

**SCHEMA DEPARTEMENTAL EN FAVEUR DE L'AUTONOMIE DES
PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES HANDICAPEES**

2016-2020



OCTOBRE 2016

« L'avenir ne se prévoit pas, il se prépare » (Maurice Blondel)

Editorial



La place qu'occupent dans notre société nos aînés et les personnes en situation de handicap appelle une attention toute particulière. Les questions de l'allongement de la durée de vie, du vieillissement, de l'autonomie mais aussi de l'intégration citoyenne, sociale et professionnelle appellent des réponses concrètes.

Le rôle du Département en matière de solidarité se trouve renforcé et élargi par les plus récentes dispositions législatives. Ce nouveau schéma est l'occasion de réaffirmer son engagement auprès des personnes âgées et des personnes porteuses d'un handicap par la mise en œuvre d'une politique solidaire, partagée et à leur écoute. Au travers du schéma en faveur de l'autonomie des personnes qui trouvera sa traduction concrète dans la mise en œuvre de ses quatre orientations et vingt axes, le Département réaffirme sa volonté de construire une société ouverte à tous.

Je tiens à souligner la très large concertation qui a prévalu lors de l'élaboration du schéma. Ce sont, en effet, près de 2500 personnes, professionnels, représentants associatifs, bénéficiaires, citoyens qui ont été consultées pour les travaux préparatoires.

Les orientations retenues reposent sur des engagements forts, réaffirmés par le Conseil départemental et communs à l'ensemble des politiques sociales pilotées par le Département :

- le respect de la citoyenneté et des droits des personnes
- le respect du libre choix du mode de vie
- l'adéquation des réponses aux besoins individuels des personnes
- la qualité de l'accompagnement.

Notre politique en faveur de l'autonomie des personnes, pour les cinq prochaines années, aura pour objectifs de prévenir, d'anticiper, de soutenir le choix de vie et de proposer un accompagnement adapté aux besoins de chacun.

Que tous ceux qui ont contribué, par leur participation, à enrichir la réflexion soient ici remerciés.

Denis BOUAD
Président du Conseil départemental du Gard

SOMMAIRE

Partie 1 : Introduction

| | |
|--|------|
| I/ Le cadre d'élaboration du schéma en faveur de l'autonomie des personnes..... | p 6 |
| 1 • Le contexte réglementaire | p 6 |
| 2 • Un contexte institutionnel en mutation | p 7 |
| 3 • Une dynamique de convergence entre politique du handicap et politique gérontologique | p 9 |
| II/ La méthode d'élaboration du schéma | p 10 |
| 1 • L'organisation de la démarche | p 10 |
| 2 • Les étapes de l'élaboration | p 11 |

Partie 2 : Le diagnostic territorial et état des lieux

| | |
|---|------|
| I/ Eléments démographiques | p 14 |
| 1 • Une population en progression constante mais des territoires aux dynamiques hétérogènes | p 14 |
| 2 • Une population plus âgée qu'au niveau national et qui va continuer à vieillir | p 16 |
| 3 • Un contexte socio-économique gardois dégradé au fort impact sur les politiques sociales du Département | p 17 |
| II/ La population âgée | p 18 |
| 1 • Un département vieillissant | p 18 |
| 2 • Une augmentation de la dépendance | p 20 |
| 3 • Un recours à l'aide sociale élevé | p 22 |
| 4 • Un isolement social et des logements inadaptés | p 23 |
| 5 • La protection juridique des majeurs | p 23 |
| III/ La population en situation de handicap..... | p 25 |
| 1 • Une population en augmentation | p 25 |
| 2 • Une population vieillissante | p 33 |
| IV/ L'offre d'accompagnement à domicile et en hébergement..... | p 35 |
| 1 • L'accompagnement à domicile des personnes âgées et des personnes en situation de handicap | p 35 |
| 2 • L'offre alternative entre le domicile et l'hébergement | p 49 |
| 3 • L'offre d'accueil en établissement | p 51 |
| V/ Le budget départemental en faveur de l'autonomie des personnes..... | p 60 |

Partie 3 : Axes et orientations stratégiques 2016 - 2020

| | |
|--|-------|
| Orientation 1 : Anticiper, prévenir..... | p 63 |
| Orientation 2 : Soutenir le choix de vie..... | p 74 |
| Orientation 3 : Proposer un accompagnement adapté aux besoins de chacun..... | p 86 |
| Orientation 4 : Piloter et garantir l'efficacité du schéma..... | p 97 |
| Liste des annexes | p 103 |
| Glossaire | p 104 |

Partie 1 : Introduction



I/ Le cadre d'élaboration du schéma en faveur de l'autonomie des personnes

L'élaboration du schéma en faveur de l'autonomie des personnes a été l'occasion d'engager une réflexion globale sur les problématiques de la perte d'autonomie, tant en termes de besoins des publics, qu'en termes de dispositifs ou d'articulation des différents acteurs.

Le renouvellement du schéma s'inscrit dans la continuité du précédent qui portait sur la période 2011-2015 et dont les avancées sont réelles. Il arrive, en outre, à un moment charnière, les évolutions récentes et en cours de l'environnement législatif et institutionnel doivent en effet être prises en compte :

- La loi d'adaptation de la société au vieillissement qui impacte de manière importante la politique départementale en faveur des personnes âgées notamment avec la réforme de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), la création d'une nouvelle prestation d'aide aux aidants, une nouvelle instance de concertation des associations représentant les personnes âgées et handicapées et l'installation de la conférence des financeurs de la perte d'autonomie des personnes âgées.

- Les grands plans nationaux qui permettent de mieux prendre en charge des publics cibles en priorisant un certain nombre d'actions qui doivent être déployées au niveau départemental dont principalement :

- Schéma national pour les handicaps rares 2014-2018
- Plan autisme 2013-2017
- Plan de lutte contre les maladies neurodégénératives 2014-2019
- Plan cancer 2014-2019
- Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015

- Le Projet Régional de Santé (PRS) qui décrit de façon prospective et territorialisée, l'organisation des services, les actions, les autorisations et les coopérations en matière d'organisation des soins, de prévention, la perte d'autonomie des personnes âgées et handicapées et la gestion du risque et avec lequel il s'agit, durant toute la phase d'élaboration, de rechercher la meilleure articulation possible. Le PRS fera l'objet d'une évaluation en 2017 et d'un renouvellement en 2018.

- La contrainte budgétaire accrue à laquelle se trouvent confrontées les collectivités locales, au premier rang desquelles les Conseils départementaux dans un contexte de croissance des dépenses et de contraction des ressources.

- Les bouleversements induits par la mise en place de la grande région Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées et du regroupement des deux Agences Régionales de Santé.

- La mise en œuvre des préconisations du rapport Piveteau sur l'accompagnement des personnes handicapées en attente d'une place en établissements ou service.

A ces divers éléments s'ajoutent les réformes mises en œuvre au titre des lois de 2002 et 2005 : évaluation interne et externe des établissements et services médico-sociaux, convergence tarifaire des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), mise en accessibilité des lieux publics, droit à compensation, Maison Départementale des Personnes Handicapées etc.

1 • Le contexte réglementaire

Le Département, chef de file réaffirmé de l'action sociale et médico-sociale, élabore, pour une période maximum de cinq ans, des schémas d'organisation sociale et médico-sociale relatifs à l'ensemble de ses interventions sociales : Petite enfance, Enfance, Insertion, Action Sociale, Personnes Agées, Personnes Handicapées.

Article L113-2 du code de l'action sociale et des familles :

« Le département définit et met en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées et de leurs proches aidants. Il coordonne, dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale mentionné à l'article L. 312-5, les actions menées par les différents intervenants, y compris en faveur des proches aidants. Il définit des secteurs géographiques d'intervention. Il détermine les modalités d'information, de conseil et d'orientation du public sur les aides et les services relevant de sa compétence.

Le département veille également à la couverture territoriale et à la cohérence des actions respectives des organismes et des professionnels qui assurent des missions d'information, d'orientation, d'évaluation et de coordination des interventions destinées aux personnes âgées, notamment les centres locaux d'information et de coordination et les institutions et les professionnels mettant en œuvre la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) ».

Article L312-5 du code de l'action sociale et des familles :

« Les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie sont arrêtés par le président du conseil départemental, après concertation avec le représentant de l'Etat dans le département et avec l'agence régionale de santé. Le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie est consulté, pour avis, sur le contenu de ces schémas [...].

L'objectif de ces schémas est d'assurer l'organisation territoriale et l'accessibilité de l'offre de services de proximité destinée aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie et à leurs proches aidants. Ils comportent des dispositions relatives au logement, notamment des objectifs en matière d'adaptation des logements existants et d'offre de nouveaux logements adaptés en vue de préserver l'autonomie des personnes ».

Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale ont vocation à :

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

Ils constituent un cadre opposable : tout projet de création d'extension doit être compatible avec les orientations et répondre aux besoins sociaux et médico-sociaux fixés par les schémas.

Depuis la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires de 2009 et l'installation des Agences Régionales de Santé (ARS), l'échelon régional élabore également un schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) dont le but est «de répondre aux besoins de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux de la population handicapée ou en perte d'autonomie». Il veille à l'articulation au niveau régional de l'offre sanitaire et médico-sociale relevant de la compétence de l'Agence régionale de santé.

Pour les établissements et services relevant d'une compétence partagée avec le Conseil départemental, «le schéma régional est établi et actualisé au regard des schémas départementaux

d'organisation sociale et médico-sociale arrêtés par les Conseils départementaux de la région». De plus, le Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicapés et de la Perte d'Autonomie (PRIAC), créé dans le but de rattraper les inégalités territoriales en matière d'offre, est actualisé sur la base du schéma départemental.

Le cadre juridique du schéma en faveur des personnes en perte d'autonomie reflète ainsi la dimension partenariale des politiques en direction des personnes âgées et des personnes handicapées. De nombreux autres acteurs concourent aux politiques de l'autonomie : communes, CCAS, intercommunalités, CARSAT, MSA, caisses nationales de retraite et caisses complémentaires, mutuelles, associations, professionnels de santé, structures hospitalières, services de l'Etat...

C'est pourquoi, la réussite de la politique départementale en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap dépend d'une large concertation et du décloisonnement des acteurs.

Enfin, l'ensemble des schémas sociaux départementaux (autonomie des personnes, Petite enfance, enfance, programme d'insertion) sont élaborés de manière concomitante afin de garantir une cohérence globale de l'action sociale du Conseil départemental.

2 • Un contexte institutionnel en mutation

Les politiques en faveur de l'Autonomie des personnes ont connu de profonds bouleversements ces dernières années :

- Loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ;
- Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;
- Décret du 22 octobre 2003 réformant la tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux ;
- Loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité des personnes âgées et des personnes handicapées annonçant en particulier la création de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) ;
- Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées apporte des évolutions majeures dans le champ du handicap en instaurant en particulier un droit de compensation du handicap et les Maisons Départementales des Personnes Handicapées ;
- Loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne ;
- Loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs ;
- Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires qui outre la création des Agences Régionales de Santé (ARS), instaure la procédure d'appel à projets ;
- Loi du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique et d'affirmation des métropoles et loi du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République dite loi NOTRe désignant le département comme « chef de file » en matière d'aide sociale, d'autonomie des personnes et de solidarité des territoires ;
- Loi du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales qui crée treize régions dont la région Languedoc-Roussillon – Midi-Pyrénées regroupant treize départements dont le siège est désormais Toulouse ;
- Loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement modifie en profondeur le secteur des personnes âgées et les modes de gouvernance des politiques de l'autonomie au niveau national et local et dont tous les décrets d'application ne sont pas parus au moment de l'élaboration du schéma ;

- Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé qui s'articule autour de trois axes : le renforcement de la prévention, la réorganisation autour des soins de proximité à partir du médecin généraliste, le développement des droits des patients.

Compte tenu de ce contexte évolutif, le schéma pourra nécessiter des adaptations sur la durée de sa mise en œuvre qui interviendront via des avenants.

3 • Une dynamique de convergence entre politique du handicap et politique gériatrique

Depuis le précédent schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes, le Conseil départemental du Gard s'est attaché à rapprocher les politiques en faveur des personnes en situation de handicap et des personnes âgées.

Tout en identifiant les spécificités des situations de chacun, cette approche prend en compte les besoins convergents pour développer plus efficacement une politique globale et cohérente.

Le rapprochement entre handicap et dépendance liée à l'âge a pour objectif de :

- développer des réponses complémentaires aux problématiques communes ;
- améliorer la qualité du service rendu aux usagers ;
- favoriser une approche territoriale et transversale plutôt que par dispositif ;
- développer la connaissance réciproque et partager les bonnes politiques entre acteurs des deux champs ;
- éviter les ruptures de parcours liés à la barrière de l'âge ;
- encourager les synergies.

La convergence des politiques n'induit, cependant, pas de confusion des aides ou des réponses aux besoins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, toutes n'ont pas les mêmes attentes ni le même projet de vie.

II/ La méthodologie d'élaboration du schéma

La démarche s'est appuyée sur une large concertation à chacune des phases d'élaboration du schéma. La méthode choisie est celle d'une approche participative d'analyse des besoins et de réflexion transversale sur les actions à retenir, s'appuyant notamment sur la prise en compte de la parole des usagers.

Des instances de validation partenariales ainsi que des outils de communication ont aussi été mis en place afin d'assurer la mobilisation du plus grand nombre d'acteurs concernés.

| | |
|---|-----------------------------------|
| Méthodologie – Définition des instances de pilotage | Juillet – Août 2015 |
| Etat des lieux | Juin 2015 – avril 2016 |
| Consultations (1 ^{ère} phase) | Septembre 2015 |
| Elaboration des propositions d'orientations et consultations (2 ^{ème} phase) | Janvier 2016 – septembre 2016 |
| Rédaction du projet de schéma | Fin 1 ^{er} semestre 2016 |
| Concertations obligatoires | Septembre – Octobre 2016 |
| Validation, vote de l'Assemblée Départementale | Octobre 2016 |

Juin 2015

octobre
2016

1 • L'organisation de la démarche

L'élaboration du schéma a reposé sur :

Un comité de pilotage (composition en annexe) présidé par le Vice-président du Conseil départemental en charge de l'autonomie des personnes. Cette instance était composée de l'ARS, d'élus des trois niveaux de collectivités territoriale (Région, Département, Communes) mais également de :

- Représentants des services de l'Etat
- Représentants de la Caisse d'Assurance Maladie et de la MSA
- Représentants des Caisses de Retraite et Mutuelles
- Représentants des professionnels de santé
- Représentants des usagers (Comité Départemental des Retraités et des Personnes Agées, Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées)
- Représentants des services du Conseil départemental

En tant qu'instance décisionnelle, ce comité avait pour mission d'arrêter les orientations et les thématiques de travail, arbitrer les différentes étapes de l'élaboration et valider les propositions.

Le comité technique (composition en annexe) qui regroupait :

- Une délégation technique des membres du comité de pilotage
- étoffée de partenaires :
 - CREAI-ORS Languedoc-Roussillon
 - Deux services d'aide et d'accompagnement à domicile et un service d'adaptation à la vie autonome
 - FILIERIS
 - Mutualité française
 - Représentants des établissements: FNADEPA, FEHAP, FHP
- Associant également des représentants:

- des directions de la DGADS sur la base de l'équipe projet
- des autres directions de la collectivité: Direction d'Aménagement du Territoire et de l'Habitat, Transports, Bâtiments...

Ce comité avait pour mission de définir les modalités de travail, coordonner la réflexion, réorienter, le cas échéant, la démarche et préparer le comité de pilotage. Il aura vocation à devenir le comité de suivi du schéma.

- Une équipe projet constituée de cadres des directions sociales du Département
- Des groupes de travail composés de professionnels et de représentants des associations et des usagers : 8 thématiques de travail ont été déclinées en 20 groupes de travail auxquels ont participé 360 personnes environ. Compris entre 15 et 20 personnes, ces groupes ont été composés en respectant une représentativité des secteurs « personnes âgées » et « handicap », et des différents acteurs institutionnels (compte-rendu en annexe).

Des outils de communication et des temps d'information avec en particulier une lettre d'information sur les travaux du schéma ont été développés durant la phase d'élaboration du schéma 2016-2020 et devraient se poursuivre durant sa mise en œuvre.

2 • Les étapes de l'élaboration

1^{ère} phase : Elaboration d'un diagnostic partagé : Septembre 2015 – avril 2016

Cette phase s'est appuyée sur :

- Le bilan de la mise en œuvre du précédent schéma 2011 – 2015 (en annexe)
- L'état des lieux de la situation sociodémographique des personnes en perte d'autonomie et de l'offre de prise en charge
- Une approche comparative avec les données nationales et régionales
- L'évaluation des politiques départementales en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées réalisée en 2015 et 2016
- L'analyse des rapports d'évaluation externe des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) et d'accueil de personnes handicapées réalisée conjointement par les services de l'ARS et du Département
- Le bilan des 10 ans d'activité de la MDPH
- La concertation citoyenne sur la mobilité des seniors du 3 février 2016.

Cette phase a permis d'évaluer les politiques départementales depuis le dernier schéma, d'établir un état des lieux et de mettre en perspective les besoins repérés dans la phase de concertation.

2^{ème} phase : Concertation et construction du schéma : Janvier – septembre 2016

Il s'agit d'une étape de concertation et de co-construction des propositions d'orientations et d'actions dans une démarche participative.

Une première phase de concertation préalable avec un panel de partenaires ; usagers, acteurs de terrain, élus locaux, représentants associatifs,... s'est déroulée de septembre à début novembre 2015 (17 réunions, 360 personnes rencontrées).

La même question a été posée à toutes les personnes rencontrées : « vous, de votre place d'usagers, de professionnels ou d'associations, quel est votre point de vue sur la prise en charge des personnes âgées et handicapées dans le département, quelles pourraient être les pistes d'amélioration ? ».

Par ailleurs, dans le cadre de l'évaluation de la politique départementale en faveur des personnes âgées, réalisée au 1^{er} semestre 2015, une consultation des usagers et de leurs aidants a été menée au travers une enquête à grande échelle auprès de personnes âgées bénéficiaires d'une prestation à domicile (2000 questionnaires envoyés avec un retour de plus de 50%).

Enfin, l'évaluation de la politique départementale en faveur des personnes en situation de handicap a permis la consultation de près de 1 100 bénéficiaires de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH).

Au total, 2 500 personnes environ ont participé à cette phase initiale. Huit thématiques prioritaires ont été identifiées et ont fait l'objet des travaux de 20 groupes de travail :

1 - l'accueil, l'information, la communication, la diffusion de l'information, l'accessibilité de l'information

2 - l'aide aux démarches administratives, la simplification des démarches et des procédures

3 - l'accompagnement des personnes et de leurs aidants :

4 - l'aide aux familles et aux proches aidants :

5 - la lutte contre l'isolement des personnes âgées et handicapées

6 - l'accompagnement de publics suivis dans le champ de la Protection Maternelle Infantile et l'aide sociale à l'enfance

7 - l'adaptation du logement

8 - l'adaptation de l'offre de prise en charge.

La méthode participative d'animation s'est révélée particulièrement productive. Il était prévu 3 à 4 séances de travail par groupe à partir d'une commande précise sur les attentes de chaque groupe.

Durant ce deuxième temps d'élaboration, une concertation citoyenne spécifique aux personnes sourdes ou malentendantes a été organisée afin de recueillir le point de vue de ce public particulier.

3^{ème} phase : validation des orientations et concertations obligatoires : Septembre – Octobre 2016

-Recueil des avis des instances consultatives

-Vote du schéma départemental le 13 octobre 2016.

Partie 2 : Diagnostic territorial et état des lieux

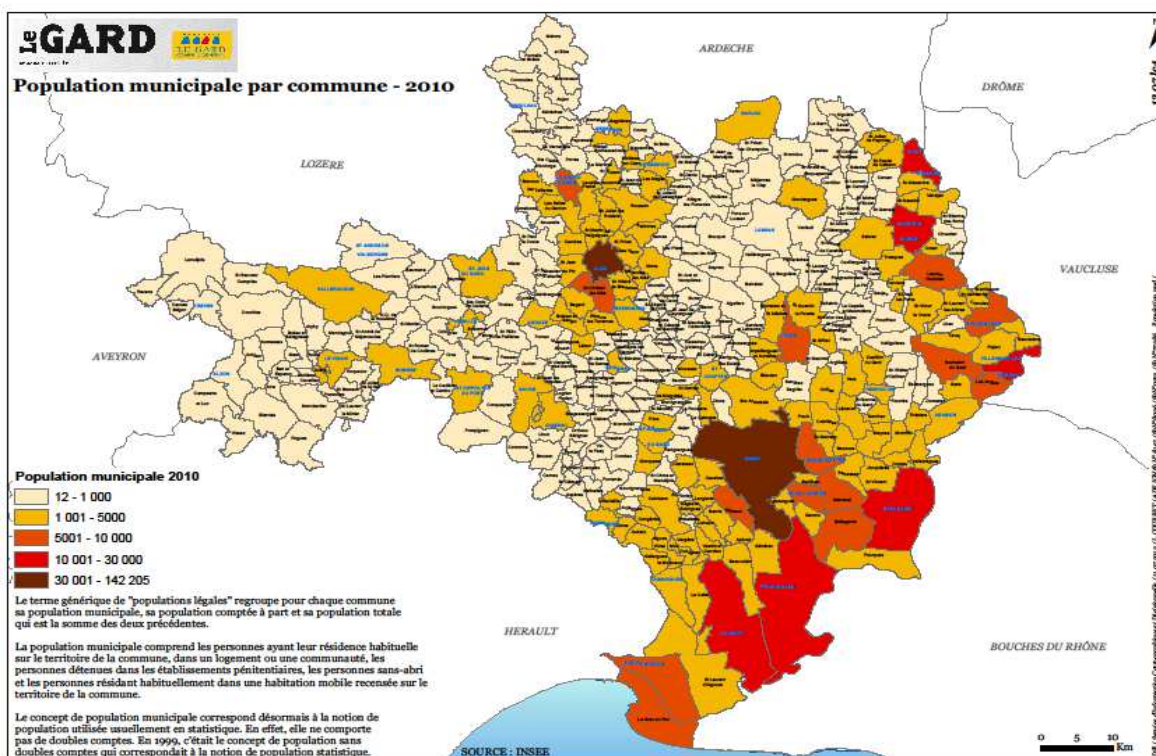


I/ Eléments démographiques

1 • Une population en progression constante mais des territoires aux dynamiques hétérogènes

Population du Gard

| 1990 | 2000 | 2010 | 2014 | Evolution 2014/2000 | Perspectives 2030 |
|---------|---------|---------|---------|------------------------|----------------------|
| 585 000 | 630 050 | 709 700 | 740 660 | +17,50% | 861 000 |

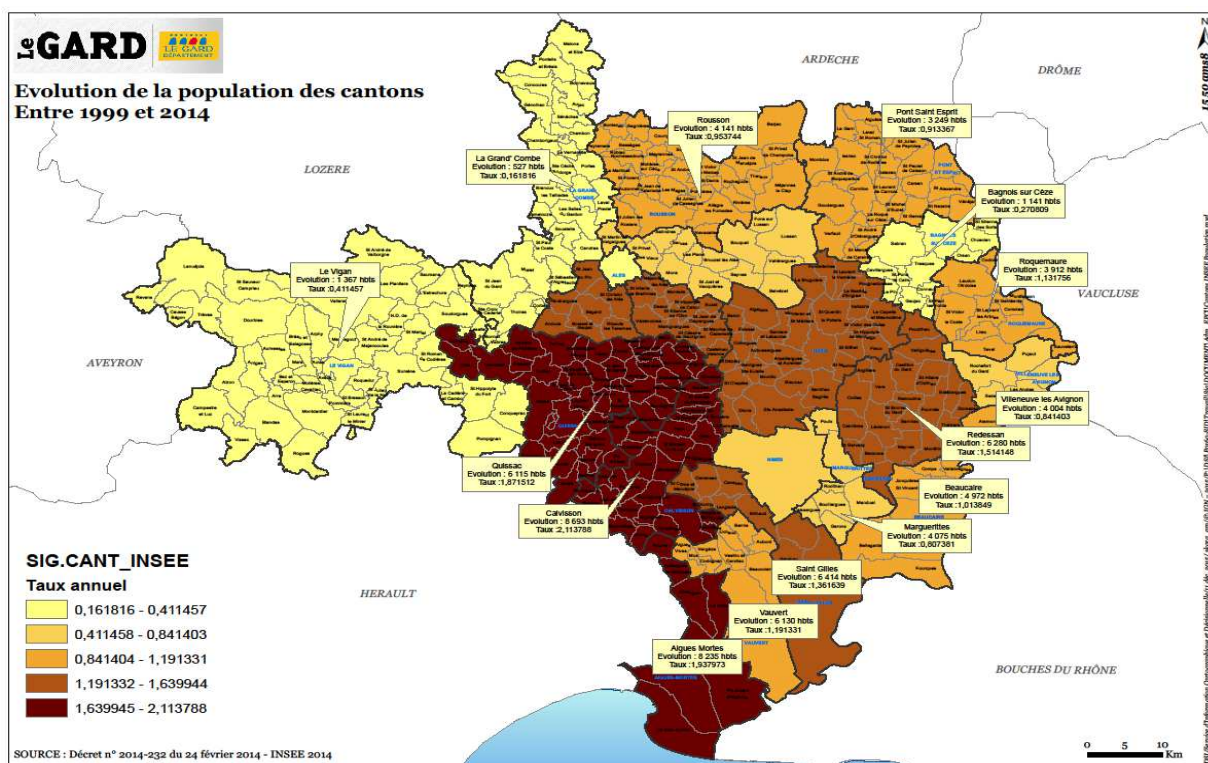
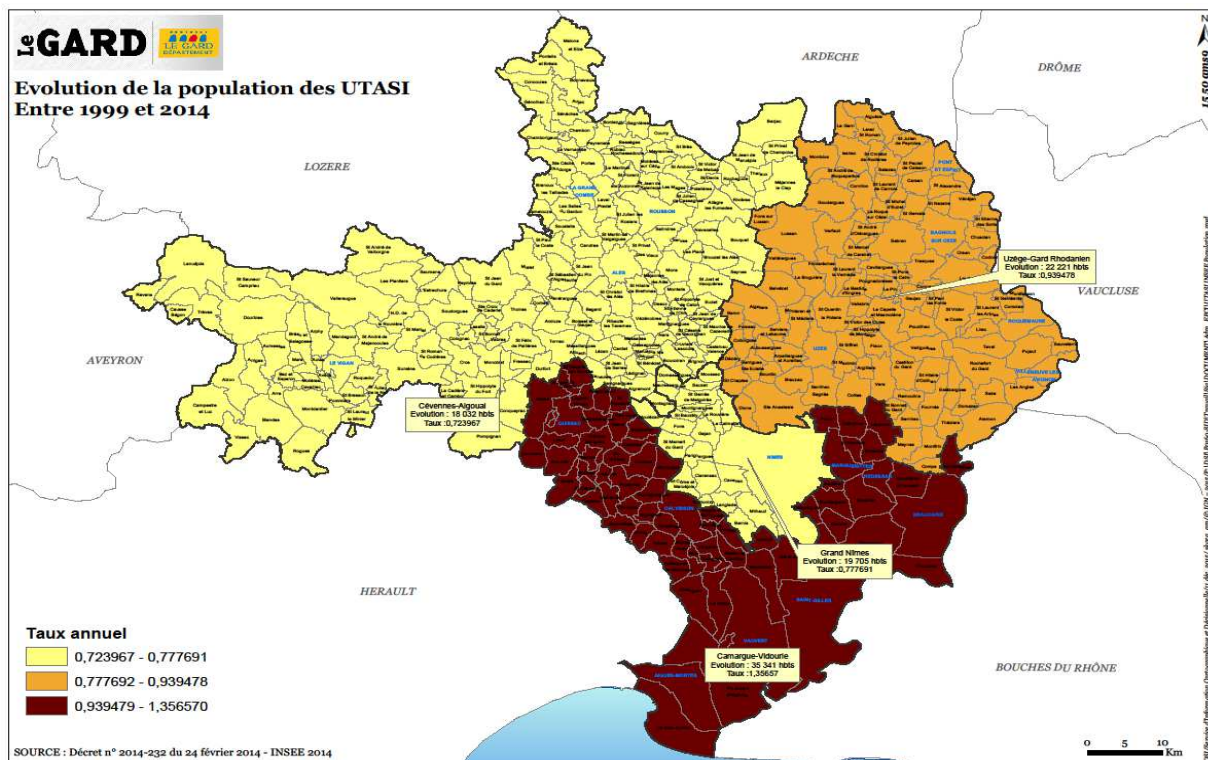


Au 1er janvier 2014, le Gard compte 740 660 habitants selon les estimations de l'INSEE (résultats provisoires arrêtés fin 2014). A l'horizon 2030, la population gardoise s'élèverait à 861 000 si les comportements récents de migrations, de fécondité et d'espérance de vie se prolongeaient.

Depuis 15 ans, la population n'a cessé de progresser, 117 700 gardois supplémentaires soit de près de 7 300 de plus par an (+1,30%). La région Languedoc-Roussillon est en tête des régions les plus attractives de France depuis une dizaine d'années avec un taux d'évolution annuelle de 1,3%.

Toutefois, cette évolution n'a pas été homogène sur l'ensemble du territoire gardois avec un renforcement de la population urbaine autour de l'agglomération de Nîmes et à l'est du département même si aucun canton n'a vu sa population diminuer.

Parmi les taux d'évolution les plus significatifs, de 1999 à 2014 peuvent être cités : Calvisson (+2,10%), Aigues-Mortes (+1,9%), Redessan (+1,50%), Saint-Gilles (+1,40%), Roquemaure (+1,30%) et Vauvert (+1,2%).



2 • Une population plus âgée qu'au niveau national et qui va continuer à vieillir

La population gardoise est plus âgée qu'au niveau national, la part des 75 ans et + étant supérieure aux valeurs nationales.

Répartition de la population par classe d'âge et en %

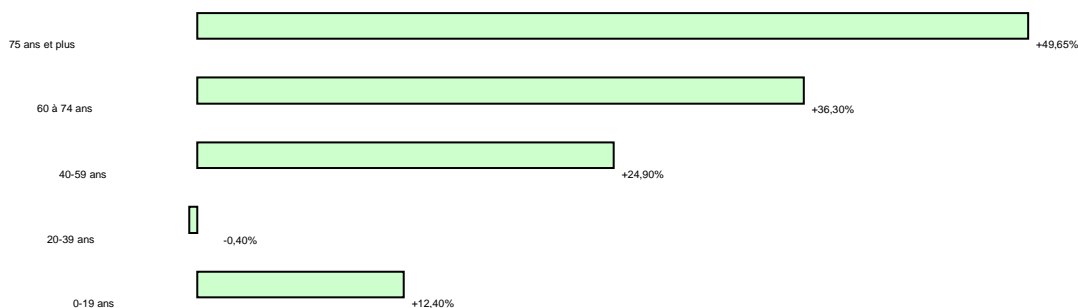
| | 2014 | % |
|--------------------|----------------|--------------|
| Ensemble | 740 660 | 100,0 |
| 0 à 19 ans | 175 206 | 23,60 |
| 20 à 39 ans | 159 381 | 21,50 |
| 40 à 59 ans | 204 294 | 27,70 |
| 60 à 74 ans | 127 508 | 17,20 |
| 75 à 84 ans | 50 692 | 6,80% |
| 85 ans et + | 23 579 | 3,2% |

Population par classe d'âge

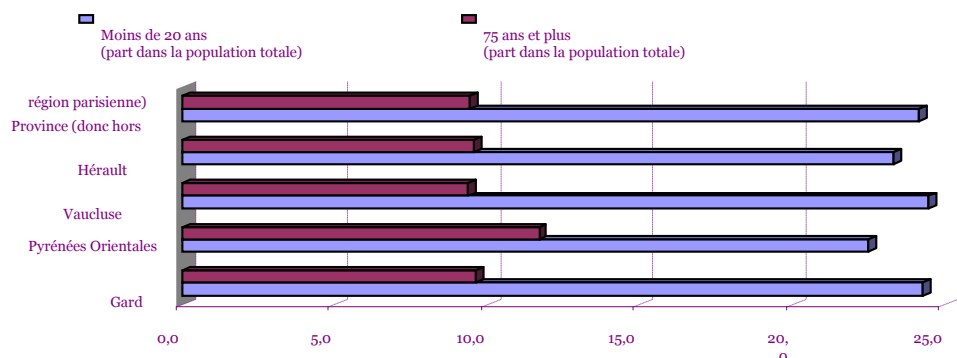
| | 0-19 ans | 20-59 ans | 60-74 ans | 75 ans et + |
|---------------|----------|-----------|-----------|-------------|
| Gard | 24% | 49% | 17% | 10% |
| France | 24% | 51% | 16% | 9,1% |

La population des 60 ans et plus et surtout des 75 ans et plus a progressé plus vite que les autres classes d'âge depuis 2000. A noter, également, la stabilisation des actifs, les 20-39 ans et l'augmentation de près de 25% des 40-59 ans.

Evolution de la population par classe d'âge



Part des moins de 20 ans ou des plus de 75 ans dans la population gardoise



Le Gard connaît un indice de vieillissement nettement supérieur à celui constaté au niveau national, 86,4 personnes de 65 ans et + pour 100 personnes de – de 20 ans (89,8 en Languedoc-Roussillon et 74,5 en France).

L'espérance de vie dans le Gard est conforme aux niveaux régional et national : 78,3 ans pour les hommes (78,5 ans en France métropolitaine) et 84,7 ans pour les femmes (84,9 ans niveau national).

3 • Un contexte socio-économique gardois dégradé au fort impact sur les politiques sociales du Département

Le schéma de l'autonomie des personnes s'inscrit dans un contexte socio-économique départemental difficile :

→ près d'un foyer fiscal sur 2 non imposable dans le département

→ 19,5% de la population du Gard vit en dessous du seuil de pauvreté, avec un taux supérieur de 5 points par rapport au niveau national (14,3%)

→ 15,1% de taux de pauvreté des personnes âgées de 60 à 74 ans (91^{ème} rang des départements français), celui des personnes de 75 ans et + de 13,2% (77^{ème} rang)

→ 10,5% de la population couverte par le RSA (Revenu de Solidarité Active)

→ 1 621€ de revenu moyen mensuel d'un couple de retraités en 2014.

II/ La population âgée

1 • Un département vieillissant

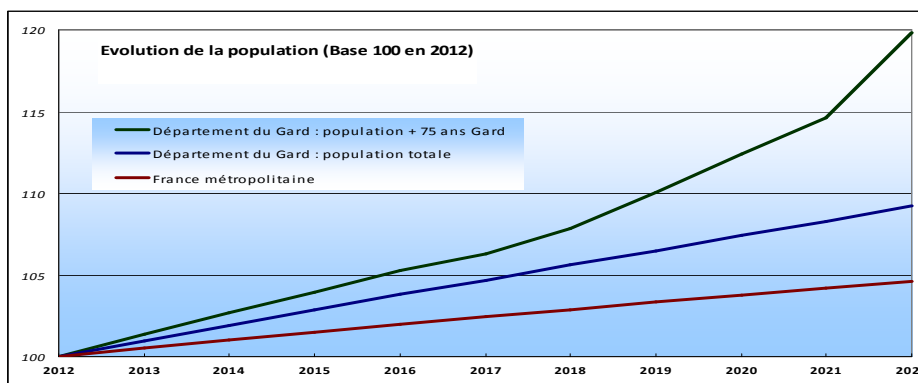
Un gardois sur 4 est âgé de plus de 60 ans, près d'une personne sur 10 de 75 ans et plus. Le département du Gard compte, en 2014, 201 779 personnes âgées de 60 ans et plus.

La part des 60 ans et plus est sensiblement la même qu'au niveau national (24% dans le Gard contre 25% en moyenne nationale), avec, toutefois, une plus forte proportion des plus de 75 ans (10% pour 9% au niveau national).

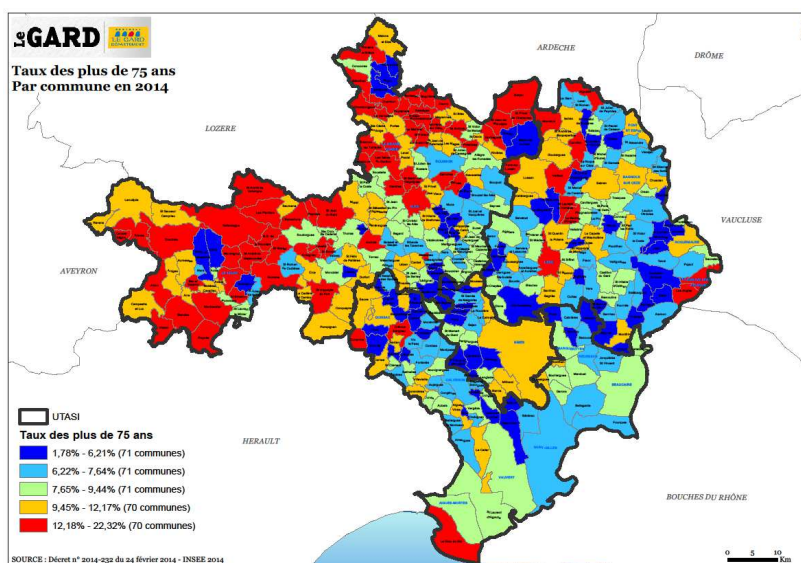
Depuis 15 ans, la population des 60 ans et plus et surtout des 75 ans et plus a progressé plus vite que les autres classes d'âge dans le département et cette évolution devrait se poursuivre au cours des prochaines années.

Evolution de la population par classe d'âge

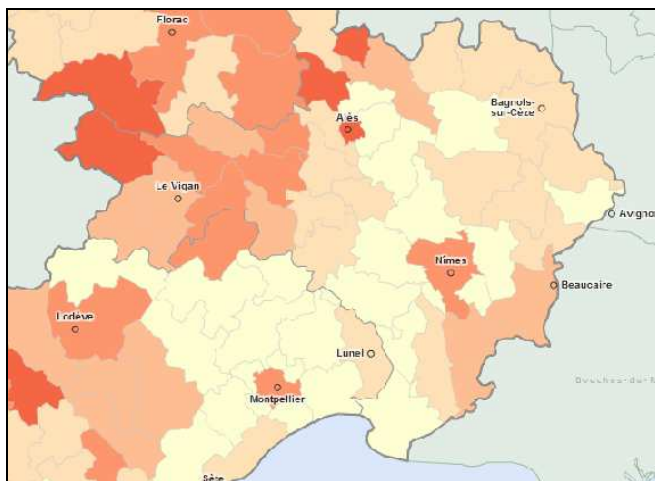
| | 1999 | 2 007 | 2010 | 2 014 | Evolution 2014 /1999 |
|-----------------------|---------|---------|---------|---------------|----------------------|
| Ensemble | 622 509 | 689 847 | 709700 | 740 660 | +19% |
| 0 à 19 ans | 155 906 | 168 878 | 172 491 | 175 206 | +12,40% |
| 20 à 39 ans | 160 060 | 161 679 | 160 182 | 159 381 | -0,40% |
| 40 à 59 ans | 163 582 | 195 803 | 198 317 | 204 294 | +24,90% |
| 60 à 74 ans | 93 552 | 101 240 | 110 997 | 127 508 | +36,30% |
| 75 ans ou plus | 49 629 | 63 247 | 67 713 | 74 271 | +49,65% |
| 80 ans ou plus | 35 263 | 36 561 | 40 964 | 44 815 (2012) | +27% |



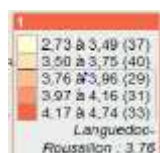
La répartition géographique des personnes âgées est déséquilibrée avec une concentration des plus de 75 ans dans le nord-ouest du département.



L'observatoire des situations de fragilité des personnes âgées de la CARSAT vise le repérage des seniors fragilisés pour promouvoir des actions de prévention adaptées à leurs besoins et l'identification des territoires à risque en vue de développer des actions concertées au niveau local. « La fragilité apparaît comme un facteur de prévalence de la détérioration de l'état de santé des populations âgées et de la perte d'autonomie. Elle intègre à la fois des éléments peu quantifiables comme la biographie ou le parcours de vie et des éléments plus mesurables comme les variables médicales ou celles décrivant l'environnement de la personne. Dans cet environnement, toute une série de facteurs peut être citée : le logement, l'entourage familial, le sentiment d'isolement, la vie sociale, les déplacements, les services à domicile existants, l'information sur les aides et services existants. »



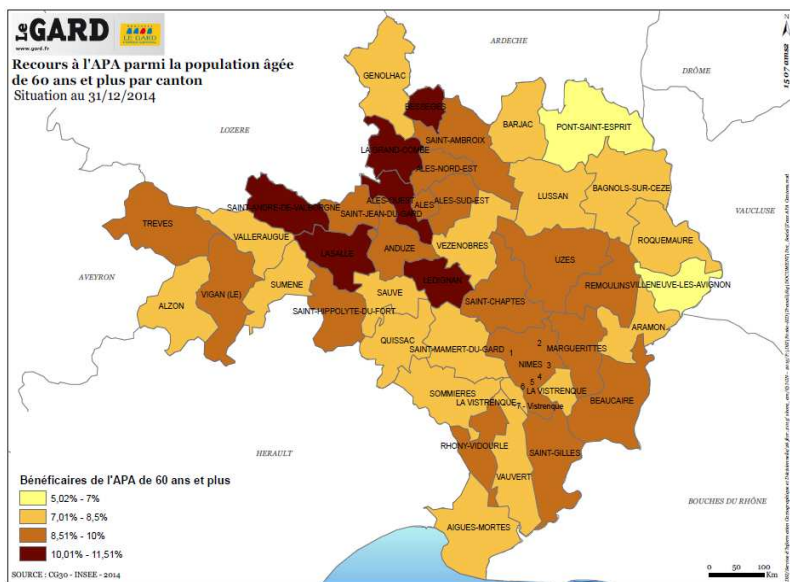
Seize cantons sont considérés comme fragiles dont dix à dominante urbaine (Nîmes, Saint-Gilles, Beaucaire, Alès, La-Grand-Combe, Bessèges, Le Vigan, St Jean du Gard, St Ambroix, St Hippolyte du Fort) et six à dominante rurale (Lasalle, Trèves Valleraugue, Sumène, Alzon, Saint-André-de-Valborgne).



Score moyen de la fragilité sociale des retraités de l'Interrégime : Population totale de 55 ans et plus, 2014.
Source : Interrégime (MSA, RSI, CNAV)

A noter un taux de bénéficiaires de l'APA qui n'est pas toujours corrélé au niveau de fragilité des territoires :

- des territoires fragiles comptant moins de bénéficiaires que la moyenne départementale (Valleraugue, Sumène, Pont St Esprit)
- des territoires peu fragiles comptant plus de bénéficiaires que la moyenne départementale (Marguerittes, Rhony-Vidourle, Alès Nord-Est et Sud-Est).



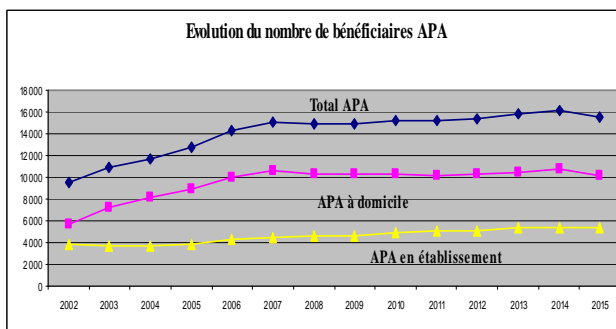
Enfin, selon une étude de l'INSEE de 2014, la population immigrée de plus de 55 ans comptait en 2009 dans le Gard, 23 400 personnes dont 37% d'un pays ressortissant de l'Union Européenne (15% Espagne). Le vieillissement précoce touche davantage cette population qui compte 49% de femmes, en raison de leurs catégories socio-professionnelles (ouvriers agricoles, ouvriers...), leurs conditions de vie et de logement.

2 • Une augmentation de la dépendance

Au 30 juin 2016, 9 927 personnes âgées bénéficient de l'Allocation Personnalisée Autonomie (APA) à domicile et 5 374 en établissement. De plus, 5 020 personnes en GIR 5 et 6 bénéficient d'une aide de la CARSAT, 337 du Régime Social des Indépendants (RSI).

L'APA s'adresse aux personnes âgées dépendantes ou en perte d'autonomie. Elle a pour but de leur apporter les aides dont elles ont besoin pour accomplir les actes de la vie courante (se déplacer, se nourrir, etc...) ou assurer la surveillance des personnes si besoin. La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement est venue revaloriser cette aide.

Le nombre de bénéficiaires de l'APA a progressé de 68% dans le Département de 2002 (date de sa création) à 2015, avec des différences significatives entre domicile et établissements.



- pour l'APA à domicile (APAD), l'évolution globale est de 87% de 2002 à 2015 avec un pic jusqu'en 2007, une quasi stabilisation jusqu'en 2012 et une légère baisse depuis 2 ans

- pour l'APA en établissement (APAE), la progression est de 40% sur la même période en croissance régulière en raison de l'ouverture progressive de nouveaux EHPAD

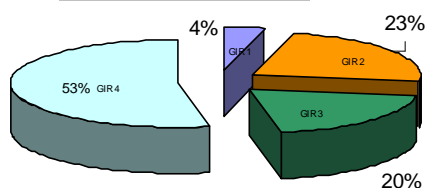
Le taux de bénéficiaires de l'APA (domicile et établissement) s'élève à 20,9 bénéficiaires pour 100 habitants de 75 ans et plus, proche du taux national (20,8%) mais inférieur à celui de la région (24,2). 7,7% des 60 ans et plus sont allocataires de l'APA (7,8% en France). Au-delà de 75 ans, 8,3% des personnes vivent dans un établissement (EHPAD, résidences autonomie, MARPA) pour 9% en moyenne nationale.

Le taux de bénéficiaires de l'APA vivant à domicile est de 66% (59% en moyenne en France métropolitaine). La moitié de ces bénéficiaires relève du GIR 4, c'est-à-dire que ces personnes « n'assument pas seules leurs transferts mais qu'une fois levées, elles peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement (elles doivent aussi parfois être aidées pour la toilette et l'habillage) ou bien qu'elles n'ont pas de problèmes locomoteurs mais qu'elles doivent être aidées pour les soins corporels et les repas ».

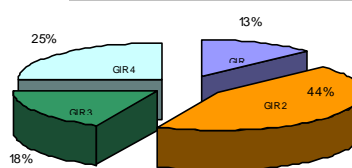
A l'autre extrémité de l'échelle de la dépendance, 4 % des personnes âgées bénéficient de l'APA à domicile et relèvent du GIR 1. Ces personnes sont en fin de vie « ou sont confinées au lit ou au fauteuil, leurs fonctions mentales sont gravement altérées et elles nécessitent une présence continue d'intervenants ».

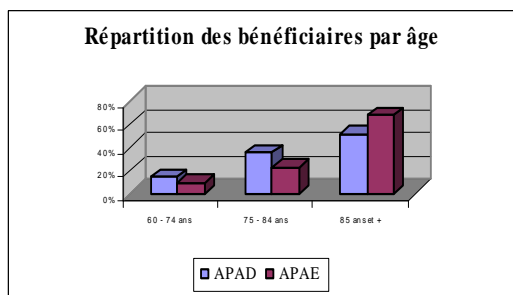
Les bénéficiaires de l'APA à domicile sont globalement plus dépendants dans le Gard qu'à l'échelle nationale avec une proportion de GIR 1 et 2 importante 27% contre 19% en France. Le niveau de dépendance est plus élevé en Etablissement d'Hébergement de Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) (57 % de GIR 1 et 2) qu'à domicile et souligne, ainsi, les enjeux de la prise en charge :

Répartition par GIR des bénéficiaires de l'APA à domicile



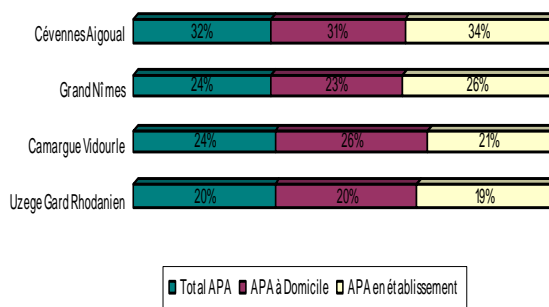
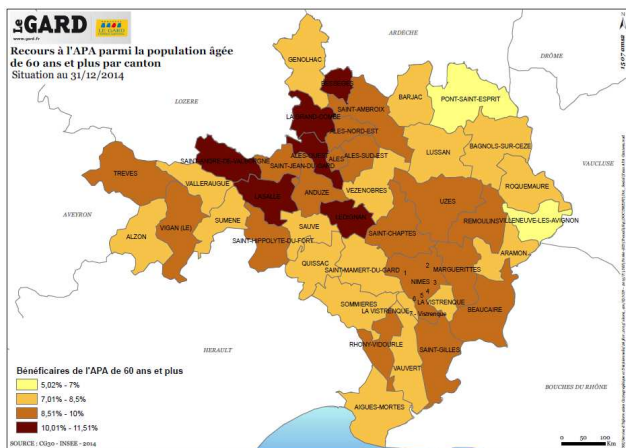
Répartition par GIR des bénéficiaires de l'APA en établissement





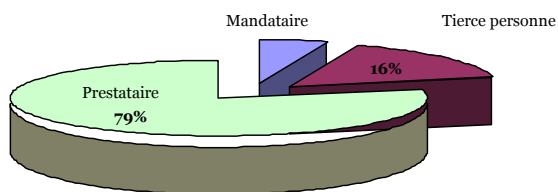
Les bénéficiaires de l'APA en établissement sont plus âgés que ceux vivant à leur domicile avec un vieillissement progressif des deux populations. La part des 85 ans et + est passée de 49 à 51% à domicile et de 66 à 68% en établissement en 5 ans.

Plus du tiers des bénéficiaires de l'APA à domicile réside sur l'Unité Territoriale d'Action Sociale et d'Insertion (UTASI) de Cévennes Aigoual (Nord Ouest du département).



Une très grande majorité des bénéficiaires de l'APA à domicile (86%) font appel à un prestataire. Cette part progresse très légèrement depuis 3 ans même si le nombre global d'heures a diminué. Concernant les heures réalisées par prestataire, 85% le sont par un service d'aide à domicile autorisé (avant loi d'adaptation de la société au vieillissement).

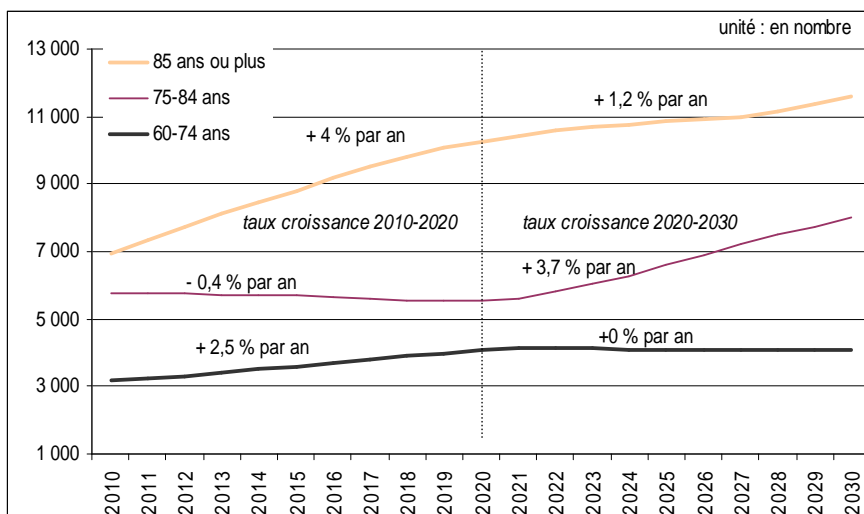
Aides APA à domicile en 2015 en heures



Les 1ères demandes représentent un peu plus de la moitié des dossiers d'APA à domicile déposés et le taux d'accord est de 82% en moyenne sur le Département.

Au sein de la population âgée, on compte de plus en plus de personnes atteintes de troubles cognitifs ou de la maladie d'Alzheimer que ce soit à domicile ou en établissement. On estime que la prévalence de la maladie d'Alzheimer est de 5% après 65 ans. La prévalence et l'incidence de la maladie croissent de façon exponentielle avec l'âge avec une prévalence de plus de 30% après l'âge de 85 ans, ce qui représenterait pour le département environ 9 000 personnes. Les projections démographiques anticipent une augmentation importante de la population âgée dépendante avec entre 5 500 et 9 500 personnes supplémentaires d'ici 2030.

Le vieillissement de la population devrait s'accroître au cours des prochaines années. Selon les estimations de l'INSEE, en 2030, 271 800 personnes seront âgées de 60 ans ou plus dans le Gard contre 202 200 en 2014.



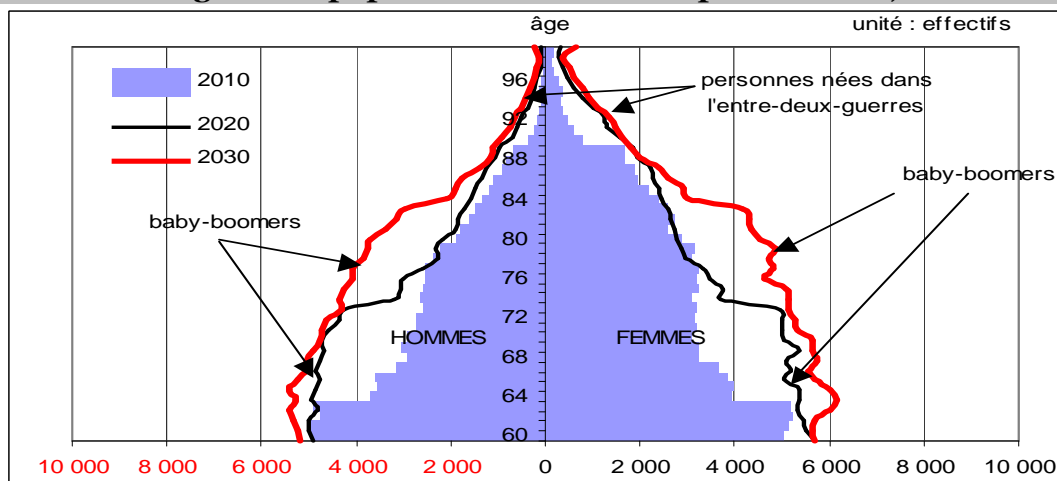
Personnes âgées potentiellement dépendantes selon le scénario de dépendance « intermédiaire »

Sources : Insee - enquête handicap-santé 2008-2009 modèle Omphale 2010 scénario « central »

- jusqu'en 2020 : arrivée des baby-boomers dans la tranche des 60-75 ans et des personnes nées entre les 2 guerres aux âges de 85 ans ou plus. Jusqu'à 2020, plus forte croissance pour les personnes âgées de 85 ans ou plus (+4% par an)

- entre 2020 et 2030 : glissement des baby-boomers vers la tranche des 75-85 ans, celle des 85 ans ou plus stagne car correspondant à l'arrivée des classes creuses.

Pyramide des âges de la population de 60 ans ou plus en 2010, 2020 et 2030



3 • Un recours à l'aide sociale élevé

4,3 bénéficiaires de l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (ASPA)/ 100 personnes de 60 ans et plus dans le Gard pour 4 en grande région et 3,1 en France.

Une personne âgée qui ne dispose pas de ressources suffisantes pour payer ses frais d'hébergement en établissement ou une aide ménagère à domicile (hors APA) peut solliciter une aide sociale auprès du département pour couvrir en totalité ou en partie ses frais. Cette aide constitue une avance qui peut être récupérée par le département dans certains cas. L'aide sociale à l'hébergement a concerné 1 623 personnes âgées en 2015 dont 230 accueillies dans un établissement hors Gard, principalement dans les départements limitrophes. 22,7 /100 personnes de 75 ans et + plus bénéficient d'une aide sociale à l'hébergement (17,6 en grande région, 15,7 en France). Cet indicateur est lié d'une part à la précarité de nos aînés mais aussi à la politique volontariste du Département en matière d'habilitation à l'aide sociale des EHPAD.

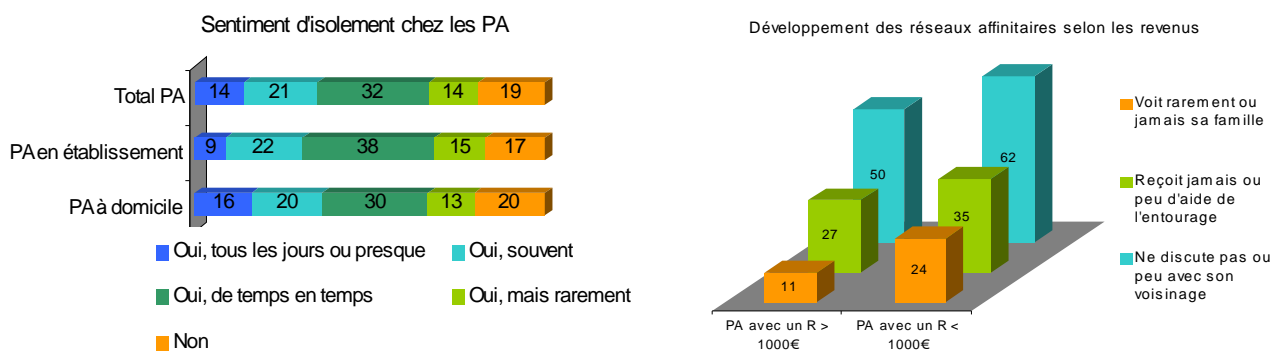
Le nombre de bénéficiaires d'une aide ménagère reste stable depuis plusieurs années, 500 environ.

4 • Un isolement social et des logements inadaptés

L'évaluation de la politique départementale en faveur des personnes âgées a permis de mettre en évidence, un fort isolement des personnes âgées dans le Gard, qui touche d'abord les plus précaires. 35% des personnes âgées (ayant répondu au questionnaire) se sentent régulièrement isolées contre 25% au niveau national (en cause la perte d'autonomie, le décès du conjoint et la précarité). Les personnes les plus précaires sont surexposées à l'isolement social et familial.

La qualité du logement reste un véritable défi dans la mesure où l'inadaptation du logement constitue la 3ème cause d'entrée en EHPAD.

Ceci peut s'expliquer par des ressources insuffisantes pour engager des travaux et la complexité des démarches. Ce point constituera un axe majeur de la conférence des financeurs de la perte d'autonomie des personnes âgées.



5 • La protection juridique des majeurs

Le vieillissement de la population pose, aussi, la question de la protection juridique des personnes. Au niveau national, 43% des personnes sous protection judiciaire sont âgées de 60 ans et plus et 22% de plus de 75 ans. 59 % des personnes entrées dans le dispositif de protection juridique en 2013 avaient plus de 70 ans et 73% étaient placées sous tutelle. Les personnes protégées sont pour 40% d'entre elles prises en charge en établissement.

La population âgée

A retenir :

- 74 270 gardois sont âgés de plus de 75 ans, 10% de la population
- Une population âgée de 60 ans et plus en augmentation de 41% entre 2000 et 2014 avec un indice de vieillissement de la population estimé à 86,4 personnes de 65 ans et + pour 100 personnes de - de 20 ans (89,8 en Languedoc-Roussillon et 74,5 en France)
- Un vieillissement de la population à anticiper : entre 5 500 et 9 500 personnes dépendantes supplémentaires d'ici 2030
- Une répartition inégale de la population âgée notamment au Nord-Ouest du département
- Un niveau de dépendance plus élevé qu'en moyenne nationale et une proportion élevée (66%) de bénéficiaires de l'APA à domicile
- Un taux de bénéficiaires de l'APA égal au niveau national
- Une fragilité sociale concentrée sur seize cantons considérés comme fragiles dont dix à dominante urbaine (Nîmes, Saint-Gilles, Beaucaire, Alès, La-Grand-Combe, Bessèges, Le Vigan, St Jean du Gard, St Ambroix, St Hippolyte du Fort) et six à dominante rurale (Lasalle, Sumène, Alzon, Valleraugue, Trèves et Saint-André-de-Valborgne).
- Des personnes âgées plus isolées qu'au niveau national : 70% des + de 75 ans ne pratiquent aucune activité, 57% des personnes âgées déclarent ne pas avoir de relations avec leurs voisins (29% au niveau national)
- Une population précarisée avec un recours à l'aide sociale élevé : 4,3 bénéficiaires de l'Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées / 100 personnes de 60 et + pour 4 en grande région et 3,1 à l'échelle nationale et 22,7 /100 personnes de 75 ans et + plus qui bénéficient d'une aide sociale à l'hébergement (17,6 en grande région, 15,7 en France)
- un taux de bénéficiaires de l'APA sur certains territoires qui n'est pas toujours corrélé au niveau de fragilité des territoires
- Des logements à adapter à la perte d'autonomie : 3ème cause d'entrée en établissement
- près d'une personne sur deux en EHPAD déclare ne pas avoir bénéficié d'une aide à domicile (APAD et/ou ASD) avant d'entrer en établissement.

III/ La population en situation de handicap

La loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées définit dans son article 114, la notion de handicap :

« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

1 • Une population en augmentation

Communément, sont considérées en situation de handicap, les personnes ayant une reconnaissance administrative de leur handicap auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ou bénéficiant d'une pension d'invalidité. Une même personne peut relever des deux régimes, par exemple percevoir une pension d'invalidité et avoir des droits ouverts auprès de la MDPH (Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, cartes...). Afin d'éviter les doubles comptes, seules seront retenues les personnes connues de la MDPH.

Fin 2015, la MDPH dénombre 49 500 bénéficiaires dont 10% d'enfants. Les personnes en situation de handicap ayant un droit ouvert à la MDPH représentent près de 7% de la population gardoise.

L'un des indicateurs de l'évolution de la population handicapée est le nombre de personnes ayant déposé une demande auprès de la MDPH: en progression de 26% de 2012 à 2015 mais avec évolutions différentes selon l'âge des demandeurs (+39% de 1ères demandes pour les + de 60 ans, 20% chez les moins de 20 ans et 3% de progression pour les adultes handicapés).

A noter qu'au-delà de l'augmentation du nombre de personnes en situation de handicap sur le territoire, cette tendance témoigne également de l'amélioration de l'accès au droit dans le département.

Evolution du nombre de personnes handicapées et des droits ouverts à la MDPH

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | Evolution 2015/2012 |
|---|--------|--------|--------|--------|------------------------|
| Nombre de personnes ayant un droit ouvert à la MDPH | 42 363 | 44 552 | 47 273 | 49 465 | + 17% |
| Nombre de droits ouverts à la MDPH | 66 621 | 70 027 | 74 824 | 79 141 | + 19% |
| Nombre de personnes ayant un droit ouvert – de 20 ans | 3 788 | 4 193 | 4 561 | 4 996 | + 30% |
| Nombre de personnes ayant un droit ouvert + de 20 ans | 38 575 | 40 359 | 28 494 | 29 002 | + 14% |
| Nombre de personnes ayant un droit ouvert de 60 ans et plus | | | 14 215 | 15 464 | |

79 141 droits sont ouverts à la MDPH fin 2015 pour 49 465 bénéficiaires (une même personne pouvant bénéficier de plusieurs droits ouverts). 18 300 personnes ont déposé une demande en 2015.

Evolution du nombre du nombre de demandes auprès de la MDPH

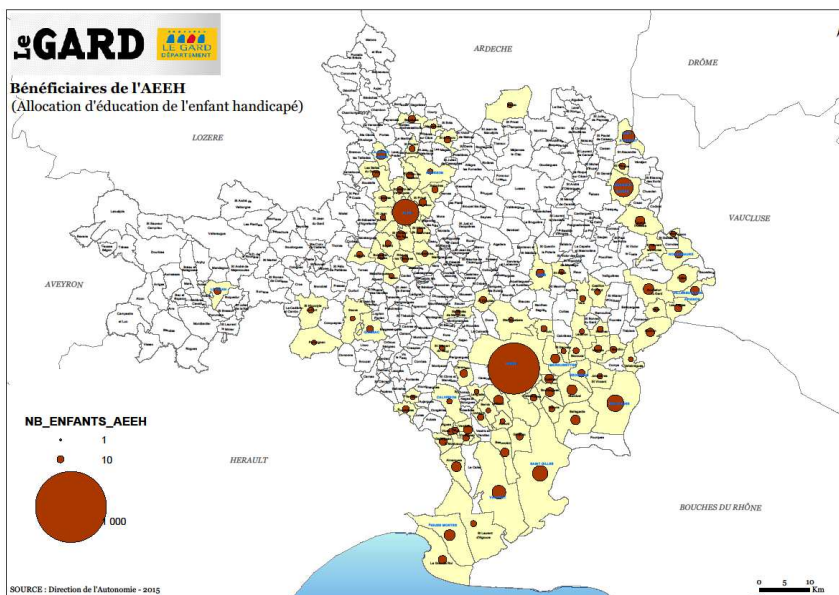
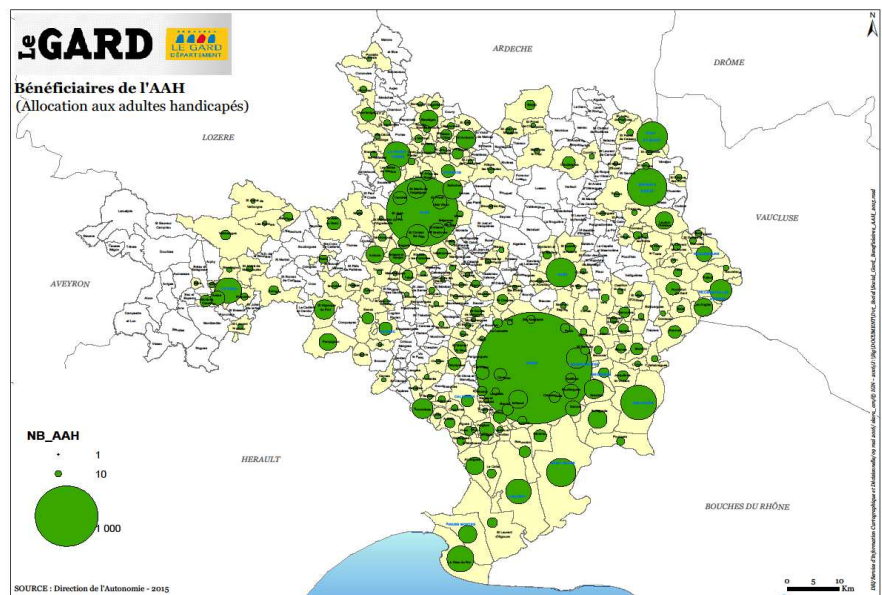
| 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | Evolution 2015/2012 |
|--------|--------|--------|--------|------------------------|
| 26 140 | 29 352 | 31 941 | 31 755 | 21,50% |

Répartition des personnes ayant déposé une demande auprès de la MDPH par âge en 2015

| | |
|-------------|-----|
| - 20 ans | 20% |
| 20 à 59 ans | 60% |
| 60 ans et + | 20% |

La proportion de personnes âgées reflète à la fois le vieillissement de la population générale et le niveau de dépendance des + de 60 ans : 20% des demandes dans le Gard / 14% au niveau national.

La population handicapée, enfants et adultes est inégalement répartie sur le territoire gardois avec une concentration sur le sud , le sud-est et sur la région d'Alès.



Pour les enfants, la concentration est encore plus forte sur le sud et sur Alès.

a. Les enfants

Près de 5000 enfants sont suivis par la MDPH.

Le département compte 1 700 allocataires de l'AEEH, soit 11 pour 1000 enfants de 0 à 19 ans pour 14‰ au niveau national. Le nombre des bénéficiaires gardois est stable. L'AEEH est une prestation destinée aux enfants âgés de moins de 20 ans, ayant un taux d'incapacité permanente d'au moins 50 %.

Répartition des bénéficiaires par âge en 2015

| Moins de 3 ans | 3 à 5 ans | 6 à 8 ans | 9 à 11 ans | 12 à 15 ans | 16 ans et + |
|----------------|-----------|-----------|------------|-------------|-------------|
| 4% | 12% | 17% | 19% | 24 % | 24% |

Evolution du nombre de bénéficiaires de l'AEEH

| 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | Evolution 2015/2012 |
|-------|-------|-------|-------|---------------------|
| 1 810 | 1 929 | 1 881 | 1 823 | -3% |

Sous certaines conditions, peut s'ajouter en fonction de l'importance des besoins liés au handicap, un complément à l'AEEH. Si un droit au complément de l'AEEH est reconnu, les parents peuvent alors choisir entre le bénéfice de ce complément ou la prestation de compensation (PCH).

Evolution du nombre de bénéficiaires de la PCH enfants

| 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | Evolution 2015/2012 |
|------|------|------|------|---------------------|
| 79 | 111 | 121 | 78 | / |

La scolarisation

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap, n'établit plus de distinction entre l'éducation en milieu ordinaire et l'éducation spécialisée, qui ne doivent pas être appréhendées séparément mais de façon complémentaire afin de proposer une scolarisation correspondant au projet de l'enfant.

La scolarisation en milieu ordinaire s'effectue soit :

- dans une classe ordinaire avec éventuellement un accompagnement par une aide humaine individuelle ou mutualisée (auxiliaire de vie scolaire), du matériel pédagogique adapté, ...
- dans une Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire (ULIS). Au sein des ULIS, un auxiliaire de vie collectif (ex A.V.S.co) intervient pour accompagner les enfants.

Le nombre d'enfants en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire ne cesse de croître.

| Enfants scolarisés | Années scolaires | | | | | |
|---|------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|------------------------|
| | 2011/ 2012 | 2012/ 2013 | 2013/ 2014 | 2014/ 2015 | 2015/ 2016 | Evolution 2016/2012 |
| classe ordinaire 1 ^{er} degré | 1 064 | 1 112 | 1 215 | 1 370 | 1 466 | +38% |
| ULIS | 479 | 486 | 524 | 529 | 576 | +20% |
| classe ordinaire 2 ^{ème} degré | 349 | 373 | 423 | 493 | 633 | +81% |
| ULIS collège et lycée | 269 | 280 | 332 | 400 | 450 | +67% |
| SEGPA | 101 | 125 | 114 | 115 | 95 | -6% |
| Total | 2 262 | 2 376 | 2 608 | 2 907 | 3 220 | +42% |

1 877 élèves sont accompagnés par une Auxiliaire de Vie Scolaire durant l'année scolaire 2015/2016 :

- 1 184 élèves bénéficient d'une Auxiliaire de Vie Scolaire Individuelle (907 en 2013/2014) soit à temps complet soit à temps partiel avec une proportion plus importante dans le primaire (80% des AVSI dans le primaire).
- 693 par une aide mutualisée c'est-à-dire affectée à une classe ou à une école
- 88% sont scolarisés à temps complet
- 10 % des élèves utilisent un transport spécifique et 8 % des élèves bénéficient d'un matériel pédagogique adapté.

Principaux troubles présentés par les enfants en situation de handicap scolarisés

| Trouble cognitif | Trouble psychique | Trouble spécifique du langage | Déficiência auditive | Déficiência visuelle | Plusieurs troubles associés | Handicap moteur | Autres |
|------------------|-------------------|-------------------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------|-----------------|--------|
| 1 159 | 519 | 635 | 103 | 30 | 444 | 179 | 151 |

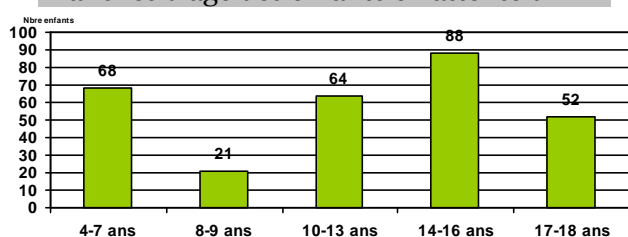
La prise en charge en établissement

Malgré des taux d'équipement proches des valeurs nationales (hors SESSAD : 5,8places/1000 habitants de – de 20 ans, 6,6 en France), les enfants en attente de place en Etablissement et Services Médico-Sociaux (ESMS) sont nombreux. Les décisions d'orientations en structures médico-sociales apparaissent souvent en décalage avec l'entrée réelle en établissement.

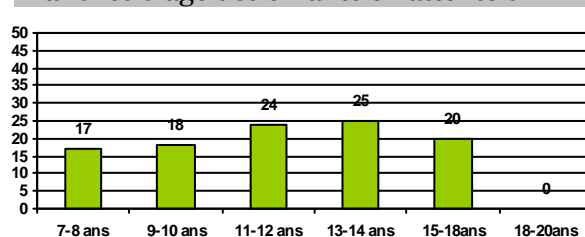
Fin 2015, près de 400 enfants étaient en attente d'une place en Institut Médico-Educatif (293) ou en Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique (104) hors orientation en SESSAD. Cela ne signifie pas que ces enfants ne sont pas pris en charge mais qu'ils ne bénéficient pas de l'accompagnement pleinement adapté à leurs besoins à défaut de place : maintien milieu scolaire, aide à domicile, prise en charge partielle, 1/2 internat au lieu d'un internat...

28% des enfants en attente d'une place (IME et ITEP) sont des adolescents (14-16 ans) et 23% des enfants en attente d'IME sont de jeunes enfants (4 à 7 ans) et 36% résident sur Grand Nîmes.

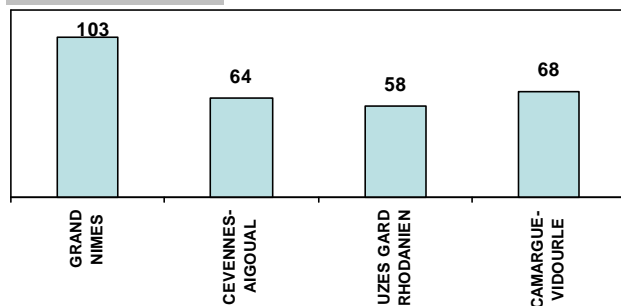
Tranches d'âge des enfants en attente d'IME



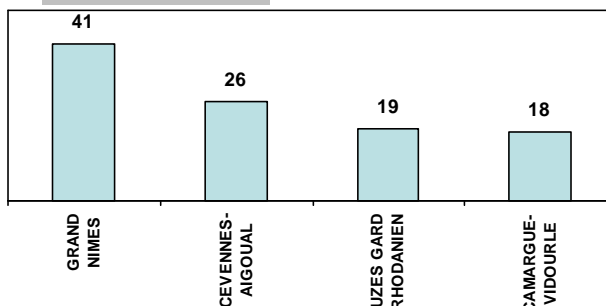
Tranches d'âge des enfants en attente d'ITEP



Répartition géographique des enfants en attente d'IME



Répartition géographique des enfants en attente d'ITEP



Pour faire face à cette situation qui n'est pas propre au Gard, l'article 89 de la loi de modernisation du système de santé introduit de nouvelles modalités d'orientation par les MDPH. La Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) formule, si besoin, une double orientation pour les personnes, c'est-à-dire une orientation-cible et une réponse alternative construite en fonction des disponibilités réelles de l'offre locale. Les MDPH pourront s'appuyer notamment sur les pôles de compétences et de prestations externalisées qui vont se déployer sur l'aire urbaine de Nîmes en particulier.

Handicap et protection de l'enfance

Dans son rapport thématique sur les droits de l'enfant rendu fin 2015, le Défenseur des Droits relève que le taux de prévalence du handicap est largement supérieur chez les enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance (17% contre 2% dans la population générale des enfants). Le handicap psychique et les troubles du comportement seraient sur représentés.

Dans « nombre de situations » les interventions de l'Aide Sociale à l'Enfance résulteraient non de la carence de la famille, mais d'un manque de structures adaptées.

Cette situation se vérifie dans le département. Un rapprochement MDPH / Aide Sociale à l'Enfance sur les situations connues des deux services s'est développé au fil du temps mais doit être conforté.

Les transports

La loi confie au Conseil Départemental la prise en charge des frais de transport scolaire des élèves et étudiants handicapés, qui ne peuvent utiliser les moyens de transport en commun en raison de leur handicap sur avis de la Maison Départementale des Personnes Handicapées. Ils doivent être scolarisés en milieu ordinaire, dans un établissement d'enseignement général, agricole, professionnel, public ou privé, de l'école primaire aux études supérieures et présenter un handicap dont la gravité est reconnue par la MDPH.

Cette prestation est versée soit sous forme de dédommagement aux familles, soit par un paiement de transports individuels par taxis. Durant l'année scolaire 2015/2016, 503 enfants bénéficiaient de cette aide dont 273 d'un transport individuel (taxi) et 230 sous la forme d'un dédommagement à la famille.

La commission des situations critiques

Ce dispositif d'alerte et de traitement des « situations critiques » a été créé par la circulaire du 22 Novembre 2013 suite à l'affaire Amélie. Elle suit très majoritairement des situations d'enfants.

Sont considérées comme critiques, les situations d'échec de prise en charge en établissement (exclusion, retour en famille non souhaité, rupture de parcours...) ou refus d'admission en raison de la complexité de la prise en charge et pour lesquelles l'intégrité, la sécurité de la famille et/ou de la personne sont mises en cause.

3 échelons d'intervention sont prévus :

- L'échelon départemental : les MDPH doivent identifier les situations critiques et les modalités permettant d'aboutir à une réponse adaptée.
- L'échelon régional : les ARS désignent un référent régional ayant pour mission d'identifier des solutions régionales en faveur des personnes pour lesquelles aucune solution n'a pu être trouvée au niveau départemental.
- L'échelon national : la CNSA a mis en place une cellule nationale d'appui aux situations critiques afin de trouver des solutions aux situations régionales sans solution et de mutualiser les bonnes pratiques d'accompagnement.

Les modes de saisine sont multiples, les plus fréquentes de saisine sont les suivantes : la famille (22%), les établissements sociaux et médicosociaux (17 %) et les services de l'Education Nationale (15%). En 2015, 59 situations ont été examinées dans le Gard :

- 50 enfants,
 - 2 jeunes adultes (18-20 ans)
 - 7 adultes
- 28 résolues de façon pérenne
 - 6 résolues de façon provisoire
 - 25 situations non résolues et toujours en attente de place dont situations remontées au niveau régional (exclusivement des adultes).

Dans la moitié des cas, les enfants ayant fait l'objet d'une saisine de la commission faisaient l'objet d'un suivi des services de protection de l'enfance. Le Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicapés et de la Perte d'Autonomie (PRIAC) 2015 – 2019 prévoit la création de 7 places dédiées aux situations critiques.

b. Les adultes

44 100 adultes ont une reconnaissance administrative de leur handicap auprès de la MDPH.

Il n'existe pas, au niveau du département, de statistiques par type de handicap si ce n'est de façon parcellaire au travers les affections de longue durée (ALD) prises en charge par l'assurance maladie. Fin 2013, étaient recensées :

- 1 200 ALD au titre de la maladie de parkinson
- 654 au titre de la sclérose en plaques
- 3 589 au titre de la maladie d'Alzheimer et apparentées
- 1 810 pour maladies mentales
- 2 530 pour diabète

L'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH)

L'AAH est une allocation versée sous conditions de ressources afin de garantir aux personnes en situation de handicap un revenu minimum. Cette allocation est accessible aux personnes de plus de 20 ans qui présentent un taux d'incapacité permanente d'au moins 80% ou de 50 à 79% si cette incapacité entraîne une restriction substantielle et durable de l'accès à l'emploi. Attribuée par la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes en situation de Handicap), elle est versée par la CAF (Caisse d'Allocations Familiales) ou la MSA (Mutualité Sociale Agricole).

Le nombre d'allocataires de l'AAH est resté relativement stable sur les quatre dernières années : 11 538 bénéficiaires en 2012 contre 11 920 en 2015. Le taux de bénéficiaires de l'AAH dans le Gard est le plus bas de la région mais proche des valeurs nationales.

Evolution du nombre de bénéficiaires de l'AAH et de pension d'invalidité

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | Evolution 2015/2012 |
|--------------------|--------|--------|--------|--------|---------------------|
| AAH | 11 538 | 12 881 | 12 191 | 12 414 | +2% |
| Pension invalidité | 8 947 | 9 315 | 9 438 | NR | |

Allocataires de l'AAH / 100 personnes de 20 à 64 ans

| | |
|----------------------|-----|
| Gard | 2,9 |
| Languedoc-Roussillon | 3,4 |
| France | 2,7 |

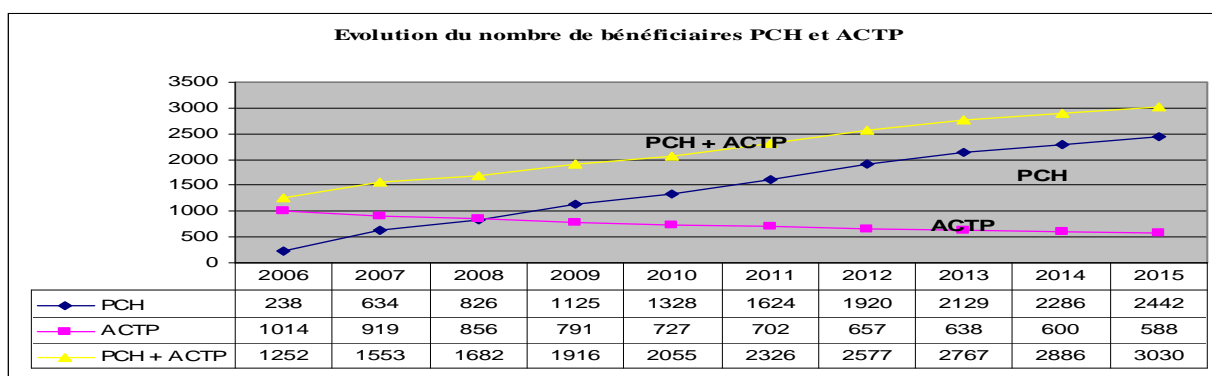
La Prestation de Compensation du Handicap (PCH) et l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne et Frais Professionnels (ACTP)

La PCH, créée par la loi de 2005 et financée par les Départements, constitue l'une des pierres angulaires de la mise en œuvre du droit à la compensation. Cette prestation vise à permettre aux personnes handicapées de satisfaire les besoins de leur vie courante grâce aux aides humaines, techniques, animalières, ainsi qu'à travers l'aide à l'aménagement de leur logement ou de leur véhicule. Le Département compte 2 506 bénéficiaires au 30 juin 2016.

L'Allocation Compensatrice ne donne plus lieu à l'instruction de nouvelles demandes depuis le 1^{er} janvier 2006. En effet, la Prestation de Compensation remplace cette prestation. Pour autant, un droit d'option entre ces deux prestations reste ouvert aux personnes qui bénéficiaient de l'Allocation Compensatrice avant le 1^{er} janvier 2006. Cependant peu de bénéficiaires ont opté pour la PCH. 586 personnes en sont encore bénéficiaires dans le Gard fin juin 2016.

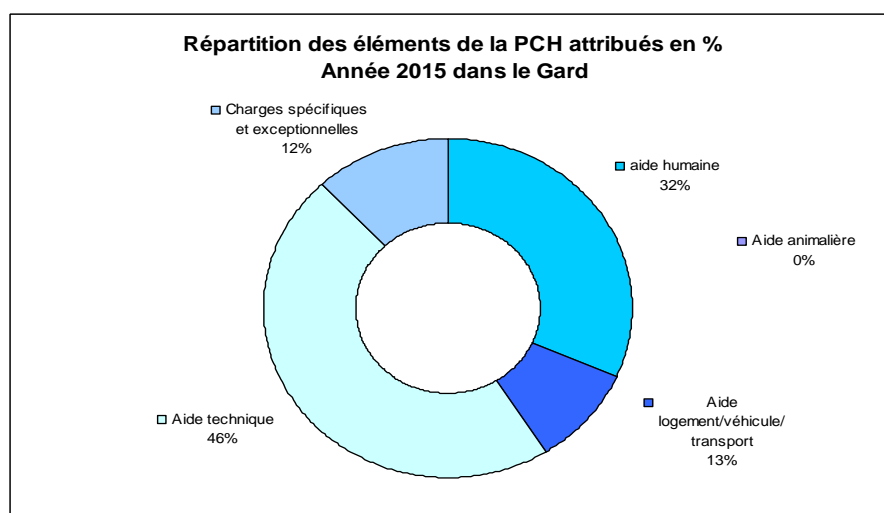
| | |
|----------------------|-----|
| Gard | 4,1 |
| Languedoc-Roussillon | 5,1 |
| France | 4,6 |

Le nombre d'allocataires PCH + ACTP / 1 000 personnes sur la population générale est inférieur aux moyennes régionales et nationales malgré l'augmentation constante de la PCH.



Les allocataires de la PCH et de l'ACTP vivent pour une très large part à domicile. L'aide humaine représente 93% des dépenses de PCH versées par le Département.

Répartition des éléments de la PCH attribués en % en 2015 dans le Gard



La prise en charge en établissement

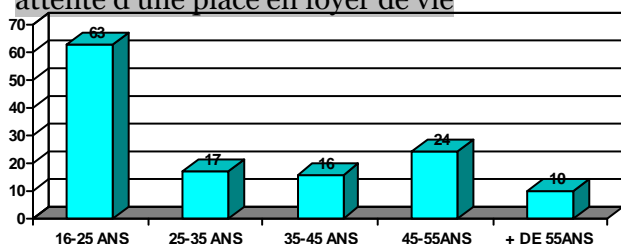
La prise en charge au titre de l'aide sociale à l'hébergement a concerné 1 097 personnes en 2015 dont 260 accueillies dans un établissement hors Gard (27%), la plupart dans un département limitrophe :

- Ardèche : 19
- Bouches du Rhône : 18
- Hérault : 72
- Lozère : 79
- Vaucluse : 41

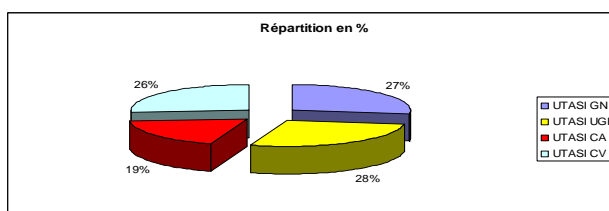
Bien que les taux d'équipement soient proches des valeurs nationales, le nombre d'adultes handicapés en attente d'une place est important : 1 096 en ESAT, 130 en Foyer de vie ou occupationnel et 173 en Maison d'Accueil Spécialisé (MAS) et Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM).

Toutefois, ces données sont à relativiser au regard du nombre de jeunes maintenus en établissement pour enfants faute de places (amendement Creton), 46 début 2016. Un grand nombre d'orientations sont demandées dès 16 ans pour une orientation effective vers 20 ans. 48% des personnes en attente d'une place se situent entre 16 et 25 ans en foyer de vie et 27% en MAS/FAM. Concernant les ESAT, une part non négligeable des orientations sont proposées à des personnes qui répondent aux conditions d'emploi en milieu protégé mais qui ne souhaitent pas réellement intégrer le monde du travail. On ne compte pas plus de 20 « amendement Creton » faute de place en ESAT.

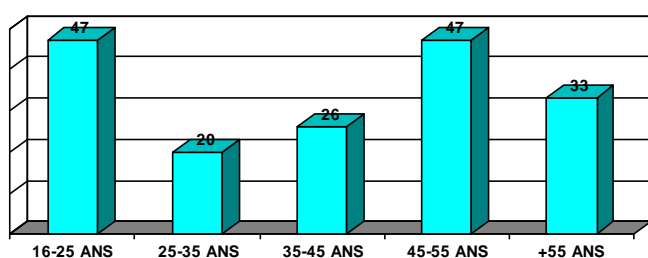
Tranche d'âge des adultes en attente d'une place
attente d'une place en foyer de vie



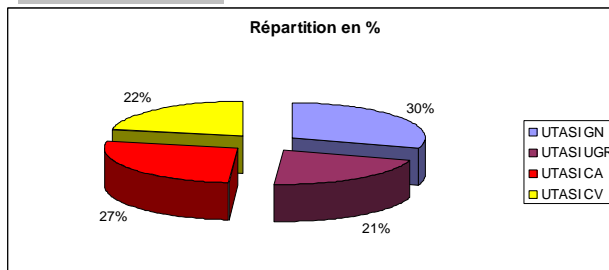
Répartition géographique des adultes en
en foyer de vie



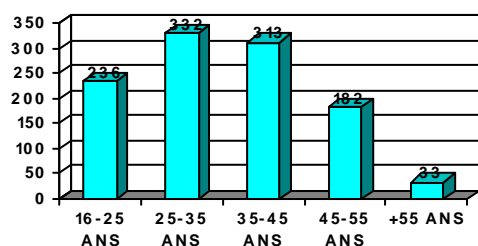
Tranche d'âge des adultes en attente d'une place
attente d'une place en Mas et FAM



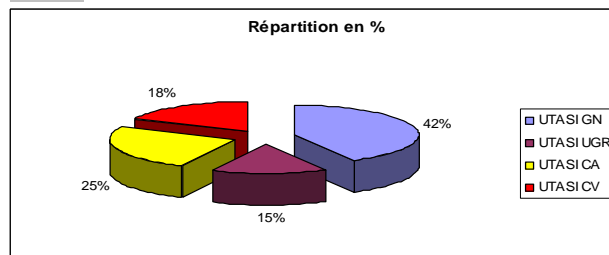
Répartition géographique des adultes en
en MAS et FAM



Tranche d'âge des adultes en attente d'une place
attente d'une place en ESAT



Répartition géographique des adultes en
ESAT



La protection juridique des majeurs

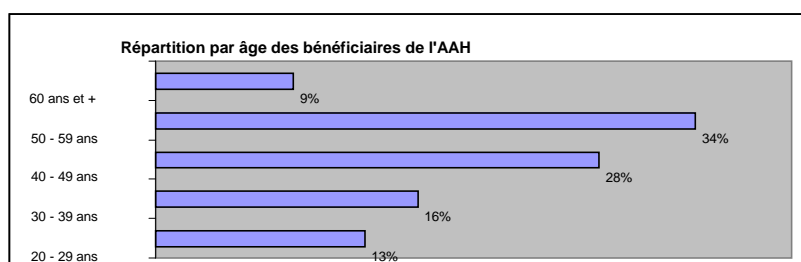
20 % des personnes orientées en FAM/MAS bénéficient d'une mesure de protection (tutelle, curatelle, mandataire ou MASP).

Les mesures judiciaires de protection concernent essentiellement les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées souffrant en particulier de troubles psychiques.

Il n'existe pas, au niveau national, de statistiques sur les personnes protégées en situation de handicap mais selon le Ministère de la Justice, une part importante d'ouvertures de mesures se situe autour de 20 ans. Cela s'explique par le fait qu'à partir de 20 ans, l'AEEH cesse d'être versée aux parents et qu'elle est remplacée par l'AAH servie directement aux personnes. Dans 7 cas sur 10, un des parents est désigné comme tuteur ou curateur. Une augmentation progressive est ensuite constatée à partir de 40 ans en raison du vieillissement des soutiens familiaux. Près de 70% des mesures sont alors confiées aux services mandataires, les familles ne représentant plus qu'entre 15 et 20% des nouvelles mesures.

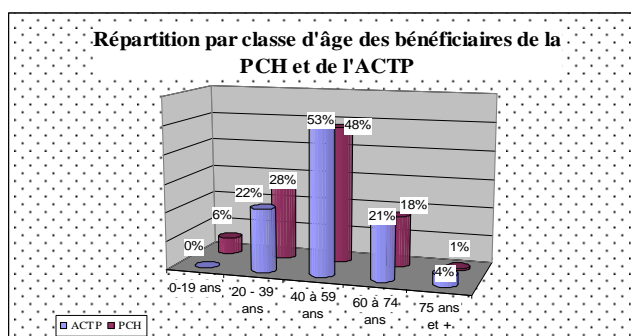
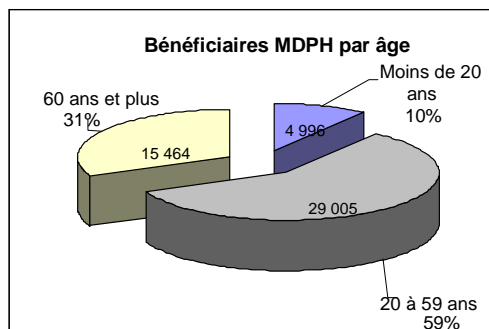
2 • Une population vieillissante

La question du vieillissement des personnes en situation de handicap à domicile ou en établissement est une préoccupation du Département déjà évoquée dans le précédent schéma. Près du tiers des ayant droits auprès de la MDPH est âgé de 60 ans et plus.

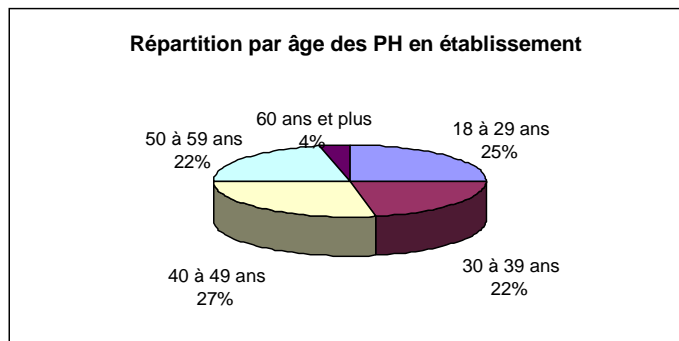


43 % des allocataires de l'AAH sont âgés de plus de 50 ans et près de 20% des bénéficiaires de la PCH sont âgés de plus de 60 ans.

La problématique du vieillissement est complexe car elle correspond à des situations et des profils différents, des besoins de prise en charge et des choix de vie diverses. Les besoins de personnes ayant toujours vécu au domicile familial avec des proches aidants, eux-mêmes vieillissants sont, en effet, différents des personnes vivant en collectivité.



La pyramide des âges reflète l'avancée en âge des personnes en établissement avec 26% de résidents de plus de 50 ans. Par ailleurs, les 45 ans et + représentent 46% des personnes en attente d'une place.



Les réflexions sur cette thématique ont amené l'ARS et le Département à ouvrir un appel à projets en 2016 pour la création de places dédiées aux personnes handicapées de plus de 60 ans sur deux zones prioritaires: Cévennes Aigoual et Nîmes, après l'ouverture en 2014 d'un Foyer d'Accueil Médicalisé à Saint Mamert dédiés aux personnes vieillissantes présentant un trouble autistique.

Les travaux sur cette thématique devront se poursuivre sur la durée du présent schéma pour pouvoir proposer une palette de réponses adaptées aux besoins et aux territoires.

La population en situation de handicap

A retenir :

- Une démographie croissante
- 7% de la population gardoise en situation de handicap
- 5 000 enfants suivis par la MDPH
- Une répartition inégale de la population handicapée notamment sur Nîmes et le sud du département
- Un taux de bénéficiaires de l'AAH relativement proche de la moyenne nationale
- un bon niveau de scolarisation en milieu scolaire ordinaire
- le vieillissement de la population en situation de handicap
- 400 enfants en attente d'une prise en charge correspondant à leurs difficultés
- un problème autour de la protection juridique des majeurs liée au vieillissement des familles

IV/ L'offre d'accompagnement à domicile et en hébergement

1 • L'accompagnement à domicile des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

L'offre à domicile doit permettre de répondre au souhait de plus en plus affirmé des personnes de continuer à vivre à leur domicile le plus longtemps et dans les meilleures conditions possibles.

Un maintien à domicile de qualité repose sur une approche globale d'accompagnement mais aussi sur un accueil et une information de qualité, sur le maintien d'une vie sociale, l'accès aux loisirs, des moyens de transports adaptés ou encore l'adaptation du logement.

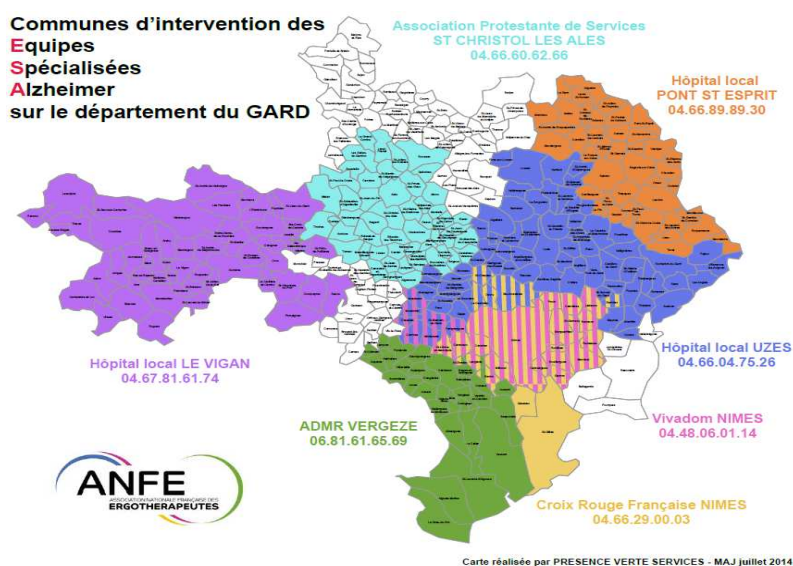
a. Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

Ces services constituent un élément important du maintien à domicile en particulier des personnes âgées (90% des personnes suivies sont âgées de plus de 75 ans). Sur prescription médicale, les SSIAD (Service de Soins Infirmiers A Domicile) assurent, des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels, auprès de personnes âgées de soixante ans et plus, malades ou dépendantes, de personnes adultes de moins de soixante ans présentant un handicap et de personnes adultes de moins de soixante ans atteintes des pathologies chroniques.

Caractéristiques des patients des SSIAD dans le Gard (source ARS)

| Age moyen | Répartition par GIR | | | | | | Provenance | | | | |
|-----------|---------------------|-------|-------|-------|-------|-------|------------|-----|-----|-------------|----------|
| | GIR 1 | GIR 2 | GIR 3 | GIR 4 | GIR 5 | GIR 6 | HAD | SSR | MCO | USLD/ EHPAD | Domicile |
| 84 ans | 9% | 28% | 33% | 28% | 2% | 0% | 1% | 12% | 12% | 2% | 73% |

La durée moyenne de prise en charge est d'un an. L'activité des SSIAD est complémentaire à celle des infirmiers libéraux. Dans le Gard, 26 services regroupent 1 231 places dont 61 places dédiées aux personnes handicapées pour un taux d'équipement de 18,5 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus (contre 19,6 et 20 aux niveaux régional et national). Les ¾ des salariés sont des aides soignants. 7 Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA) ont été créées dans le département du Gard. Chaque ESA est portée par un SSIAD pour une capacité de 10 places. Le Nord du département n'est pas couvert par cette offre.



b. Les professionnels de santé libéraux

Le Gard compte 2 972 médecins inscrits à l'Ordre des médecins au 1^{er} janvier 2015, âgés en moyenne de 53 ans pour les médecins généralistes et 52 ans pour les spécialistes. 55% d'entre eux exercent en secteur libéral.

818 médecins généralistes libéraux sont installés dans le département au 1^{er} janvier 2015 pour une densité de 110 médecins pour 100 000 habitants (105 en France métropolitaine) mais avec des disparités importantes de 125 sur Nîmes à 37 sur Saint Ambroix. La moitié des médecins généralistes libéraux sont âgés de 55 ans et plus.

4 zones sont considérées comme fragiles en médecins libéraux : Bessèges, Le Vigan, saint Ambroix et Saint Jean du Gard (sources ARS).

La densité des infirmiers libéraux est assez nettement supérieure à la moyenne nationale avec un taux de 286 infirmiers libéraux / 100 000 habitants pour 163 en France métropolitaine. 2 121 IDE libéraux sont recensés au 1^{er} janvier 2015.

15 communes sont considérées comme sous dotées en infirmiers : Aujac, Bessèges, Bonnevaux, Bordezac, Chambon, Chamborigaud, Concoules, Gagnières, Génolhac, La vernarède, Malons et Elze, Peyremale, Pontails et Bressis, Robiac-Rochessadoules, Sénéchas (sources ARS).

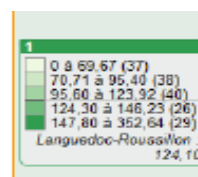
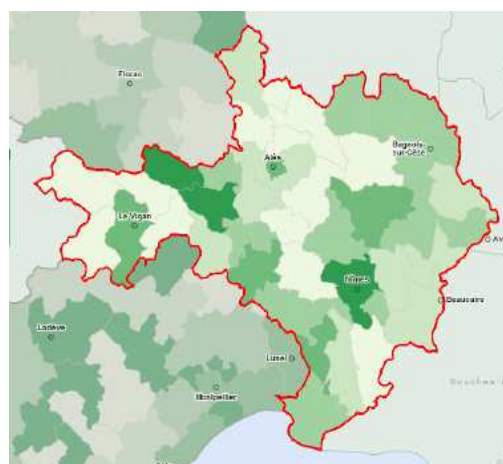
Par ailleurs, le département compte 817 kinésithérapeutes en exercice libéral avec une densité supérieure aux valeurs nationales (110 dans le Gard contre 100 au niveau national) avec les mêmes zones déficitaires sur le nord du département que pour les infirmiers.

Enfin, les maisons de santé pluriprofessionnelles sont une solution pertinente pour attirer les médecins vers des territoires isolés et résoudre les difficultés d'accès aux soins. La coexistence de différents professionnels de santé permet de garantir une offre de soins suffisante. Cinq maisons de santé pluriprofessionnelles sont opérationnelles dans le département : Sauve, Bessèges, Saint Jean du Gard, Lasalle et Le Vigan.

Densité des infirmiers libéraux



Densité des médecins généralistes



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

Le maintien à domicile repose principalement sur l'aide humaine. Cette aide peut être apportée par des services prestataires ou mandataires ainsi que par des personnes salariées par les bénéficiaires de l'APA, la PCH, d'une aide ménagère ou de l'ACTP. Les services de portage de repas à domicile et de téléassistance participent aussi au maintien à domicile.

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement a modifié, en profondeur, le secteur de l'aide à domicile en mettant fin au double régime juridique des services d'aide à domicile avec d'une part, les services relevant d'une autorisation et d'une tarification du Président du Conseil départemental et d'autre part, les services bénéficiant d'un agrément qualité délivré par la DIRECCTE. Aussi, depuis le 1^{er} janvier 2016, toute demande de création, d'extension ou d'habilitation à l'aide sociale est désormais soumise à une décision du Président du Conseil départemental qui doit déterminer pour chaque service une zone d'intervention et non plus un volume d'activité comme dans l'ancien système d'autorisation.

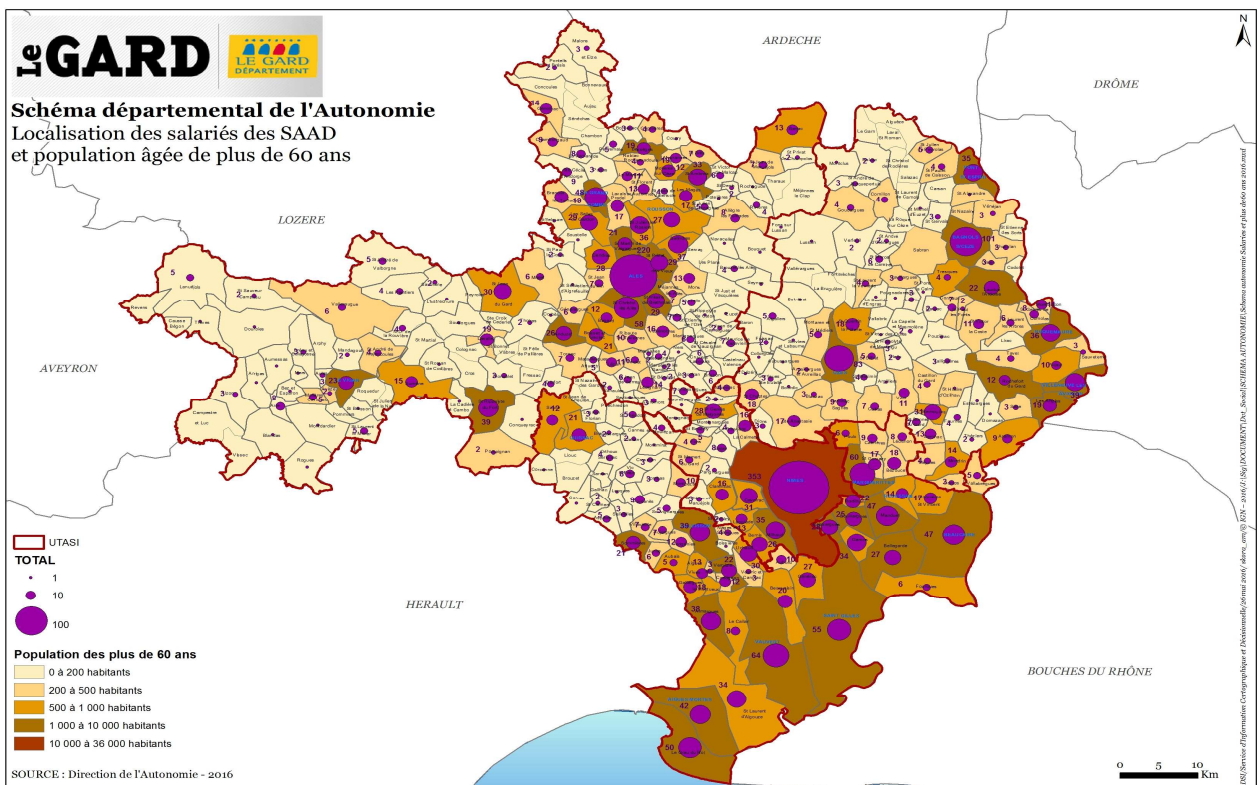
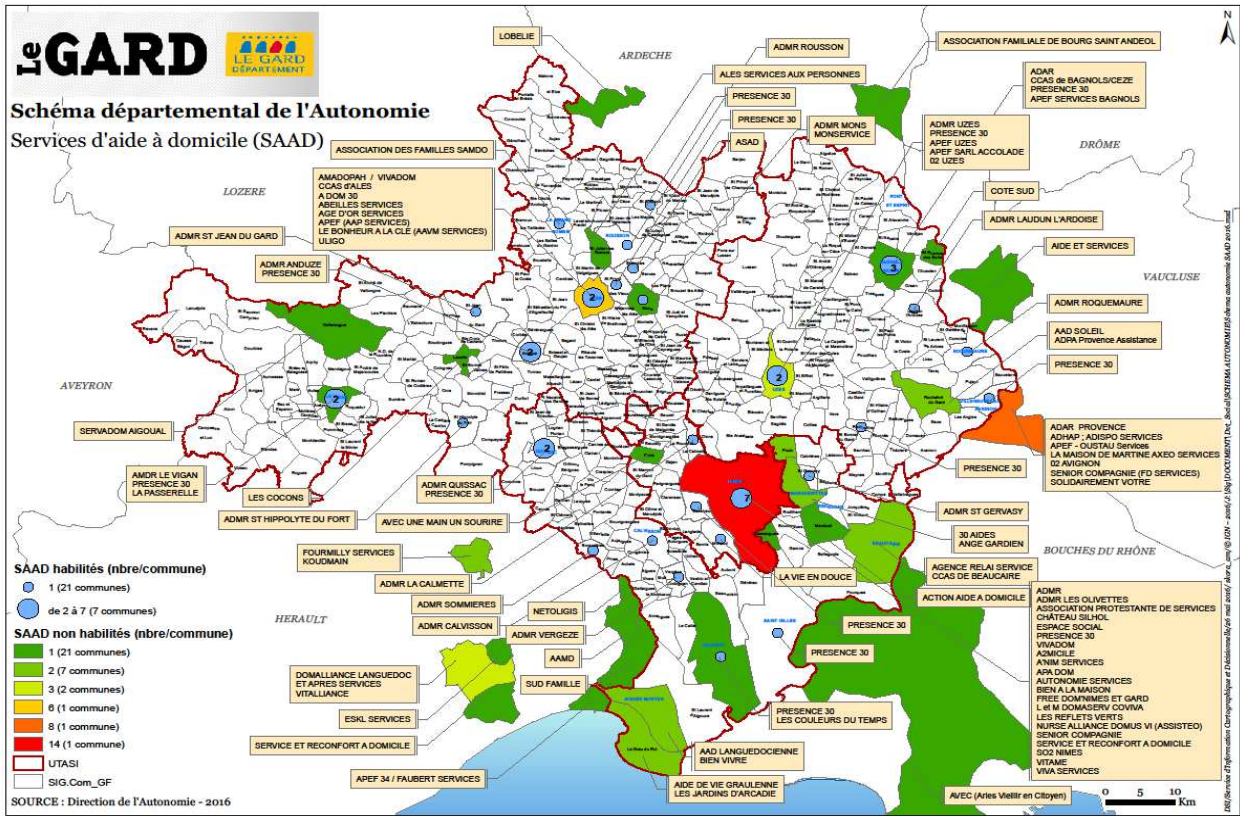
Activité 2015 des services d'aide à domicile en heures

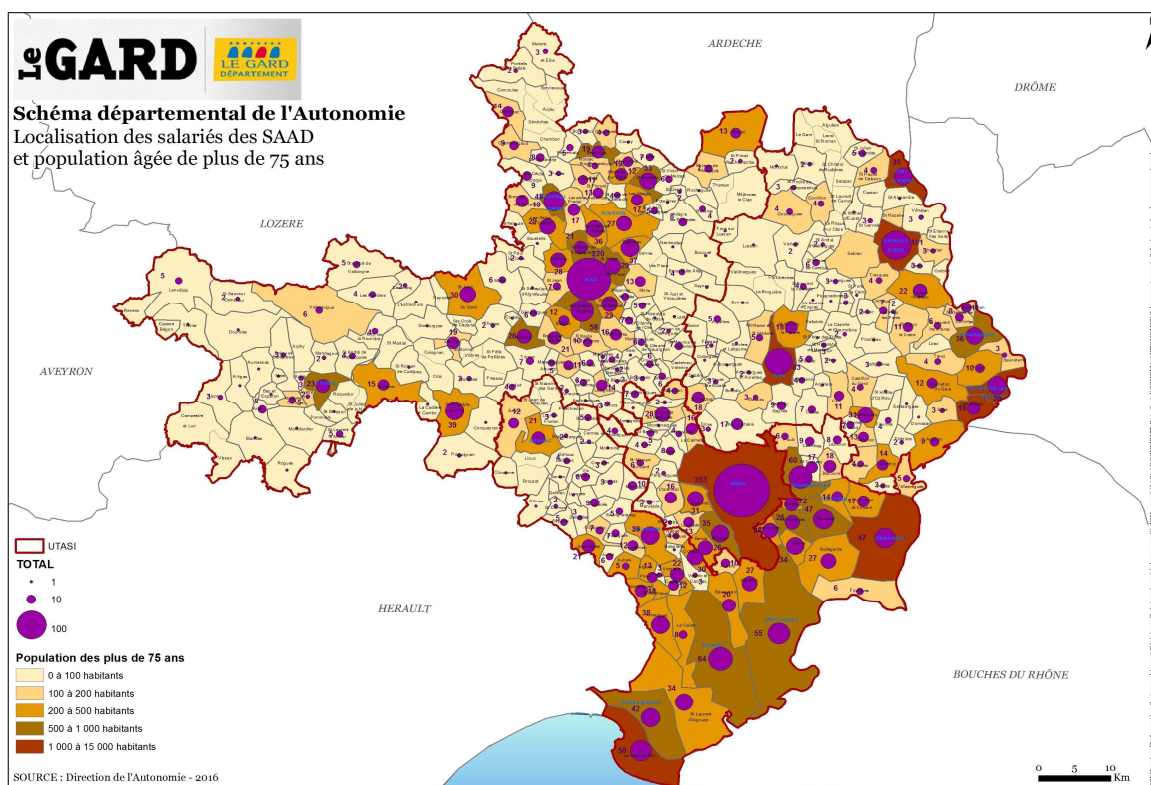
| activité 2015 | Services Autorisés ancienne réglementation | Part d'activité | Autorisés ex agréés | Part d'activité | TOTAL |
|----------------------|---|------------------------|----------------------------|------------------------|------------------|
| APA | 1 572 000 | 84,90% | 279 500 | 15,10% | 1 851 500 |
| PCH | 197 600 | 69,80% | 85 500 | 30,20% | 283 100 |
| Aide Sociale | 89 500 | 100% | 0 | 0% | 89 500 |
| TOTAL | 1 859 100 | 83,60% | 365 000 | 16,40% | 2 224 100 |

Le volume global d'heures d'aide humaine réalisées a diminué de 9% de 2012 à 2015 parallèlement à la quasi stabilisation du nombre de bénéficiaires sur la même durée.

Dans ces conditions, il n'apparaît pas opportun de développer une offre qui apparaît suffisante en l'état à l'exception des quelques zones moins couvertes sur le nord du département. Il s'agira d'optimiser l'offre existante comptant 80 services anciennement agréés et 12 services associatifs ou publics ayant conclu un contrat d'objectifs et de moyens avec les services du Département.

En ce sens, les actions visant à renforcer la coordination des intervenants à domicile sont à privilégier notamment les SPASAD (services polyvalents d'aide et de soins à domicile) assurant à la fois les missions d'un SSIAD (service de soins infirmiers à domicile) et celles d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile.





d. Les services dédiés aux personnes handicapées (SAMSAH et SAVS)

Les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et les services d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés (SAMSAH) interviennent auprès des personnes handicapées pour faciliter leur vie à domicile notamment par un suivi socio-éducatif. Les SAMSAH assurent, en sus, un accompagnement médical et para-médical.

Ces services se sont fortement développés au cours des dernières années :

- 18 places SAVS en résidence "Les terres d'Alice" à St Dionisy (H. Pascal)
- 10 places SAMSAH à Alès pour handicap psychique (Collectif Associatif du Bassin Alésien CABA)
- 10 places de SAVS Viadom à Sommières (Association PSH 30)
- 15 places de SAMSAH à Bagnols s/Cèze Handicap psychique (ADRH)
- 18 places SAVS en résidence "Les voiles d'Hector" à Caveirac (H. Pascal)
- 13 places de SAMSAH à Vauvert Handicap psychique (ADRH).

Fin 2015, le Gard dispose d'une capacité de 915 places de SAVS et de SAMSH (4 SAMSAH et 7 SAVS). Ces services sont inégalement répartis sur le territoire départemental au regard des bénéficiaires de l'AAH.

Répartition géographique des places de SAMSAH et SAVS

| | |
|----------------------|----------------|
| Cévennes Aigoual | 47% des places |
| Grand Nîmes | 41% |
| Camargue Vidourle | 2 % |
| Uzège Gard Rhodanien | 10% |

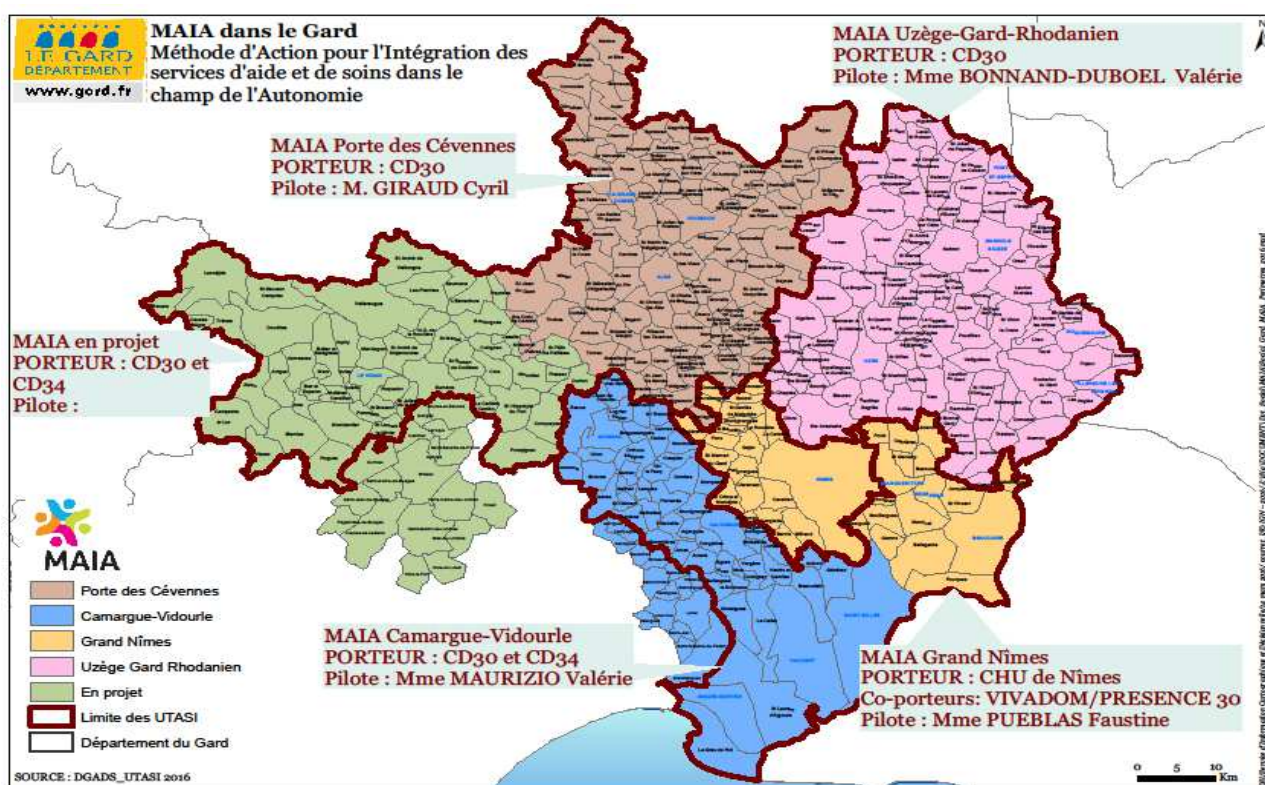
e. Méthodes d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie (MAIA)

Les Méthodes d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie, communément désignées sous l'acronyme MAIA, ne sont pas une structure au sens physique du terme mais un réseau coordonné de professionnels. Le dispositif des MAIA est un mode d'organisation majeur visant à améliorer le parcours des personnes âgées et mieux articuler les interventions des professionnels.

Cette approche doit permettre d'apporter une réponse décloisonnée et adaptée aux besoins de la personne au fur et à mesure de l'évolution de son état de santé ou de son environnement. Les MAIA, un premier temps dédiées aux personnes malades d'Alzheimer se sont élargies aux personnes âgées très dépendantes.

Pour les personnes âgées en situation complexe, un suivi personnalisé et plus intensif est assuré par un gestionnaire de cas. Ce dernier est « l'interlocuteur direct de la personne, du médecin traitant, des professionnels intervenants à domicile et devient le référent des situations complexes » (source CNSA).

Le Gard compte cinq MAIA mises en place progressivement dont quatre portées par le Conseil départemental et une par le Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes. La totalité du département est couverte par le dispositif des MAIA.



Les MAIA sont des dispositifs de proximité qui doivent correspondre à des habitudes de vie des personnes et des réalités de terrain. C'est pourquoi, deux des cinq MAIA couvrent des territoires à cheval sur les départements du Gard et de l'Hérault, l'une sur le sud du département (Lunel/Vauvert/Saint Gilles), l'autre au nord (Ganges/Le Vigan).

f. Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC)

Les Centres Locaux d'Information et de Coordination sont des accueils de proximité qui assurent conseil, information et orientation des personnes âgées et de leur entourage ainsi que des professionnels de la gérontologie et du maintien à domicile.

Lors du précédent schéma, 12 CLIC sur l'ensemble du département assuraient trois niveaux d'intervention :

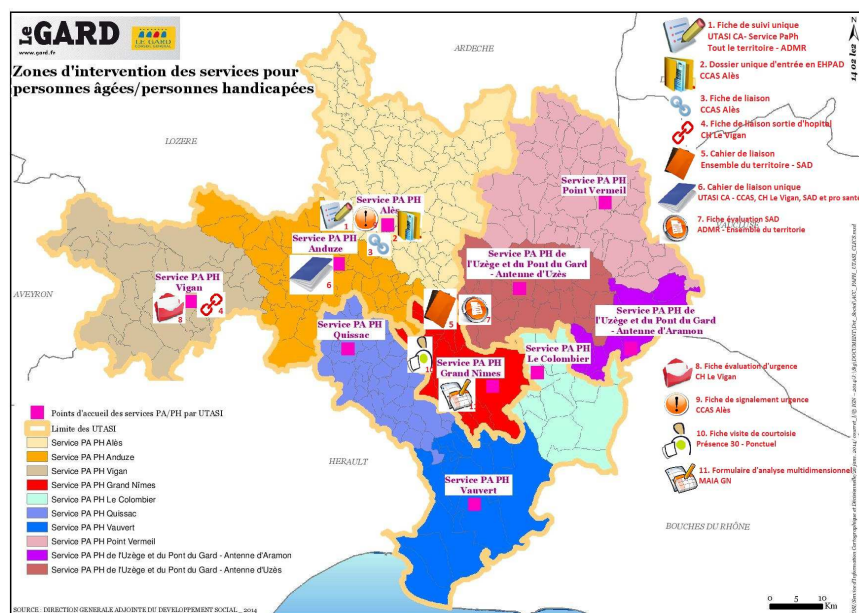
- Information
- Evaluation et mise en place des plans d'aide au titre de l'Aide Personnalisée d'Autonomie à domicile
- Coordination gérontologique

Il existait de fortes disparités entre CLIC tenant à leur statut, aux territoires couverts, à leurs moyens humains et enfin à leurs pratiques professionnelles. Ces éléments ont été mis en évidence lors de l'évaluation de l'APA à domicile dès 2006 et ont conduit le Département à internaliser les missions et les agents de dix des douze CLIC existants.

Il reste désormais deux CLIC, tous deux de statut hospitalier, l'un rattaché au centre hospitalier d'Uzès et le second au centre hospitalier de Pont Saint Esprit. Leurs missions inchangées sont intégrées aux services personnes âgées / personnes handicapées des UTASI. Ils accompagnent à la fois des personnes âgées ainsi que les personnes handicapées dans une moindre mesure (évaluation de la PCH).

g. Les services du Département en direction des personnes âgées et des personnes en situation de handicap sur les territoires

A l'issue de la réflexion engagée sur le repositionnement de l'intervention sociale départementale en 2006, il a été créé au sein de chaque Unité Territoriale d'Action Sociale et d'Insertion (UTASI), un service dédié aux personnes âgées et aux personnes handicapées en charge principalement de l'évaluation des besoins et du suivi des plans d'aide en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées, de l'agrément des accueillants familiaux, de l'évaluation de situations potentielles de maltraitance et de l'animation territoriale.



Par ailleurs, le Département du Gard a développé plus spécifiquement, le « Relais Accueil Petite Enfance Handicapée » (RAPEH) qui initialement destiné à faciliter l'intégration des jeunes enfants handicapés dans les établissements d'accueil des jeunes enfants (EAJE), a progressivement vu s'élargir ses missions. Aujourd'hui renommé « Réseau Accompagnement Petite Enfance et Handicap » le RAPEH est constitué de trois personnes, puéricultrices et éducatrices de jeunes enfants (EJE), et exerce ses missions sur l'ensemble du territoire départemental.

A la demande des familles le RAPEH peut préparer l'accueil d'un enfant porteur de handicap dans un lieu collectif, soit auprès d'un réseau informel d'assistantes maternelles volontaires, soit auprès d'une équipe d'intervenants dans une crèche ou autre lieu d'accueil. Le RAPEH accompagne environ une centaine familles par an avec un turn over d'à peu près 40%.

h. Les transports adaptés qui restent limités

Afin de préserver le lien social et l'autonomie dans les déplacements, il est nécessaire de proposer une offre de transports accessibles sur l'ensemble du département. Cette capacité à se déplacer est rendue d'autant plus indispensable en zone rurale mais aussi pour faciliter l'accès aux services publics et plus encore aux professionnels de santé qui interviennent de moins en moins au domicile.

Les motifs de déplacements concernent, en priorité, les déplacements « nécessaires » : travail, courses, démarches administratives, soins. A cela s'ajoute, le transport des enfants porteurs d'un handicap et des jeunes scolarisés en milieu ordinaire ou spécialisé.

Le groupe de travail « comment permettre aux personnes d'accéder à des moyens de transports en adéquation avec leurs besoins » a réalisé un état des lieux très complet sur l'existant.

A côté des offres de transport de droit commun qui s'articule principalement autour du nœud ferroviaire de Nîmes, il existe des transports adaptés mais limités.

Certaines communes et communautés de communes organisent un transport solidaire pour un public spécifique avec des conditions d'accès variables. Quatre exemples :

- les navettes communales ou intercommunales les jours de marché (ex. Robiac-Rochessadoules pour les plus de 65 ans et les personnes non véhiculées).
- le transport solidaire à la demande avec un tarif réduit (1,50 euros le trajet) sur la Communauté d'agglomération du Gard Rhodanien pour les plus de 65 ans.
- la navette urbaine de Vauvert et Gallician, transport adapté à la demande de porte à porte pour des trajets illimités au sein des deux communes contre une contribution de 20 euros à l'année.
- au Grau du Roi, le Centre Communal d'Action Sociale propose un taxi gratuit pour tout déplacement sur la commune à destination des personnes âgées ou présentant des difficultés particulières de mobilité et ne disposant pas de moyen de locomotion (un aller-retour gratuit par semaine).

Le Transport adapté à la demande (TAD) est également en place sur quelques territoires et au niveau départemental mais avec des conditions d'accès restrictives. Quelques exemples :

- Minibus à la demande gratuit et adapté, équipé pour les fauteuils roulants et réservé aux personnes de plus de 65 ans (Le « Transports Solidaire » sur le Gard Rhodanien).
- Novabus (GIHP du Pays de l'Or – Hérault) qui dessert la Handiplage du Grau du Roi avec un véhicule adapté (9 places) à la demande et sur des horaires prédéterminés.

- GIHP départemental (Groupement pour l'insertion des personnes handicapées) qui intervient sur tout le département (hors Alès, Nîmes, et territoire viganais et hors transports scolaires) pour les personnes en fauteuil ou mal voyantes, financé par le Conseil départemental.
- Le TAD départemental (en cours) pour les personnes en situation de handicap propose 10 trajets par mois de porte à porte, à l'intérieur du département, hors agglomérations de Nîmes et Alès et hors transports médicalisés, transports des élèves handicapés et des enfants placés en établissement, bénéficiaires de la PCH (volet transport), bénéficiaires de l'ACTP (allocation compensatrice pour tierce personne), personnes handicapées en établissements socio ou médico-sociaux.
- Transport à la demande en taxi sous condition d'âge et de ressources, pour les adultes sur la Communauté de Communes du Pont du Gard.
- Transport adapté à la demande (Communauté des Hautes Cévennes, Vauvert).
- HANDIGO sur Nîmes est un service adapté en partenariat avec le GIHP qui prend en charge toutes les demandes de trajet domicile-travail.
- NTECC sur Alès propose un TAD pour les communes situées dans la communauté d'agglomération.

Enfin, il existe dans le Gard des compagnies de taxis privés adaptés : l'entreprise de transport et d'accompagnement ULYSSE à Nîmes par exemple.

Les dispositifs d'aide aux déplacements : des aides physiques rares et ponctuelles

L'aide aux déplacements du Foyer Hubert Pascal à Nîmes (association Inter Ligne) : le service d'accompagnement à la vie sociale assure une présence vigilante en gare routière de Nîmes matin et soir en semaine afin d'aider les personnes handicapées à accéder aux transports en commun, qu'elles fassent partie de leurs établissements ou pas, et assure une formation permettant d'apprendre à utiliser les transports dans le cadre de l'accès à l'autonomie.

Des aides financières circonscrites à certains publics et territoires :

Le Département prend en charge les frais de transports scolaires des élèves et étudiants handicapés après avis de la MDPH. De plus, les transports scolaires sont gratuits pour les élèves et étudiants handicapés à partir d'un taux de handicap supérieur à 50% ainsi que pour les élèves scolarisés en ULIS (classes adaptées en milieu ordinaire).

La PCH (prestation de compensation du handicap) permet une aide à l'équipement du véhicule et une aide au déplacement (plafonnée).

Pour les salariés, le FIPHFP (fonds d'insertion pour les personnes handicapées de la fonction publique) propose des aides à l'aménagement de véhicules (cumulables avec la PCH) et l'AGEFIPH (association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées) propose des aides similaires pour les personnes qui travaillent dans le secteur privé.

Enfin, il existe quelques aides financières spécifiques. Par exemple :

- Le chèque domicile liberté (CCAS de Nîmes) permet aux personnes âgées qui ont besoin d'accéder à une activité sociale, culturelle ou de loisir hors du domicile de bénéficier d'un accompagnement par un professionnel qualifié.
- Le chèque mobilité (CCAS de Nîmes) permet aux personnes handicapées en possession d'une carte d'invalidité, n'ayant pas de véhicule à disposition et ne pouvant accéder aux transports en commun de se déplacer sur le territoire communal.

- Chèque « Sortir + » pour les plus de 80 ans dépendant des caisses AGIR et ARRCO.
- Les aides individuelles de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) dans le cadre d'une prise en charge d'aide à domicile.

Des dispositifs innovants et projets en perspective :

EDGARD (transport proposé par le Conseil départemental) propose une tarification unique à 1,5 euros quelque soit la distance. Il y a une gamme tarifaire commune entre Ales, Nîmes et EDGARD. De plus, EDGARD organise un transport collectif adapté durant l'été pour amener les personnes vers la handiplage du Grau du Roi.

Le Département gère, en partenariat avec Nîmes Métropole, un site de co-voiturage (covoiturage.gard.fr) avec 3 entrées : une entrée par événementiel, une entrée recherche d'un trajet, une entrée par communauté (Nîmalliance pour les salariés du périmètre nîmois, Gard Sport pour les associations sportives, Cévennes pour toutes les personnes de ce secteur).

Quelques communes sont à l'origine d'initiatives exemplaires. En voici deux illustrations :

- La commune de Bellegarde utilise un mode de financement innovant pour la navette communale destinée aux personnes âgées les jours de marché (inscription en Mairie et ramassage aux points d'arrêts) : l'entreprise Trafic communication démarché les partenaires financiers puis met à disposition un minibus sur lequel elle appose des encarts publicitaires.
- La Communauté de commune Vivre en Cévennes met à disposition à titre gracieux deux minibus pour les associations et Mairies du territoire. A titre d'exemple, une association de séniors l'utilise pour emmener les adhérents faire leurs courses (marché, commerces) et, pour les mêmes motifs, une commune l'utilise pour transporter les résidents d'un foyer logement.

Le schéma directeur départemental d'accessibilité prévoit un aménagement des points d'arrêts et un développement des transports adaptés dans le cadre d'EDGARD (déplacements d'arrêts à arrêts). L'agenda d'accessibilité est programmé par décret (bus, arrêts, cheminement jusqu'à l'arrêt).

L'accès aux transports en commun reste difficile. En effet, la SNCF est dotée du service ACCESPLUS qui doit garantir une accessibilité complète aux personnes handicapées aux quais et trains. Or, le recours à ce service est complexe : il faut réserver et arriver à l'avance, l'appel s'effectue via un numéro surtaxé.

Ce service ne fonctionne que dans les gares accessibles (grandes lignes). Pour les autres lignes et les arrêts en zone rurale, les solutions de remplacement (bus ou taxi) ne sont pas toujours opérationnelles.

HANDIGO est restreint aux personnes en fauteuil et aux malvoyants, de fait les personnes qui ont des difficultés à se déplacer mais qui ne sont pas en fauteuil roulant n'y ont pas accès. De plus, les créneaux horaires semblent insuffisants et il ne permet pas de déplacements de porte à porte.

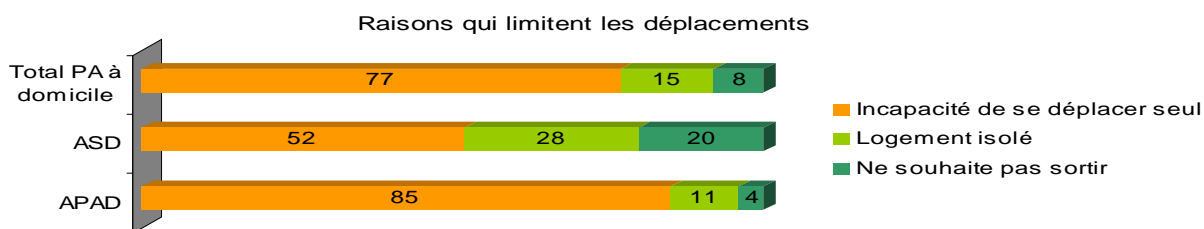
Concernant EDGARD, les quais et bus adaptés sont peu utilisés par les personnes à mobilité réduite par manque d'information : aucune ligne ou bus adapté signalé. Les chauffeurs ne sont pas autorisés à quitter leur poste de conduite pour aider une personne à monter ou descendre du bus, installer une rampe d'accès ou aider un usager en fauteuil roulant à s'attacher.

Quel que soit le type de bus, il n'y a pas d'information vocale concernant les arrêts.

L'accès au GIHP est limité, par la couverture territoriale et l'amplitude horaire (7h-19h du lundi au samedi). De plus, les déplacements doivent être prévus à l'avance et réservés, l'offre étant limitée.

Les bus scolaires ne sont pas adaptés et les assistants de vie scolaire ne participent pas à l'aide au transport.

Au-delà des dispositifs existants et dans le cadre de l'évaluation de la politique départementale en direction des personnes âgées, 3/4 des personnes âgées interrogées (quelque soit leur domicile) estiment qu'il est difficile de prendre les transports en commun, confortant l'idée que les difficultés aux déplacements ne sont pas seulement liés à l'offre mais aussi à des freins psychologiques à leur usage.



ASD : aide sociale départementale

i. Le logement

L'inadaptation du logement est l'une des principales causes d'entrée en établissement (3^{ème} cause pour les personnes âgées). Le parc social comprend 36 000 logements soit un tiers du parc locatif gardois et s'il existe bien des logements adaptés on peut noter une réelle insuffisance dans le recensement et dans le rapprochement entre l'offre et la demande.

Le premier enjeu concerne la connaissance que l'on peut avoir de la situation au regard du vieillissement de la population et de la capacité du parc social à y répondre :

- L'âge des locataires peut être identifié par résidence, quartier et commune dans le cadre de l'enquête biennale réalisée par les bailleurs sociaux. Cette donnée peut permettre d'identifier les secteurs les plus concernés.
- La demande de logement enregistrée dans le Système National d'Enregistrement (SNE) par chacun des demandeurs permettrait de mieux connaître le public en recherche de logement et donc en situation de mobilité. Une fiche spécifique de la demande permet d'évoquer la question de l'adaptation.
- Lien avec les communes : Les Centres Communaux d'Action Sociales et services communaux ont connaissance d'un certain nombre de demandeurs et peuvent organiser des enquêtes auprès de leurs ressortissants.

Il est clair que l'on ne pourra répondre au besoin en logement adapté au vieillissement, à l'avenir, avec les seuls logements accessibles réalisés selon les dernières normes. Il sera de ce fait nécessaire de mobiliser du parc ancien, dont l'accessibilité n'avait pas été prévue par des normes préalables à la construction. Pour autant, il faudrait identifier, dans ce parc, les logements accessibles ou qu'il serait facile de rendre accessibles, mais il n'existe actuellement pas de recensement le permettant dans les données informatiques des bailleurs.

Le Département a recruté en 2016 quatre ergothérapeutes, un par UTASI, pour réaliser les évaluations des besoins d'aides techniques ou d'aménagements du logement de personnes handicapées dans le cadre de la Prestation de Compensation du Handicap et aussi réaliser des diagnostics de logement, orienter, accompagner les personnes âgées dans leurs démarches.

Peu d'aides financières existent pour accompagner les personnes âgées dans leur projet d'adaptation de leur logement sur le volet des aides techniques et les aides mobilisables auprès de l'Agence Nationale d'Adaptation de l'Habitat pour le cadre bâti sont complexes d'un point de vue administratif (118 projets financés en 2015 dans le Gard).

La conférence des financeurs de la perte d'autonomie de la personne âgée, une des mesures phares de la loi d'adaptation de la société au vieillissement devrait permettre d'accompagner plus de projets d'adaptation de logements individuels dans le cadre du programme départemental de prévention.

Pour les personnes handicapées, la Prestation de Compensation du Handicap comporte un volet spécifique à l'aménagement du logement qui permet de financer les travaux d'adaptation au handicap (adaptation salle de bains, rampe d'accès, élargissement des portes...). En moyenne 70 à 80 personnes en bénéficient par an.

D'autre part, le Département a mis en place une plateforme permettant de croiser l'offre et la demande de logements adaptés en temps réel, Loc'Adapt 30, qui s'adresse dans un premier temps aux personnes handicapées à mobilité réduite en fauteuil roulant. Les objectifs de la plateforme étant de :

- Faciliter le rapprochement de l'offre de logement adapté et de la demande sur le parc social
- Promouvoir l'adaptation des logements, à la demande des locataires, dans le cadre du parc social

Il existe également une convention Département/MDPH/Bailleurs sociaux pour l'évaluation des besoins d'aménagement du logement pour des locataires présentant un handicap qui font la demande d'adaptation.

j. La lutte contre l'isolement

Les données sur l'isolement sont pratiquement inexistantes au niveau régional ou départemental. Cependant, les échanges dans les groupes de travail ont fait une large place aux problèmes liés à la solitude et l'isolement, des personnes âgées ou handicapées, mais également de leurs aidants.

Le regard de la société et les réactions devant des comportements atypiques produisant un sentiment de honte qui conduit les familles à réduire les occasions de contact.

Cet isolement va de pair avec le nombre élevé d'états dépressifs et le fort taux de suicide chez les personnes âgées notamment.

Les réponses doivent être diversifiées pour offrir des solutions adaptées à toutes les situations : logement regroupé, aide aux déplacements, visites à domicile, Maison Ouverte, café des aidants, halte répit, Maison des aidants sur la Grand Combe...

Le comité de coopération départementale MONALISA 30 qui s'est créé en septembre 2014 a pour objectif de fédérer des initiatives. Il s'est constitué par l'adhésion des participants à un réseau partenarial et aux lignes directrices d'action suivantes :

- Partager un diagnostic territorial des besoins et des potentiels
- Constituer des équipes de bénévoles en en capacité d'intervenir auprès de personnes âgées isolées
- Identifier les ressources humaines, en nature et financières que chaque participant peut fournir
- Proposer des formes de coopérations
- Impulser le mouvement : diffuser l'info, ...
- Evaluer l'effectivité de l'action

Ce comité réunit un large panel de partenaires :

- Institutionnels : Conseil Départemental, des communes et des CCAS (Nîmes, Caveirac, St Laurent des Arbres, Le Grau du Roi, Robiac-Rochessadoules, Vauvert, Le Cailar, Poulx...)
- Professionnels : Mutualité Sociale Agricole (MSA), Malakoff Médéric, Mutualité française, Association Nationale pour la Garantie des Droits des Mineurs (ANGDM), des représentants d'établissements, Présence 30, Association d'Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR), Association Protestante de services
- Associatifs : Croix Rouge Française, URIOPSS, Point Ressource Services aux Particuliers du Gard, Petits Frères des Pauvres, CODERPA.

On recense dans le Gard, une quinzaine d'équipes de bénévoles fondées sur trois principes de base :

- Un projet
- Un territoire
- Une structure porteuse

Et portées par des structures diverses:

- CCAS du Grau du roi, du Cailar, de Vauvert, du Grau du Roi, de St Laurent des Arbres
- Téléphonie sociale (Nîmes)
- Unité locale de la Croix Rouge de Petite Camargue
- Service d'aide à domicile Château Sihol
- Association protestante de services
- ANR 30 (retraités de La Poste).

k. L'accueil, l'information

L'accès à l'information et à un accueil de proximité, pour les usagers, les proches aidants et les professionnels est un facteur prépondérant dans la réussite du parcours des personnes âgées, des enfants et des adultes handicapés. Une information de qualité en direction des usagers et de leurs proches conditionne l'accès aux droits mais aussi à leur exercice. Cet enjeu est essentiel face à la complexité des dispositifs et à la diversité des besoins.

Les personnes âgées ou handicapées et leur entourage éprouvent des difficultés à se repérer face à la multitude d'offre de services disponibles. Le vocabulaire technique des professionnels est aussi peu adapté pour une bonne compréhension.

Dans le cadre de la récente évaluation de la politique départementale en faveur des personnes âgées, 1 personne âgée sur 2 déclare ne pas avoir été suffisamment informée en amont de sa perte d'autonomie sur les aides potentielles.

Sur le champ du handicap, la Maison Départementale des Personnes Handicapées joue un rôle central en matière d'information et d'accès aux droits. Compte tenu de son rôle de guichet unique, la MDPH est confrontée depuis son ouverture en 2006 à une forte montée en charge de son activité (+ 55% sur les 5 dernières années) avec une augmentation très importante de contacts par mails.

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Accueil physique | 11 902 | 12 280 | 12 169 | 15 896 | 17 859 | 18 460 |
| Accueil téléphonique | 9 285 | 13 592 | 13 965 | 19 254 | 20 108 | 18 963 |
| Accueil travailleurs sociaux | 2 324 | 2 329 | 2 105 | 2 200 | 2 290 | 1 844 |
| Mails | 3 166 | 2 390 | 3 456 | 4 263 | 4 875 | 5 208 |

Les travaux préparatoires au schéma ont fait remonter de manière très forte le besoin de points d'information bien identifiés auxquels les familles pourraient faire appel pour envisager la meilleure prise en charge de la personne handicapée ou âgée.

I. La prévention

La prévention passe par une bonne connaissance des dispositifs par les personnes et leur famille. Elle passe aussi par une meilleure identification des situations à risque de perte d'autonomie ou d'aggravation des difficultés liées au handicap chez les personnes vivant à domicile. Pour limiter ou anticiper les effets de la perte d'autonomie ou de l'aggravation d'une situation (sanitaire, sociale, entourage...), il est nécessaire de repérer le plus en amont possible la fragilité d'une personne et d'identifier les solutions les plus adaptées à ses besoins. Cela pourrait permettre d'orienter les usagers vers les dispositifs de prévention mais aussi d'anticiper les situations de crise et d'en réduire ainsi l'impact.

Par ailleurs, concernant les personnes âgées, la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées est chargée d'établir, pour le territoire départemental, « un programme coordonné des financements des actions individuelles et collectives de prévention en complément des prestations légales et réglementaires ». Le décret n°2016-209 du 26 février 2016 est venu préciser le contenu du programme.

Ce programme coordonné fixé pour 5 ans maximum « définit les objectifs à atteindre sur le territoire départemental [...] ainsi que les mesures et les actions à mettre en œuvre ». Il intègre l'ensemble des financements et le suivi des actions individuelles et collectives de prévention (visées par l'article L.233-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles) :

- 1° amélioration de l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles favorisant le soutien à domicile ;
- 2° forfait autonomie des résidences-autonomie ;
- 3° actions de prévention mises en œuvre par les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile auprès des personnes âgées ;
- 4° coordination et appui des actions de prévention mises en œuvre par les Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile;
- 5° le soutien aux actions d'accompagnement des proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie ;
- 6° le développement d'autres actions collectives de prévention.

Les équipements et aides techniques sont « tout équipement, instrument, dispositif, système technique ou logiciel adapté ou spécialement conçu pour prévenir ou compenser une limitation d'activité », destiné aux personnes âgées. Ce qui est une définition large des aides possibles. Ces équipements doivent contribuer à :

- améliorer ou maintenir l'autonomie des personnes dans la vie quotidienne, la participation à la vie sociale, les liens avec l'entourage ou la sécurité de la personne ;
- faciliter l'intervention des aidants qui accompagnent la personne ;
- favoriser ou accompagner le maintien ou le retour à domicile.

Le programme coordonné de prévention devra intégrer des actions collectives de prévention pour les personnes de 60 ans et plus, visant à les informer, à les sensibiliser ou à modifier des comportements individuels. Les actions financées peuvent également porter sur le repérage ou l'identification des personnes âgées fragilisées.

Le public visé par le programme doit correspondre à des critères croisés de perte d'autonomie et de conditions de ressources. 40% minimum du montant des aides (individuelles et collectives) doivent bénéficier à des personnes âgées non titulaires de l'APA à domicile ;

Selon les revenus, les aides techniques s'échelonnent de 30 à 65% de l'aide dans la limite de plafonds fixés par la Conférence pour les non bénéficiaires de l'APA et de 10 à 100% pour les bénéficiaires de l'APA.

Le programme ne se substitue pas aux actions engagées par les acteurs notamment l'inter – régime (CARSAT, MSA, RSI) ou les aides de l'ANAH mais a vocation à développer de manière concertée des actions sur des territoires peu ou non couverts et sur des thématiques peu ou non proposées aux personnes âgées.

2 • L'offre alternative entre le domicile et l'hébergement

L'accompagnement des personnes en situation de perte d'autonomie nécessite une analyse globale de leurs besoins et la garantie d'une fluidité de leur parcours.

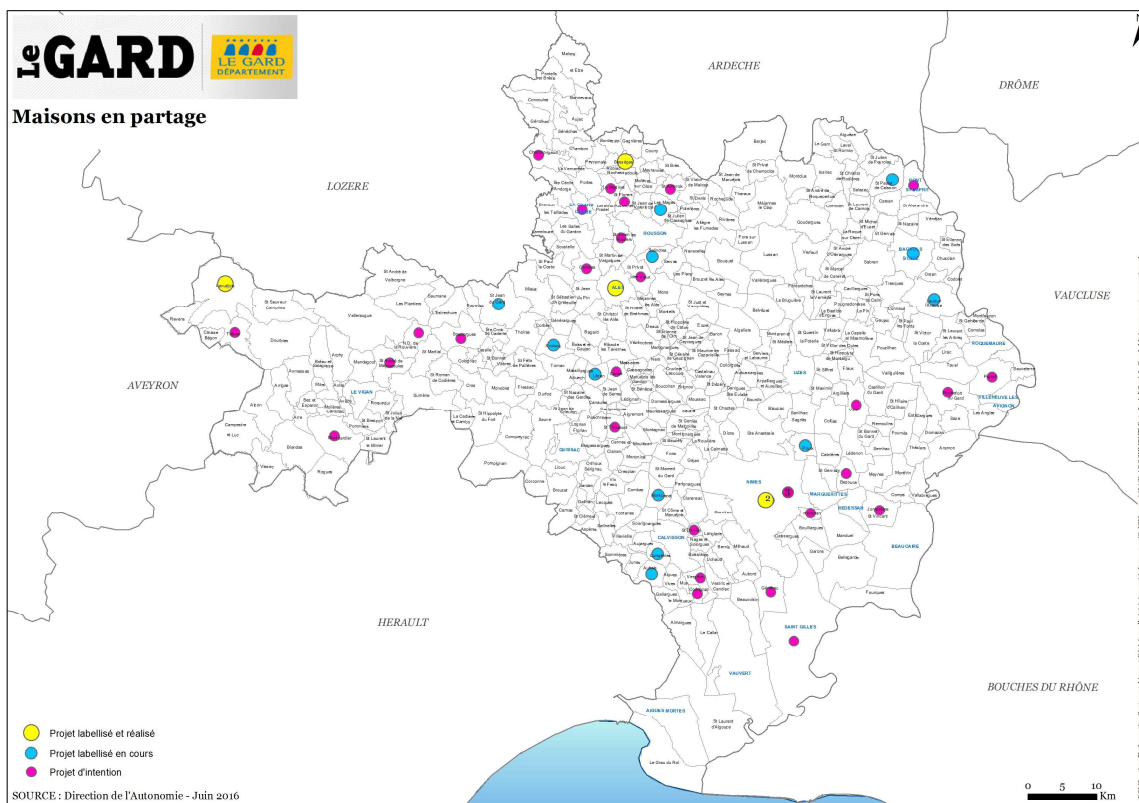
Les partenariats entre structures et services, acteurs sanitaires et médico-sociaux doivent répondre à une logique de complémentarité au service du parcours de vie. Face au développement du maintien à domicile dans un contexte d'allongement de l'espérance de vie et de primauté du choix de l'utilisateur, le besoin de coordination autour des situations individuelles est de plus en plus important, tant sur le champ gériatrique que dans le secteur du handicap.

De manière plus spécifique, le parcours des enfants en situation de handicap et de leur famille s'avère souvent complexe, du fait de la multitude des professionnels et des institutions. Dans ce contexte, comment fédérer tous ces acteurs concernés autour de préoccupations communes, en tenant compte de la singularité de chaque situation? Comment renforcer une coopération qui facilite le parcours des parents, tout en améliorant le processus d'inclusion des enfants concernés ?

a. L'habitat regroupé

Le Conseil départemental développe depuis 2012 à la suite du précédent schéma, une formule d'habitat regroupé et adapté à la perte d'autonomie qui constitue un compromis entre logement individuel et établissement : « Maisons en partage » en partenariat avec la CARSAT, le Régime Social des Indépendants et la Mutualité Sociale Agricole.

La formule des maisons en partage est une des réponses possibles aux besoins des personnes. Elles permettent à chacun d'accéder à un logement individuel adapté à ses besoins tout en bénéficiant d'une vie collective choisie et non subie dans un cadre sécurisant. Elles s'adressent à un public de personnes âgées et adultes handicapées qui ne peuvent demeurer dans leur logement.



L'objectif initial de faciliter l'implantation a minima de deux projets par Unité Territoriale d'Action Sociale et d'Insertion a été atteint et dépassé, le concept rencontre un réel engouement et plus d'une trentaine de projets sont aujourd'hui connus des services.

18 « Maisons en partage » ont été autorisées :

- Bessèges : une vingtaine d'appartements diffus, porté par les HLM Bessèges St Ambroix, la commune et l'EHPAD Alfred Silhol ;
- Alès : adaptation de dix logements indépendants mais regroupés, porté par Logis Cévenols et le CCAS d'Alès et dont l'inauguration a eu lieu en juin 2013 ;
- Nîmes : dix sept logements neufs, porté par Un Toit Pour Tous et la Maison de Santé Protestante et dont la livraison doit intervenir en 2016 ;
- Nîmes : réhabilitation, par l'association Habitat et Humanisme d'une dizaine de logements en centre ville. Ce projet s'inscrit sur le secteur d'une Opération Programmée d'Amélioration de l'Habitat de Renouvellement Urbain (OPAH-RU) Nord Gambetta de Nîmes ;
- Bellegarde : projet de vingt logements neufs, porté par la SEMIGA (Société Anonyme d'Economie Mixte Immobilière du Département du Gard) et le CCAS ;
- Congénies : projet porté par la SEMIGA et le CCAS de 15 logements avec jardins privatifs, très proches du cœur du village ;
- Montpezat : projet porté par la SEMIGA en partenariat avec la municipalité de 20 logements à proximité du centre du village ;
- Les Mages : projet porté par la SEMIGA en partenariat avec la municipalité de 14 logements ;
- Bagnols sur Cèze : projet porté par l'association ASVMT Chartreuse de Valbonne pour 20 logements dans le cadre de la réhabilitation de l'EHPAD Le Bosquet ;
- Aubais : projet de vingt logements neufs regroupés ;
- St Paulet de Caisson : projet porté par la SEMIGA en partenariat avec la municipalité de 14 logements ;
- Anduze : projet de 14 logements porté par la Fondation des Diaconesses de Reully sur le site de l'EHPD du Château de Labahou ;
- Laudun : projet de 12 logements porté par l'Association de Secours aux Victimes de Maladies Tropicales en partenariat avec Un Toit pour Tous ;
- Lézan : projet de 6 logements porté par l'Association La Gerbe et intégrant un café solidaire et un gîte pour randonneurs ;
- Poulx : projet de 19 logements porté par le CCAS et la SEMIGA ;
- Salindres : 20 logements porté par le CCAS et Logis Cévenol ;
- Saint Jean du Gard : projet de 12 logements porté par l'Association Résidence Soubeiran, gestionnaire de l'EHPAD éponyme ;
- Bezouze : 20 logements porté par la commune et son CCAS et Un Toit pour Tous.

C'est donc près de 300 logements qui, à terme, seront mis à disposition d'un public en perte d'autonomie. Et de nombreux autres projets sont encore en prévision.

b. L'accueil familial

L'accueil familial est une autre solution alternative entre maintien à domicile et établissement. Ce mode de prise en charge reste relativement peu connu par les familles.

Le dispositif des particuliers accueillants à leur domicile à titre onéreux des personnes âgées ou des personnes handicapées est communément appelé « Accueil Familial ». Il est placé sous la responsabilité du Président du Conseil Départemental qui doit en assurer l'agrément, le suivi, le contrôle et le financement pour les personnes relevant de l'aide sociale départementale.

Actuellement, le Département compte 116 accueillants familiaux pour 274 places : 70 places pour personnes âgées, 28 places pour personnes handicapées et 176 places mixtes (personnes âgées/personnes handicapées).

Les accueillants familiaux doivent suivre une formation initiale et continue obligatoire. La mise en œuvre de la formation relève de la compétence du Président du Conseil départemental. Elle a été dispensée pour la première fois en 2013 : 99 accueillants familiaux ont été formés dans ce cadre. Cette formation initiale est prolongée par une formation continue dont le contenu vient d'être renforcé par la loi du 28 décembre 2015.

L'enjeu est de développer ce mode d'accueil et d'en faire, au-delà d'une alternative entre domicile et établissement, un réel choix de vie pour les personnes dont l'autonomie est altérée. La loi d'adaptation de la société au vieillissement renforce d'ailleurs ce type d'accueil en privilégiant des modes d'hébergement plus alternatifs : temporaire, de jour, de nuit, séquentiel...

Les principaux freins au développement de l'accueil familial ont été repérés par les groupes de travail :

- Un engagement permanent 24h/ 24 et toute l'année des accueillants ;
- Le manque de formation pour les accueillants sur les pathologies des personnes accueillies ;
- Le positionnement de l'accueil familial dans l'offre d'accueil n'est pas clairement identifié ;
- Le manque d'information sur la réalité du métier ;
- Manque d'accompagnement technique ;
- L'absence d'habilitation à l'aide sociale pour les personnes âgées ;
- La complexité administrative de la relation contractuelle.

c. Les lieux de vie

Sur le Département, il existe deux lieux de vie pour l'accueil de personnes handicapées adultes : "Tentative" à St Hippolyte du Fort de 7 places pour autistes et "les jardins de marie" à Aimargues (association Hubert Pascal) de 10 places auxquelles s'ajoute une place en accueil temporaire.

3 • L'offre d'accueil en établissement

Les précédents schémas départementaux d'organisation médico-sociale étaient centrés sur le déploiement des places en établissement et en services pour répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie. Ils ont permis de développer une offre diversifiée à destination des personnes âgées ou en situation de handicap qui ne peuvent plus ou ne souhaitent plus vivre à leur domicile et d'assurer une offre répartie sur l'ensemble du territoire.

Dans le cadre du schéma 2016 – 2020, le Conseil départemental va s'attacher à optimiser l'offre existante, d'en mesurer sa pertinence et travailler à la complémentarité des acteurs.

a. Les établissements et services d'éducation spécialisée

La mise en œuvre des précédents PRIAC, Programmes Interdépartementaux d'Accompagnement des handicaps et de la Perte d'Autonomie, a permis d'étoffer l'équipement du département en faveur des enfants en situation de handicap. 94 places ont ainsi été créées de 2011 à 2015. Toutefois malgré cet effort, le nombre d'enfants en attente d'une place demeure important.

Au 1^{er} janvier 2015 dans le secteur de l'enfance, le taux d'équipement gardois établi par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) s'élevait à 5,8 places pour 1000 jeunes de moins de 20 ans en établissement pour enfants en situation de handicap (hors Services d'Education Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD) pour 7,2 places en grande région Occitanie – Midi-Pyrénées. En France métropolitaine, cet indicateur atteignait 6,6.

Le taux d'équipement des SESSAD de 3,1 est conforme aux valeurs régionales et nationales qui s'établissent à 3 places pour 1000 jeunes de moins de 20 ans.

| | Nombre de places 2015 | Nombre de places 2011 | Evolution 2011/2015 |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|
| IME | 551 | 542 | +9 |
| Etablissements plyhandicaps | 96 | 82 | +14 |
| TTEP | 229 | 233 | -4 |
| IE Moteurs | 63 | 46 | +17 |
| Déficients sensoriels | 20 | 20 | / |
| Etablissements expérimentaux | 51 | 36 | +15 |
| SESSAD | 546 | 503 | +43 |
| Total | 1 556 | 1 462 | +94 |

b. Les établissements pour adultes handicapés

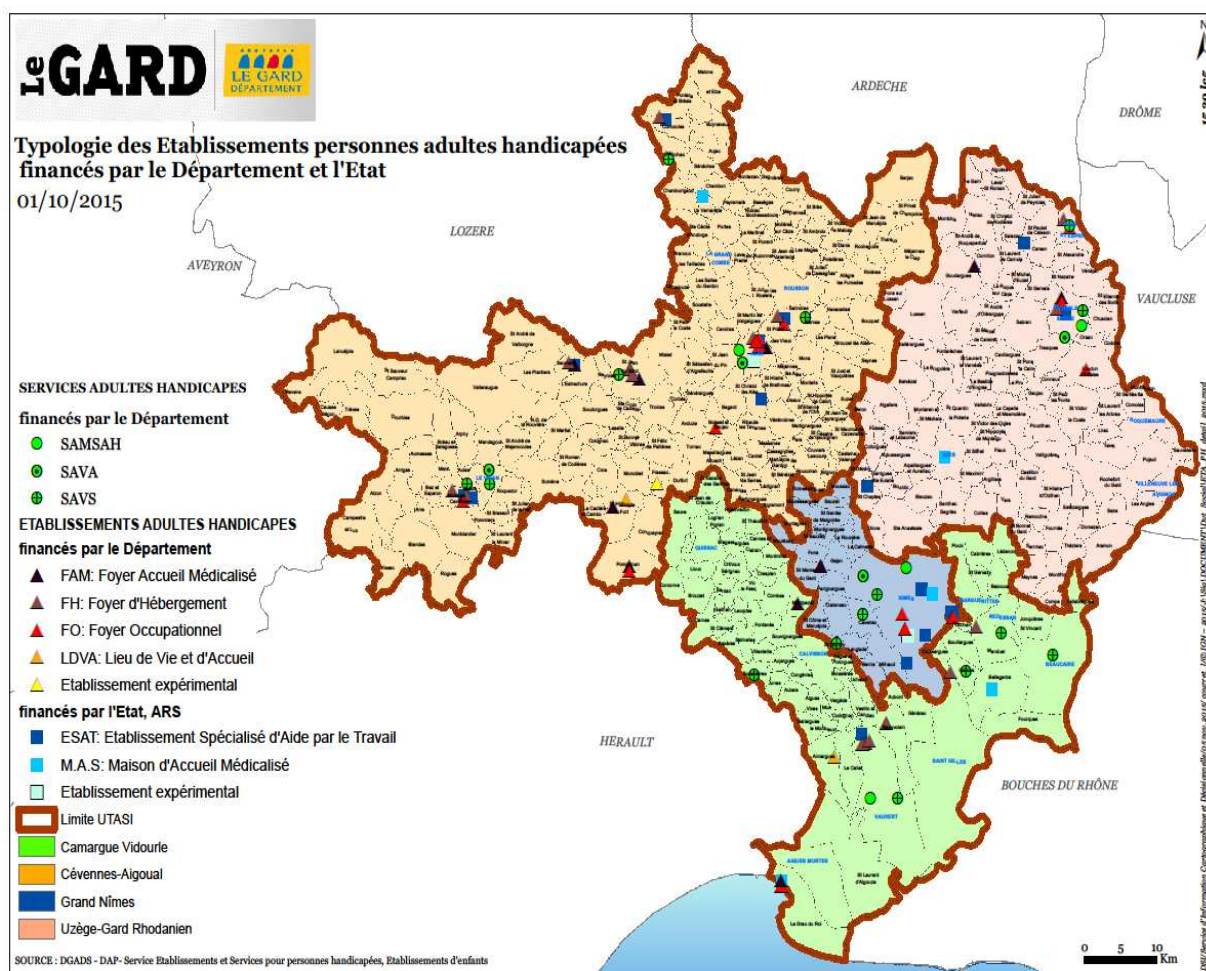
Le Gard compte 41 établissements et services soit 1 271 places pour adultes handicapés. Le taux d'équipement en structures médico-sociales pour adultes varie de 0,6 place pour 1000 adultes de 20 à 59 ans en Maison d'Accueil Spécialisé (MAS) à 3,3 places en Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT). Parallèlement, les ratios pour la France métropolitaine sont respectivement de 0,8 en MAS et 3,5 en ESAT.

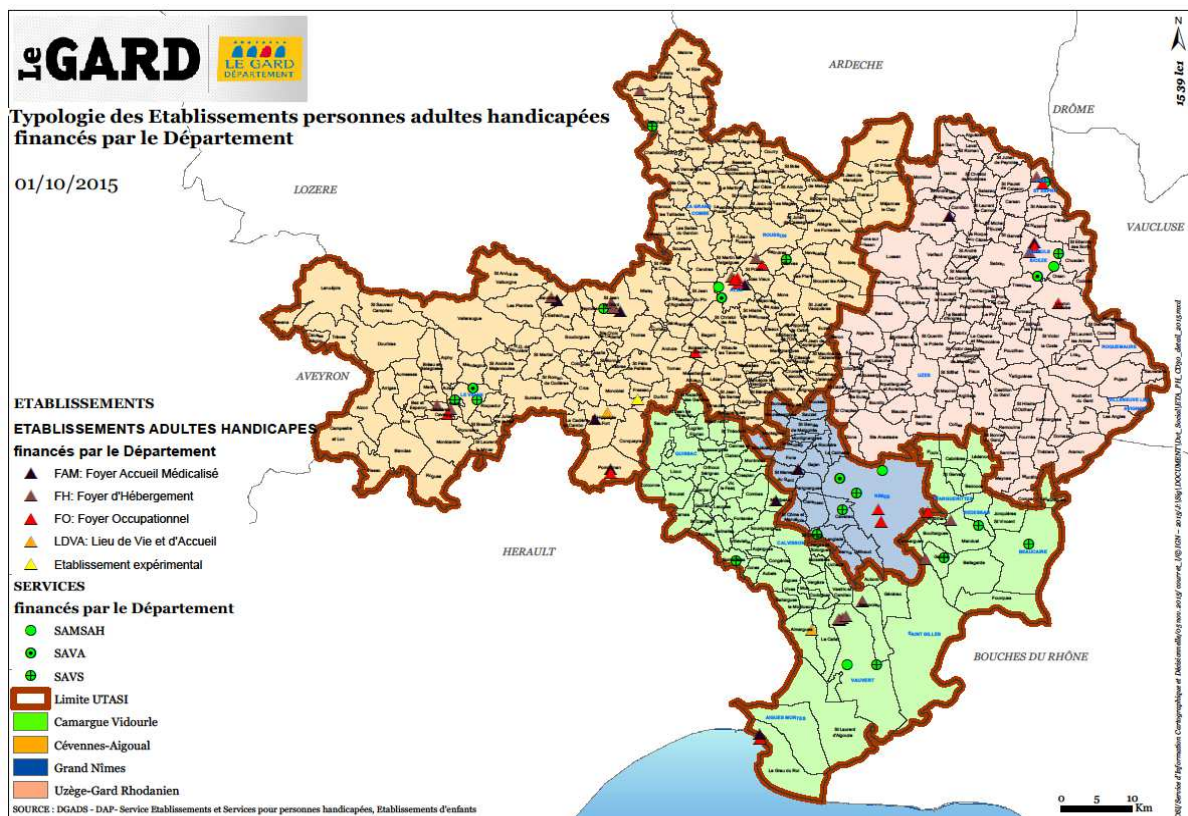
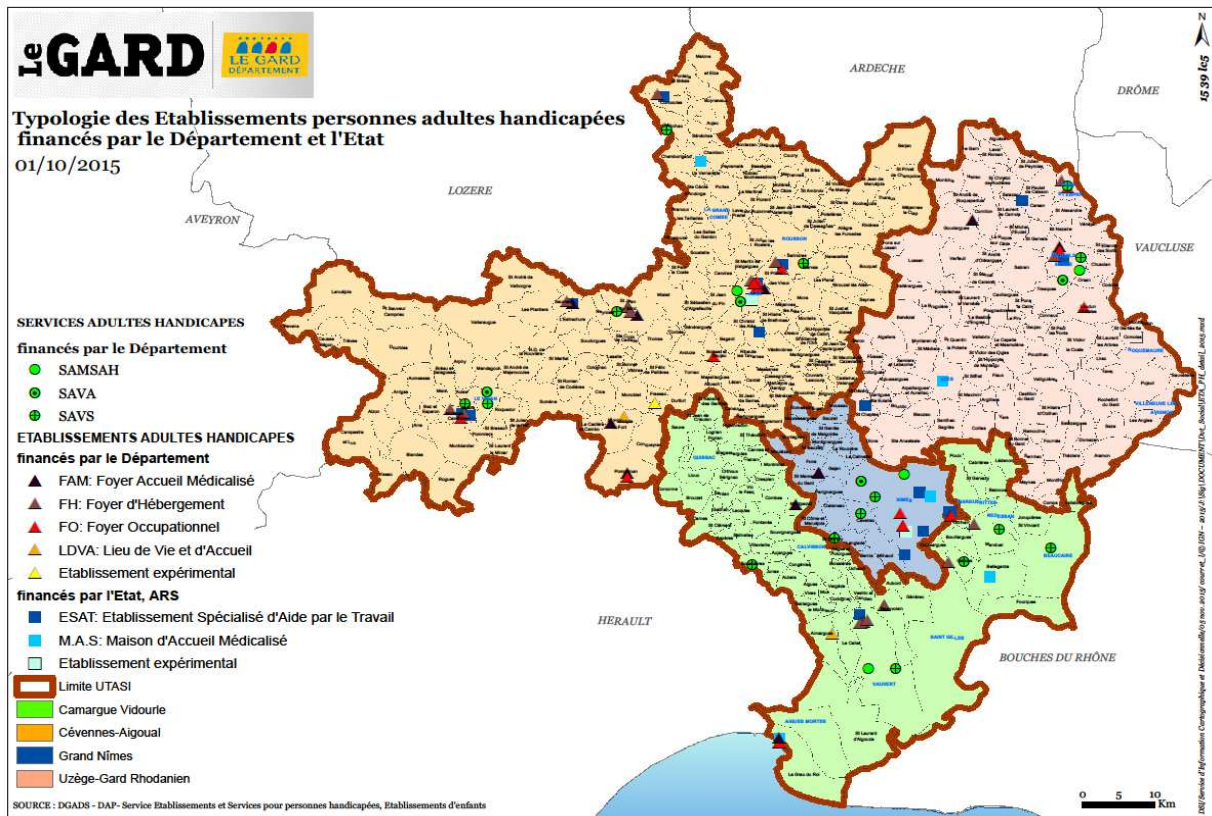
| Taux équipement | Région 2015 | Gard 2015 | France 2015 |
|------------------------------------|-------------|--------------|-------------|
| Mas | 1,2 | 0,6 | 0,8 |
| FAM | 0,9 | 0,7 | 0,7 |
| Foyers de vie et occupationnels | 1,7 | 1 | 1,5 |
| ESAT | 3,6 | 3,3 | 3,5 |

| Nombre de places (Sources Statiss 2015) | Gard 2015 |
|--|--------------|
| Mas | 228 |
| FAM | 223 |
| Foyers de vie et occupationnels | 348 |
| Foyers hébergement | 398 |
| Etablissements expérimentaux | 90 |
| ESAT | 1 195 |
| Entreprises adaptées | 126 |
| SSIAD pour adultes handicapés | 66 |

Le développement de l'offre d'accueil sur le secteur des personnes handicapées issu des précédents schémas s'est achevé en 2015 avec la création de 163 places d'accueil pour personnes handicapées relevant de la compétence du Département ou d'une compétence conjointe avec l'ARS au cours du précédent schéma :

- 6 places par extension foyer de vie "Les Calendrettes" à Alès (ARTES) ;
- 18 places Service d'Aide à la Vie Sociale (SAVS) en résidence "Les terres d'Alice" à St Dionisy (H. Pascal) ;
- 10 places Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) à Alès pour handicap psychique (CABA) ;
- 24 places Foyer Accueil Médicalisé "Les Cigales" à Pompignan (Les Cigales) ;
- 9 places par extension du Foyer d'Accueil Médicalisé "Les Massagues" à Montpezat ;
- 10 places de SAVS Viadom à Sommières (APSH 30) ;
- 15 places de SAMSAH à Bagnols s/Cèze Handicap psychique (ADRH) ;
- 18 places SAVS en résidence "Les voiles d'Hector" à Caveirac (H. Pascal) ;
- 30 places de Foyer d'Accueil Médicalisé "Le Bois des leins" à St Mamert du Gard (Sésame Autisme pour Personnes autistes vieillissantes) ;
- 13 places de SAMSAH à Vauvert Handicap psychique (ADRH) ;
- 10 places par extension du foyer d'hébergement "Le Tavernol" (ADAPEI 30) ;
- 9 places par extension du FAM de Montpezat (ADAPEI 30).





c. Les établissements pour personnes âgées

L'objectif du schéma portait, d'un point de vue quantitatif, sur le rattrapage des taux nationaux d'équipement à l'horizon 2015. Sur un plan qualitatif, le développement de l'offre portait sur les besoins de prise en charge des maladies d'Alzheimer, de développement d'accueil temporaire, de formes de répit, d'accueil de jour, ...Au 1^{er} janvier 2015, le département comptait 5 965 lits et places dont :

- 4 966 lits d'hébergement permanent
- 168 d'hébergement temporaire
- 280 places d'accueil de jour
- 370 lits d'Unité de Soins de Longue Durée
- 159 lits en foyer – logement (Résidence autonomie)
- 22 lits en MARPA (Maison d'accueil et de résidence pour l'autonomie)

Création de 810 lits et places d'EHPAD sur la durée du schéma :

- Aramon : 84
- Moussac : 60
- Korian à Nîmes : 80
- Aubais : 73
- Les Salles du Gardon : 71
- Beauvoisin : 66
- Orpéa à Nîmes : 87
- Meynes : 67
- Pompignan : 11
- Maison de Santé Protestante Nîmes : 73
- Extensions de structures existantes : 138 places

Il reste 274 lits et places à installer par rapport à la programmation des précédents schémas jusqu'en 2018.

Taux d'équipement au 1^{er} janvier 2015

| | Occitanie-Midi Pyrénées | Gard | France |
|----------------------|--------------------------------|-------------|---------------|
| EHPA non dépendantes | 13,6 | 16,1 | 25,8 |
| EHPAD | 99 | 87,1 | 100,4 |
| SSIAD | 19,6 | 16,5 | 19,8 |

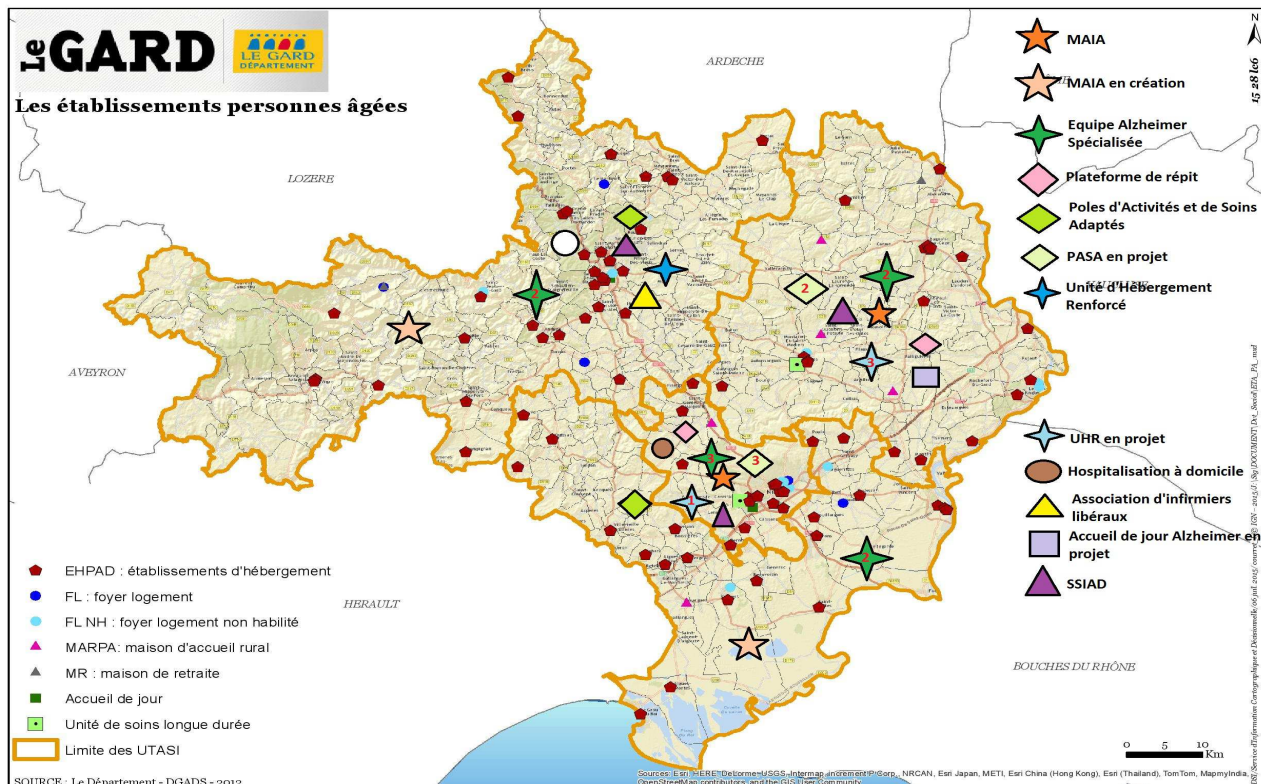
*places / 1000 personnes âgées de 75 ans et +

Places installées selon le type d'accueil

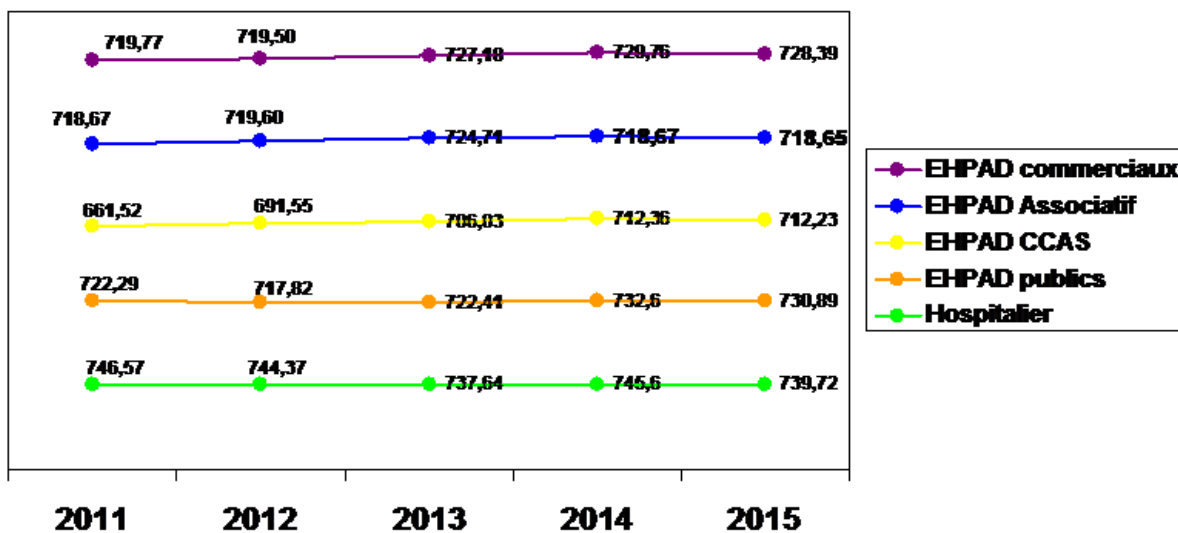
| | |
|------------------------------|-------|
| Places en accueil temporaire | 529 |
| Places accueil de jour | 1 436 |
| Places accueil de nuit | 0 |

Ces taux d'équipement reflètent l'engagement du Conseil départemental sur une politique volontariste de maintien à domicile. En effet, les besoins s'expriment prioritairement en faveur d'un maintien au domicile aussi longtemps que possible pour les personnes âgées pour lesquels quitter le domicile équivaut souvent à une perte des liens sociaux et des habitudes de vie.

L'âge tardif d'entrée en établissement, le taux de bénéficiaires de l'APA à domicile significativement plus élevé qu'en moyenne nationale et le niveau du GMP moyen sont les résultantes de cette politique. L'offre en établissement est, par ailleurs, complétée par les maisons en partage et l'accueil familial.

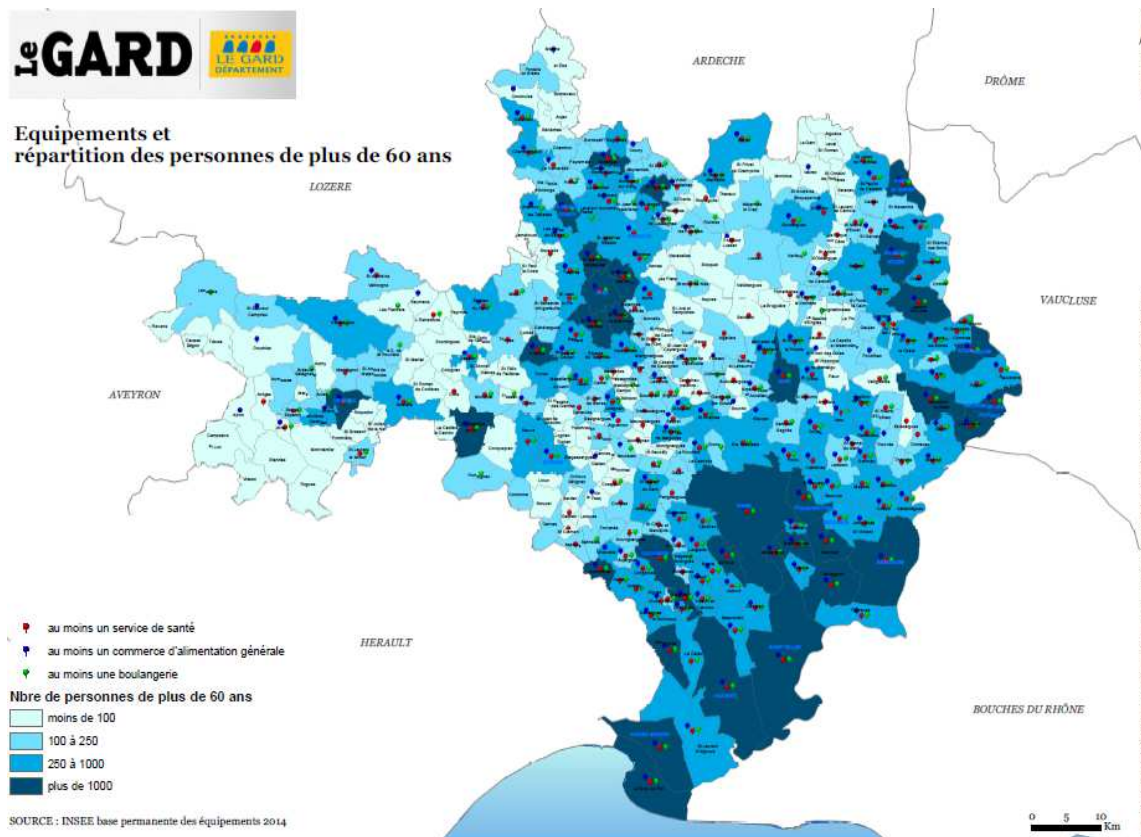


Le GMP (Gir moyen pondéré) départemental, niveau moyen de dépendance des résidents en établissement, est estimé de 712 à 740 selon la nature juridique des établissements contre 686 à l'échelle nationale.



Le niveau de dépendance des établissements a augmenté de 2009 à 2011 (GMP global de 699.73 en 2009 à 716.02 en 2011), par contre son évolution au cours des 5 dernières années reste stable. Ce niveau traduit la prise en compte d'une population très dépendante.

L'offre d'hébergement s'est rééquilibrée lors des précédents schémas. Les efforts consentis en matière d'équipement (il reste deux EHPAD à réaliser) ainsi que l'engagement toujours soutenu en faveur du maintien à domicile, permettent de faire face aux évolutions démographiques sur la durée du présent schéma.



La qualité des prises en charge s'est améliorée au travers les conventions tripartites qui ont permis de faire progresser les taux d'encadrement du personnel de manière significative depuis leur mise en œuvre.

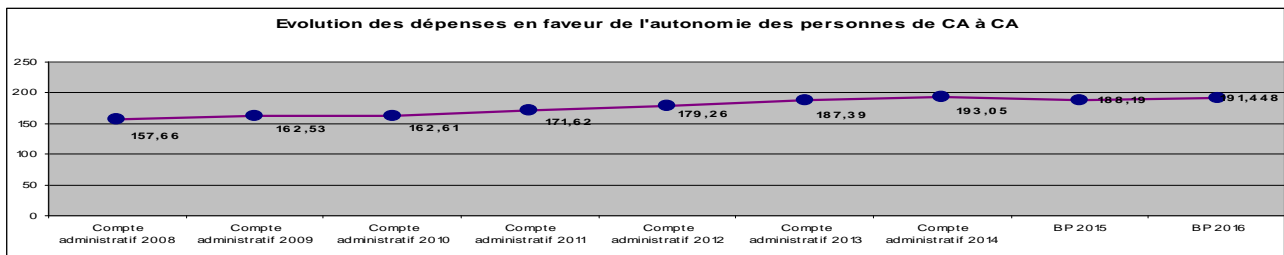
1 533 ETP ont été créés dans ce cadre (section hébergement, dépendance et soins) portant le ratio moyen d'encadrement global à 0,63 poste / place pour un coût global (ouvertures d'établissements comprises) de 43 234 05 € dont 18 312 350 € accordés par le Département (section hébergement et section dépendance) et 25 519 426 € accordés pour la section soins par l'ARS.

V/ Le budget départemental en faveur de l'autonomie des personnes

La politique à destination des personnes âgées et des personnes handicapées représente 191,6 millions d'euros en budget de fonctionnement en 2016. Hors dépenses de fonctionnement, le Département consacre chaque année une part de son budget aux investissements à hauteur de 5 millions d'euros environ liés au soutien aux constructions ou rénovations des établissements d'hébergement pour personnes âgées.

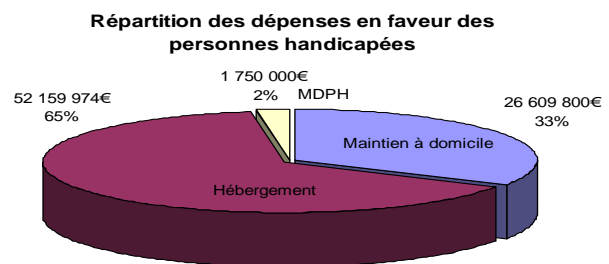
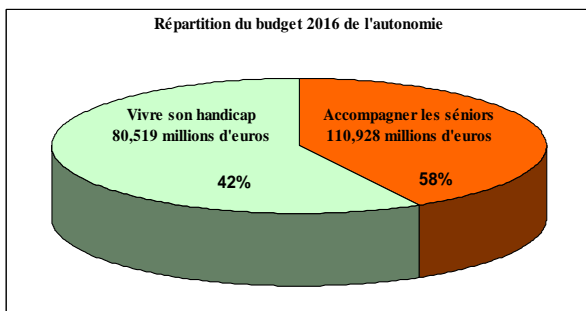
L'accroissement du budget de l'autonomie qui est passé de 167,38 millions d'euros en 2009 à 191,45 millions en 2016 est lié pour l'essentiel à la montée en charge de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) et aux créations de places en établissement et service.

+ 14,4% en 6 ans du budget 2009 à celui de 2016 → +3,5% sur le secteur des personnes âgées
→ +45% sur le champ du handicap

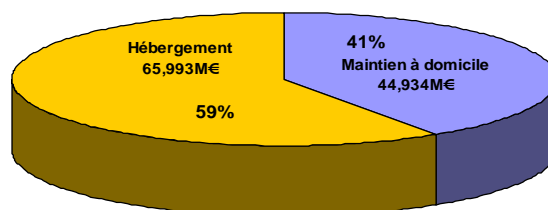


Le budget de fonctionnement des établissements reste le 1^{er} poste des dépenses représentant 61,5% des dépenses globales pour un montant de 117,830 M€ (y compris APA en établissement). Les allocations individuelles de solidarité (APA à domicile, PCH et ACTP), 2^{ème} poste de dépenses, pèsent pour 61,83 M€. Ces prestations constituent des éléments déterminants de la politique départementale de maintien à domicile.

Les dépenses globales d'APA (à domicile et en établissement) à hauteur de 67,73 M€ représentent 61% des dépenses en faveur des personnes âgées et plus du tiers du budget total des dépenses liées à l'Autonomie (35%).



Répartition des dépenses en faveur des personnes âgées



Partie 3 : Orientations et actions 2016 - 2020



Les concertations menées durant la phase d'élaboration ont permis de dégager des recommandations d'actions à mettre en œuvre dans le cadre du schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes 2016-2020.

La réflexion a également mis en évidence la nécessité de poursuivre, développer ou d'optimiser un certain nombre d'actions engagées dans le précédent schéma.

A partir de ces propositions, quatre orientations stratégiques ont été définies, déclinées en 20 axes principaux, autour desquelles le Conseil départemental va organiser sa politique en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes porteuses d'un handicap sur les cinq prochaines années :

- 1. Anticiper, prévenir (5 axes)**
- 2. Soutenir le choix de vie (5 axes)**
- 3. Proposer un accompagnement adapté aux besoins de chacun (5 axes)**
- 4. Piloter et garantir l'efficacité du schéma (5 axes)**

Chacun des 20 axes est décliné en objectifs opérationnels, 81 au total.

Les orientations retenues reposent sur des engagements forts réaffirmés par le Conseil départemental et communs à l'ensemble des politiques sociales pilotées par le Département :

- le respect de la citoyenneté et des droits des personnes
- le respect du libre choix du mode de vie
- l'adéquation des réponses aux besoins individuels des personnes
- la qualité de l'accompagnement.

Alors que les précédents schémas reposaient sur des vastes plans de créations de places, le présent schéma s'oriente davantage vers la prise en compte du projet de vie des personnes et la diversification de l'offre. Les orientations retenues sont basées sur la valorisation de l'accompagnement individuel des personnes et de leur entourage. Le schéma fait également appel à la notion de citoyenneté, considérer les personnes non autonomes comme des citoyens à part entière mais aussi faire appel à la citoyenneté de chacun pour l'accompagnement des personnes.

Le programme ambitieux retenu met en exergue les axes les plus prégnants sans pour autant exclure d'autres projets. Il tient compte des caractéristiques du département, des attentes des publics concernés et de la diversité des acteurs.

Chaque orientation et chaque axe fera l'objet d'une évaluation selon des indicateurs définis, en concertation, pour chaque action.

ORIENTATION 1 : Anticiper, prévenir

Au vu des évolutions sociodémographiques, les démarches de prévention sont des éléments primordiaux pour le maintien de l'autonomie des personnes, en particulier celles vivant à domicile.

Leur mise en œuvre permet de retarder l'entrée dans la dépendance ou d'éviter l'aggravation des conditions de vie. La prévention relève d'une démarche globale allant d'une meilleure information ou de la lutte contre l'isolement au repérage des situations de fragilité.

La mise en place de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées est un nouvel outil en la matière. Elle permettra via la mutualisation des démarches, l'identification des actions existantes et le développement de nouvelles actions de décliner une politique de prévention concertée.

Par ailleurs, les proches aidants occupent une place essentielle dans l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie, c'est pourquoi leurs besoins de soutien est un des enjeux forts du maintien à domicile. Pour les soutenir et éviter les ruptures, les professionnels ont un rôle central dans le repérage des situations les plus fragiles.

| | |
|----------------|--|
| Axe 1.1 | Assurer un meilleur accès des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et de leurs proches à l'information et aux droits |
| Axe 1.2 | Améliorer les dispositifs de prévention et mieux repérer les situations de fragilité |
| Axe 1.3 | Renforcer l'aide aux aidants et développer l'offre de répit |
| Axe 1.4 | Améliorer l'accès à la santé des personnes âgées et des personnes porteuses d'un handicap |
| Axe 1.5 | Rompre l'isolement des personnes |

ORIENTATION N°1 :
ANTICIPER, PREVENIR

Axe N°1-1 : Assurer un meilleur accès des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et de leurs proches à l'information et aux droits

| | |
|-------------------------------|--|
| CONTEXTE | <p>Les dispositifs à destination des personnes âgées et des personnes handicapées sont multiples et complexes. Une information de qualité en direction des usagers et de leurs proches conditionne l'accès aux droits mais aussi à leur exercice. Les personnes ont besoin de lieux bien repérés et accessibles où elles puissent trouver une information de qualité répondant à leurs besoins. Différents acteurs ont développé des actions d'information à destination des personnes âgées et des personnes handicapées, toutefois il est important de structurer la communication en direction de ces publics et aussi à destination du grand public dans une démarche stratégique d'information cohérente et équitablement répartie sur le territoire.</p> |
| OBJECTIFS STRATEGIQUES | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Améliorer l'accès au droit et faciliter son exercice ❖ Renforcer la lisibilité des dispositifs. ❖ Sensibiliser le grand public à la perte d'autonomie et au handicap. ❖ Garantir un accès équitable à l'information à l'ensemble du territoire départemental. |
| PARTENAIRES CONCERNES | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Usagers ❖ CCAS et communes ❖ Associations représentatives de personnes âgées et de personnes handicapées ❖ Conseil départemental ❖ MDPH ❖ CLIC |
| PLANIFICATION | Durée du schéma |

**OBJECTIFS
OPERATIONNELS**

- ❖ Modéliser un réseau d'accueil, d'information et d'orientation de proximité.
- ❖ Définir un socle d'information commune claire, adaptée, accessible :
 - Elaborer une information claire, rassurante, accessible, adaptée au besoin, régulièrement actualisée.
 - Définir un contenu unique quel que soit le support de diffusion adopté, actualisé et accessible aux personnes âgées, personnes handicapées et les professionnels dans leur ensemble.
 - Recourir à un langage adapté en fonction du handicap :
 - Langage facile à comprendre
 - Langue des signes française,
 - Braille
 - Bornes visio, audio...
 - A élaborer en concertation avec les usagers et les citoyens.
- ❖ Elaborer ou faire évoluer les outils et supports de communication :
 - Organiser des points de rencontre :
 - Forum et conférence « Bien vieillir »,
 - « RDV des droits à 75 ans »,
 - Diversifier les supports de communication :
 - « Guide du bien vieillir »,
 - Affiche « Se faire accompagner »,
 - Actions médiatiques : émissions de radio, spots publicitaires, articles de presse
 - Editer un « Qui fait quoi ? où ? », guide d'orientation des professionnels, référents handicaps territorialisés
 - Amélioration des outils existants (site internet, ligne MDPH pour les professionnels).
- ❖ Assurer un accueil intégré, personnalisé et territorialisé de proximité :
 - Territorialiser l'accueil et l'information :
 - Définir des points stratégiques d'accès à l'information (professionnel de santé, hôpitaux, associations, mairie, CCAS, CMS),
 - Promouvoir le modèle du guichet intégré (notion de graduation de la réponse).
 - Engager une réflexion sur une expérimentation d'accueil social au sein des Maisons de santé pluri professionnelles.
 - Favoriser la montée en qualité des accueils existants de proximité par un travail partenarial autour d'outils communs et harmonisés.
 - Favoriser une approche globale tenant compte des besoins et non par dispositif.
 - Réactualiser la charte d'accueil de proximité de qualité.
 - Créer des réseaux par micro territoire (animation et fonctionnement).

| ORIENTATION 1 : | |
|--|--|
| ANTICIPER, PREVENIR | |
| Axe N°1-2 : Améliorer les dispositifs de prévention et mieux repérer les situations fragilité | |
| CONTEXTE | <p>La loi d'adaptation de la société au vieillissement a prévu la création de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, nouvel outil structurant en matière de prévention. En effet, pour limiter ou anticiper les effets de la perte d'autonomie ou de l'aggravation d'une situation (sanitaire, sociale, entourage...), il est nécessaire de repérer le plus en amont possible la fragilité d'une personne.</p> <p>L'identification des situations de fragilité permet d'orienter les usagers vers les dispositifs de prévention mais aussi d'anticiper les situations de crise et d'en réduire, ainsi, leur impact. La nécessité de travailler davantage en amont des prises en charge, notamment dans un souci de repérage des situations en risque de rupture (isolement social, environnement peu adapté) a été mise en exergue ainsi que les difficultés d'anticipation dues à l'insuffisance de coordination entre des intervenants qui disposaient tous d'une partie de l'information.</p> |
| OBJECTIFS STRATEGIQUES | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Promouvoir l'autonomie des personnes. ❖ Prévenir le risque de perte d'autonomie des personnes en situation de fragilité ou d'aggravation du handicap. ❖ Garantir un accès équitable aux dispositifs de prévention à l'ensemble du territoire départemental. |
| PARTENAIRES CONCERNES | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Usagers ❖ CCAS et communes ❖ Conseil départemental ❖ Associations représentatives de personnes âgées et de personnes handicapées ❖ MDPH ❖ CLIC ❖ Etablissements et services |
| PLANIFICATION | Durée du schéma |

| | |
|---|--|
| <p>OBJECTIFS OPERATIONNELS</p> | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Elaborer un programme départemental coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention dans le cadre de la Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie des personnes âgées (CFPPA). ❖ Etendre cette démarche au champ du handicap. ❖ Dépister le plus tôt possible les situations de fragilité : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Formaliser une procédure. ➤ Rétablir du lien social. ➤ Orienter vers le médecin traitant. ❖ Construire une méthode d'identification concertée, décloisonnée et territorialisée des personnes en état de fragilité : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Prendre en compte une définition commune, proche de la vulnérabilité, état réversible, 8 facteurs de fragilité tels que définis par le centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC). ➤ Sensibiliser le grand public pour identifier la fragilité et agir sur l'isolement. ➤ Elaborer une grille commune à destination du grand public et des professionnels. ➤ Changer de terminologie « bien vieillir » plutôt que « perte d'autonomie » et « autonomie » plutôt que de handicap ➤ Utiliser des vecteurs variés : journaux, radios, mairies, MONALISA ➤ Concevoir une procédure d'alerte et de suivi des situations identifiées. |
|---|--|

| ORIENTATION N°1 : | |
|--|---|
| ANTICIPER, PREVENIR | |
| Axe N°1-3 : Renforcer l'aide aux aidants et développer l'offre de répit | |
| CONTEXTE | <p>Les proches aidants constituent un appui essentiel, pour le maintien à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées. Ils sont souvent isolés et rencontrent des difficultés liées à l'absence de temps de répit ou de soutien.</p> <p>Dans un certain nombre de cas, ils peuvent subir, eux mêmes, une altération de leur état de santé.</p> <p>Pour les personnes handicapées, la question vieillissement des proches aidants nécessite une attention plus spécifique.</p> <p>Les solutions de répit s'appuient, pour l'essentiel, sur les accueils de jour et hébergements temporaires. Toutefois, une offre de répit complémentaire reste à promouvoir.</p> <p>Les proches aidants jouent un rôle essentiel auprès de leurs proches âgés ou handicapés. Pour qu'ils puissent s'investir de manière durable il est important de pouvoir anticiper les situations de fragilité et d'épuisement des aidants et de renforcer ou développer les actions de soutien.</p> |
| OBJECTIFS STRATEGIQUES | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Garantir un accès équitable aux dispositifs de soutien aidant-aidé. ❖ Favoriser la prise de conscience du rôle du proche aidant. ❖ Permettre le maintien à domicile en soutenant les proches aidants. ❖ Eviter l'épuisement des aidants, rompre leur isolement, faciliter et préserver le maintien de la vie sociale de l'aidant. |
| PARTENAIRES CONCERNES | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Usagers ❖ Conseil départemental ❖ Associations représentatives de personnes âgées et de personnes handicapées ❖ MDPH ❖ Etablissements et services |
| PLANIFICATION | Durée du schéma |

| | |
|---|---|
| <p>OBJECTIFS OPERATIONNELS</p> | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Développer la formation et l'information en direction des proches aidants : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Améliorer la lisibilité des actions de prévention en direction des aidants. ➤ Convaincre les proches aidants de la nécessité du recours aux solutions de répit. ➤ Développer des actions pratiques sur l'ensemble du territoire. ➤ Légitimer l'expérience des aidants : formation par les pairs, « Experts en expérience ». ❖ Sensibiliser les aidants aux risques d'épuisement : cf. Axe N° 1-3) <ul style="list-style-type: none"> ➤ Les informer le plus précocement possible. ➤ Recourir au parrainage, aux « Experts en expérience » ❖ Développer, articuler et mettre en cohérence les dispositifs existants d'aide et de répit aux aidants et aux aidés. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Expérimenter des modes de soutien individuel (aide psychologique) ➤ Ouvrir des espaces de parole. ➤ Développer des modes alternatifs d'accueil : accueil familial séquentiel, temporaire. ➤ Expérimenter des formules de répit à domicile type « baluchonnage ». ➤ Développer des lieux d'accueil pour les proches aidants et les aidés sur le territoire (exemple de la Maison des aidants). ➤ Mobiliser les sorties et séjours de vacances. ❖ Développer le soutien aux proches aidants de personnes handicapées : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Anticiper le vieillissement des proches aidants de personnes handicapées. ➤ Expérimenter la mise en place d'un référent de parcours aux familles d'enfants handicapés familial en soutien. |
|---|---|

| | |
|--|---|
| ORIENTATION 1 : | |
| ANTICIPER, PREVENIR | |
| Axe N°1-4 : Améliorer l'accès à la santé des personnes âgées et des personnes porteuses d'un handicap | |
| CONTEXTE ET ENJEUX | <p>L'accès à la santé et aux soins est un marqueur fondamental de l'autonomie des personnes à domicile mais aussi en établissement. La santé des personnes âgées ou en situation de handicap ne relève pas d'une compétence directe du Département. Mais, si on considère la santé au sens de sa définition dans la charte d'OTTAWA, des leviers existent (accompagner les personnes dans l'accès à leurs droits, assurer une meilleure coordination des acteurs, sensibiliser aux handicaps et aux effets du vieillissement...) et peuvent contribuer à un accès équitable à la santé.</p> <p>La sensibilisation des professionnels de santé aux difficultés d'accès de certains publics handicapés notamment demeure d'actualité.</p> |
| OBJECTIFS STRATEGIQUES | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Promouvoir une approche globale d'accès à la santé au sein d'un parcours individualisé. ❖ Dynamiser le travail en réseau et décloisonner les institutions. |
| PARTENAIRES CONCERNES | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Professionnels de santé ❖ ARS ❖ Hôpitaux ❖ CPAM ❖ Associations de personnes handicapées ❖ Associations de personnes âgées ❖ Caisses de retraite et mutuelles ❖ Conseil départemental |
| PLANIFICATION | Durée du schéma |

**OBJECTIFS
OPERATIONNELS**

- ❖ Promouvoir des outils de repérage et d'orientation :
 - Poursuivre la réflexion sur le non recours à l'offre publique dans le cadre d'un partenariat avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Gard et la Plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé dans le Gard (PFIDAS)
 - Poursuivre la participation au travail engagé par la Mutualité Française sur l'accès des personnes handicapées aux examens de dépistage.
 - ONCODEFI, Charte Territoriale des solidarités avec les aînés

- ❖ Accompagner et soutenir l'implication des acteurs de 1er recours.
 - Proposer des formations pluridisciplinaires : médicale sociale et médico-sociale, entre professionnels, associations, et aidants comme experts.
 - Repérer les espaces de coordination existants et compléter l'existant.
 - Favoriser le travail en réseau, la coordination des acteurs et le décloisonnement des services.
 - Poursuivre le soutien du département à l'installation des Maison de Santé Pluri-professionnelles (MSP).

- ❖ Agir en promotion de la santé en direction des plus fragiles :
 - Proposer des actions collectives de sensibilisation dans les MSP.
 - Favoriser l'autonomie des personnes.
 - Accompagner les personnes fragiles.
 - Réaffirmer le rôle de la Protection Maternelle et Infantile en matière de dépistage du handicap et de suivi des nouveaux nés à risque.

- ❖ Contribuer à l'organisation d'un accès de proximité à la santé.
 - Le transport comme levier pour favoriser l'accès de proximité à la santé :
 - Faciliter les différents modes de déplacement
 - Faciliter le transport adapté
 - Soutenir le bénévolat
 - Favoriser la mobilité inversée par la décentralisation des consultations médicales.
 - Construire et suggérer le recours à des outils de communication adaptés :
 - Guide de l'accueil des personnes sourdes en milieu hospitalier.
 - Prise de rendez-vous par mail, par SMS pour les handicapés sensoriels.
 - Faciliter l'accès à la santé de publics spécifiques

| | |
|---|--|
| ORIENTATION N°1 : | |
| ANTICIPER, PREVENIR | |
| Axe N°1-5 : Rompre l'isolement des personnes | |
| CONTEXTE | <p>La lutte contre l'isolement des personnes est un axe fort de la politique de prévention. Beaucoup de facteurs peuvent contribuer à l'isolement : l'âge, le vieillissement, le handicap, la perte de mobilité, l'éloignement de l'entourage, la précarité, le veuvage ou divorce...</p> <p>La vie sociale, le contact avec les autres, le fait d'échanger, de s'instruire et même de se distraire ensemble est un facteur important d'équilibre et d'épanouissement personnel.</p> |
| OBJECTIFS STRATEGIQUES | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Favoriser une vie à domicile de qualité. ❖ Améliorer le quotidien des personnes. ❖ Asseoir la politique préventive départementale de lutte contre l'isolement. |
| PARTENAIRES CONCERNES | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Membres de la Coopération départementale MONALISA ❖ Membres de la Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie des personnes âgées. ❖ Conseil départemental ❖ Associations de personnes handicapées et de personnes âgées ❖ Communes, CCAS |
| PLANIFICATION | Durée du schéma |

| | |
|---|---|
| <p>OBJECTIFS OPERATIONNELS</p> | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Favoriser le développement de MONALISA et sa pérennité dans le département : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Contribuer à l'élaboration d'un plan de communication. ➤ Soutenir et participer à un événement annuel pour faire connaître MONALISA. ➤ Formaliser l'engagement du département par la signature de la charte nationale MONALISA. ❖ Participer à l'élaboration des outils d'accompagnement de la coopération départementale et des équipes de bénévoles : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Guide de la mise en place d'une équipe citoyenne MONALISA ➤ Règles de fonctionnement de la Coopération ❖ Valoriser et promouvoir l'action des bénévoles inscrits dans un réseau de proximité. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Former les bénévoles des équipes citoyennes MONALISA et leurs référents. ❖ Favoriser le développement des initiatives de proximité dans le champ de la lutte contre l'isolement. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Notamment par la prise en compte des actions de prévention proposées par ces équipes dans le cadre de la CFPPA. ➤ Etendre la démarche de lutte contre l'isolement à la population des personnes handicapées. ➤ Promouvoir l'utilisation des nouvelles technologies de la communication (NTC) dans la lutte contre l'isolement : <ul style="list-style-type: none"> ○ Réseaux sociaux, communautaires, ... |
|---|---|

ORIENTATION 2 : Soutenir le choix de vie

Le respect du choix de vie, le plus souvent à domicile, des personnes âgées et des personnes handicapées repose sur leur participation aux prises de décisions qui les concernent.

La personne doit pouvoir demeurer et vivre au mieux dans l'environnement de son choix. L'autonomie des personnes est au cœur de cette orientation qui porte, entre autres, sur l'adaptation du logement, le maintien de la vie sociale et les transitions entre domicile et prise en charge plus institutionnelle. Les dernières années ont été marquées par le développement de nouvelles technologies de communication et de domotique. Celles-ci peuvent également faciliter l'intervention des aidants professionnels ou familiaux et contribuer, ainsi, à l'amélioration de la qualité de vie.

Le renforcement de la coopération entre acteurs ainsi que la complémentarité des prises en charge constituent, aussi, des leviers pour répondre qualitativement à l'accompagnement des personnes.

| | |
|----------------|--|
| Axe 2.1 | Mieux prendre en compte la parole et de la volonté des usagers et de leurs familles |
| Axe 2.2 | Favoriser l'accès à un logement adapté |
| Axe 2.3 | Favoriser le maintien ou l'accès à la vie sociale |
| Axe 2.4 | Anticiper sur les transitions et assurer la fluidité des parcours |
| Axe 2.5 | Accompagner la parentalité des parents handicapés |

| ORIENTATION 2 : | |
|---|---|
| SOUTENIR LE CHOIX DE VIE | |
| AXE N°2-1 : Mieux prendre en compte la parole et la volonté des usagers et de leurs familles | |
| CONTEXTE | <p>Les politiques sociales peinent souvent à recueillir la parole des personnes qui sont, pourtant, les premières destinataires des actions mises en œuvre.</p> <p>La prise en compte de la parole et de la volonté de l'utilisateur et/ou de sa famille est essentielle dans chaque acte et tout au long de son parcours de vie.</p> <p>Les outils de la loi du 2 janvier 2002, Conseil de vie sociale entre autres, ont constitué un levier dans la mise en œuvre des droits des usagers au sein des établissements médico-sociaux.</p> <p>Toutefois, leur mise en place ne suffit pas toujours pour créer une véritable dynamique d'expression des usagers tout au long de leur parcours et des outils adaptés doivent être mis en place.</p> |
| OBJECTIFS STRATEGIQUES | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Créer les conditions de vie citoyenne pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées, en différenciant la situation des personnes accueillies en établissement où il existe déjà des outils formalisés de celle des personnes vivant à domicile. ❖ Permettre aux plus fragilisés de s'exprimer en respectant la temporalité, l'évolution dans le temps de la parole et de la volonté des personnes. Instaurer un suivi régulier. ❖ Respecter le choix des personnes et miser sur la co-construction : permettre à un projet irréalisable à l'instant « T » de le devenir dans l'avenir. ❖ Améliorer le respect du choix de la personne dans l'élaboration de son projet. |
| PARTENAIRES CONCERNES | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ❖ Etablissements et services pour personnes handicapées ❖ Services d'aide à domicile ❖ Caisses de retraite, Inter-régime ❖ Associations de personnes âgées ❖ Associations de personnes handicapées ❖ Services du Conseil départemental ❖ MDPH |
| PLANIFICATION | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Durée du schéma |

| | |
|---|--|
| <p>OBJECTIFS OPERATIONNELS</p> | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Proposer des actions collectives de prévention : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Permettre d'anticiper la perte d'autonomie. ➤ Aider à formaliser sa volonté pour l'avenir. ➤ Aider à désigner une personne de confiance, référente du parcours de vie. ❖ Expérimenter un « Carnet de vie » <ul style="list-style-type: none"> ➤ Recueil de la volonté, de la parole, des habitudes de vie de la personne quand c'est (encore) possible. ➤ A intégrer dans le « Cahier de liaison » à domicile. ❖ Intégrer les personnes et leur famille dans l'élaboration de l'aide et de la coordination à domicile : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Effectuer le recueil de l'évaluation initiale en commun (services PA/PH, SAD, famille, SAVA, MDPH, ...) ➤ Effectuer un diagnostic partagé ➤ Instituer un temps de coordination ➤ Préserver les conditions matérielles d'intervention à domicile pour les professionnels (principe de réalité). ❖ Soutenir l'utilisation des outils existants en établissement quand c'est nécessaire. (cf. fiche axe N°3-1) ❖ Travailler les postures professionnelles : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Culture commune de l'éthique ➤ Formations à la co-construction d'un projet ➤ Accompagnement à « l'acceptation » ➤ Analyses des pratiques professionnelles. |
|---|--|

ORIENTATION 2 :

SOUTENIR LE CHOIX DE VIE

Axe 2-2 : Favoriser l'accès à un logement adapté

| | |
|-------------------------------|--|
| CONTEXTE | <p>L'aspiration des Français qui avancent en âge est claire et sans ambiguïté : ils souhaitent, en très grande majorité, vieillir à domicile, même si leur état de santé venait à se dégrader.</p> <p>Le logement constitue la clef de la vie quotidienne des personnes âgées et donc un levier d'action pour la préservation de leur autonomie.</p> <p>L'inadaptation du logement à la perte d'autonomie de la personne est la 3^{ème} cause d'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dans le département.</p> <p>Le secteur de la domotique est en plein développement. Si ces aides techniques ne sauraient se substituer à l'accompagnement d'un aidant, elles sont susceptibles de favoriser la prévention (téléassistance, télésurveillance), de la santé (télé médecine), la communication, le maintien du lien social (réseaux sociaux, liaisons familiales) et le confort (commandes vocales, volets...). Elles peuvent également faciliter l'action des aidants.</p> |
| OBJECTIFS STRATEGIQUES | <ul style="list-style-type: none">❖ Prévenir la perte d'autonomie par l'adaptation du logement et faire en sorte que les difficultés techniques, économiques et administratives soient le moins souvent possible un frein à la réalisation des travaux d'adaptation.❖ Améliorer la qualité de vie et la sécurité des personnes à domicile.❖ Permettre le développement et l'accès du plus grand nombre aux technologies favorisant l'autonomie comme la domotique y compris en établissement. |
| PARTENAIRES CONCERNES | <ul style="list-style-type: none">❖ Bailleurs sociaux❖ ANAH❖ Caisses de retraites❖ Agglomérations et EPCI❖ Conseil départemental (DATH, DAUT)❖ MDPH |
| PLANIFICATION | Durée du schéma |

| | |
|---|--|
| <p>OBJECTIFS OPERATIONNELS</p> | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Développer l'offre quantitative de logements adaptés notamment dans le parc social afin d'offrir une alternative. ❖ Poursuivre le soutien au développement des « Maisons en partage » et à la plateforme « Loc'Adapt 30 » par le Conseil départemental. ❖ Renforcer la collaboration avec les bailleurs sociaux en anticipant bien en amont la dépendance : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Construire les outils de connaissance du parc de logements adaptés et adaptables, de la population de locataires concernés. ➤ Suivre la production de logements neufs adaptés et rapprocher l'offre et la demande. ➤ Travailler les conditions d'adaptation des logements. ➤ Définir une adaptation « non stigmatisante » : minimum indispensable et logement évolutif. ➤ Inciter à recourir aux aides existantes (dégrèvement fiscal). ❖ Inciter les Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) à s'impliquer au travers de leurs compétences en matière d'urbanisme et d'accessibilité par l'inscription dans les Plans Locaux de l'Habitat (PLH) ❖ Faciliter les démarches d'adaptation du logement dans le parc privé : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Positionner un opérateur sur les zones rurales (hors agglos d'Alès et de Nîmes) pour l'aide au remplissage des dossiers de demandes de financements. ➤ Améliorer la coordination entre les intervenants (ANAH, Caisses de retraite, département, ...). ➤ Préciser le rôle des ergothérapeutes du département. ➤ Accompagner les personnes bénéficiaires de la PCH dans la réalisation des travaux d'aménagement de leur logement. ❖ Contribuer à un recours raisonné à la domotique : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Construire une veille domotique : <ul style="list-style-type: none"> ○ Pouvoir donner un avis éclairé sur les équipements disponibles, basé sur leur évaluation. ○ Evaluer les bénéfices sociaux : amélioration des conditions de vie, dépenses évitées. ○ Evaluer les impacts économiques : création d'entreprises, d'emplois. <p>➤ Promouvoir une utilisation pertinente des équipements :</p> |
|---|--|

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ Répondre à des besoins de sécurité, de confort et de communication. ○ Adapter l'équipement au besoin réel : gradation des besoins entre une perte d'autonomie débutante et la grande dépendance de certains handicaps majeurs. ○ Eviter le suréquipement. ○ Inciter les fournisseurs à accompagner l'installation et la prise en main des équipements. ➤ Former les intervenants à domicile à l'évaluation des besoins en équipements. <p>❖ Informer, soutenir et accompagner les personnes en perte d'autonomie dans leur accès à un logement adapté :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Proposer des actions collectives de prévention <ul style="list-style-type: none"> ○ Mettre en valeur les alternatives ○ Encourager les personnes à prendre une décision au « bon moment » ➤ Créer des outils d'information <ul style="list-style-type: none"> ○ Guide de l'aménagement du logement. ○ Livret « Infos travaux » personnalisé : que va-t-il se passer pendant les travaux ? ➤ Accompagner les personnes : <ul style="list-style-type: none"> ○ Réfléchir à un accompagnement au déménagement ○ Renforcer les liens entre les équipes sociales du département et les bailleurs sociaux sur ces publics. |
|--|---|

| ORIENTATION 2 : | |
|--|--|
| SOUTENIR LE CHOIX DE VIE | |
| AXE N°2-3 : Favoriser le maintien ou l'accès à la vie sociale | |
| CONTEXTE | <p>L'accès à la vie sociale sous tous ses aspects (sports, loisirs, culture...) suppose de permettre l'accès des personnes en perte d'autonomie à l'offre de services de droit commun tout en développant des réponses spécifiques adaptées.</p> <p>Les personnes handicapées et âgées se heurtent encore trop souvent à la méconnaissance de leurs problématiques, à la fois par le « grand public », ce qui peut constituer un frein à leur participation à la vie sociale, et par les professionnels chargés de la mise en accessibilité, ce qui peut compromettre l'efficacité de cette dernière.</p> |
| OBJECTIFS STRATEGIQUES | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Entendre et respecter le choix des personnes (référence à l'axe 2-1 sur le respect de la parole et de la volonté des personnes et de leur famille). ❖ Garantir aux personnes qui ne sont pas ou plus en capacité de se déplacer sans difficulté, de garder le lien avec la vie extérieure. ❖ Favoriser l'accessibilité des sites culturels, sportifs, et l'accès à la pratique d'activités (musées, médiathèques, sites naturels, clubs sportifs, centres de loisirs, manifestations...). ❖ Encourager les actions ou initiatives de proximité offrant des modes de transport adapté. |
| PARTENAIRES CONCERNES | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ❖ Etablissements et services pour personnes handicapées ❖ Services d'aide à domicile ❖ Caisses de retraite, Inter-régime ❖ Associations de personnes âgées ❖ Associations de personnes handicapées ❖ Coopération départementale MONALISA ❖ Services du Conseil départemental |
| PLANIFICATION | Durée du schéma |

| | |
|---|--|
| <p>OBJECTIFS OPERATIONNELS</p> | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Intégrer le public âgé et handicapé dans les différents dispositifs et schémas relatifs aux transports et/ou inventer, compléter l'offre de service. ❖ Lutter contre le manque de prise en compte de la vie sociale des personnes en perte d'autonomie : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Développer le « Vivre ensemble » par des moments de partage et de sensibilisation du public. ➤ Faire évoluer les mentalités et lutter contre les stéréotypes : <ul style="list-style-type: none"> ○ Reconnaître les choix propres des personnes. ○ Considérer l'accès à une vie sociale comme une priorité pour les personnes en perte d'autonomie. ➤ Former les accompagnants à l'exercice de la citoyenneté. ❖ Diversifier et adapter l'offre aux aptitudes des personnes : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Informer par une communication adéquate, recours à un langage adapté en fonction du handicap. (cf axe N° 1-1) ➤ Ouvrir des espaces : Forums, sites Web, Réseaux sociaux, Ateliers d'informations sur les droits des citoyens. ❖ Poursuivre la mise en accessibilité des lieux publics. ❖ Permettre aux personnes en perte d'autonomie de pouvoir se déplacer : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Développer le covoiturage, l'accompagnement par des valides, les actions solidaires type auto partage. ➤ Former les bénévoles au transport de personnes en perte d'autonomie. ➤ Développer les transports à la demande. |
|---|--|

ORIENTATION 2 :**SOUTENIR LE CHOIX DE VIE****Axe N°2-4 : Anticiper sur les transitions et assurer la fluidité des parcours**

| | |
|-------------------------------|--|
| CONTEXTE | <p>Les phases de transition dans le parcours de vie des personnes en perte d'autonomie, quel que soit leur âge, sont des périodes de fragilité accrue.</p> <p>Le parcours des enfants en situation de handicap et de leur famille s'avère souvent complexe, du fait de la multitude des professionnels et des institutions.</p> <p>L'accompagnement et la prise en charge des personnes adultes handicapées et âgées se trouvent au croisement des champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux dont les compétences sont partagées entre de nombreux intervenants. La diversité du paysage institutionnel nécessite ainsi de renforcer les temps de coordination entre les différents partenaires qui se doivent de répondre à une logique de complémentarité au service du parcours de vie.</p> <p>L'accompagnement des personnes en situation de perte d'autonomie nécessite une analyse globale de leurs besoins et la mobilisation de l'ensemble des acteurs.</p> |
| OBJECTIFS STRATEGIQUES | <ul style="list-style-type: none">❖ Sortir des logiques d'établissement et de service pour des logiques plus transversales afin d'assurer une plus grande adaptabilité et une individualisation des réponses.❖ Eviter les ruptures de parcours.❖ Accompagner les personnes sans prise en charge adaptée. |
| PARTENAIRES CONCERNES | <ul style="list-style-type: none">❖ Etablissements pour personnes handicapées et personnes âgées❖ Education nationale❖ Agence Régionale de Santé❖ Hôpitaux❖ Associations de personnes âgées❖ Associations de personnes handicapées❖ Accueillants familiaux❖ Conseil départemental |
| PLANIFICATION | <ul style="list-style-type: none">❖ Durée du schéma |

| | |
|---|--|
| <p>OBJECTIFS OPERATIONNELS</p> | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Encourager les coopérations dans une logique de complémentarité et de réactivité des dispositifs : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Améliorer la connaissance réciproque des acteurs. ➤ Développer des rencontres professionnelles régulières entre acteurs de proximité pour favoriser les échanges, l'interconnaissance des dispositifs et soutenir le partage d'expérience et de pratiques professionnelles. ➤ Développer les liens entre services sociaux de secteur et établissements et services. ➤ Encourager la création de SPASAD. ❖ Inventer de nouvelles modalités d'accompagnement des parents d'enfants handicapés : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ouvrir des espaces de paroles pour les parents ➤ Faire appel à des parents « Experts en expérience » : éducation par les pairs. ➤ Expérimenter la mise en place d'un binôme de référents de parcours pour les enfants en situation de handicap pour faciliter l'accompagnement des parents. ❖ Renforcer la coordination des acteurs : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Réfléchir à un réseau « Enfant et Handicap » ➤ Organiser des temps de concertation pluridisciplinaires sur les territoires. ➤ Travailler les liens domicile-EHPAD, Hôpital- domicile. ❖ Anticiper sur les situations de crise, de rupture : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Agir sur les circonstances favorisantes : isolement, conflit, maladie intercurrente, modification brutale de l'environnement. ➤ Recourir à des solutions alternatives : baluchonnage, accueil familial temporaire, séquentiel, ... ➤ Rendre possible une double habilitation d'assistants maternels (enfants/adultes) pour les jeunes handicapées confiés l'Aide Sociale à l'Enfance. |
|---|--|

| ORIENTATION 2 : | |
|---|--|
| SOUTENIR LE CHOIX DE VIE | |
| AXE N°2-5 : Accompagner la parentalité des personnes handicapées | |
| CONTEXTE | <p>Le handicap quel qu'il soit fragilise la parentalité ; pour autant il n'exclut pas le désir d'enfant.</p> <p>L'éducation à la vie affective, à la sexualité et à la parentalité s'adresse aux adolescents handicapés comme aux autres.</p> <p>Les parents handicapés peuvent avoir besoin, de façon ponctuelle ou plus continue, d'un soutien et d'un accompagnement professionnel.</p> |
| OBJECTIFS STRATEGIQUES | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Accompagner des parents handicapés dans leur fonction parentale en s'appuyant sur leurs compétences. ❖ Aider les parents handicapés en difficulté à trouver des solutions de répit. ❖ Améliorer le niveau de compétence des professionnels intervenants dans l'accompagnement des parents handicapés. |
| PARTENAIRES CONCERNES | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Etablissements et services pour personnes handicapées ❖ Etablissements pour enfants handicapés ❖ Agence régionale de santé ❖ Hôpitaux ❖ Associations de personnes handicapées ❖ Accueillants familiaux, Familles d'accueil (mineurs) ❖ Conseil départemental |
| PLANIFICATION | Durée du schéma |

**OBJECTIFS
OPERATIONNELS**

- ❖ Réaffirmer le rôle de la Protection Maternelle et Infantile et des Centres de Planification et d'Education familiale dans leur mission d'éducation à la vie affective et sexuelle.
 - Proposer une éducation à la vie affective et à la sexualité aux jeunes handicapés.
 - Travailler à un accompagnement systématique des jeunes filles handicapées après une Interruption Volontaire de Grossesse.

- ❖ Mener des actions collectives de prévention auprès des jeunes handicapés :
 - Créer des groupes de paroles de parents en recourant à des parents handicapés « experts ».
 - S'appuyer sur l'Ecole des parents et des éducateurs.
 - Travailler cette thématique avec les services d'Aide Sociale à l'Enfance.

- ❖ Inciter à un travail en réseau sécurisant pendant la grossesse pour les personnes en difficultés :
 - Couvrir tous les champs d'intervention.
 - Inclure les organismes tutélaires.
 - Intervenir précocement lors des premières grossesses.
 - Nommer un référent de la famille dans les situations à risque.

- ❖ Après la naissance, assurer la continuité de l'accompagnement :
 - Elaborer des solutions de répit, d'aide pour une parentalité à temps partiel, continue, pérenne :
 - Famille d'accueil mère-enfant
 - Intervention à domicile
 - Places de crèches prioritaires
 - Renforcer le rôle des SAVS dans cet accompagnement.
 - Conforter la place du référent de la famille.

- ❖ S'appuyer sur toutes les ressources existantes :

Le propre réseau des intéressés : familial, amical, associatif

 - Travailler le décloisonnement des services et les articulations entre professionnels.
 - Recourir aux plateformes territoriales d'appui au niveau régional, accréditées par l'ARS.

- ❖ Renforcer la formation :
 - Formation initiale et continue sur le handicap des professions médicales et paramédicales, travailleurs sociaux.
 - Formations pluridisciplinaires sur le sujet pour les professionnels, associations, représentants d'utilisateurs.
 - Valoriser les compétences parentales et reconnaître l'expertise de parents handicapés.

ORIENTATION 3 : Proposer un accompagnement adapté aux besoins de chacun

L'orientation 3 a pour objectif de proposer une prise en charge soit à domicile soit en établissement soit via un dispositif alternatif permettant d'assurer aux personnes âgées dépendantes et aux personnes handicapées un accompagnement de qualité et adapté à leurs besoins tout au long de leur parcours. Toute personne handicapée ou âgée doit pouvoir choisir la réponse d'accompagnement qu'il souhaite ou qui correspond le mieux à ses attentes.

L'adéquation de l'accompagnement de la personne à son projet de vie tout au long de son évolution est un élément majeur de la qualité de la prise en charge. Cette adaptation repose sur la recherche d'une plus grande fluidité entre les acteurs, répondant ainsi, à une logique de complémentarité entre établissements et services.

Si le Département du Gard a fait le choix d'une politique de maintien à domicile depuis plusieurs années, il convient aussi de proposer un panel d'offres plus large et mieux articulé afin de répondre à la diversité des besoins. La structuration de l'offre de services et d'accueil en établissement constitue bien un enjeu majeur d'une politique départementale de la solidarité, d'autant plus que cette offre s'adresse aux plus fragiles.

La recherche de solutions innovantes doit permettre l'émergence de nouvelles prises en charge (accueil familial, accueil des situations d'urgence, habitat regroupé...) afin de satisfaire autant que possible les attentes des usagers.

En complément des efforts portés sur l'amélioration de l'habitat qui peuvent s'avérer insuffisants en raison soit de difficultés liées au logement soit à la situation de la personne, des formes innovantes d'habitat regroupé ont émergé notamment les « Maisons en partage ». Ces solutions alternatives entre domicile et établissement sont à favoriser comme l'une des réponses au souhait de vivre dans son domicile le plus longtemps possible.

| | |
|----------------|---|
| Axe 3.1 | Accompagner les acteurs dans l'amélioration continue des réponses à domicile et en établissement |
| Axe 3.2 | Diversifier l'offre de service pour mieux répondre aux besoins |
| Axe 3.3 | Promouvoir et soutenir l'accueil familial |
| Axe 3.4 | Accompagner les personnes en attente d'une place en établissement |
| Axe 3.5 | Mieux prendre en compte les spécificités de certains publics : Personnes Handicapées Vieillissantes, sourds et malentendants, Alzheimer et publics précaires |

ORIENTATION 3 : PROPOSER UN ACCOMPAGNEMENT ADAPTE AUX BESOINS DE CHACUN

AXE N°3-1 : Accompagner les acteurs dans l'amélioration continue des réponses à domicile et en établissement

| | |
|--------------------------------------|--|
| <p>CONTEXTE</p> | <p>La qualité de l'offre, son adéquation entre les besoins identifiés et les prestations proposées, renvoie à une dynamique d'efficience dans laquelle les établissements et services sont inscrits et qui doit se poursuivre.</p> <p>Pour les EHPAD, la mise en œuvre des conventions tripartites a permis l'amélioration de la qualité du service rendu notamment par l'augmentation des ratios d'encadrement et la finalisation des projets d'établissement.</p> <p>Une réflexion constante sur l'adaptation des dispositifs, leur organisation, leur fonctionnement, leur articulation et complémentarité est nécessaire au service des parcours des bénéficiaires. La loi du 2 janvier 2002 a posé, par ailleurs, le principe d'une évaluation continue de la qualité de service et la loi d'adaptation de la société au vieillissement, celui de la contractualisation avec l'ensemble des structures.</p> |
| <p>OBJECTIFS STRATEGIQUES</p> | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Répondre à l'attente d'individualisation des réponses et proposer aux personnes bénéficiant d'un accompagnement en établissement ou service médico-social, des prestations qui répondent de façon optimale à leurs besoins. ❖ Créer une dynamique d'amélioration continue des établissements et services en s'appuyant sur les évaluations internes et externes ainsi que sur les outils contractuels de type contrat d'objectif et de moyens ou charte qualité. ❖ Généraliser la logique de conventionnement ou de contractualisation avec les acteurs. |
| <p>PARTENAIRES CONCERNES</p> | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Etablissements et services ❖ ARS ❖ Centres hospitaliers ❖ MDPH ❖ Associations de personnes handicapées et de personnes âgées ❖ Conseil départemental ❖ SAAD et SAVS |
| <p>PLANIFICATION</p> | <p align="center">Durée du schéma</p> |

**OBJECTIFS
OPERATIONNELS**

- ❖ Assurer un suivi régulier de la situation des personnes âgées et des personnes handicapées à domicile :
 - Mettre en place un cahier de liaison commun à domicile dans un format pratique, facile d'usage.
 - Mettre en œuvre des outils de suivi régulier des personnes à domicile.
 - Associer les professionnels qui interviennent auprès de la personne (médecin traitant, aide à domicile, infirmiers, personnel éducatif...) à l'évaluation des besoins.
 - Identifier pour chaque situation qui le nécessite un référent de parcours.

- ❖ Mieux prendre en compte les attentes des bénéficiaires et résidents en diversifiant les modalités de recueil de leur parole ou de celle de leurs aidants :
 - Développer des conseils de vie sociale dans les services d'aide à domicile (SAAD, SAVS, SAMSAH).
 - Former des professionnels au recueil des attentes des personnes et de leurs aidants.
 - Améliorer la participation des familles et des bénéficiaires et résidents aux décisions qui les concernent.

- ❖ Renforcer la professionnalisation des salariés :
 - Former de manière croisée, interprofessionnelle des accueillants familiaux, des salariés des établissements et services par immersion des personnels en institution.
 - Former sur des spécificités liées à certains handicaps ou aux problématiques liées à l'âge.
 - Accompagner des salariés de l'aide à domicile de plus de 60 ans, salariés exposés au risque d'épuisement physique et psychologique.
 - Organiser des colloques, forums, conférences ouverts aux salariés de l'ensemble des secteurs.

- ❖ Répondre aux enjeux de qualité de prise en charge:
 - Poursuivre des démarches d'évaluations internes et externes en s'appuyant sur le travail engagé autour d'indicateurs qualité
 - Valoriser les conseils de vie sociale au sein des structures et services
 - Promouvoir des démarches de charte qualité
 - S'appuyer sur la démarche de contractualisation.

ORIENTATION 3 : PROPOSER UN ACCOMPAGNEMENT ADAPTE AUX BESOINS DE CHACUN

AXE N°3-2 : Diversifier l'offre de service

| | |
|--------------------------------------|--|
| <p>CONTEXTE</p> | <p>L'offre d'accueil en établissement et service constitue une composante majeure de la prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.</p> <p>Le Département a connu un accroissement de l'offre au cours des vingt dernières années. Toutefois, la stabilisation quantitative que va connaître le secteur, impose de s'engager dans une démarche de diversification et d'adaptation continue de manière à répondre de manière plus fine aux besoins individuels et aux situations complexes ou de crise.</p> <p>Le respect du parcours de vie est une priorité. Cela implique des solutions multiples en fonction de la nature du handicap, du degré de dépendance, de l'environnement de la personne, de son âge et de son choix de vie.</p> <p>Les services d'aide à domicile (SAAD, SAVS et SAMSAH) doivent, eux aussi, pouvoir diversifier leurs modes d'accompagnement.</p> <p>La diversification de l'offre passe aussi par le développement d'accueil temporaire, séquentiel, partiel, de nuit, de jour...et d'ouverture des établissements sur l'extérieur.</p> |
| <p>OBJECTIFS STRATEGIQUES</p> | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Diversifier l'offre pour répondre au plus près aux besoins. ❖ Améliorer la prise en charge des besoins spécifiques tels que l'urgence ou situations de crise. ❖ Proposer un panel de services et de structures dans une logique territoriale. |
| <p>PARTENAIRES CONCERNES</p> | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Etablissements et services ❖ ARS ❖ Centres hospitaliers ❖ MDPH ❖ Associations de personnes handicapées et de personnes âgées ❖ Conseil départemental ❖ SAAD et SAVS |
| <p>PLANIFICATION</p> | <p align="center">Tout au long du schéma</p> |

| | |
|---|--|
| <p>OBJECTIFS OPERATIONNELS</p> | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Développer des formules innovantes d'accueil et d'accompagnement des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Poursuivre le déploiement de Maisons en partage et de nouvelles formes de cohabitation. ➤ Créer des lieux de paroles, de répit type café des aînés, maison ouverte, maison des aidants. ➤ Expérimenter des formules d'accueil ou d'hébergement et la mutualisation d'heures d'aide humaine dans un souci de maillage territorial. ➤ Expérimenter des actions mutualisées entre établissements et services d'aide à domicile (SAAD, SAVS SAMSAH). ❖ Accompagner le parcours des personnes : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Simplifier les modalités d'orientation en établissement pour mieux s'adapter à l'évolution des besoins des personnes. ➤ Assouplir le passage entre ESAT et foyer de vie pour les travailleurs vieillissants. ➤ Permettre la diversification des prises en charge, internat, hébergement à temps complet, 1/2 internat, SESSAD ou service d'aide à domicile (sur l'exemple de l'expérimentation ITEP). ❖ Proposer des possibilités d'accueil en urgence sur chacun des territoires (UTASI), soit en établissement, soit en accueil familial, soit par une aide renforcée à domicile. ❖ Optimiser les places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lutter contre les freins psychologiques à l'usage de ces modalités d'accueil ➤ Optimiser les places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire existantes y compris en facilitant l'offre temporaire de courts séjours (hors établissement, itinérants, en accueil familial....). |
|---|--|

ORIENTATION 3 : PROPOSER UN ACCOMPAGNEMENT ADAPTE AUX BESOINS DE CHACUN

AXE N°3-3 : Promouvoir et soutenir l'accueil familial

| | |
|--------------------------------------|--|
| <p>CONTEXTE</p> | <p>La prise en charge en famille d'accueil de personnes âgées et handicapées, offre alternative, reste relativement peu connue par les familles. Pourtant, ce mode d'accueil à dimension familiale mérite d'être développé. Il s'agit en effet d'une alternative intéressante entre hébergement collectif et maintien à domicile.</p> <p>Dans le Gard, les modes d'accueil familial sont encore très largement orientés vers une prise en charge continue (24h/24) alors que des accueils alternatifs tels que temporaires, séquentiels ou de jour seraient pertinents en réponse aux besoins de répit des aidants d'autant que la loi d'adaptation de la société au vieillissement élargit les possibilités de prise en charge.</p> <p>Depuis 2010, un dispositif d'accueil familial salarié peut être mis en place (décret du 3 août 2010) sans concrétisation dans le Département.</p> <p>Enfin, le dispositif est réparti de façon inéquitable avec une concentration des accueillants familiaux sur le nord du Département.</p> |
| <p>OBJECTIFS STRATEGIQUES</p> | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Sortir des logiques d'établissement et de service pour des logiques plus transversales afin d'assurer une plus grande adaptabilité et une individualisation des réponses. ❖ Diversifier l'offre de service. ❖ Renforcer les réponses de répit et de proximité. |
| <p>PARTENAIRES CONCERNES</p> | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Etablissements et services ❖ Centres hospitaliers ❖ MDPH ❖ Associations de personnes handicapées et de personnes âgées ❖ Conseil départemental ❖ SAAD et SAVS ❖ Services tutélares |
| <p>PLANIFICATION</p> | <p align="center">Tout au long du schéma</p> |

| | |
|---|--|
| <p>OBJECTIFS OPERATIONNELS</p> | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Renforcer la professionnalisation de l'accueil familial : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaborer une charte de l'accueil familial : recommandations de bonnes pratiques, informations sur l'activité, le contrat, la rémunération, modalités de prise en charge pendant les temps de repos, rôle et place de chacun, etc... ➤ Expérimenter du salariat de familles d'accueil. ➤ Consolider les formations initiales et continues. ➤ Proposer des stages en ESMS ou en psychiatrie pour mieux appréhender le public accueilli. ➤ Favoriser l'accès aux formations dans les Etablissements et Services Médico-Sociaux. ➤ Proposer un accompagnement technique, un soutien moral et favoriser ainsi la reconnaissance professionnelle des accueillants familiaux. ➤ Mettre en place des temps de régulation des pratiques professionnelles et de groupes de parole. ➤ Formaliser les remplacements (absences, congés) des accueillants familiaux afin d'en garantir la qualité. ❖ Développer et diversifier les modalités d'accueil : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Diversifier les modes d'accueil, accueil séquentiel, accueil de jour, accueil à temps partiel... ➤ Prendre en compte ce dispositif dans le guichet intégré des MAIA. ➤ Soutenir le développement d'un réseau professionnel des accueillants familiaux. ➤ Engager une réflexion sur la possibilité d'un double agrément d'assistants maternels (enfants/adultes) pour les jeunes handicapées confiés l'Aide Sociale à l'Enfance. ➤ Améliorer la corrélation entre l'offre et la demande. ➤ Renforcer les réponses de proximité. ❖ Rendre plus attractif l'accueil familial <ul style="list-style-type: none"> ➤ Améliorer la connaissance du dispositif d'accueil familial et la réalité du métier auprès du public et des professionnels. ➤ Habilitier à l'aide sociale des places pour personnes âgées. |
|---|--|

ORIENTATION 3 : PROPOSER UN ACCOMPAGNEMENT ADAPTE AUX BESOINS DE CHACUN

AXE N°3-4 : Accompagner les personnes en attente d'une place en établissement

| | |
|-------------------------------|---|
| CONTEXTE | <p>Les personnes handicapées en attente d'une place en établissement et services médico-sociaux sont nombreuses au regard du nombre de places disponibles.</p> <p>Le rapport remis par Denis PIVETEAU, fin juin 2014, entérine le « devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture pour les personnes en situation de handicap et leurs proches, Zéro personne sans solution ».</p> <p>Pour les personnes âgées, l'enjeu est de pouvoir proposer une offre d'accueil de proximité correspondant à leurs besoins.</p> |
| OBJECTIFS STRATEGIQUES | <ul style="list-style-type: none">❖ Accompagner les personnes tout au long de leur projet de vie.❖ Assurer la continuité des prises en charge.❖ Rompre l'isolement des familles. |
| PARTENAIRES CONCERNES | <ul style="list-style-type: none">❖ Etablissements et services❖ Agence régionale de santé❖ Centres hospitaliers❖ MDPH❖ Associations de personnes handicapées et de personnes âgées❖ Conseil départemental |
| PLANIFICATION | 2016 - 2020 |

| | |
|---|---|
| <p>OBJECTIFS OPERATIONNELS</p> | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Accompagner les familles dans leurs démarches de recherche d'une place : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Proposer un suivi régulier des familles ➤ Formaliser une relance systématique des familles en attente d'une place en EHPAD. ➤ Maintenir le lien avec l'enseignant référent quand l'enfant change d'école ou de résidence. ❖ Proposer une offre alternative en attente d'une place : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Développer des modalités d'accueil séquentiel. ➤ Mettre en œuvre les préconisations du rapport Piveteau. ➤ Travailler en concertation entre la MDPH et les futurs pôles de compétences et de prestations. ➤ Finaliser du suivi des listes d'attente en établissements. ❖ Mettre en œuvre un accompagnement spécifique pour les enfants porteurs d'un handicap et suivis par les services d'aide sociale à l'enfance avec la MDPH. |
|---|---|

ORIENTATION 3 : PROPOSER UN ACCOMPAGNEMENT ADAPTE AUX BESOINS DE CHACUN

N°3-5: Mieux prendre en compte les spécificités de certains publics

| | |
|--------------------------------------|--|
| <p>CONTEXTE</p> | <p>Le schéma en faveur de l'autonomie des personnes priorise des actions qui s'adressent à tout public âgé ou en situation de handicap. Toutefois, une attention particulière doit être accordée à certains publics pour qui la question de l'accompagnement et des prises en charge se pose de manière plus spécifique : personnes handicapées vieillissantes, personnes en situation de handicap psychique, parents handicapés, personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou publics précaires vieillissants.</p> <p>Ces populations ont besoin d'un accompagnement adapté et de solutions de prise en charge diversifiées ainsi qu'une collaboration accrue entre les différents acteurs.</p> <p>Pour les personnes en situation de handicap psychique et sourdes ou malentendantes, l'évaluation menée par le Département et les concertations citoyennes, ont souligné le besoin d'assurer une spécificité des réponses à apporter.</p> |
| <p>OBJECTIFS STRATEGIQUES</p> | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Améliorer la prise en charge de personnes âgées ou en situation de handicap présentant des besoins spécifiques : personnes handicapées vieillissantes, handicap psychique, déficients sensoriels, maladie d'Alzheimer. ❖ Proposer des accompagnements plus proches des besoins. |
| <p>PARTENAIRES CONCERNES</p> | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Etablissements et services ❖ Agence régionale de santé ❖ Centres hospitaliers ❖ MDPH ❖ Associations de personnes handicapées et de personnes âgées ❖ Conseil départemental ❖ Inter-régime ❖ CPAM |
| <p>PLANIFICATION</p> | <p align="center">Durée du schéma</p> |

**OBJECTIFS
OPERATIONNELS**

- ❖ Mieux connaître ces publics et leurs difficultés d'accès aux soins et aux droits :
 - Mettre en place un recueil des données par type de handicap par la MDPH.
 - Partager des informations entre professionnels sur la situation des personnes selon les contraintes légales et la volonté des intéressés.
 - Développer de l'interconnaissance des acteurs à l'échelle des territoires.
 - Soutenir l'émergence et un bon fonctionnement des conseils locaux de santé mentale.
 - Poursuivre la concertation citoyenne de ces publics.
 - Mieux évaluer les besoins de ces publics par la MDPH (développement d'outils d'évaluation).

- ❖ Proposer une aide plus individualisée :
 - en s'appuyant sur l'expérience acquise par les personnes elles-mêmes soit sur leurs proches aidants (« experts en expérience »).
 - en soutenant les proches aidants.
 - en prenant mieux en compte la nature du handicap (et la fluctuance de ses conséquences) dans l'attribution des prestations.
 - en renforçant les liens entre acteurs de santé et intervenants médico-sociaux.
 - en proposant un accompagnement individuel dans les dispositifs de droit commun.
 - en mobilisant le plus en amont possible les services d'aide de type SAAD, SAVS ou SAMSAH (handicap psychique essentiellement).

- ❖ Développer le savoir-être et le savoir-faire des professionnels en proposant des formations aux :
 - personnel d'accueil, services du Département, MDP, CCAS...
 - personnel d'aide et d'accompagnement à domicile.
 - personnel en établissements pour personnes âgées et personnes handicapées.

- ❖ Mettre en œuvre des actions ciblées de prévention dans le cadre de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie :
 - en faveur de bénéficiaires du RSA de plus de 60 ans et des publics en fragilité économique et sociale.
 - en faveur des personnes handicapées vieillissantes.

ORIENTATION 4 : Piloter et garantir l'efficience du schéma

Cette orientation a pour objectif de faire du schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes un outil structurant et dynamique au service de la politique départementale.

En sa qualité de chef de file de l'action sociale et médico-sociale, le Département assume la responsabilité de la mise en œuvre du schéma avec l'ensemble des partenaires concernés. Le schéma étant conclu pour une durée de 5 ans et reposant sur la mobilisation voire sur le pilotage de plusieurs partenaires, il semble important de s'assurer de la pertinence et de la cohérence des différentes actions tout au long de cette période afin de pouvoir les actualiser en continu.

Une connaissance fine et actualisée des champs de l'autonomie sera aussi essentielle pour l'ajustement des réponses proposées.

Les actions retenues doivent permettre de :

- Mobiliser les partenaires impliqués dans la mise en œuvre des actions du schéma ;
- Faire du schéma un outil de pilotage opérationnel de la politique en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées pour le Département ;
- Réaliser les réajustements nécessaires en fonction des évolutions du contexte ;
- Faire vivre la démocratie citoyenne tout au long de la mise en œuvre du schéma.

L'ambition du Département est de promouvoir un mode de gouvernance associant les citoyens, les usagers et les partenaires.

| | |
|----------------|--|
| Axe 4.1 | Observer et communiquer |
| Axe 4.2 | Mettre en place les nouvelles instances de gouvernance locale |
| Axe 4.3 | Planifier, anticiper les évolutions |
| Axe 4.4 | Poursuivre l'évaluation continue des politiques publiques départementales |
| Axe 4.5 | Soutenir le partenariat autour des orientations du schéma |

| ORIENTATION 4 | |
|---|--|
| PILOTER ET GARANTIR L'EFFICIENCE DU SCHEMA | |
| Axe N°4-1 : Observer et communiquer | |
| CONTEXTE | Le manque d'information sur le public âgé ou en situation de handicap, ses besoins, ses attentes, ainsi que la nécessité d'adapter l'offre de prise en charge de manière continue, rendent nécessaire la création d'outils d'observation partagés entre les différents acteurs. |
| OBJECTIFS STRATEGIQUES | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Permettre un niveau d'information pertinent et actualisé des acteurs du champ de l'autonomie. ❖ Améliorer la connaissance de l'offre et de son évolution. ❖ Formaliser la fonction d'observation, d'analyse en matière de perte d'autonomie et de handicap. ❖ Améliorer la connaissance réciproque des acteurs. |
| PARTENAIRES CONCERNES | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Conseil départemental ❖ Agence Régionale de Santé ❖ Associations représentatives ❖ Etablissements et services médico-sociaux |
| PLANIFICATION | 2017-2020 |
| OBJECTIFS OPERATIONNELS | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Mettre en place un observatoire départemental de l'aide à domicile. ❖ Développer la mission d'observation de la MDPH. ❖ Poursuivre la mise en place des outils de suivi des places vacantes en établissement et service pour personnes handicapées. ❖ Dans le cadre des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens, définir et suivre des indicateurs et des données relatifs aux établissements et services. ❖ Réaliser un diagnostic complet sur l'offre départementale des SAAD (cartographie des services, étude prospective des besoins, ressources humaines...). ❖ Communiquer régulièrement sur l'état d'avancement du schéma. |

ORIENTATION 4

PILOTER ET GARANTIR L'EFFICIENCE DU SCHEMA

Axe N°4-2 : Mettre en place et animer les nouvelles instances de gouvernance locale

| | |
|--------------------------------|---|
| CONTEXTE | <p>La loi d'adaptation de la société au vieillissement crée de nouvelles instances représentatives des usagers et des acteurs de l'autonomie des personnes.</p> <p>L'installation des nouvelles instances en lien avec l'engagement du Conseil départemental, soucieux de la parole de ses concitoyens, ne doit pas se limiter à un exercice formel mais constituer, au contraire, un levier de démocratie sociale.</p> |
| OBJECTIFS STRATEGIQUES | <ul style="list-style-type: none">❖ S'assurer de la cohésion des politiques publiques en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées dans le département.❖ S'assurer de la représentation des publics concernés dans leur diversité.❖ S'assurer de la connaissance, de la prise en compte et de la mise en œuvre des orientations du schéma par l'ensemble des acteurs du secteur. |
| PARTENAIRES CONCERNES | <ul style="list-style-type: none">❖ Conseil départemental❖ Agence Régionale de Santé❖ Associations représentatives❖ Etat et acteurs institutionnels |
| PLANIFICATION | Dès 2016 |
| OBJECTIFS OPERATIONNELS | <ul style="list-style-type: none">❖ Structurer la gouvernance des politiques en faveur des personnes âgées ou en situation de handicap en installant les nouvelles instances :<ul style="list-style-type: none">➤ Conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées➤ Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie.❖ Mettre en place le comité de suivi du schéma et des outils de suivi. |

ORIENTATION 4

PILOTER ET GARANTIR L'EFFICIENCE DU SCHEMA

Action N°4-3 : Planifier, anticiper les évolutions

| | |
|--|--|
| CONTEXTE | <p>Conduire une politique médico-sociale départementale cohérente, qui soit adaptée aux évolutions implique des adaptations régulières en fonction :</p> <ul style="list-style-type: none">- des besoins repérés sur le territoire départemental- des orientations définies par l'assemblée départementale- prenant en compte l'offre existante et mobilisable- anticipant les évolutions législatives <p>Si nécessaire, des avenants au schéma pourront permettre des évolutions des dispositifs et l'adaptation de l'offre.</p> |
| OBJECTIFS STRATEGIQUES | <ul style="list-style-type: none">❖ Adapter, en continu, la politique sociale et médico-sociale départementale de solidarité en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.❖ S'assurer de la cohérence avec les différents plans et schémas régionaux et nationaux. |
| PARTENAIRES CONCERNES <i>CG, autres institutions, associations,...</i> | <ul style="list-style-type: none">❖ Conseil départemental❖ ARS❖ Etablissements et associations❖ Usagers et citoyens❖ Inter-régime❖ CPAM, CAF |
| PLANIFICATION | Durée du schéma |
| OBJECTIFS OPERATIONNELS | <ul style="list-style-type: none">❖ Actualiser de manière périodique les orientations du schéma en fonction de l'observation des besoins, de l'évaluation des actions engagées, de l'évolution des dispositifs et des modifications législatives.❖ Assurer la mise en cohérence avec les autres schémas et plans. |

ORIENTATION 4

PILOTER ET GARANTIR L'EFFICIENCE DU SCHEMA

Action N°4-4 : Poursuivre l'évaluation des politiques publiques en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées

| | |
|--------------------------------|---|
| CONTEXTE | Le département s'est engagé depuis une dizaine d'années dans une démarche d'évaluation continue de ses politiques publiques et en particulier de ses politiques sociales et souhaite poursuivre dans ce sens. |
| OBJECTIFS STRATEGIQUES | <ul style="list-style-type: none">❖ S'assurer de la pertinence et de l'impact des politiques et des actions menées.❖ Ajuster au mieux et en continu en fonction des constats. |
| PARTENAIRES CONCERNES | <ul style="list-style-type: none">❖ Conseil départemental❖ ARS❖ Etablissements et associations❖ Usagers et citoyens❖ Inter-régime❖ CPAM, CAF |
| PLANIFICATION | Durée du schéma |
| OBJECTIFS OPERATIONNELS | <ul style="list-style-type: none">❖ Evaluer les actions engagées dans le cadre du schéma.❖ Vérifier auprès de la population, la pertinence des politiques et des actions menées (Concertation citoyenne, Baromètre de la qualité de vie).❖ Adapter les orientations du schéma au regard de leur pertinence. |

ORIENTATION 4

PILOTER ET GARANTIR L'EFFICIENCE DU SCHEMA

Action N°4-5 : Soutenir le partenariat autour des orientations du schéma

| | |
|--------------------------------|--|
| CONTEXTE | <p>Le champ de l'autonomie des personnes bénéficie d'un partenariat multiple et varié. Néanmoins un renforcement de la structuration et de la coordination de ce partenariat apparaît nécessaire pour garantir la mise en œuvre du schéma.</p> |
| OBJECTIFS STRATEGIQUES | <ul style="list-style-type: none">❖ Formaliser les partenariats autour de la mise en œuvre des orientations du schéma.❖ Améliorer la structuration du partenariat.❖ Assurer une meilleure coordination de la politique départementale en faveur de l'autonomie avec celles de nos partenaires institutionnels. |
| PARTENAIRES CONCERNES | <ul style="list-style-type: none">❖ Etablissements et services pour personnes handicapées❖ Etablissements pour enfants handicapés❖ Agence régionale de santé❖ Hôpitaux❖ Associations de personnes handicapées❖ Accueillants familiaux, Familles d'accueil (mineurs)❖ Conseil départemental |
| PLANIFICATION | Durée du schéma |
| OBJECTIFS OPERATIONNELS | <ul style="list-style-type: none">❖ Poursuivre la contractualisation avec les établissements et services.❖ Conventionner avec les principaux partenaires sur le plan d'actions du schéma.❖ Assurer les articulations avec les nouvelles instances représentatives des Personnes âgées /Personnes Handicapées, Conférence des financeurs, CNSA, les caisses de retraite, |

Liste des annexes

- Composition du comité de pilotage
- Composition du comité technique
- Bilan du précédent schéma 2009-2015
- Synthèse des travaux des groupes de travail

GLOSSAIRE

| | |
|-------------|---|
| AAH : | Allocation aux Adultes Handicapés |
| ACTP : | Allocation Compensatrice pour Tierce Personne |
| ADMR : | Association d'Aide à Domicile en Milieu Rural |
| AGEFIPH : | Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées |
| ALD : | Affection de Longue Durée |
| AEEH : | Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé |
| APA : | Allocation Personnalisée d'Autonomie |
| APAE : | Allocation Personnalisée d'Autonomie en Etablissement |
| APAD : | Allocation Personnalisée d'Autonomie à Domicile |
| ARS : | Agence Régionale de Santé |
| ASE : | Aide Sociale à l'Enfance |
| ASH : | Aide Sociale à l'Hébergement |
| ASPA : | Allocation de Solidarité aux Personnes Agées |
| AVS : | Auxiliaire de Vie Scolaire |
| CABA : | Collectif Associatif du Bassin Alésien |
| CCAS : | Centre Communal d'Action Sociale |
| CAF : | Caisse d'Allocations Familiales |
| CARSAT : | Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail |
| CDAPH : | Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées |
| CDCPH : | Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées |
| CLIC : | Centre Local d'Information et de Coordination |
| CNAV : | Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse |
| CNSA : | Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie |
| CODERPA : | Comité Départemental des Retraités et des Personnes Agées |
| CPAM : | Caisse Primaire d'Assurance Maladie |
| CREAI-ORS : | Centre Régional d'Etudes d'Actions et d'Informations - Observatoire Régional de la Santé |
| DATH : | Direction de l'Aménagement du Territoire et de l'Habitat |
| DGADS : | Direction Générale Adjointe du Développement Social |
| DIRECCTE : | Direction régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi |
| DREES : | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques |
| EHPAD : | Etablissement d'Hébergement de Personnes Âgées Dépendantes |
| ESA : | Equipe Spécialisée Alzheimer |
| ESAT : | Etablissement et Service d'Aide par le Travail |
| ESMS : | Etablissement et Service Médico-Social |
| FIPHFP : | Fonds d'Insertion pour les Personnes Handicapées de la Fonction Publique |
| GIHP : | Groupement pour l'Insertion des personnes Handicapées Physiques |
| GIR : | Groupe Iso-Ressources (APA) |
| GMP : | Gir Moyen Pondéré |
| HAD : | Hospitalisation à Domicile |
| IME : | Institut Médico-Educatif |
| Itep : | Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique |
| MAIA : | Méthodes d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie |
| MARPA : | Maison d'Accueil et de Résidence Pour l'Autonomie |
| MDPH : | Maison Départementale des Personnes Handicapées |

| | |
|----------|--|
| MSA : | Mutualité Sociale Agricole |
| PAG : | Plan d'Accompagnement Global |
| PPC : | Plan Personnalisé de Compensation |
| PPS : | Plan Personnalisé de Scolarisation |
| PRIAC : | Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie |
| RSI : | Régime Social des Indépendants |
| SAAD : | Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile |
| SAVS : | Service d'aide à la Vie Sociale |
| SAMSAH : | Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés |
| SEMIGA : | Société Anonyme d'Economie Mixte Immobilière du Département du Gard |
| SESSAD : | Services d'Education Spéciale et de Soins A Domicile |
| SPASAD : | Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile |
| SSIAD : | Service de Soins Infirmiers à Domicile |
| TAD : | Transport Adapté à la Demande |
| ULIS : | Unité localisée pour l'Inclusion Scolaire |
| USLD : | Unité de Soins de Longue Durée |
| UTASI : | Unité Territoriale d'Action Sociale et d'Insertion |