le Dispositif d'aide aux aidants

<p>publié : CAMPS, pédo-psy...).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Améliorer le repérage du vieillissement au sein du domicile des personnes en situation de handicap - S'appuyer sur les MDA et leurs relais afin d'apporter des informations utiles aux personnes, aux familles et aux professionnels sur le vieillissement. - Identifier, via les paiements (ACTP/PCH), les personnes handicapées vieillissantes à domicile, et via les équipes APA des aidants âgés vivant avec des personnes handicapées. 	
<p>4) Dé-stigmatiser le handicap psychique, notamment en lien avec le Plan de Santé Mentale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organiser une vulgarisation auprès du grand public lors de la semaine de la santé mentale : animer au préalable une concertation entre associations et institutions afin d'élaborer une stratégie de communication partagée en amont de cet évènement. • Réaliser une animation auprès des jeunes scolarisés et de leur famille dans le cadre du programme Handicap et Société (gestionnaire de l'organisation) et en lien avec l'Éducation Nationale. • Dans le repérage et les accompagnements, améliorer la communication sur les troubles psychiques et leur prise en charge en lien avec les acteurs du secteur. • Programmer des sensibilisations auprès des professionnels des SAAD sur la prise en charge du handicap psychique, en lien avec l'UNAFAM. • Lors de l'élaboration du Programme Départemental d'Insertion programmé en 2015, se saisir des enjeux suivants relatifs au handicap psychique : accès aux soins des travailleurs en milieu ordinaire, insuffisance de l'offre d'emploi autre que manuel, mise en lien des acteurs de l'insertion et des associations spécialisées. • Utiliser la culture pour dé-stigmatiser les handicaps, notamment psychique en organisant un groupe de travail dès 2015 pour travailler sur les outils en place ou à développer. 	<p>Pilote : la Direction PA-PH du Conseil général</p> <p>Partenaires : ARS, Éducation Nationale, UNAFAM, Direction Action Sociale Emploi Insertion du Conseil Général, Programme Handicap et Société Association OLMET, UDAF, GEM d'Aurillac, service Culture du Conseil Général, Cantal Musique et Danse, Agents de développement culturel des EPCI, Résidence d'accueil « Clos de Noaille »</p>
<p>Indicateurs d'évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Déploiement de la veille attentive par les associations familiales dans le Cantal - Augmentation du nombre d'initiatives bénévoles auprès des fratries de personnes en situation de handicap - Production d'une capitalisation de l'expérimentation réalisée par le CLIC du Pays Gentiane et suites données - Développement du service civique senior sur le territoire Cantalien (nombre de services civiques croissant sur la durée de mise en œuvre du schéma) - Amélioration de la cohérence et de la coordination des actions bénévoles - Obtention de financements dans le cadre du dispositif MONA LISA - Nombre croissant de situations repérées grâce au relais des acteurs du domicile et du droit commun, sensibilisé au préalable à cet enjeu - Nombre croissant de situations repérées grâce à l'outil d'auto-évaluation mis à la disposition des aidants - Constitution d'une liste des situations de vieillissement et diffusion effective d'une information spécifique à leur intention par les services du Conseil général - Essor d'une stratégie de communication partagée entre institutions et associations, à propos du handicap psychique - Nombre de jeunes scolarisés (et leur famille) sensibilisés au handicap psychique dans le cadre du programme Handicap et Société - Nombre de professionnels de SAAD sensibilisés au handicap psychique en lien avec l'UNAFAM - Inclusion des thèmes relatifs à l'insertion des personnes en situation de handicap psychique dans le Programme Départemental d'Insertion - Mise en place effective de projets culturels relatifs à la dé-stigmatisation du handicap psychique (et leur taux de fréquentation) 	

ACTION n°2 : Lutter contre l'isolement et l'épuisement

Les objectifs de l'action

- Structurer les initiatives de prévention et de soutien aux aidants
- Pérenniser et diversifier l'offre de répit sur le territoire cantalien
- Conforter la possibilité d'échanges et de partage entre personnes en situation de vulnérabilité, notamment en cas de handicap psychique

Les modalités de mise en œuvre

Pilotes et partenaires

1) Poursuivre la coordination et la mutualisation des actions de prévention au niveau local en s'associant en amont de l'élaboration des Contrats locaux de santé et à partir des MDA

- Affirmer le positionnement des MDA pour assurer cette fonction d'animation territoriale (en lien avec les relais Autonomie-CLIC).
- Participer aux actions initiées dans le cadre des contrats locaux de santé et à celles menées par la CARSAT.

Pilote : la Direction PA-PH du Conseil général

Partenaires : la CARSAT, la MSA, l'ARS

2) Déployer une plate-forme de répit à domicile

- Répondre aux appels à projet nationaux CNSA afin de voir s'installer une quatrième plate-forme de répit en Auvergne, sur le territoire Cantalien.
- Contribuer à structurer les actions de répit existantes en lien avec cette plate-forme, lorsqu'elle sera installée.

Pilote : la Direction PA-PH du Conseil général

Partenaires : l'ARS, le Dispositif d'aide aux aidants, les services d'aide à domicile, les ESMS

3) Pérenniser l'offre de répit à domicile déployée à titre expérimental dans le département

- S'assurer de l'ouvrir équitablement aux situations avec handicap : dédier une communication ciblée auprès de ce public.
- Assurer la participation des réseaux Handicap lors des réunions dédiées à ce dispositif.
- Réaliser une évaluation des dispositifs de répit à domicile en cours de déploiement en France (Humanis, Interv'Alzheimer, expérimentation reposant sur des écoles d'infirmiers, Allier qui a une enveloppe PCH spécifique pour l'aide aux aidants...) afin d'étudier les modalités pertinentes de pérennisation de l'offre cantalienne à l'issue de la Convention section IV, et l'ouvrir à l'enfance en situation de handicap.

Pilote : la Direction PA-PH du Conseil général

Partenaires : le Dispositif d'aide aux aidants, le secteur associatif

4) Conforter la mobilisation de l'accueil séquentiel

- Communiquer auprès des hôpitaux sur la typologie de l'accueil séquentiel et la territorialisation des places pour faire évoluer les pratiques d'orientation.
- Renforcer l'utilisation de l'outil de suivi des places d'hébergement temporaire en l'ouvrant aux établissements Handicap (lien avec l'outil Via Trajectoire).
- Faire évoluer la présentation des places d'accueil séquentiel sur le site du Conseil général et rendre visibles celles disponibles.
- Repositionner l'offre d'accueil de jour, en tenant compte de l'équilibre occupation/territorialisation et eu égard au développement attendu d'autres formules de répit : expérimenter l'accueil de jour itinérant sur les projets en cours ou à venir.
- Travailler les éléments de communication en lien avec des publics cibles et des

Co-pilotes : la Direction PA-PH du Conseil général, l'ARS

Partenaires : les opérateurs proposant de l'accueil temporaire et/ou de l'accueil de jour sur le département

modes d'intervention pertinents.	
5) Interroger la territorialisation du Groupe d'Entraide Mutuelle à partir de celui d'Aurillac <ul style="list-style-type: none"> Évaluer ce dispositif et la pertinence de son déploiement 	Pilote : l'ARS Partenaire : la Direction PA-PH du Conseil général, le secteur associatif
Indicateurs d'évaluation : <ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de la cohérence et de la coordination des actions de prévention (participation effective du Conseil général aux actions menées par la CARSAT et dans le cadre des contrats locaux de santé) - Élaboration de réponses aux appels à projet nationaux Installation d'une plate-forme coordonnant effectivement les actions d'aide aux aidants sur le territoire Cantalien <ul style="list-style-type: none"> - Nombre croissant de personnes en situation de handicap bénéficiaires de l'offre de répit à domicile expérimentée par le Département - Participation effective des réseaux Handicap aux réunions dédiées à cette offre de répit - Évaluation de l'offre de répit à domicile (diagnostic et préconisations) - Évolution des pratiques d'orientation vers l'HT de la part des hôpitaux (diversification des orientations) - Déploiement de l'outil de suivi des places d'HT, au champ du handicap - Mise en ligne des places d'HT disponibles sur le site du Conseil général - Évaluation effective du projet de territorialisation du Groupe d'Entraide Mutuelle (diagnostic et préconisations) 	

ACTION n°3 : Simplifier l'accès aux droits ; mettre en place un Pass'Autonomie

Les objectifs de l'action

- Simplifier l'accès à l'information pour les usagers, leur famille et le grand public afin de mieux anticiper la perte d'autonomie
- Simplifier et faciliter les démarches d'accès aux aides et aux prestations pour les usagers
- Permettre aux usagers d'accéder à une offre de conseils individualisés

Les modalités de mise en œuvre

Pilotes et partenaires

1) Simplifier une première série de démarches administratives

- Négocier en ce sens une convention avec la CARSAT en vue de la mise en place d'un dossier unique de demande de prestations (dans la mesure du possible), et de la reconnaissance mutuelle par la CARSAT et le Conseil général des évaluations.
- A l'occasion de l'adoption de la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement, revoir les process au moment des attributions et renouvellement de l'APA.

Pilote : la Direction PA-PH du Conseil général
Partenaire : la CARSAT

2) Réaliser une étude d'opportunité relative au futur Pass'Autonomie

- Mieux connaître ce qui peut favoriser le maintien de l'autonomie des personnes en situation de fragilité afin de déterminer le public-cible et le contenu de ce futur Pass.
 - *Deux options possibles concernant le public-cible : les personnes âgées au-delà de 75 ans, dans une logique préventive et/ ou les personnes âgées hospitalisées, dans une logique davantage « réactive ».*
 - *A étudier en lien avec les outils d'ores et déjà développés par les Caisses de Retraite*
- Étudier les modalités de son développement en lien avec les opportunités de la Silver Economy
 - Identifier les acteurs et compétences en travaillant avec les têtes de réseaux : Eco Construction Auvergne, l'Agence régionale de l'innovation, la Capeb,...
 - Faire un benchmark auprès d'autres régions françaises et européennes
- Intégrer la question de l'accès à une pratique artistique (en tant qu'acteur) et culturelle (accès aux spectacles, expositions, patrimoine...) au Pass'Autonomie.

Pilote : la Direction PA-PH du Conseil général
Partenaires : la MSA, la CARSAT, le Service Culture du Conseil Général, Cantal Musique et Danse, la Direction Développement Économique, Services et Prospective du Conseil Général, les organisations professionnelles...

3) Selon les conclusions de l'étude, développer :

- Une offre d'E-services intégrés avec des démarches administratives en ligne
- Une offre de services individualisés avec des « droits de tirage » (exemple du Pass-Jeunes)

Pilote : la Direction PA-PH du Conseil général
Partenaires : la MSA, la CARSAT, la DSI du Conseil Général, les prestataires de services

Indicateurs d'évaluation :

- Conventonnement effectif avec la CARSAT visant à fluidifier les demandes et process d'évaluation.
- Réalisation d'une étude sur les services et équipements pouvant prévenir opportunément la perte d'autonomie des personnes âgées – en lien avec la Silver Economy
- Développement effectif d'un Pass'Autonomie, avec notamment un volet culturel

ORIENTATION 2 : GARANTIR LES CONDITIONS OPTIMALES D'UN MAINTIEN EN MILIEU ORDINAIRE SOUHAITÉ

L'allongement de la durée de vie des cantaliens et leur souhait de vivre à leur domicile le plus longtemps possible oblige le Département à adapter ses dispositifs.

D'une part, il est indispensable que notre collectivité s'assure de l'équité d'accès aux services d'intervention à domicile, et ce sur l'ensemble du territoire Cantalien, même les zones les plus isolées.

Cela nécessite d'apporter des réponses spécifiques au manque d'attractivité des métiers de l'aide à domicile : rapprochement de l'offre et de la demande par la sensibilisation des personnes en recherche d'emploi, renforcement des collaborations entre les services et les travailleurs sociaux ou médico-sociaux en charge des évaluations, mutualisation des moyens ou des personnels en réponse aux difficultés que peuvent connaître les services d'aide à la personne, renforcement de l'attractivité pour les personnels déjà en poste,

Il s'agira également de réaliser une évaluation approfondie de l'offre de services spécialisés sur le champ du handicap (SAVS-SAMSAH) afin de la faire évoluer de la manière la plus pertinente possible eu égard à l'évolution des besoins constatés dans le département (par exemple, sur l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique, des travailleurs en milieu ordinaire, ou encore des personnes en situation de handicap vivant à leur domicile après 60 ans).

D'autre part, nous nous attacherons à favoriser le maintien en milieu ordinaire des personnes en perte d'autonomie à travers le levier du logement : sensibilisation des acteurs concourant à l'aménagement du territoire et aux politiques du logement à propos des différentes perspectives et problématiques liées au vieillissement et au handicap, amélioration de la lisibilité du parc adapté, coordination des aides à l'amélioration du logement, l'orientation et la sensibilisation des usagers à l'adaptation du logement et ce avant l'entrée dans la dépendance concernant les seniors, seront autant d'actions entreprises dans le cadre du Schéma 2015-2019.

A cet égard, le Département veillera à exploiter les opportunités économiques de la *Silver Economy*, par exemple via la mobilisation de l'outil numérique et de la domotique dans le cadre des travaux d'adaptation des logements.

ACTION n°4 : Consolider l'offre d'aide et d'accompagnement à domicile

Les objectifs de l'action

- Structurer les services d'intervention à domicile pour couvrir le territoire
- Moderniser et professionnaliser les services d'aide et d'accompagnement à domicile
- Permettre un meilleur accès des personnes handicapées – quels que soit leur handicap ou leur âge – à une offre d'accompagnement à domicile adaptée

Les modalités de mise en œuvre

Pilotes et partenaires

1) Améliorer l'attractivité et l'image des métiers de l'aide à domicile pour répondre aux besoins des usagers dans tous les territoires

- Identifier les causes de départ des salariés du secteur de l'aide à domicile vers les établissements médico-sociaux (EHPAD).
- Promouvoir les métiers de l'aide à domicile en mettant en avant les avantages du travail à domicile, en lien avec Pôle Emploi et les Missions locales.
- Développer les offres de formations ciblées : renouveler l'organisation de formations géographiquement ciblées pour les intervenants à domicile.
- Avoir au sein des SAAD des personnels en capacité de répondre aux enjeux de prévention, de repérage, d'aménagement du logement, et d'offre d'animation à domicile (modules spécifiques dans les formations).

Pilote : la Direction PA-PH du Conseil général

Partenaires : les services d'aide à domicile, Pôle Emploi, les Missions locales, la CNSA, le Conseil Régional, la Mission Logement du Conseil Général

2) Explorer l'ensemble des possibilités de mutualisation et coopération entre services pour pérenniser les interventions, notamment sur les territoires isolés

- Réaliser des diagnostics approfondis permettant d'identifier les pistes les plus opportunes, pour les fonctions support en premier lieu et le personnel d'intervention.
- Expérimenter sur des zones géographiques spécifiques, des nouvelles formes d'organisation.
- Étudier les possibilités de mutualisation à partir de la mise à disposition de locaux.

Pilote : la Direction PA-PH du Conseil général

Partenaires : les services d'aide à domicile

3) Évaluer l'offre de services d'accompagnement à domicile spécialisée sur le champ du handicap afin de mieux répondre aux besoins des personnes handicapées

- Identifier les meilleures réponses possibles à activer pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique en milieu ordinaire : évaluer et faire évoluer si besoin, les prestations proposées notamment par le SAMSAH à travers le CPOM et/ou envisager la spécialisation d'un SAVS.
- Permettre aux personnes qui ne travaillent pas en ESAT ou ne résidant pas en établissement ou encore aux personnes en situation de handicap à partir de 60 ans, de bénéficier d'un accompagnement de SAVS. Étudier l'opportunité de redéployer des places de Foyer d'Hébergement pour ce faire.
- Travailler sur la possibilité pour ces services (SAVS) d'intervenir dans les établissements lors de la préparation de réorientation de personnes handicapées vieillissantes (dans le cadre d'accueil temporaire ou à l'essai).

Pilote : la Direction PA-PH du Conseil général, l'ARS

Partenaires : les SAVS-SAMSAH

4) Améliorer la coordination entre les services à domicile et les travailleurs

Pilote : la Direction PA-

<p>sociaux ou médico-sociaux en charge de l'évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> Formaliser l'organisation de réunions techniques sur des dossiers individuels entre les travailleurs sociaux ou médico-sociaux en charge de l'évaluation et responsables de secteur des SAAD afin d'améliorer la qualité de la réponse et l'efficacité de l'action des équipes face à l'évolution des situations, notamment au moment des renouvellements, des urgences ou de la mise en place des plans d'aide. Encourager l'utilisation de cahiers de liaison informatisés à domicile pour améliorer le partage d'information et la coordination des interventions des professionnels. 	<p>PH du Conseil général</p> <p>Partenaires : les services d'aide à domicile</p>
<p>5) Développer l'amplitude horaire des interventions pour améliorer le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie</p> <ul style="list-style-type: none"> Dans un premier temps : Encourager les interventions d'AVS tardives (jusqu'à 22 h) et matinales (à partir de 7 h) afin d'améliorer la prise en charge des personnes à domicile. Il sera demandé aux SAAD ensuite, de mener une évaluation auprès de leurs bénéficiaires sur la pertinence de ce service (besoins couverts, nombre de personnes aidées, type de pathologie et nature des interventions) et de les interroger sur leurs besoins ponctuels d'intervention en nuit profonde. Dans un second temps : si le besoin est avéré, expérimenter la mise en place d'un service de garde de nuit itinérante (aide à la personne et soins) sur un territoire urbain et sur un territoire rural. Ce type de service au regard de la configuration du territoire, appelle une nécessaire mutualisation entre les services (SAD, SSIAD et EHPAD) 	<p>Pilote : la Direction PA-PH du Conseil général</p> <p>Partenaires : les services d'aide à domicile</p>
<p>Indicateurs d'évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> Réalisation d'une étude présentant les causes de départ des salariés du secteur de l'aide à domicile vers les établissements médico-sociaux (EHPAD) Réalisation d'actions permettant de promouvoir les métiers du domicile Évolution effective de l'offre de formations (et des formations financées) : réalisées sur les territoires et avec des modules sur la prévention, le repérage, l'aménagement du logement, et l'offre d'animation à domicile Essor des dynamiques de coopération, de mutualisation mais aussi d'expérimentations de nouvelles formes d'organisation sur certains territoires – suite à une série d'audits de SAAD Développement d'une offre spécifique sur le champ psychique suite à une évaluation de l'offre actuelle du SAMSAH départemental Ouverture du champ d'intervention des SAVS Organisation de réunions techniques régulières entre les services à domicile et les travailleurs sociaux ou médico-sociaux en charge de l'évaluation, autour des situations <p>Installation progressive de cahiers de liaison informatisés au domicile des personnes âgées et/ou en situation de handicap</p> <ul style="list-style-type: none"> Augmentation effective de l'amplitude horaire des interventions des SAAD et collecte de l'appréciation des bénéficiaires à ce sujet Selon les résultats, lancement d'une expérimentation de garde de nuit itinérante 	

ACTION N°5 : Renforcer l'offre en logements adaptés et son accessibilité

Les objectifs de l'action

- Orienter et sensibiliser les usagers à l'adaptation du logement, et ce le plus tôt possible
- Améliorer la lisibilité du parc adapté et coordonner les aides à l'adaptation du logement
- Rapprocher l'offre et la demande de logements adaptés

Les modalités de mise en œuvre

Pilotes et partenaires

1) Faire évoluer les dispositifs départementaux de soutien à l'amélioration de l'habitat, dédiés aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap, en y affirmant une dimension préventive forte

- Sensibiliser les artisans, associations d'aide à domicile, médecins traitants sur les enjeux autour de l'habitat : prévention des chutes, précarité énergétique, etc.
- Dédier une communication ciblée auprès des jeunes seniors sur l'enjeu d'adapter de façon préventive et progressive leur logement et sur les aides existantes (cf. orientation 1 – action 3), en lien avec les stratégies des Caisses de retraites à ce sujet.
- Accompagner les publics-cibles éligibles aux dispositifs du Conseil général par une offre d'ingénierie sociale et technique pour conduire en parallèle avec l'adaptation du logement une politique d'amélioration thermique.
- Adapter le conventionnement du Conseil général avec le PACT-Cantal aux évolutions des autres dispositifs d'amélioration du logement, en y affirmant une dimension préventive forte.
- Définir et mettre en place une action départementale de prévention des risques notamment à partir des usages de la domotique. En lien avec l'action 3 (Orientation 1).
- Étudier selon les possibilités de financement, l'usage de la domotique pour les personnes âgées, hors plan d'aide APA.
- Pour l'ensemble de ces mesures, identifier et mobiliser de nouvelles sources de financement, notamment au niveau européen (FEDER et LEADER/FEADER).

Pilote : La Direction PA-PH du Conseil général en lien avec la Mission Logement

Partenaires : La CARSAT, la MSA, les opérateurs de l'amélioration du logement, PACT-Cantal, l'Anah.

2) Positionner les MDA comme premier relais d'information sur l'adaptation du logement

- Former les professionnels des MDA sur ce sujet.
- Être en capacité de délivrer une information de premier niveau auprès des personnes venant se renseigner à la MDA sur tout sujet lié à la perte d'autonomie, sur les aides financières du Conseil général en matière d'amélioration de l'habitat.
- Être en capacité d'orienter vers les opérateurs compétents
- Faire le lien avec le futur Pass'Autonomie – (Action 3, Orientation 1).

Pilote : la Direction PA-PH du Conseil général en lien avec la Mission Logement

Partenaires : PACT-Cantal – opérateurs du logement, Anah

3) Simplifier les démarches d'accès à un logement adapté

- Mettre en œuvre l'action inscrite au PDALPD 2013-2017 visant à rapprocher l'offre et la demande de logements locatifs adaptés aux personnes en perte d'autonomie, en mobilisant le partenariat pour créer et gérer un outil partagé (tableur, plateforme, site internet...) permettant de rendre plus visible les logements adaptés.
- Faciliter l'identification de toute situation de perte d'autonomie au moment de l'instruction des dossiers de demande de logement social, en élaborant une

Pilote : la Direction PA-PH du Conseil général en lien avec la Mission Logement

Partenaires : Bailleurs publics, privés et associatifs, associations

procédure spécifique, prenant en compte les contraintes liées au formulaire « CERFA » existant	représentant les personnes âgées ou handicapées,
<p>4) Poursuivre dans le cadre des projets de territoires le travail avec les communes sur l'intégration de la dimension Handicap/Autonomie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sur le bassin d'Aurillac (CABA) à partir de son PLH. • Auprès des autres EPCI : en leur diffusant des exemples/modèle-type de fiche action afin de les accompagner sur la méthode d'élaboration de programmes d'action pertinents ; et en sensibilisant les élus et techniciens sur l'intérêt de partager les bonnes pratiques. 	<p>Pilote : la Direction d'appui aux territoires du Conseil général, en lien avec la Direction PA-PH</p> <p>Partenaires : les EPCI du Cantal</p>
<p>5) Renforcer l'accompagnement vers et dans le logement de publics particulièrement vulnérables</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favoriser la coopération entre les acteurs locaux pertinents (dont les Missions Locales) et les ESMS, notamment ceux accueillant des jeunes, pour élaborer un parcours vers un logement autonome en y associant les familles. • Encourager le conventionnement entre les SAVS-SAMSAH (en lien avec l'action 4 – orientation 2) et les services de psychiatrie, promouvoir la mise en place d'équipes mobiles de précarité et les associations d'insertion par le logement afin de proposer un accompagnement social complet aux personnes en situation de handicap psychique. • S'appuyer sur les baux-glissants et appartements tremplins gérés par des associations d'insertion par le logement. • Rapprocher les conseils locaux de santé mentale qui pourront être mis en place, des bailleurs. • Accompagner le déploiement du Label Habitat Senior services en travaillant un conventionnement MDA/bailleurs publics, en lien avec l'association Delphis, pour une prise en charge globale. 	<p>Pilotes : la Direction PA-PH du Conseil général, l'ARS</p> <p>Partenaires : les ESMS, les Missions locales, les associations d'insertion par le logement, les SAVS-SAMSAH, les bailleurs sociaux, le Centre Hospitalier d'Aurillac, l'association Delphis, le CLAJ du Cantal, la Résidence d'accueil « Clos de Noailles »</p>
<p>Indicateurs d'évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réalisation d'actions de sensibilisation auprès des artisans, des associations d'aide à domicile, des médecins traitants sur les enjeux autour de l'habitat Réalisation régulière d'actions de communication auprès des jeunes seniors sur l'adaptation préventive et progressive de leur habitat, en lien avec les stratégies des Caisses de retraite - Une dimension préventive effectivement forte dans le nouveau conventionnement entre le Conseil général et le PACT-Cantal - Essor de nouvelles possibilités de financement des travaux d'adaptation des logements, notamment en termes de domotique et d'amélioration thermique (financements européens) - Formation effective des MDA sur la question des logements adaptés - Augmentation du nombre de dossiers de demande d'aides à l'adaptation du logement, effectivement financés - Mise en place d'outils permettant d'améliorer la rencontre entre l'offre et la demande de logements adaptés, en lien avec le PDALPD - Prise en compte de la dimension Autonomie dans les projets de territoires d'Aurillac et des EPCI, avec l'appui technique du Conseil général - Rapprochement et collaboration entre ESMS/MDA, SAVS-SAMSAH/services de psychiatrie, conseils locaux de santé mentale/bailleurs (informels ou conventionnés) - Mise en place du label Habitat Senior dans le Cantal 	

ORIENTATION 3 : ASSURER UNE PLUS GRANDE FLUIDITÉ DU PARCOURS DES ENFANTS ET ADOLESCENTS EN SITUATION DE HANDICAP

La loi de 2005 a eu de nombreux impacts sur l'amélioration des conditions de vie des jeunes en milieu ordinaire. Bénéficiant d'accompagnements étayés en milieu scolaire, en établissement ou au sein de leur famille, ils sont susceptibles de voir cet accompagnement changer de nature et de densité. Certaines situations peuvent par ailleurs nécessiter des étayages très légers. Les réunions de synthèse, les stages... sont dès lors autant d'instruments mis au profit d'une continuité de parcours des jeunes confrontés à des choix importants d'orientation.

Toutefois, des ruptures sont encore observées dans les parcours des enfants et adolescents :

- Lorsqu'ils changent de service ou d'établissement.
- Lorsque que leur situation (et leurs besoins) se heurte à une offre départementale insuffisamment adaptée. La MDPH constate en effet que les ruptures de parcours concernent de plus en plus de jeunes présentant des troubles de la conduite et du comportement et/ou avec un handicap psychique. Ces situations appellent une évaluation puis une prise en charge globale – sortant d'une logique fractionnée.
- Dans le cadre de parcours scolaire, par exemple à la sortie de CLIS ou d'ULIS.
- Enfin, lors de double prise en charge par les services du Département (Handicap et Aide sociale à l'enfance).

Ces enjeux soulignent la nécessité de conforter et de formaliser des temps de partage d'informations entre les acteurs médico-sociaux et sanitaires, tout en ouvrant ces moments d'échange à d'autres professionnels des dispositifs de droit commun.

En définitive, il s'agit de garantir des accompagnements individualisés co-construits et partagés entre les différents ESSMS et institutions concernées, mais également avec les parents afin qu'ils puissent prendre part au parcours de leur enfant.

Une attention particulière devra être apportée concernant les jeunes âgés entre 16 et 25 ans. Il semble à cet égard important de travailler aujourd'hui à la préparation de la sortie du dispositif Enfance au regard de la diversité des situations, mais également à l'adaptation de l'offre actuellement déployée dans le dispositif Adulte, autrement dit : 1) mieux préparer les relais entre les dispositifs Enfant et Adulte; 2) mieux identifier, le plus tôt possible, les solutions les plus adéquates aux besoins des jeunes adultes ; 3) favoriser les prises en charge conjointes en tant que passerelle entre les deux dispositifs ; 4) assurer la fluidité de l'accompagnement pour les familles.

Le travail d'ores et déjà réalisé en lien avec l'Éducation Nationale et l'ARS devra également être approfondi.

ACTION N°6 : Promouvoir des interventions coordonnées autour de l'enfant et du jeune

Les objectifs de l'action

- Favoriser les collaborations entre les acteurs au bénéfice d'accompagnements souples et adaptés
- Promouvoir des accompagnements les plus globaux possibles
- Encourager l'implication des acteurs du droit commun dans les accompagnements, notamment pour les jeunes enfants ou les jeunes avec troubles psychiques

Les modalités de mise en œuvre

Pilotes et partenaires

1) Définir un outil commun permettant d'unifier dans un même document les projets personnalisés / d'accompagnement / de soin des différents intervenants concernés

- Expérimenter la mise en place d'un document partagé en s'appuyant sur la réflexion en cours sur les cas complexes (groupe de travail à l'initiative de l'ARS) : par exemple à travers une trame commune et des déclinaisons possibles pour chaque intervenant / spécificités.
- Définir un protocole d'actions et viser la généralisation de l'outil partagé.
- Examiner avec les professionnels de santé concernés, les modalités opérationnelles de prise en compte dans ce document commun des objectifs thérapeutiques du projet de soins.
- Le cas échéant, articuler ces différents projets personnalisés avec le cadre du projet personnalisé de la protection de l'enfance
- Définir un cadre concerté (institution, ESMS) facilitant la mise en place de temps d'observation en structures médico-sociales pour les enfants, en partant du protocole d'accueil élaboré par l'Éducation Nationale

Co-Pilotes : l'ARS, la MDPH

Partenaires :
l'Éducation Nationale, la Direction Enfance Famille du Conseil général, la pédopsychiatrie, les établissements médico-sociaux d'hébergement d'enfants en situation de handicap, le Centre hospitalier d'Aurillac

3) Améliorer la fluidité des parcours des jeunes avec troubles psychiques

- Entamer une réflexion avec la MDA et les missions locales afin de fluidifier les parcours des jeunes avec troubles psychiques.
- Envisager de manière concertée des moyens spécifiques pour y parvenir.
- Améliorer la coopération entre les acteurs des champs sanitaire et médico-social en s'appuyant sur la diversification de l'organisation territoriale de l'offre en psychiatrie pour prévenir les ruptures de parcours de soins, notamment chez les adolescents.

Pilote : la Direction PA-PH du Conseil général,

Partenaires : les Missions locales, le centre Hospitalier d'Aurillac, l'ARS

4) Développer l'offre d'accompagnement et d'accueil de la petite enfance de manière adaptée à la prise en charge du handicap

- Créer une équipe de médiation pour accompagner les familles et les professionnels de structures d'accueil de la petite enfance à la prise en charge adaptée des jeunes enfants en situation de handicap.
- Favoriser l'immersion de personnels de crèche dans des structures dédiées à l'accueil d'enfants en situation de handicap : IME, CLIS... (au-delà des éducateurs de jeunes enfants, déjà formés sur le sujet dans le cadre de leur cursus de formation initiale).
- Faire le lien avec les actions portées par le REAAP.

Pilote : la Direction PA-PH du Conseil général

Partenaires : le REAAP, le Service PMI de la Direction Enfance Famille du Conseil général, les structures d'accueil de la petite enfance, l'ARS

Indicateurs d'évaluation :

- Mise en place d'un projet de vie de l'enfant en situation de handicap, partagé entre tous les intervenants

(médico-social, sanitaire, social, scolaire...)

- Amélioration de la possibilité de temps d'observation en structures médico-sociales pour les enfants (croissance de cette activité spécifique)
- Nombre de jeunes en situation de handicap psychique ayant vu leur parcours se fluidifier grâce à une concertation entre MDA et missions locales
- Diversification effective de l'offre en psychiatrie, notamment à l'attention des adolescents
- Mise en place d'une équipe de médiation dans les structures d'accueil de la petite enfance (échelle territoriale d'intervention à préciser)
- Nombre de professionnels de crèche immergés dans des structures médico-sociales dédiées à l'accueil d'enfants en situation de handicap

ACTION N° 7 : Mettre en cohérence et valoriser l'offre éducative et de formation existante

Les objectifs de l'action	
<ul style="list-style-type: none"> • Prévenir et éviter les ruptures de parcours, notamment de scolarisation • Conforter la place des parents dans la prise en charge des enfants • Veiller à l'autonomisation des jeunes en situation de handicap le plus en amont possible 	
Les modalités de mise en œuvre	Pilotes et partenaires
<p>1) Développer les passerelles entre le milieu protégé et le milieu ordinaire (sur le plan de la vie scolaire)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permettre aux élèves d'ULIS de participer aux ateliers de l'IME, de l'ITEP, via l'utilisation des plateaux techniques par les élèves. • Examiner les avantages d'une double orientation (exemple : pour un enfant accueilli en IME et en unité d'enseignement ordinaire ou une ULIS). • Rapprocher les jeunes qui viennent du milieu protégé et ceux qui sont issus de l'Éducation Nationale (par exemple mettre en place des activités communes). 	<p>Pilote : la MDPH</p> <p>Partenaires : l'Éducation Nationale, les établissements médico-sociaux pour enfants, l'ARS</p>
<p>2) Développer les passerelles entre le milieu protégé et le milieu ordinaire (sur le plan de la vie de l'enfant)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favoriser la mobilisation de l'hébergement temporaire (HT) pour les enfants « sans solutions actuelles ou en devenir » afin : 1) soit de travailler les réorientations en amont, le recours à l'HT participant à l'évaluation de la situation et contribuant à changer l'appréciation des familles sur les structures ; 2) soit de proposer des « séjours de rupture » en s'inspirant des pratiques déjà mises en place par l'ASE et des ESMS du secteur médico-social 	<p>Pilote : la MDPH</p> <p>Partenaires : les établissements médico-sociaux pour enfants, l'ARS</p>
<p>3) Développer la formation en alternance dans le champ du handicap, même avant 16 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurer la préparation d'un projet professionnel pour les jeunes accueillis en ITEP ou scolarisés en ULIS, en amont de leur sortie. • Diffuser la connaissance sur les pratiques, notamment les CFA spécialisés dont les débouchés – en matière de stages – pourraient être développés. • Faire bénéficier des stages éducatifs proposés par l'Éducation nationale aux IM-Pro et développer les partenariats. 	<p>Pilote : l'Éducation Nationale</p> <p>Partenaires : la MDPH, l'ITEP, les CFAS, les IMPRO</p>
<p>4) Consolider les passerelles entre dispositifs Enfance-Adulte, en lien avec les familles et ESMS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Travailler le lien avec la famille dans une logique de construction d'un parcours de formation/insertion professionnelle ainsi que dans une logique d'autonomisation • Assurer la cohérence et la continuité du parcours des jeunes relevant d'ESAT et dont les aspirations peuvent différer de celles des publics déjà accueillis et souvent plus âgés, en développant les activités sociales adaptées. • Apporter une attention particulière sur le suivi et l'évolution des amendements Creton : analyser les causes et penser des solutions. 	<p>Pilote : la MDPH</p> <p>Partenaires : la Direction PA-PH du Conseil Général, les ESSMS</p>
<p>Indicateurs d'évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développement effectif de passerelles entre ESMS et Éducation Nationale pour favoriser la mixité des publics et les allers-retours entre dispositifs - Recours croissant à l'hébergement temporaire sur le champ de l'enfance (taux d'occupation des places en augmentation) 	

- Intégration d'un volet « projet professionnel » (ou d'un « non-projet » argumenté) dans le projet de vie des jeunes accueillis en ITEP ou scolarisés en ULIS, en amont de leur sortie
- Diffusion d'une information auprès des ESMS, sur les possibilités de formations et de stages adaptés
- Ouverture des stages éducatifs proposés par l'Éducation nationale, aux jeunes accueillis en IM-Pro (nombre de bénéficiaires)
- Intégration d'un volet « accompagnement des familles » en lien avec les objectifs d'autonomisation dans le projet de vie des adolescents et jeunes adultes en situation de handicap
- Possibilité effective pour les travailleurs d'ESAT, de maintenir les activités sociales/artistiques/culturelles dans lesquels ils ont pu s'impliquer au préalable (inscription dans le Contrat d'aide et de soutien par le travail)
- Attention plus importante apportée à l'état des lieux et l'analyse des amendements CRETON dans les rapports annuels d'activité de la MDPH

ORIENTATION 4 : AMÉLIORER L'ADÉQUATION DE L'OFFRE D'ACCUEIL SUR LE CHAMP DU HANDICAP AVEC LES BESOINS PRIORITAIREMENT IDENTIFIÉS

Une connaissance fine et partagée des publics et de leurs besoins constitue à notre sens un préalable indispensable à toute réflexion sur l'adaptation de l'offre d'accueil des personnes en situation de handicap. Cette connaissance doit être nourrie d'une observation approfondie de l'adéquation entre l'offre des établissements et les besoins constatés, à travers un dialogue de qualité entre les structures d'hébergement, la MDPH, le Conseil général et l'ARS. C'est à ce titre que notre présent Schéma programme la réunion régulière d'un groupe de travail réunissant ces différents acteurs.

En complément, la mise en concordance des pratiques et solutions d'accompagnements avec l'évolution des situations constitue une condition essentielle à la réussite des parcours des personnes en situation de handicap et au respect de leur projet de vie. Il est désormais nécessaire d'ajuster l'offre existante en garantissant des passerelles effectives et réactives entre les champs médico-social et sanitaire, concernant la prise en charge de situations complexes : vieillissement des personnes en situation de handicap, troubles psychiques associés...

Nous concevons à cet égard que ces passerelles ne sauraient se construire sans une implication importante de la part du Conseil général mais aussi de l'ARS pour animer et encourager la formalisation de collaborations entre les acteurs des deux champs.

Enfin, au-delà de l'ajustement de l'existant, le diagnostic réalisé met en évidence l'opportunité de transformer des offres de prise en charge complémentaires, sur des champs bien spécifiques : à nouveau le vieillissement des personnes en situation de handicap et le handicap psychique, mais également l'autisme, ou encore d'autres types de handicap relativement rares pour lesquels il serait intéressant de développer une offre locale, à destination des cantaliens et au-delà. Dans un contexte budgétaire particulièrement contraint, le développement de ces offres représente un engagement financier important pour notre collectivité, et devra ainsi être précédé d'études de besoins et d'opportunité affinées.

ACTION N° 8 : Ajuster l'offre d'accueil existante dans le respect des parcours des usagers

Les objectifs de l'action	
<ul style="list-style-type: none"> • Partager les informations et expertises nécessaires à l'accompagnement social, médico-social et sanitaire des adultes accueillis dans des structures d'hébergement • Recueillir, consolider et analyser les données relatives à ce public • Optimiser l'offre d'accueil existante eu égard à l'évolution des besoins 	
Les modalités de mise en œuvre	Pilotes et partenaires
<p>1) Améliorer le circuit d'informations entre établissements et MDPH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constituer un groupe de travail entre associations gestionnaire d'ESMS, l'ARS, le CG et la MDPH afin de répondre de manière plus précise à cette question en lien avec les travaux de la CNSA à ce sujet • Poser comme objectif opérationnel l'amélioration du système d'information et le suivi des notifications dans la durée, en travaillant notamment sur : <ul style="list-style-type: none"> - l'objectivation du nombre d'orientations en provenance d'autres départements ; - le croisement des listes d'attente avec les orientations réalisées par la MDPH afin d'identifier les besoins non couverts par l'offre actuelle en établissement. - Le partage d'informations au moment d'une première admission en structures 	<p>Pilote : la MDPH</p> <p>Partenaires : les associations gestionnaires d'ESSMS, l'ARS, l'Éducation Nationale</p>
<p>2) Faciliter le maintien de la personne en situation de handicap dans son lieu de vie, dans la mesure du possible et le respect de l'agrément</p> <ul style="list-style-type: none"> • En faisant appel au droit commun pour des interventions au sein des établissements non médicalisés (HAD). • En permettant la double qualification AMP/aide-soignante (comme cela se fait au niveau de l'ADAPEI). 	<p>Pilote : la Direction PA-PH du Conseil général</p> <p>Partenaires : l'ARS, le Conseil Régional</p>
<p>3) Ajuster l'offre d'accueil existante au vieillissement des personnes en situation de handicap</p> <ul style="list-style-type: none"> • En milieu protégé ou non protégé, expertiser l'offre et les opportunités de son évolution (transformation de places), en lien avec les besoins des travailleurs vieillissants ou des personnes handicapées vieillissantes. • Développer la possibilité d'accueil familial de personnes en situation de handicap vieillissantes auprès des accueillants familiaux : intégrer ces prises en charge dans les plans de formation financés par la Convention Section IV et accompagner les accueillants qui le souhaitent vers l'obtention de l'agrément mixte PA-PH. 	<p>Pilote : la Direction PA-PH du Conseil général</p> <p>Partenaires : l'ARS, les ESSMS, la CNSA</p>
<p>4) Faciliter les prises en charge des troubles psychiques dans les établissements non dédiés au handicap psychique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la coordination entre le secteur sanitaire et le champ médico-social pour faciliter l'intervention de professionnels du champ psychiatrique au sein des établissements. • Assurer une co-animation ARS/Conseil général pour assurer ce rapprochement et faire avancer les conventionnements entre structures sanitaires et médico-sociales. • Mise en place de formations mutualisées entre établissements pour renforcer les compétences des équipes sur ce champ-là. 	<p>Co-pilotes : la Direction PA-PH et l'ARS.</p> <p>Partenaires : les ESSMS, COEF15, les OPCA, CH</p>

Indicateurs d'évaluation :

- Capacité à définir le nombre d'orientations en provenance d'autres départements
 - Objectivation des besoins non couverts par l'offre actuelle en établissement
 - Amélioration qualitative et dans la durée du circuit d'informations entre les établissements et la MDPH, grâce à une réflexion concertée entre acteurs-clés et en lien avec les travaux de la CNSA
 - Maintien croissant des personnes en situation de handicap dans leur lieu de vie non médicalisé
 - Définition et concrétisation des priorités d'évolution de l'offre actuelle pour l'adapter au vieillissement des personnes en situation de handicap (nombre de place transformées sur la période du Schéma)
- Financement de formations spécifiques sur le vieillissement des personnes en situation de handicap, au bénéfice des accueillants familiaux
- Nombre de nouveaux partenariats conventionnés entre les structures du champ psychiatriques et les ESMS- notamment pour assurer des formations mutualisées

ACTION N° 9 : Créer un panel de réponses complémentaires répondant à des besoins identifiés

Les objectifs de l'action

- Répondre à des besoins de prise en charge en structure d'hébergement, encore insuffisamment couverts dans le Cantal
- Développer une offre d'accueil ayant une vocation extra-départementale

Les modalités de mise en œuvre

Pilotes et partenaires

1) Développer une offre d'accueil spécifique pour personnes handicapées vieillissantes

- Via le lancement d'un appel à projet conjoint dédié (16 places de Foyer d'Accueil Médicalisé)

Co-Pilotes : la Direction PA-PH du Conseil général et l'ARS

2) Apporter une réponse adaptée aux besoins des adultes autistes, en cohérence avec le plan régional autisme

- Via le lancement d'un appel à projet conjoint dédié (8 places de Foyer d'Accueil Médicalisé)

Co-Pilotes : la Direction PA-PH du Conseil général et l'ARS

3) Étudier les besoins de prises en charge du handicap moteur sur le champ de l'enfance

- Notamment au travers de l'évolution des agréments des SESSAD travaillée actuellement par l'ARS
- Réflexion à mener sur les besoins des enfants atteints de cette déficience

Co-Pilote : ARS- MDPH
Partenaires : acteurs du champ du handicap moteur

4) Étudier les possibilités de développer sur le champ du handicap l'offre cantalienne afin de répondre notamment à des besoins supra-départementaux

- Cela concernerait des handicaps à faible taux de prévalence sans être rares.
- Prendre en considération les besoins à l'échelle trans-départementale.
- S'appuyer sur les travaux existants.

Pilote : la Direction PA-PH du Conseil général

Indicateurs d'évaluation :

- Ouverture de 16 places de FAM dédiées aux personnes en situation de handicap (100% d'occupation visé)
- Ouverture de 8 places de FAM dédiées aux adultes autistes (100% d'occupation visé)
- Conduite d'une étude sur les opportunités de développement d'offres spécifiques supplémentaires, afin de couvrir des besoins supra-départementaux

ORIENTATION 5 : FAIRE ÉVOLUER L'OFFRE D'ACCUEIL SUR LE CHAMP GÉRONTOLOGIQUE POUR UNE PLUS GRANDE EFFICACITÉ ET UNE MEILLEURE ACCESSIBILITÉ

Comme évoqué dans l'orientation précédente, l'adaptation, l'optimisation et la diversification des dispositifs existants constituent l'un des principaux enjeux de ce futur Schéma.

Les EHPAD ont connu une progression importante de leurs capacités d'accueil au début des années 2010, qui démontre une bonne anticipation du Département eu égard au vieillissement de la population cantalienne.

En parallèle, des efforts de réhabilitation, de modernisation et d'amélioration de la qualité des prises en charge ont été engagés. Cependant des difficultés perdurent pour assurer l'accueil de certains publics : désorientation, handicap et vieillissement..., autant de situations complexes qui font appel à une évolution des prises en charge en EHPAD.

Cette dynamique doit s'inscrire dans une compréhension mutuelle du contexte budgétaire de notre collectivité et des réalités financières des établissements. C'est en réponse à cet enjeu que l'action 11 fixe différents objectifs à inscrire dans la nouvelle génération de Conventions tripartites : tant pour optimiser les recettes que pour maîtriser les dépenses des établissements, sans impacter le coût pour l'utilisateur.

L'un des leviers identifiés à cet égard, consiste en une meilleure visibilité, mais également une diversification des prestations proposées par les EHPAD, que ce soit auprès de personnes vivant à domicile (hébergement temporaire mais aussi offre de restauration en journée, voire le développement d'une offre d'hébergement de nuit) ou de leur famille (offre hôtelière).

Ces propositions font écho à la volonté de notre Département de favoriser des alternatives à la dichotomie « domicile/EHPAD » jusqu'alors priorisée au niveau national ; elles s'inscrivent ainsi dans la tendance affirmée par le projet de loi sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population.

ACTION N° 10 : Améliorer les modalités d'hébergement et d'accompagnement dans le respect du parcours des usagers

Les objectifs de l'action

- Proposer des alternatives à la dichotomie domicile/établissement, afin de fluidifier les parcours des personnes âgées
- Guider les personnes âgées et leur famille dans leur orientation
- Adapter et sécuriser l'offre en EHPAD vis-à-vis de la désorientation

Les modalités de mise en œuvre

Pilotes et partenaires

1) Favoriser le développement de réponses intermédiaires entre le domicile et les EHPAD

- Étudier l'opportunité de créer une offre de résidence autonomie suite à l'adoption de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Privilégier les projets qui intègrent des parcours faisant le lien entre les résidences autonomie et les EHPAD.
- Expérimenter au sein d'un EHPAD une unité non médicalisée, dans l'objectif plus large de favoriser le parcours des bénéficiaires au sein de la structure. Le second objectif étant de mesurer les effets de cet accueil différencié sur la gestion de l'établissement (optimisation des taux d'encadrement et des coûts).

Pilote : la Direction PA-PH du Conseil général

Partenaires : l'ARS, les EHPAD du Cantal, les services d'aide à domicile

2) Encourager l'ouverture des EHPAD sur leur environnement

- Ouvrir les prestations d'hôtellerie ou d'animation aux personnes âgées vivant à domicile dans leur secteur.
- Développer un travail en réseau en s'appuyant par exemple sur le dispositif « Culturavie », mis en œuvre par le Groupement des animateurs en Gérontologie.
- Développer les échanges intérieur/extérieur, travailler les représentations existantes et contribuer à l'épanouissement des résidents au travers de projets artistiques et culturels (type « mémoire de bal »), en lien avec les animateurs internes aux EHPAD.

Pilote : la Direction PA-PH du Conseil général,

Partenaires : La direction Éducation et Jeunesse du Conseil général, les EHPAD du Cantal, les services d'aide à domicile, les acteurs de l'animation et du développement culturel

3) Faire connaître les places d'accueil disponibles auprès du grand public et optimiser-informatiser le processus d'admission)

- Proposer la mise en place et le déploiement du logiciel Via Trajectoire en EHPAD (*informatisation du dossier d'admission unique, de l'annuaire actualisé et gestion des listes d'attente*)
- Poursuivre l'adaptation de l'outil de gestion des places d'hébergement temporaire (HT) et d'accueil de jour (AJ) de manière à le rendre accessible au grand public.
- Conforter les stratégies de communication des EHPAD auprès du grand public, pour les places d'hébergement permanent, notamment au travers de ces deux outils.

Pilote : la Direction PA-PH du Conseil général en lien avec la Direction des Services Informatiques du Conseil général,

Partenaires : les EHPAD du Cantal, l'ARS

4) Faciliter l'accueil en EHPAD des personnes en situation de handicap

- Rendre possible, quand cela s'avère pertinent, l'accueil de personnes handicapées vieillissantes en EHPAD et travailler cette solution en amont et dans le cadre des Projets d'Établissement et Projets de Soins.

Pilote : la Direction PA-PH du Conseil général,

Partenaires : les hôpitaux, les EHPAD, la

<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser l'accueil intergénérationnel parents/personne handicapée vieillissante ou non. • Aider à la conclusion de partenariats personnalisés EHPAD/hôpital ou autres structures. 	MDPH et l'ARS
<p>5) Apporter une attention particulière à la prise en charge de la neuro-dégénérescence dans les EHPAD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objectiver la qualité et l'approche des accompagnements prodigués afin d'interroger la pertinence de cette offre spécifique et valoriser les bonnes pratiques identifiées. S'appuyer sur les conventions tripartites et le cas échéant sur les rapports d'évaluation externe. • Réaffirmer auprès des établissements la possibilité d'organiser des allers-retours entre l'unité Alzheimer et l'EHPAD classique en cas de situation de rupture/crise et l'intérêt d'encourager le partage d'expériences entre les unités Alzheimer et le reste de l'EHPAD • Dans le cadre des enveloppes dédiées aux projets de territoires, prioriser les travaux de sécurisation des locaux, pour faire face à la déambulation. • Développer le dispositif PASA et UHR 	<p>Co-Pilote : la Direction PA-PH du Conseil général et l'ARS</p> <p>Partenaires : les EHPAD du Cantal</p>
<p>Indicateurs d'évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conduite d'une étude visant à évaluer l'opportunité de déployer une offre de résidence autonomie et/ou des unités de vie non médicalisées adossées à des EHPAD (en lien avec des porteurs de projet) - Expérimentation effective d'une unité non médicalisée au sein d'un EHPAD - Intégration dans les projets d'établissement des EHPAD, au moment de leur renouvellement, des axes de travail suivant : 1) une ouverture sur l'environnement envisagée via un travail en réseau (entre EHPAD) et l'accueil de personnes vivant à leur domicile dans le cadre de leur prestations d'hôtellerie ou d'animation ; 2) la prise en compte de l'évolution du public accueilli – notamment sur le champ du handicap – en affirmant la possibilité d'accueillir des PHV si cela s'inscrit en cohérence avec leur projet de vie (notamment l'accueil intergénérationnel parents/PHV) ; 3) un travail d'importance à mener sur l'accessibilité de la culture pour les résidents d'EHPAD ; 4) la conclusion de partenariats formalisés avec des structures sanitaires ; 5) l'organisation de passerelles entre unités sécurisées et le reste de l'EHPAD (aller-retour des résidents ; échange de pratiques entre les équipes) - Utilisation effective du logiciel Via Trajectoire par les EHPAD pour l'informatisation du dossier d'admission unique, de l'annuaire actualisé et la gestion des listes d'attente - Mise en ligne des places d'HT et d'AJ disponibles sur le site du Conseil général - Part/Montant des enveloppes dédiées aux projets de territoires, pour le financement de la sécurisation des EHPAD - Augmentation du nombre de projets de PASA et d'UHR et du nombre de ceux effectivement financés 	

ACTION N° 11 : Fixer des objectifs communs de gestion dans le cadre du renouvellement des conventions tripartites

Les objectifs de l'action

- Harmoniser les pratiques de gestion des EHPAD
- Doter le Conseil général d'une meilleure visibilité sur la situation financière et les perspectives de développement de l'offre
- Diversifier l'offre de prestations proposées par les établissements

Les modalités de mise en œuvre

Pilotes et partenaires

1) Maîtriser et optimiser certaines dépenses des EHPAD

- Optimiser certaines dépenses communes des EHPAD en mutualisant :
 - les frais de personnel des fonctions supports et d'entretien (création d'équipes d'entretien par secteur par exemple)
 - les temps partiels de certains postes afin d'atteindre un temps plein entre plusieurs structures
 - les directions d'établissement (une direction commune par secteur)
- Accompagner les établissements dans la rationalisation de leur gestion budgétaire :
 - Renforcer le dialogue de gestion entre les financeurs et les structures (Conseil d'administration et directeurs) pour identifier des marges de manœuvre (réunions bilatérales).
 - Poursuivre les réunions de communication sur le bilan des campagnes budgétaires annuelles auprès des directeurs d'EHPAD.
 - Inciter les gestionnaires d'établissement à proposer de manière prospective, le redéploiement des moyens issus des économies réalisées vers des mesures nouvelles.
- Réfléchir avec les EHPAD à la fusion de leurs établissements.

Pilotes : la Direction PA-PH du Conseil général, l'ARS

Partenaires : les EHPAD du Cantal, COEF15

2) Développer les recettes des EHPAD

- Optimiser les recettes existantes par l'harmonisation des pratiques en matière de facturation
- Identifier des pistes de recettes complémentaires pour les EHPAD :
 - Développer une offre ciblée à destination des personnes âgées peu dépendantes non – résidentes : offre de restauration, offre de logements adaptés à proximité de l'EHPAD, en respectant la réglementation relative à l'accueil de jour.
 - Expérimenter une offre d'accueil de nuit pour les personnes âgées vivant à domicile (en semaine et/ou en weekend), en mobilisant les places d'hébergement temporaire.

Pilote : la Direction PA-PH du Conseil général

Partenaires : les EHPAD du Cantal

Indicateurs d'évaluation :

- Nombre de réunions bilatérales organisés entre financeurs et EHPAD, autour de la gestion budgétaire
- Nombre de nouveaux projets effectivement financés au sein des EHPAD grâce à des économies réalisées par ailleurs
- Mutualisation effective de certains moyens et outils entre EHPAD
- En lien avec l'action précédente, croissance de l'offre d'hôtellerie et de restauration (à tarifier) par les EHPAD pour des personnes autonomes (personnes âgées du territoire, proches de résidents)
- Lancement d'une expérimentation d'accueil de nuit, en mobilisant les places d'HT d'un EHPAD

ORIENTATION 6 : ANIMER ET FAIRE ÉVOLUER DE MANIÈRE CONCERTÉE LA POLITIQUE AUTONOMIE DANS LE DÉPARTEMENT

La dernière orientation a pour objet de faire du Schéma de l'Autonomie un outil dynamique et pratique au service de la politique publique. Les deux actions présentées ci-après ont ainsi vocation à faire interagir ce Schéma avec les autres documents directeurs de politiques publiques.

Premièrement, il s'agit d'assurer la mise en œuvre efficiente et cohérente de la politique départementale en impliquant l'ensemble des acteurs dans un cadre défini : la structuration de nouvelles instances constituera une action à part entière (action 13).

Les modalités de gouvernance de la politique de soutien à l'Autonomie à l'échelle départementale y sont précisées, œuvrant en faveur d'un décloisonnement entre les secteurs concourant au parcours des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, en inscrivant les politiques publiques dans une dynamique de réseau, au-delà de l'esprit de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires du 21 juillet 2009. Le Conseil général s'engage par ailleurs à assurer l'animation du Schéma de l'Autonomie (action 12) qui soit suivie, partagée, rythmée, afin de faire de ce document de programmation une véritable feuille de route pour les acteurs. Pour ce faire, le Conseil général effectuera un suivi du Schéma par étape, avec les partenaires et en relation avec les usagers concernés. Enfin, le Schéma prévoit la réunion régulière d'une instance multi-partenariale de réflexions, qui permettra d'apporter de nouvelles réponses partagées à des sujets identifiés comme stratégiques, et méritant ainsi d'être approfondis durant ces cinq prochaines années.

La première action de cette orientation (action 12) vise pour sa part à conforter le dialogue de gestion entre le Conseil général et les ESSMS autorisés, au profit d'une plus grande anticipation sur le devenir de l'offre, et d'accompagnements toujours plus qualitatifs. Dans cet objectif, les démarches d'évaluations internes puis externes dans lequel sont engagés les établissements et services cantaliens, représentent une réelle opportunité. Il s'agira pour le Conseil général et ses partenaires, de s'en saisir de manière ambitieuse : au-delà d'un outil d'aide à la décision pour le renouvellement des autorisations, les rapports d'évaluations pourront ainsi être mobilisés pour susciter un échange de bonnes pratiques entre les structures.

ACTION N° 12 : Suivre les démarches d'amélioration continue des ESMS

Les objectifs de l'action

- Améliorer la qualité des accompagnements par les services et établissements autorisés du département
- Conforter le dialogue de gestion entre les ESMS et le Conseil général

Les modalités de mise en œuvre

Pilotes et partenaires

1) Conforter un véritable dialogue de gestion entre le Conseil général et les ESMS

- Mettre en place des indicateurs départementaux et leur suivi, à partir de la gestion budgétaire.
- Définir une liste d'outils et d'indicateurs communs qui pourraient être partagés entre financeurs et ESMS pour l'organisation, le suivi et l'animation des démarches Qualité (intégration possible dans les conventions tripartites, les CPOM, le dialogue de gestion..).

Pilote : la Direction PA-PH du Conseil général

Partenaires : l'ARS, les associations gestionnaires d'ESMS dans le Cantal

2) Encourager une dynamique d'interconnaissance entre les acteurs des champs PH/PA

- Via des réunions d'échanges avec les directeurs d'établissement.
- Via des formations communes entre acteurs PA-PH (établissements et domicile), territorialisées.
- Via des stages dans les établissements (du PA vers le PH et inversement).

Pilote : la Direction PA-PH du Conseil général

Partenaires : l'ARS, les ESMS, l'Association AGGIR15, COEF15

3) Tirer les enseignements des évaluations externes

- Identifier un temps de partage des résultats des évaluations externes entre ESMS et financeurs ; l'instance de réflexion thématique pourrait constituer le cadre de ce temps de partage :
 - D'une part, entre ESMS de même catégorie.
 - D'autre part, entre ESMS de catégories différentes dans une logique de transversalité.

Co -Pilote : la Direction PA-PH du Conseil général et l'ARS

Partenaires : les ESMS

Indicateurs d'évaluation :

- Mise en place d'indicateurs départementaux relatifs à la gestion budgétaire
- Existence d'une analyse consolidée de ces indicateurs (annuelle et/ou à l'issue de la période du présent schéma)
- Définition d'une liste d'outils et d'indicateurs Qualité effectivement partagées entre financeurs et ESMS
- Nombre de réunions d'échanges entre directeurs d'établissement des secteurs PA-PH
- Nombre de formations communes territorialisées entre acteurs PA-PH (établissement et services à domicile)
- Nombre de stages intersectoriels (PA/PH) organisés au profit de professionnels des établissements en activité dans le département
- Animation par les financeurs, de plusieurs temps de partage avec les ESMS des enseignements des évaluations externes

ACTION n°13 : Mettre en place des instances départementales de régulation, de coordination et de réflexions

Les objectifs de l'action

- Organiser la mise en œuvre du schéma de l'autonomie avec les partenaires du champ social, médico-social et sanitaire et des politiques associées
- Assurer une articulation institutionnelle afin de garantir la continuité du parcours de la personne âgée et handicapée
- Garantir la cohérence des différentes interventions d'aides et de soins et renforcer la coordination des acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires

Les modalités de mise en œuvre

Pilotes et partenaires

1) Anticiper la création d'une conférence départementale des financeurs de la prévention de l'Autonomie

- Composition pressentie : Conseil Général, CAF, CPAM, CARSAT, MSA, services déconcentrés de l'État, Éducation nationale, Association des maires du Cantal, une représentation des EPCI. L'ARS siègera dans le cadre des dispositions fixées par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement.
- Objet : échanges, partage et coordination des financements sur le médico-social (hors champs réglementés) et notamment dans le domaine de la prévention, particulièrement adapté aux regards transversaux et pluri-institutionnels ; mise en place de projets communs.
- Fréquence : 2 réunions par an.
- Point de vigilance : coordination avec les instances existantes (HPST) nécessaire

Pilote : la Direction PA-PH du Conseil général

Partenaires : la CAF, la CPAM, la CARSAT, la MSA, les services déconcentrés de l'État, l'Éducation Nationale, l'Association des Maires du Cantal, l'ARS

2) Mettre en place un comité de suivi du Schéma de l'Autonomie

- Composition : représentants des acteurs en élargissant le format du comité de pilotage de la démarche d'élaboration du schéma aux associations et aux gestionnaires.
- Rôle du comité : suivre la mise en œuvre du schéma, proposer des adaptations.
- Fréquence : une réunion par an avec diffusion large des comptes-rendus.

Pilote : la Direction PA-PH du Conseil général

Partenaires : membres du comité de suivi

3) Mettre en place une instance départementale de réflexion thématique sur certains sujets complexes, en s'appuyant sur le comité de suivi du schéma

- Composition : acteurs concernés selon les thématiques retenues.
- Rôle de l'instance : mettre en relation les acteurs, poser un cadre de réflexion transversale, améliorer l'interconnaissance des acteurs sur ces thématiques.
- Thématiques prioritaires à aborder : 1/ le vieillissement des personnes en situation de handicap ; 2 / le rapprochement opérationnel entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire ; 3/ la protection juridique des majeurs ; 4/ l'évaluation des besoins prioritaires sur le champ du handicap psychique et les réponses à y apporter.

Pilote : la Direction PA-PH du Conseil général, en lien avec le Comité de suivi du schéma

Indicateurs d'évaluation :

- Réunion biannuelle de la conférence départementale des financeurs de la prévention de l'Autonomie et ce sur toute la durée du schéma
- Réunion annuelle du comité de suivi du schéma départemental
- Diffusion élargie des comptes-rendus des réunions du comité de suivi
- Mise en place et réunion régulière d'une instance départementale de réflexion thématique (diversité des sujets abordés et des participants à assurer)

GLOSSAIRE

AAH : Allocation pour Adulte Handicapé

ACTP : Allocation Compensatrice pour Tierce Personne

ADMR (fédération): Fédération Départementale des associations du service à domicile du Cantal

AEEH : Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources

AMADOM : Association pour la modernisation de l'aide à domicile

ANAH : Agence Nationale de l'Habitat

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

ASED : Association de Services à Domicile

BSI : Bassin de Santé Intermédiaire

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

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

CDCPH : Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées

CFAS : Centre de Formation d'Apprentis Spécialisés

CIMAP : Comité Interministériel pour la Modernisation de l'Action Publique

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CLIS : Classe pour l'Inclusion Scolaire

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CODERPA : Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées

CSAPA : Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie

DDCSPP : Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations

DIRECCTE : Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMS : Équipe Médico-Sociale
EPE : Équipe Pluridisciplinaire d'Évaluation
ESA : Équipes Spécialisées Alzheimer
ESAT : Établissement et Service d'Aide par le Travail
ESSMS ou ESMS : Établissement ou Service Social ou Médico-social
FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
GEVA : Guide d'ÉVALUATION des besoins de compensation de la personne handicapée
GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle
GIN : Garde Itinérante de Nuit
IME : Institut Médico-Educatif
ITEP : Instituts Thérapeutiques, Éducatifs et Pédagogiques
MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer
MAS : Maison d'Accueil Spécialisée
MDA : Maison Départementale de l'Autonomie
MDPH : Maisons Départementales des Personnes Handicapées
PCH : Prestation de Compensation du Handicap
RESAPAC : Réseau local des Soins Palliatifs et d'Algologie du Cantal
RPLS : Répertoire des Logements locatifs des bailleurs sociaux
SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement au Domicile
SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SESSAD : Service d'Éducation Spécialisée et de Soins à Domicile
SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile
TED : Troubles Envahissant du Développement
UDAF : Union Départementale des Associations Familiales
ULIS : Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire
UNAFAM : Union Nationale des Amis et Familles de Malades Mentaux
UVAF : Unité de Vie en Accueil Familial