



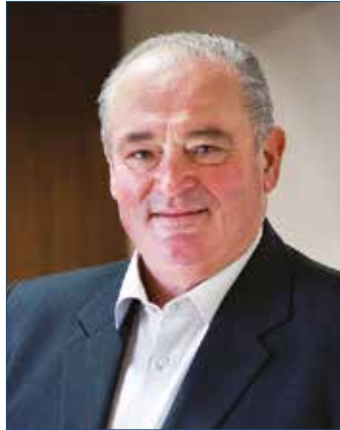
# SCHÉMA AUTONOMIE

Conseil Départemental  
des Pyrénées-Atlantiques



2019  
2023

# LE MOT DU PRESIDENT



Un schéma d'organisation sociale et médico-sociale : une obligation légale qui s'impose à nous tous les cinq ans mais c'est aussi et surtout un temps de réflexion nous permettant de porter un regard constructif sur la réalité et l'évolution des besoins des personnes en perte d'autonomie, au regard de l'offre existante sur notre territoire, pour, in fine, envisager ensemble les modalités de son adaptation :

C'est également se donner les moyens d'agir en prévention auprès de ceux qui sont concernés par la perte d'autonomie qu'elle soit en lien avec l'avancée en âge ou le handicap. C'est prévenir mais aussi accompagner les choix de vie de chacun sur tous nos territoires et donc au plus près des besoins. C'est enfin entendre et prendre en compte les difficultés rencontrées par les aidants naturels d'abord, en proposant le soutien nécessaire à leur situation, mais aussi par les professionnels dans l'exercice de leur mission au quotidien.

C'est la raison pour laquelle nous avons fait le choix d'un schéma « fait maison », élaboré par et pour nos usagers (personnes âgées, handicapées ainsi que leurs aidants) directement exposés aux difficultés quotidiennes induites par la perte d'autonomie et nos professionnels confrontés à des conditions d'exercice de plus en plus complexes sur un secteur en forte tension en matière d'évolution des besoins, de difficultés de recrutement et de fidélisation de personnel qualifié.

Ce schéma a été élaboré avec le souci de rechercher un équilibre responsable entre évolution prévisible des besoins et réalité des contraintes budgétaires du département induites par la contractualisation signée avec l'Etat.

Je tiens d'ailleurs à remercier tous ceux, qui ont pris le temps de contribuer à son élaboration qu'il s'agisse des Citoyens par leur réponse à la consultation citoyenne, des usagers (personnes âgées, handicapées et aidants) pour leurs témoignages et leur participation aux groupes de travail, des professionnels du secteur de l'autonomie pour leur analyse et leurs propositions durant les travaux de consultation préalable et groupes de travail, des agents du Conseil départemental qui ont participé, animé et été force de proposition en recherchant une lecture transversale de nos moyens d'action ou encore des partenaires institutionnels pour leurs contributions diverses.

Ainsi, il nous appartient désormais au cours des cinq années à venir de mettre en oeuvre collectivement ce cadre stratégique, pour relever les défis qui attendent et anticiper l'avenir dans le souci de faciliter le quotidien des personnes les plus fragiles.

**Jean-Jacques LASSERRE**  
Président du Conseil départemental  
des Pyrénées-Atlantiques



**Geneviève BERGE**

Conseillère départementale de  
Terres des Luys et Coteaux du Vic-Bilh  
Déléguée au Handicap



**Jean LACOSTE**

Conseiller départemental de Pau-4  
Délégué aux personnes âgées

En France, les politiques de l'autonomie mettent les Départements en première ligne des défis de civilisation que représentent le bien-vieillir et l'accompagnement du handicap.

Attributeur d'aides qui empêchent d'ajouter au vieillissement et au handicap, le risque de pauvreté et d'impuissance face à la perte d'autonomie, organisateur d'une partie essentielle de l'offre de services à domicile et en établissements nécessaires à la population, chef de file d'une solidarité territoriale et d'une égalité d'accès pour tous aux moyens de l'autonomie, le Département participe activement à la construction d'une société à la fois plus inclusive pour tous mais aussi permettant des réponses adaptées aux besoins de chacun.

Le contenu de ce Schéma de l'autonomie n'est pas qu'une réponse à une obligation légale. Il est la traduction d'une volonté d'action partagée avec les usagers, leurs aidants et les acteurs publics ou privés investis dans la lutte contre la dépendance et l'isolement. Il est également établi dans un double contexte d'anticipation d'une croissance des besoins et de gestion encadrée des ressources publiques à mobiliser pour y répondre autant que faire se peut dans le cadre de nos compétences.

Les mécanismes de limitation des dépenses des Départements que l'Etat met en oeuvre incitent à la mesure dans les engagements financiers. Le présent Schéma traduit donc un équilibre pragmatique entre le nécessaire et le faisable, équilibre qui pourra être revu chaque année, en concertation avec les acteurs de l'autonomie, en fonction de l'évolution de la contrainte financière qui pèsera sur les finances départementales.

Les objectifs d'évolution de l'offre de places dans les établissements et services d'accompagnement médico-sociaux défendus dans ce schéma dépendront, pour partie quant à eux, de négociations tout au long de la vie du Schéma, avec les autorités sanitaires.

Pour autant, le cadrage financier n'empêche pas l'imagination et l'innovation, auxquelles se sont montrés attachés l'ensemble des contributeurs aux actions du Schéma, et que ce dernier cherche à traduire fidèlement.

Nous avons voulu un schéma fait par et pour les usagers - qu'ils soient âgés, handicapés ou en situation d'aidants-, et les professionnels du secteur, directement concernés par la réalité des problématiques auxquelles ils font face, dans leur quotidien, et sur lesquelles nous nous devons de porter un regard attentif et un soutien continu.

Ainsi, le diagnostic du territoire s'appuie sur la présentation du contexte social et économique des Pyrénées-Atlantiques et s'attache à décrire la situation des personnes les plus vulnérables face au risque de perte d'autonomie et l'état de l'offre sociale et médico-sociale qui leur est dédiée.

Fort de ce diagnostic partagé, les partenaires du schéma ont formulé un certain nombre de pistes d'amélioration qui font l'objet des orientations du Schéma. Y sont précisés les perspectives et les objectifs de développement de l'offre médico-sociale à l'horizon 2023 ainsi que le cadre de gouvernance des politiques de l'autonomie et les critères d'évaluation et de suivi des actions d'amélioration retenues.

Garant des solidarités humaines, le Département accompagne et protège les habitants de son territoire à tous les âges de la vie. L'enfance et la jeunesse, les personnes vulnérables et les seniors font l'objet d'une attention soutenue favorisant la cohésion sociale. A ce titre, le Département porte une politique en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées à travers laquelle, il anime, accompagne et soutient les acteurs du territoire pour faciliter le parcours et l'accompagnement de ces publics ainsi que de leurs aidants.

Au titre de ses compétences obligatoires en matière d'action sociale, le Département, chef de file de l'action sociale et médico-sociale, intervient donc auprès des personnes âgées et des personnes handicapées, notamment au niveau :

- de la mise en oeuvre des prestations d'aide sociale (Aide Personnalised pour l'Autonomie (APA) / Prestation de Compensation du Handicap (PCH) / aide sociale à domicile ou en hébergement (ASH), etc.),
- de l'autorisation, l'accompagnement et le contrôle d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux relevant de la compétence départementale ou d'une compétence partagée conjointement avec l'Agence Régionale de Santé (ARS),
- de la coordination des acteurs de la prévention de la perte d'autonomie sur le territoire (Conférence des Financeurs).

**Ces interventions doivent également prendre appui sur un schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale : outil de programmation rendu obligatoire par la Loi du 6 janvier 1986<sup>1</sup> et renforcé par la Loi du 2 janvier 2002<sup>2</sup>.**

Établi pour une durée de cinq ans et révisable à tout moment, il définit les choix politiques et les conditions de leur mise en oeuvre en faveur des publics cibles auxquels il s'adresse.

L'article L 312-4 du Code de l'action sociale et des familles précise son contenu. Ainsi, un schéma :

- apprécie la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population,
- dresse le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre existante,
- détermine les perspectives et les objectifs de développement de cette offre,
- précise le cadre de la coopération et de la coordination entre les différents établissements et services,
- définit les critères d'évaluation des actions mises en oeuvre.

1 Loi n°86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé

2 Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

## I – LA DÉMARCHÉ D'ÉLABORATION

Le schéma en faveur de l'Autonomie pour la période 2019-2023 a été élaboré, conformément à la volonté départementale, à partir d'une large concertation des acteurs concernés : usagers, aidants, professionnels, associations et partenaires institutionnels.

Plusieurs étapes ont ainsi marqué ce travail d'élaboration :

### **Une phase de consultations préalables (septembre à décembre 2017) :**

- consultation citoyenne par questionnaire en ligne alimenté par 800 répondants,
- consultation des partenaires sur 4 demi-journées de travail par sous-groupe avec les établissements médico-sociaux pour personnes âgées, les établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées, les services d'aide et d'accompagnement à domicile et les familles d'accueil,

- appel à contributions écrites adressé à l'ensemble des partenaires institutionnels et principaux acteurs du secteur sanitaire.

### **Une phase de production (décembre 2017 à mai 2018) :**

- journée de lancement du Schéma Autonomie (18 décembre 2017) devant les partenaires avec annonce des enjeux, des onze thématiques de travail retenues ainsi que la méthodologie d'élaboration envisagée,
- constitution de onze groupes de travail par la mise en place d'une plateforme d'inscription : 400 inscrits, environ 250 participants retenus (usagers et représentants, aidants, professionnels, agents et partenaires institutionnels),
- production de neuf films composés d'entretiens filmés portant la parole d'usagers et/ou d'aidants permettant de nourrir la réflexion des groupes de travail sur les problématiques et les besoins,
- organisation pour chaque groupe de travail de trois sessions d'échanges permettant de déterminer : un diagnostic partagé, des problématiques prioritaires et enfin des propositions d'actions. Soit au total 33 réunions et près de 100 heures de travail en groupe.

### **Une phase de restitution brute des travaux (25 juin 2018) :**

Présentation à tous les participants des groupes de travail de l'ensemble des propositions issues des groupes, soit 187 propositions au total.

### **Une phase de synthèse (juillet à novembre 2018) :**

- travail interne d'analyse, de recoupement, de mise en cohérence, et de déclinaison et chiffrage des propositions d'action,
- présentation aux principaux partenaires institutionnels (ARS, UDCCAS, CARSAT, CDCA, MDPH notamment) du projet de contenu du schéma au comité de pilotage partenarial (7 novembre 2018), qui a validé les propositions,
- audition de personnes qualifiées sur les orientations du schéma (12 novembre 2018),
- phase de consultation : envoi du projet de schéma pour avis auprès du Comité Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA) et auprès de la Commission de Coordination des Politiques Publiques (réunissant représentant de l'Etat et ARS).

## II – LES ÉLÉMENTS SYNTHÉTIQUES DE CONTEXTE

Le nouveau schéma en faveur de l'autonomie des personnes âgées et adultes handicapés s'inscrit dans un contexte caractérisé par de multiples défis sociétaux (place des personnes en perte d'autonomie dans la société, vieillissement de la population, affirmation du libre choix de vie des personnes, évolution des profils et donc des modes d'accompagnement, évolution des dépenses sociales dans une période de contrainte financière, pénibilité et manque d'attractivité des métiers de l'accompagnement, etc.).

Si le schéma de l'autonomie ne prétend pas résoudre à lui seul l'ensemble des problématiques actuelles, il s'attache à prendre en compte les enjeux correspondants dans la nature des objectifs qu'il poursuit et des actions qu'il propose. Parmi ceux-ci, trois enjeux notamment peuvent être particulièrement mis en exergue : l'enjeu démographique.

L'enjeu lié à l'emploi et aux métiers du secteur médico-social ou encore l'enjeu du « virage inclusif ».

## L'enjeu démographique

### • Tendance globale

Le vieillissement de la population des Pyrénées-Atlantiques suit globalement la tendance nationale et se traduit par une évolution prononcée. La part des personnes de 75 ans et plus dans la population départementale était de 8.5% en 1990. Elle représente en 2017 près de 13%. Les projections démographiques fournies par l'INSEE permettent d'évaluer à près de 20% leur part d'ici à 2050.

Le territoire des Pyrénées-Atlantiques est donc confronté comme l'ensemble du territoire national à un véritable défi démographique, avec une part de personnes âgées de 75 ans et plus importante qu'ailleurs en moyenne.

### • Impact sur les dépenses sociales

Cette évolution se retrouve à travers le nombre de bénéficiaires de prestations versées par le Département. Ainsi, en 2017, on dénombrait 15 418 allocataires de l'Allocation Personnalisée pour l'Autonomie (APA) dont 9 267 au titre de l'APA à domicile et 6 151 au titre de l'APA en établissement.

Au regard des projections démographiques et de la réalité des plans d'aide ou du coût constaté en établissement, le coût global de l'APA pourrait progresser de plus de 11% d'ici à 2023, dernière année du nouveau schéma. A ce titre, la tendance de vieillissement appelle donc un enjeu de financement de la politique de soutien à destination du public âgé.

### • Le vieillissement du public handicapé

Le vieillissement se vérifie également naturellement sur la population des adultes handicapés. A titre d'illustration, une enquête menée par les services du Département auprès des Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) et des foyers d'hébergement en 2018, fait apparaître que 257 travailleurs handicapés en ESAT auront atteint l'âge de 60 ans d'ici à 2023, dont 146 vivant actuellement en foyer d'hébergement.

Cette donnée confirme donc la nécessité de poursuivre une politique de diversification de l'offre pour garantir une continuité d'accompagnement de ce public, au-delà de l'âge de la retraite professionnelle.

## L'enjeu lié à l'emploi et aux métiers du secteur

### • Un enjeu en matière de « Silver-éco »

Selon les chiffres du Conseil Régional de Nouvelle-Aquitaine<sup>3</sup> et de pôle emploi, le secteur sanitaire et social pèse de façon significative dans le paysage de l'emploi dans les Pyrénées-Atlantiques puisqu'il représente 11% des actifs occupés, soit 29 810 actifs. Les Pyrénées-Atlantiques représentent 14% des établissements et 12 % des emplois salariés du secteur sanitaire et social de la Nouvelle-Aquitaine.

Il s'agit par ailleurs d'un secteur en plein essor puisque les recrutements y sont en augmentation de 8,7% par an et on estime à 7 300 les projets de recrutements en 2018 pour l'ensemble de la Nouvelle-Aquitaine dont près de 1 400 sur les Pyrénées-Atlantiques. L'économie liée à ce secteur représente donc un enjeu particulièrement fort pour les années à venir, puisqu'elle s'appuie sur un besoin humain durable et des ressources humaines caractérisées par des emplois non délocalisables.

### • Un secteur néanmoins en tension

L'actualité a été marquée au cours des derniers mois par la médiatisation des difficultés rencontrées par les professionnels du secteur sanitaire et social en général et de la perte d'autonomie en particulier.

Au-delà des problématiques liées à une évolution croissante des besoins des publics âgés ou handicapés, qui pose la question des moyens humains à consacrer à l'accompagnement, l'image de certains établissements et services sociaux et médico-sociaux est régulièrement perçue de façon négative par le grand public. Il en résulte un manque d'attractivité majeur des métiers du secteur qui se traduit par des difficultés de plus en plus importantes constatées en matière de recrutement et de fidélisation des professionnels. Mais aussi un risque majoré en matière de conditions de travail et d'épuisement professionnel.

Les métiers d'aide-soignant et d'auxiliaire de vie sociale sont particulièrement touchés par ces phénomènes, ce qui peut, selon les territoires concernés, mettre parfois en péril la continuité de certains accompagnements, notamment au domicile.

## L'enjeu du « virage inclusif »

### • L'adaptation des réponses aux besoins évolutifs des personnes

Les politiques publiques s'attachent à promouvoir depuis plusieurs années la nécessité de mieux prendre en compte les choix de vie des publics vulnérables en général et des personnes âgées ou handicapées en particulier.

A cet effet, elles encouragent une approche qui vise à favoriser un environnement capable de s'adapter aux besoins des personnes fragiles plutôt qu'à constater l'obligation de ces dernières de se conformer aux contraintes de cet environnement. En d'autres termes, garantir une accessibilité universelle et proposer une évolution des réponses médico-sociales pour les personnes âgées ou handicapées. Ce renversement d'approche caractérise le « virage inclusif ».

Au-delà des questions d'accessibilité « architecturales », il s'agit donc de rendre la société plus inclusive à tous les niveaux (information, représentation du vieillissement et du handicap, scolarisation, mobilité, emploi, vie en milieu ordinaire, etc.).

### • Une évolution progressive de l'offre

En matière d'offre médico-sociale, ce « virage inclusif » invite donc à sortir d'une logique binaire entre le « tout institutionnel » et le domicile, en proposant davantage de réponses permettant aux personnes de vivre selon leurs choix. Il en résulte que la programmation de cette offre doit intégrer cet objectif de rééquilibrage entre les dispositifs de type « établissements », qui restent indispensables dans les situations les plus avancées de perte d'autonomie, et les dispositifs « hors les murs », qui doivent être favorisés à chaque fois que le niveau d'autonomie peut être développé en organisant et en optimisant les conditions d'une vie en milieu ordinaire.

Cet objectif pouvant être poursuivi par des actions de développement de l'offre mais également de transformation de l'existant afin de l'adapter à l'évolution des besoins du public.

L'hébergement permanent médicalisé constitue, et de loin, la première offre en volume. En 2018, il représente près de neuf places autorisées sur dix. Le taux d'équipement moyen est de 98,5 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus. Ce taux d'équipement n'est pas homogène sur l'ensemble du territoire départemental. Les Pyrénées-Atlantiques présentent globalement un taux d'équipement en places d'hébergement pour personnes âgées de 75 ans et plus parmi les plus faibles de la région.

Le taux d'équipement en établissements d'accueil d'adultes handicapés est en Pyrénées-Atlantiques légèrement supérieur au niveau régional. Ce taux moyen masque toutefois des disparités entre l'offre non médicalisée (plutôt favorable dans le département) et l'offre médicalisée (qui s'avère quant à elle en-deçà des niveaux régionaux et nationaux).

Le taux d'équipement en matière de services d'accompagnement spécifiques (SAVS et SAMSAH) est quant à lui très inférieur aux moyennes régionales et nationales.

#### • Données budgétaires (budget primitif 2018)

En 2018, le Département a consacré 178,4 M€ aux politiques de l'autonomie :

- 88 M€ pour les personnes handicapées
- 90,4 M€ pour les personnes âgées.

Environ 30% de ces dépenses sont couvertes par des recettes extérieures correspondant pour l'essentiel à un mécanisme de solidarité nationale.

#### La programmation de l'Agence Régionale de Santé et les plans nationaux

La Loi du 21 juillet 2009 « Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) » a conféré aux Agences Régionales de Santé (ARS), mises en place le 1er avril 2010, une compétence large et nouvelle dans le champ médico-social, le territoire régional devenant désormais le niveau de droit commun en matière de planification dans ce secteur d'activité. La Loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé instaure, un nouveau Projet Régional de Santé (PRS) avec trois composantes :

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

Le Directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, a arrêté, le 17 juillet 2018, le Projet Régional de Santé Nouvelle-Aquitaine 2018-2028 (PRS). Élaboré en concertation avec tous les acteurs de santé de la région, le PRS a pour vocation de coordonner l'ensemble des politiques publiques de santé au bénéfice d'une ambition collective : améliorer la santé de toutes et tous en Nouvelle-Aquitaine.

#### Ce PRS intervient également en déclinaison des plans et schémas nationaux :

- Le plan maladies neurodégénératives (2014-2019)
- Le schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares (2014- 2018) ? Le 4ème plan autisme (2018-2022) « Stratégie nationale de l'autisme au sein des troubles du neuro-développement
- Le schéma départemental de l'autonomie est donc élaboré en regard des orientations du PRS, ce qui ne signifie pas nécessairement qu'il est en accord avec ce dernier sur l'ensemble des objectifs, notamment en matière d'évolution de l'offre.

### III – LE CONTENU DU SCHEMA AUTONOMIE

Le Schéma Autonomie 2019-2023 se décline en trois axes :

- prévenir la perte d'autonomie et maintenir le lien social,
- faciliter le parcours des usagers, le quotidien des aidants et le travail des professionnels,
- adapter l'offre d'accompagnement aux besoins des publics et des territoires.

Ces trois axes se déclinent en huit orientations et trente-neuf fiches-actions.

Ce choix organisationnel repose sur plusieurs critères dont : les priorités issues des groupes de travail, la faisabilité des actions ou encore la capacité à agir du Département.

#### AXE 1 : PREVENIR LA PERTE D'AUTONOMIE ET MAINTENIR LE LIEN SOCIAL

L'environnement de vie de la personne a un rôle déterminant dans le processus de perte d'autonomie. Soit il en réduit les effets, en favorisant ce que l'on appelle « l'inclusion » de la personne à la société, soit au contraire il l'accélère en ajoutant aux limitations fonctionnelles grandissantes l'isolement social, l'exclusion des activités collectives de toute nature ou l'inadaptation de la ville et de l'habitat.

Cette évidence conduit les institutions publiques et les professionnels médico-sociaux à considérer la prévention de la perte d'autonomie comme le premier niveau de toute politique de l'autonomie. Le Schéma se donne donc pour objectif de renforcer les actions de prévention de la perte d'autonomie et revendique une approche inclusive comme un enjeu collectif qui nécessite la mobilisation la plus large.

#### AXE 2 : FACILITER LE PARCOURS DES USAGERS, LE QUOTIDIEN DES AIDANTS ET LE TRAVAIL DES PROFESSIONNELS

La perte d'autonomie, qu'elle soit lente ou rapide, prévisible ou soudaine, reste une expérience personnelle difficile pour l'individu, son entourage mais également les acteurs chargés de l'accompagner.

Le Département souhaite donc adopter une approche élargie en réservant évidemment une attention particulière à l'amélioration du parcours des usagers mais également à la prise en compte de l'environnement composé des aidants naturels et des professionnels. Agir pour le bien être des seniors ou des adultes handicapés implique donc de venir en soutien des intervenants quotidiens auprès de ces publics, desquels dépend directement la qualité de l'accompagnement.

#### AXE 3 : ADAPTER L'OFFRE D'ACCOMPAGNEMENT AUX BESOINS DES PUBLICS ET DES TERRITOIRES

Le paysage de l'offre de services et d'établissements à destination des personnes en perte d'autonomie se transforme au regard de l'évolution démographique, de l'évolution des profils des personnes (et donc de leurs besoins) ou encore de l'évolution des aspirations du public âgé ou handicapé. Dès lors, l'organisation des équipements sociaux et médico-sociaux ne peut plus se réduire à une simple juxtaposition de catégories de dispositifs vers lesquelles sont orientées les personnes au regard d'une prescription. Il s'agit désormais de proposer une organisation basée sur une demande de plus en plus personnalisée (besoin identifié / choix de vie) et s'inscrivant dans une logique de parcours des personnes.

Cette logique suppose une plus grande souplesse, une plus grande diversité et une évolutivité des dispositifs permettant de s'adapter dans le temps pour garantir la continuité des accompagnements et les transitions nécessaires en fonction de l'avancée en âge, l'évolution des besoins et des souhaits des personnes.

## IV – LES MODALITES DE SUIVI DU SCHEMA AUTONOMIE

**Pour ce Schéma autonomie 2019-2023, plusieurs principes méthodologiques sont proposés afin d'en suivre la mise en oeuvre, d'en permettre la réévaluation en temps réel tout en veillant à organiser les modalités d'ajustement et de retour d'informations vers les différentes parties prenantes :**

• **Un responsable identifié pour la mise en oeuvre de chaque fiche-action**

Chaque fiche-action du Schéma, identifie un agent de la Direction de l'autonomie ou d'une autre Direction du Conseil départemental, chargé de la mise en oeuvre du contenu de la fiche. Dès l'adoption du Schéma, une lettre de mission formalisera cette responsabilité qui s'inscrira dans la fiche de poste de l'agent concerné. En cas de mobilité professionnelle, cette responsabilité sera automatiquement transférée au successeur.

• **Un chargé de mission Schéma assurant une fonction de coordination**

Placé sous l'autorité directe du Directeur de l'autonomie et chargé du suivi et de l'animation générale du Schéma, il est aussi référent direct de certaines fiches-actions. Il est habilité à interroger régulièrement chaque responsable pour faire le point sur l'état d'avancement, les difficultés rencontrées et les inflexions apportées à la réalisation des opérations, à suivre l'évolution des indicateurs mentionnés dans les fiches-actions. La stabilité sur ce poste pendant la durée de réalisation du Schéma constituera un élément important pour la réussite de son suivi.

• **La production d'une synthèse annuelle**

Le comité de pilotage, réuni au moment de l'élaboration du Schéma autonomie, sera convié chaque année, à un point d'information annuel sur la réalisation du Schéma.

Les documents de synthèse seront produits par le chargé de mission Schéma, sous l'autorité du Directeur de l'autonomie. A cette occasion, les éléments de synthèse feront également l'objet d'une communication publique via le site internet dédié [www.autonomie64.fr](http://www.autonomie64.fr) et éventuellement d'un retour d'information vers les membres des groupes de travail selon des modalités à réfléchir.

• **Un Schéma qui vit sur l'ensemble de la période**

Dans la mise en oeuvre des actions, les responsables des fiches-actions, en concertation avec la Direction Générale Adjointe des Solidarités Humaines (DGASH), pourront être confrontés à la nécessité de proposer la redéfinition de certains objectifs, de modifier les modalités initialement prévues en fonction du contexte. Dans ce cas de figure, il sera recherché la programmation de temps d'échanges avec des professionnels ou des représentants d'usagers, afin que la démarche participative qui a prévalu lors de l'élaboration du schéma, se poursuive tout au long de sa réalisation. Toutes modifications, validées par les élus délégués et la DGASH, serviront de base à la rédaction d'avenants soumis à l'approbation de l'assemblée délibérante.

• **Une démarche d'évaluation à initier dès le lancement du schéma**

Une évaluation sera initiée dès le début du Schéma et constituera la préparation la plus efficace pour le prochain Schéma. Cette démarche d'évaluation devra dans un premier temps consolider la liste des indicateurs, qu'il serait souhaitable de suivre sur la durée du Schéma à partir des actions qui y sont inscrites. L'ensemble de ces indicateurs constituera un tableau de bord, susceptible d'éclairer au-delà du seul Schéma, l'ensemble des politiques départementales en matière d'autonomie. Dans le même esprit, le recueil du point de vue des acteurs et des usagers sur la mise en oeuvre des actions, pourrait venir enrichir significativement cette démarche d'évaluation.

# LES SOLIDARITES HUMAINES : COEUR DU PROJET DEPARTEMENTAL

## LES SOLIDARITÉS HUMAINES EN CHIFFRES...

Budget de fonctionnement du Département pour 2018 :  
**580 M€**



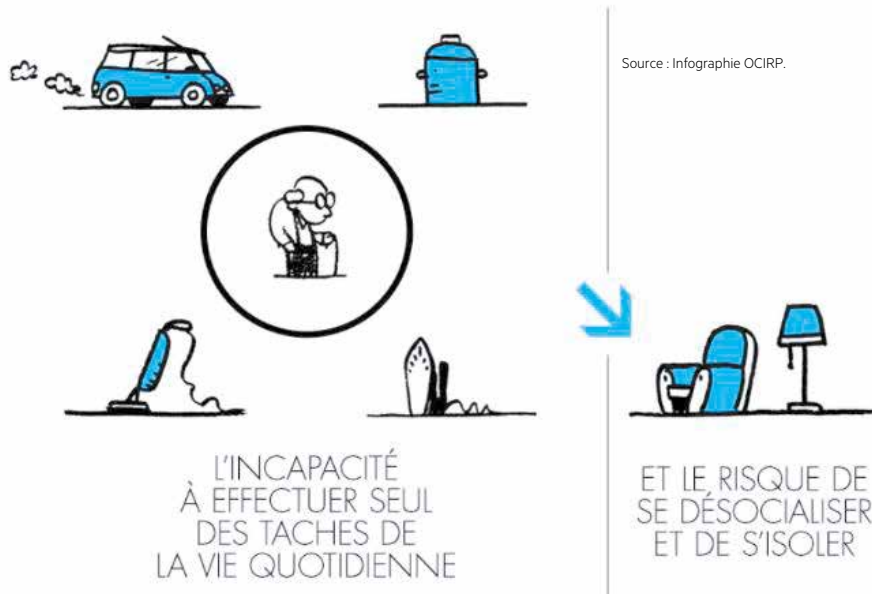
Source : CDE4 budget primitif 2018

## ... ET EN ACTION !

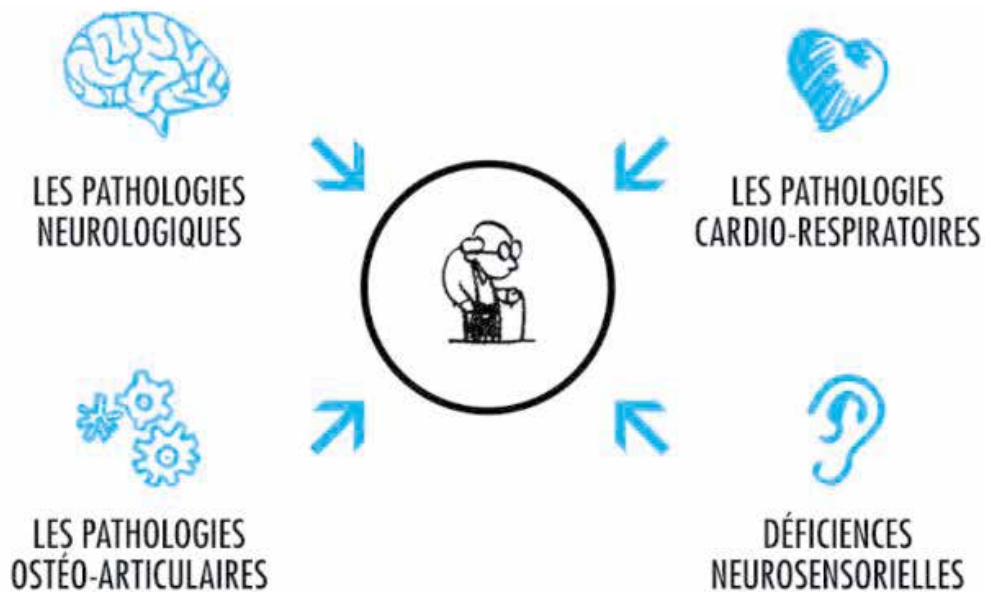




## LA DÉPENDANCE, C'EST...



## QUELLES EN SONT LES CAUSES ?



LE HANDICAP C'EST...



UNE LIMITATION D'ACTIVITÉ  
EN RAISON D'UNE ALTÉRATION  
D'UNE OU PLUSIEURS FONCTIONS

COMBIEN DE PERSONNES  
HANDICAPÉES ?



1 PERSONNE SUR 6  
= 12 MILLIONS

ÉGALITÉ FACE À L'EMPLOI ?



UNE PERSONNE HANDICAPÉE  
EST 2 FOIS PLUS À RISQUE  
D'ÊTRE SANS EMPLOI

UN MONDE PEU CONNU



LE HANDICAP  
VISUEL



LES MALADIES  
INVALIDANTES



LE HANDICAP  
PSYCHIQUE



LE HANDICAP  
MOTEUR



DÉFICIENCE  
AUDITIVE



LA DÉFICIENCE  
INTELECTUELLE



20%  
VISIBLES

80%  
INVISIBLES

RISQUES ?

→ APPAUVRISSEMENT



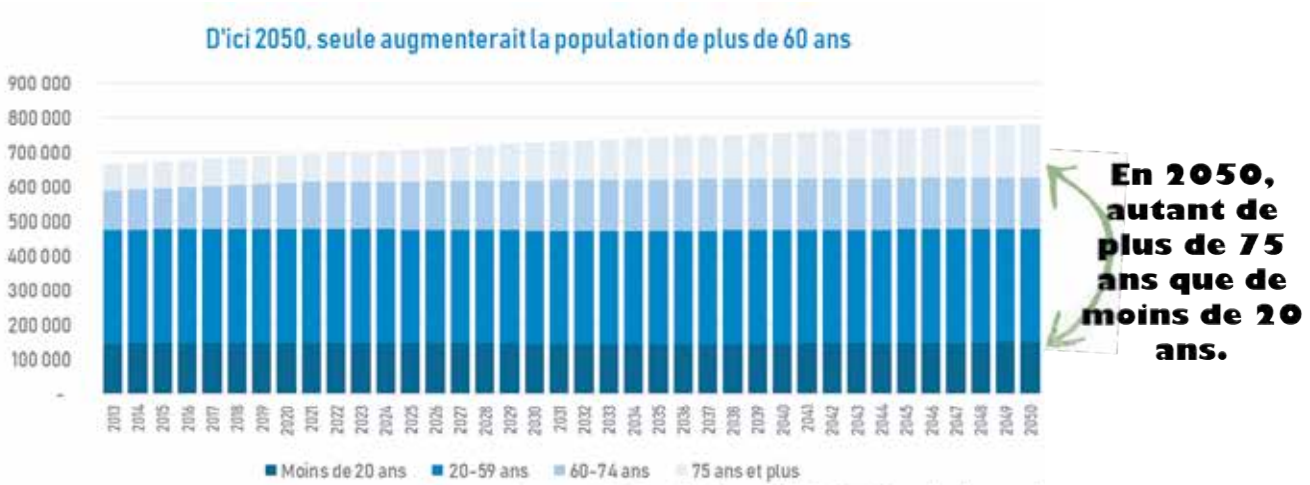
→ ÉCHEC SCOLAIRE



→ ISOLEMENT



# LES DÉFIS DÉMOGRAPHIQUES ET FINANCIERS



Source : INSEE, projection modèle OMPHALE, scénario central

Projection des besoins en Allocation personnalisée à l'autonomie en 2050 et coût par habitant :

**2017**

**2050**



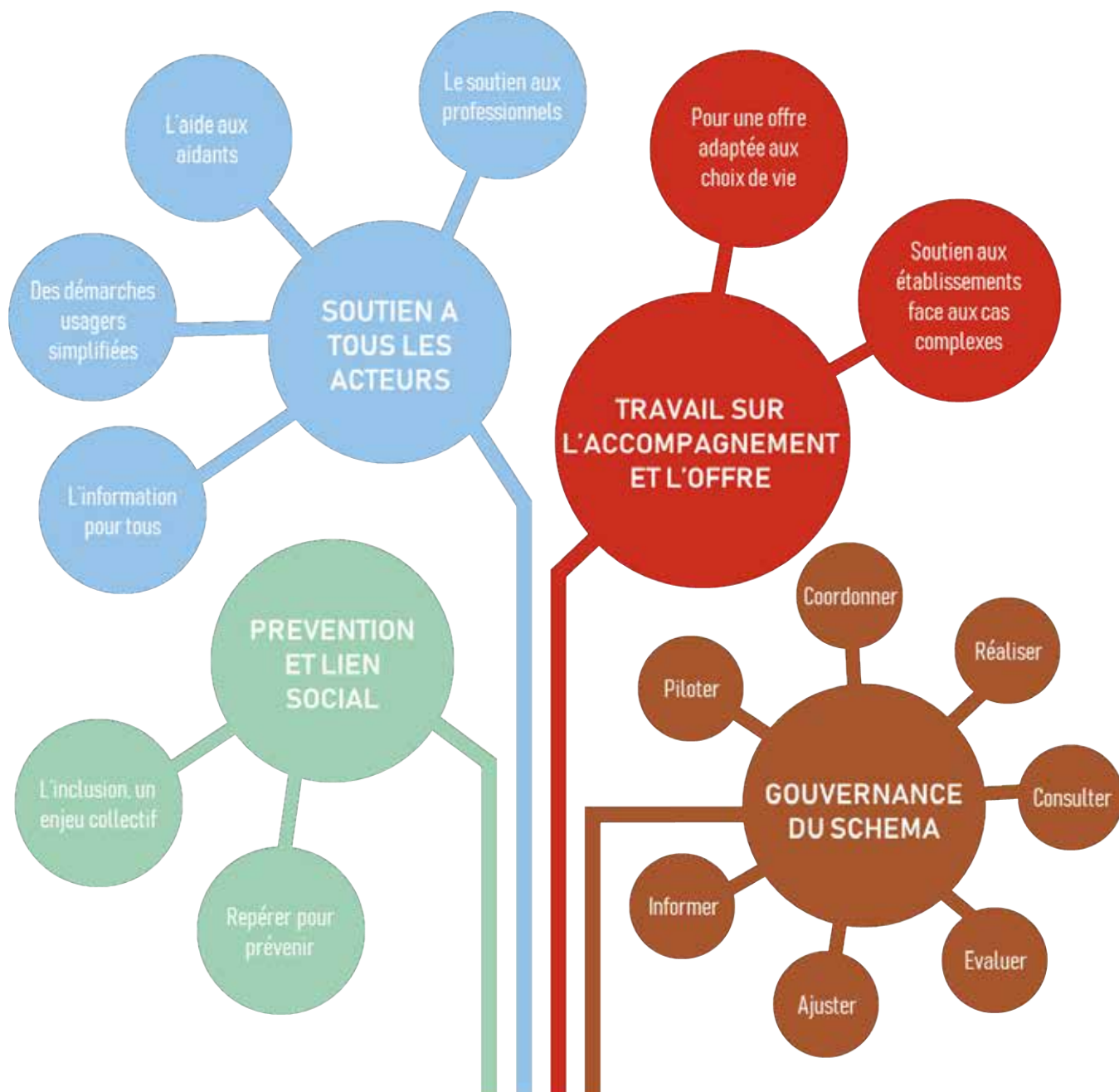
**15 418**  
allocataires

**26 000**  
allocataires

**101€**  
/habitant

**146€**  
/habitant

Projection construite à partir des données INSEE et C064



**Schéma 2019-2023, un partenariat pour l'autonomie :**  
Département, Etat, ARS, usagers, aidants, associations, professionnels, gestionnaires d'établissements et services...

# LE SCHEMA

# SOMMAIRE

<b>LE MOT DU PRESIDENT</b>	<b>P2</b>
<b>RÉSUMÉ ET INFOGRAPHIE : L'AUTONOMIE EN BREF</b>	<b>p4</b>

## SOMMAIRE

**p14**

### **PARTIE 1 / PORTRAIT SOCIAL DES PYRENEES-ATLANTIQUES**

**P16**

- **Un département attractif et vieillissant** **P17**
  - Les Pyrénées-Atlantiques appartiennent à une région attractive mais sa population est vieillissante
  - Vivre seul avec ou sans enfants étant une tendance lourde, on compte de moins en moins de personnes par ménage
- **Un niveau de vie relativement élevé et des facteurs de pauvreté clairement identifiés** **P21**
  - Un niveau de vie supérieur à la moyenne régionale
  - La pauvreté est fonction de la composition familiale et de l'âge
  - Les minimas sociaux concernent les ménages les plus précaire
  - L'aide sociale départementale, un complément indispensable
- **Les activités sanitaires et sociales pèsent dans l'économie départementale** **P24**

### **PARTIE 2 / LA PERTE D'AUTONOMIE, UN DÉFI SOCIAL EN CROISSANCE QUI MOBILISE LE DEPARTEMENT**

**P26**

- **Les seniors et le grand âge aujourd'hui : portrait d'une population en développement** **P26**
- **La projection en 2038** **P29**
- **Le Département, acteur de la solvabilisation et de l'accompagnement des personnes vieillissantes** **P30**
- **Le handicap : de l'enfance à l'âge adulte, des populations fragiles** **P41**
  - Les différentes catégories de handicap
  - A chaque situation de handicap correspond une réponse sociale ou matérielle
- **L'autisme, une réalité complexe dont la caractérisation évolue dans le temps** **P52**

## **PARTIE 3 / STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION DU SCHEMA AUTONOMIE 2019-2023**

	<b>P54</b>
• Un Schéma construit avec les usagers, les aidants et les professionnels	<b>P54</b>
• Un pilotage dynamique du Schéma	<b>P56</b>
<b>PLAN D' ACTIONS</b>	<b>P58</b>
• Le contenu en un coup d'oeil	<b>P59</b>
Axe 1 : prévenir la perte d'autonomie et travailler le lien social	<b>P62</b>
- Orientation 1 : repérer pour mieux prévenir / 3 actions	
- Orientation 2 : concevoir l'approche inclusive comme enjeu collectif / 6 actions	
Axe 2 : faciliter le parcours des usagers, le quotidien des aidants et le travail des professionnels	<b>P73</b>
- Orientation 3 : améliorer la qualité de l'information pour tous / 4 actions	
- Orientation 4 : faciliter les démarches des usagers / 3 actions	
- Orientation 5 : soutenir et accompagner les aidants / 3 actions	
- Orientation 6 : soutenir les professionnels dans l'exercice de leurs missions / 6 actions	
Axe 3 : adapter l'offre d'accompagnement aux besoins des publics et des territoires	<b>P89</b>
- Orientation 7 : diversifier l'offre pour favoriser les choix de vie des usagers et de leurs aidants / 8 actions	
- Orientation 8 : accompagner les ESMS dans la gestion des parcours et des situations complexes / 6 actions	
• Offre d'accueil et d'accompagnement, objectifs d'évolution et financement prévisionnel du Schéma	<b>P105</b>

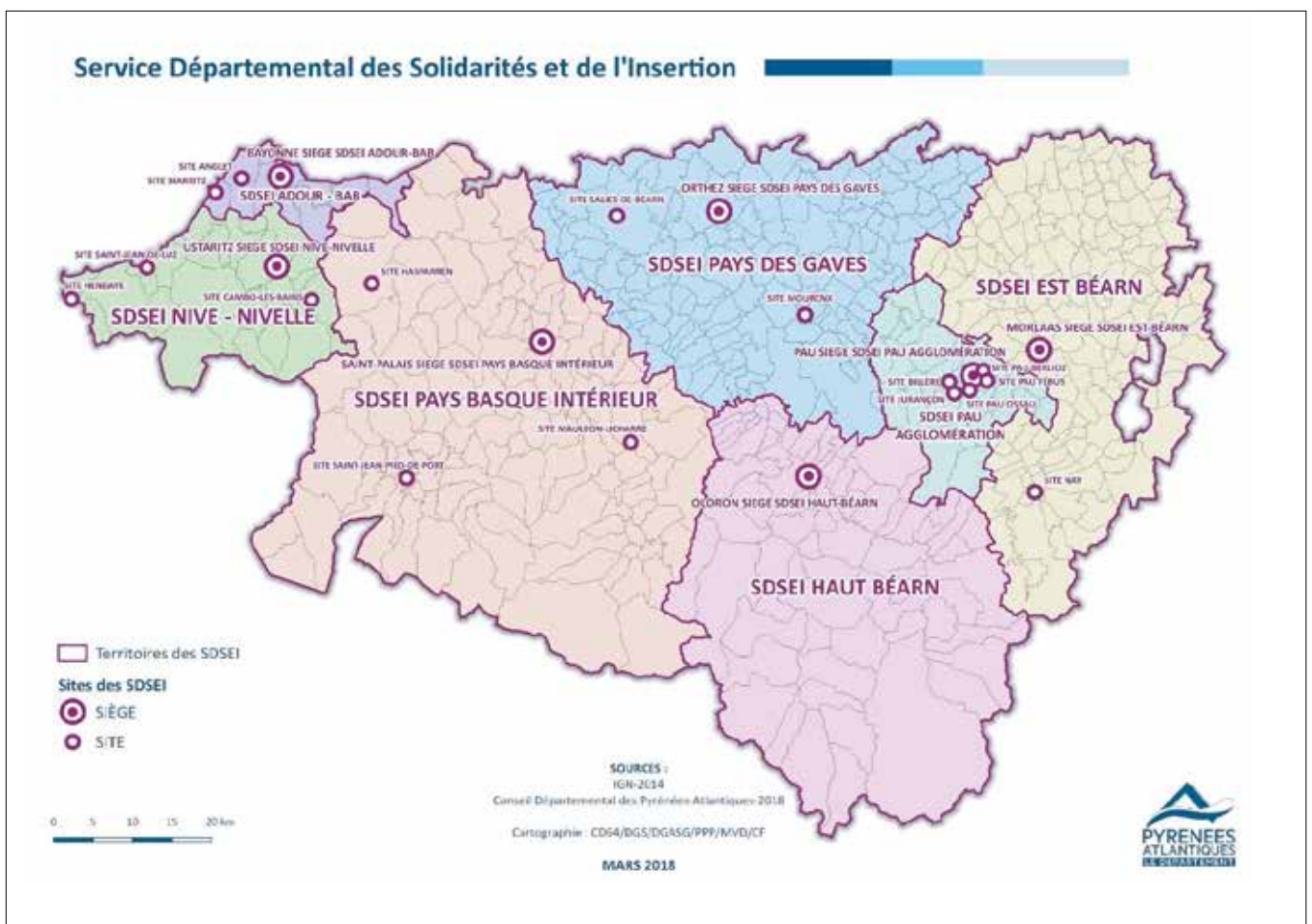
## **GLOSSAIRE**

**P111**

# PARTIE 1

## PORTRAIT SOCIAL DES PYRENEES-ATLANTIQUES

Le territoire d'étude est appréhendé à travers le maillage en Services départementaux de solidarités et d'insertion (SDSEI<sup>4</sup>) et en Communautés de communes et d'agglomération. Cette approche territoriale permet d'identifier les dynamiques sociales à l'oeuvre dans les Pyrénées-Atlantiques, première étape d'une approche adaptée des interventions publiques en direction des publics vulnérables.



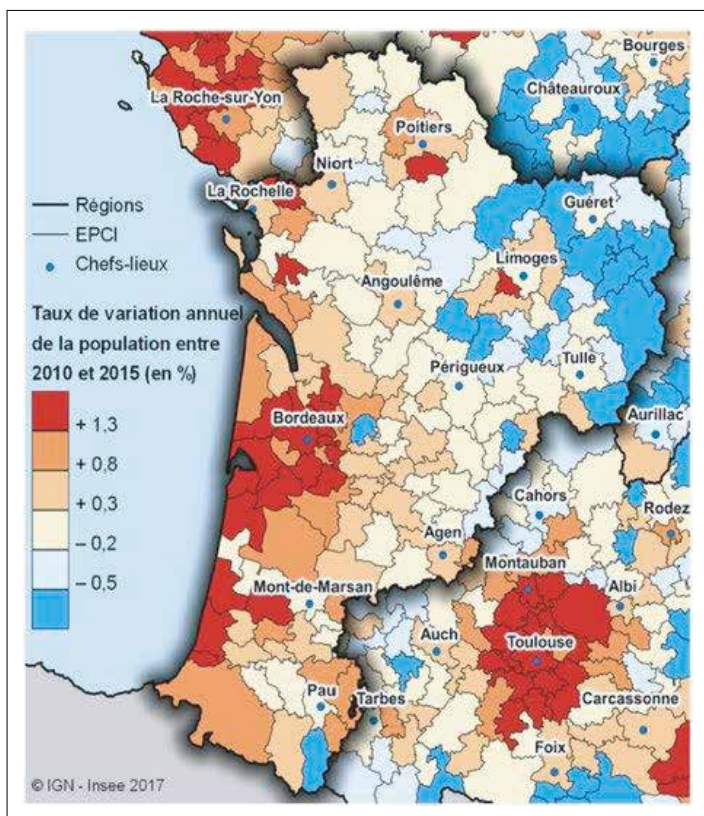
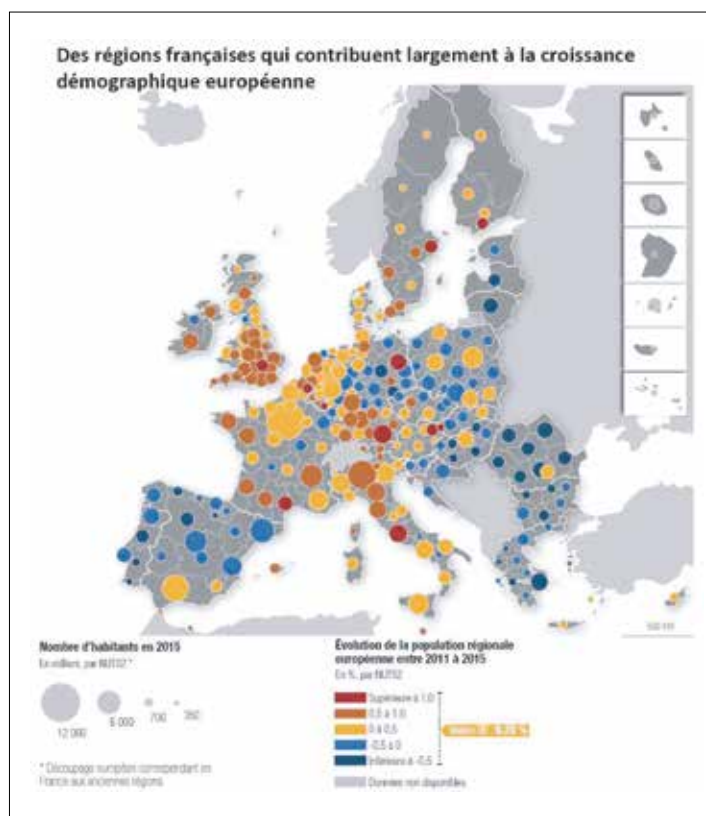
4 La plupart des sigles utilisés dans le texte sont repris et expliqués dans le Glossaire situé à la fin du document.



# Un département attractif et vieillissant

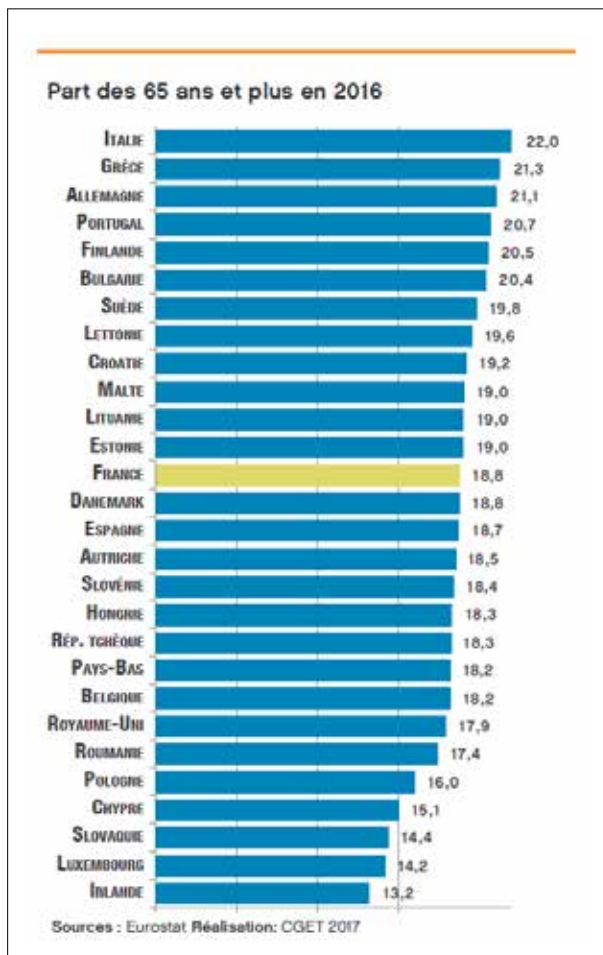
## Les Pyrénées-Atlantiques appartient à une région attractive mais sa population est vieillissante

La Nouvelle-Aquitaine est l'une des régions européennes les plus dynamiques sur le plan démographique. La croissance de la population y est alimentée par l'attractivité de la métropole bordelaise et du littoral. Plus on s'éloigne de ces deux pôles d'attraction, moins la démographie est dynamique.



En Pyrénées-Atlantiques, la population a progressé au même rythme qu'à l'échelle nationale, avec une croissance un peu plus favorable au cours de la dernière décennie.





Le vieillissement, phénomène mondial, est installé en Europe depuis longtemps et fait de la population de notre continent l'une des plus âgées de la planète. En 2016, plus de 19,2 % des Européens (UE28) étaient âgés de 65 ans ou plus.

Tous les pays n'y sont pas confrontés de la même manière. La France a un profil proche de la moyenne européenne.

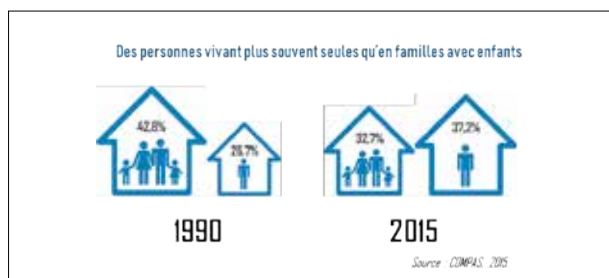
Les Français se classent ainsi au 14e rang (sur 28) des populations européennes les plus âgées. Les enjeux liés au vieillissement se posent donc très différemment selon les pays européens et apparaissent en France relativement moins prégnants que chez certains de nos voisins.

Le vieillissement de la population des Pyrénées-Atlantiques suit à peu de chose près la tendance nationale. En 1975, la part des plus de 60 ans représentait 22% de l'ensemble de la population départementale. Elle atteint aujourd'hui près de 30%. L'INSEE estime qu'en 2050, près de 4 habitants sur 10 auront plus de 60 ans.

## Vivre seul avec ou sans enfants étant une tendance lourde... on compte de moins en moins de personnes par ménage

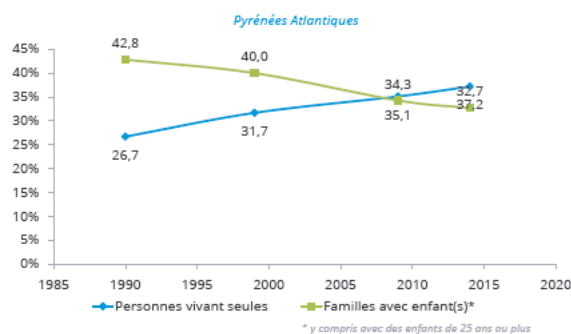
La proportion de personnes seules parmi les ménages est d'autant plus importante sur un territoire que ce dernier est vieillissant et/ou attractif pour les personnes seules. En Pyrénées-Atlantiques, de plus en plus de logements sont occupés par une personne seule.

Parallèlement se développe le phénomène de la monoparentalité : une famille sur cinq est composée d'un seul adulte vivant avec un ou plusieurs enfants.



### Les personnes vivant seules et les familles avec enfant(s)

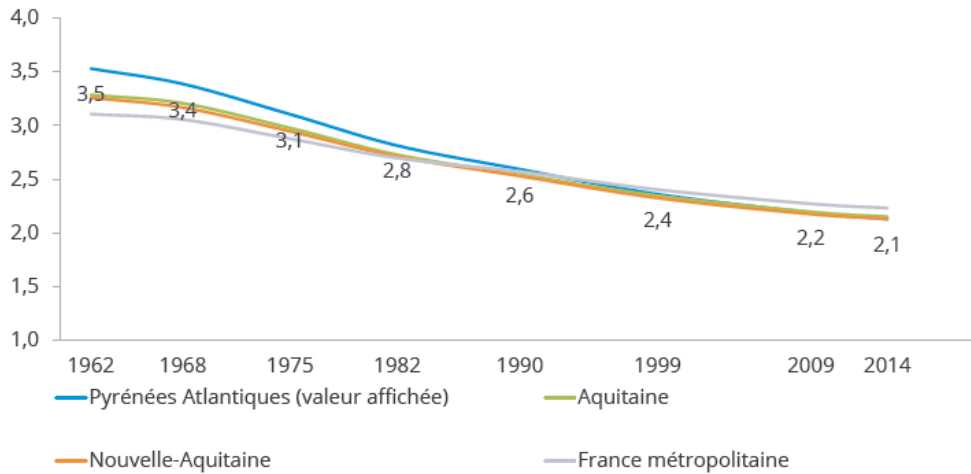
Source : Insee, RP 1990-2014



Dans certains territoires (Adour-BAB et Pau Agglomération), le rapport est de 1 à 3.

## L'évolution de la taille des ménages, des années soixante à nos jours

Source : Insee, RP 1962-2014



On recensait, en 1968, 3,4 personnes par ménage. Les 75 ans et plus représentaient alors 5% de la population.

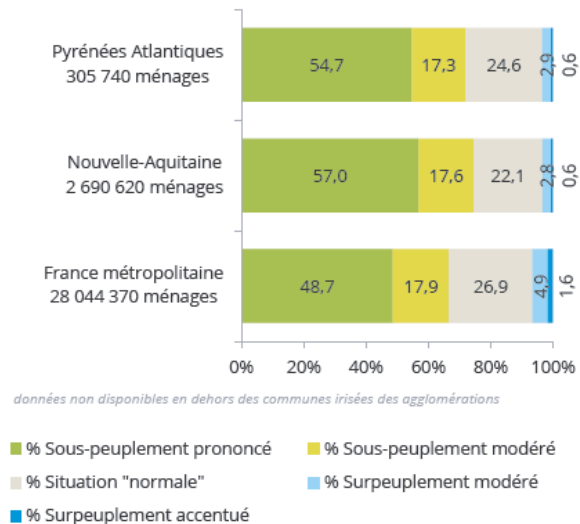
En 2015, la taille moyenne des ménages est de 2,1 personnes et la proportion des 75 ans et plus dans la population est de 11,5%.

La réduction de la taille des ménages est le reflet d'un double mouvement de vieillissement de la population et de décohabitation familiale.

Cette évolution s'accompagne d'une croissance du sous-peuplement des logements, moins importante dans le département qu'à l'échelle régionale, mais plus qu'en France en général (effet en particulier de l'île de France)

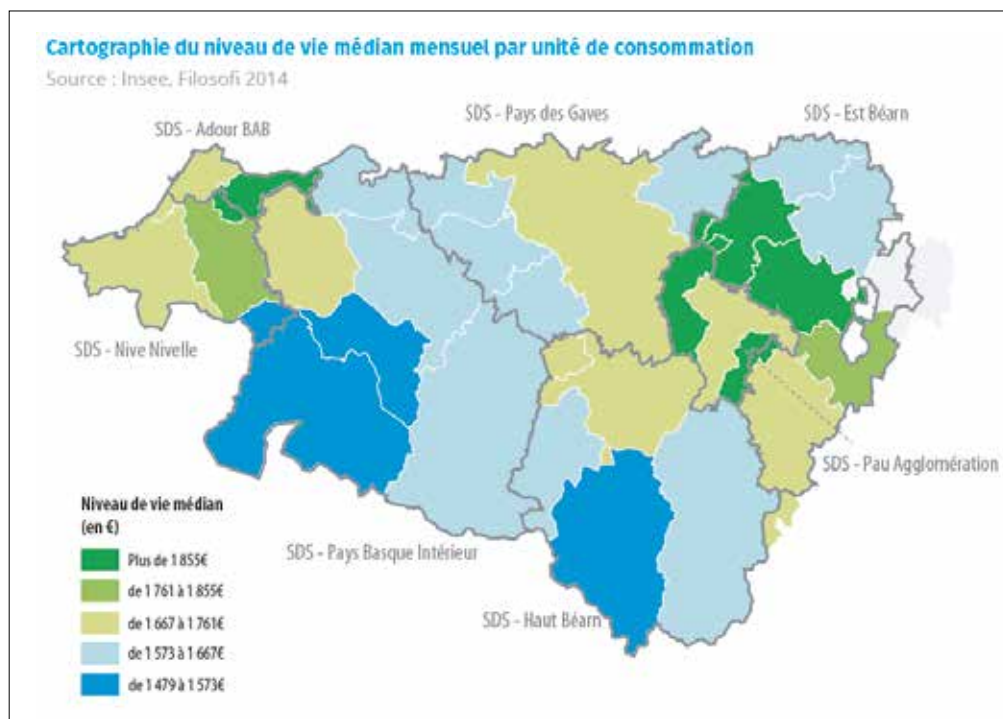
## Le peuplement des logements

Source : Insee, RP fichiers détail 2014



# Un niveau de vie relativement élevé et des facteurs de pauvreté clairement identifiés

## Un niveau de vie supérieur à la moyenne régionale



Le niveau de vie médian est le deuxième plus élevé de la région.

Il l'est plus particulièrement à proximité des agglomérations que dans les territoires à dominante rurale et de montagne.

Pour autant, on constate que l'écart des revenus entre les 10% de ménages les plus riches et les 10% de ménages les plus pauvres se creuse avec le temps.

## La pauvreté est fonction de la composition familiale et de l'âge

La pauvreté est moins présente en Pyrénées-Atlantiques que dans l'ensemble régional.

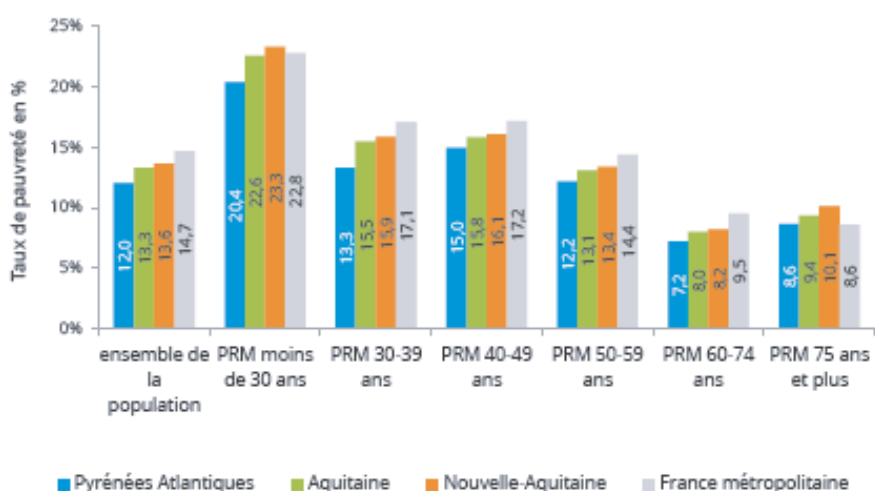
### **Les taux de pauvreté affectent plus particulièrement :**

- Les familles monoparentales, donc les femmes, et les personnes vivant seules ;
- Les personnes de moins de 30 ans ;
- Les territoires à dominante rurale et de montagne.

Les taux de pauvreté de la population sont les moins élevés dans les populations âgées de plus de 60 ans. Ce sont d'ailleurs elles qui ont vu leur revenu fiscal médian progresser le plus vite depuis le début des années 2000.

## Le taux de pauvreté des populations selon l'âge du référent fiscal

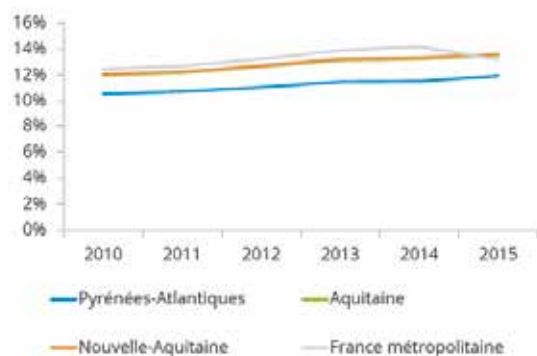
Source : Insee, Filosofi 2014



## Les minima sociaux concernent les ménages les plus précaires

### Part des allocataires CAF dont les revenus sont constitués de prestations CAF à hauteur de 100%

Source : CAF 2010-2015



Les ménages les plus pauvres sont presque tous allocataires de la Caisse d'allocations familiales (CAF) soit au titre des minima sociaux, soit au titre des aides au logement.

Parmi les 117 370 ménages des Pyrénées-Atlantiques connus par la CAF, 12% dépendent intégralement des prestations sociales.

En 2015, les minima sociaux (AAH ou RSA Socle) concernent 28 750 ménages, soit près d'un ménage sur 10 en Pyrénées-Atlantiques.

Le RSA (socle et activité) est versé à 13 476 ménages en 2015. 6% des ménages dont la personne de référence a entre 20 et 64 ans sont ainsi couverts. Leur nombre a progressé de 10% entre 2014 et 2015 à l'échelle du département.

79% des ménages ne bénéficient que du RSA Socle (proportion qui atteint 84% sur le SDSEI de Pau Agglomération).

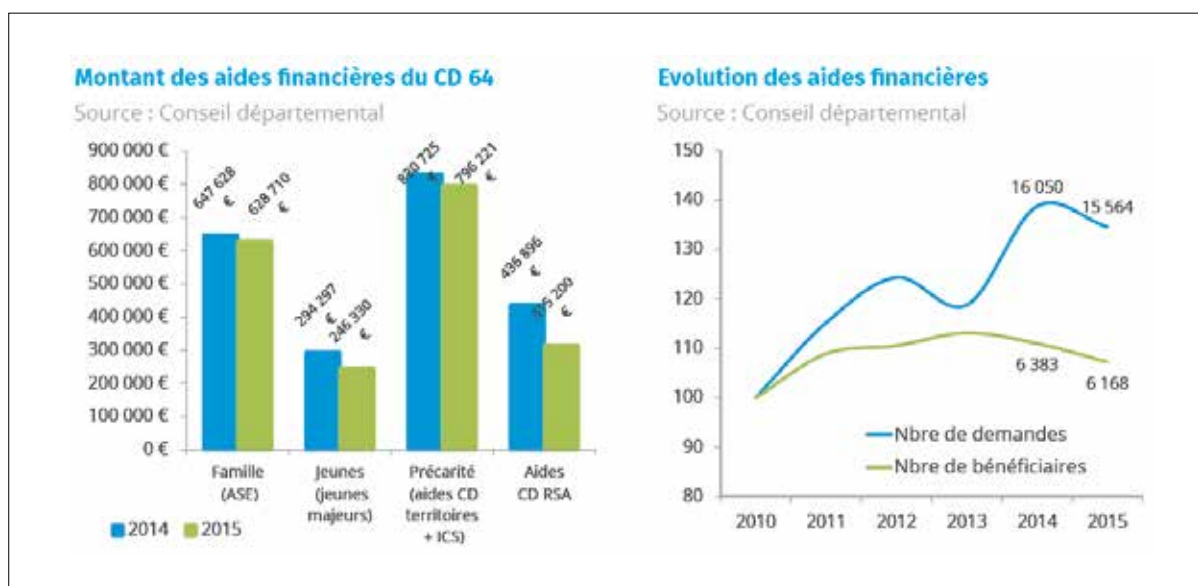
## Les ménages bénéficiaires du RSA

Source : Conseil départemental et Insee Rp 2013

	Nombre de ménages bénéficiaires	Part parmi les ménages de 20-64 ans (%) (Au Rp 2013)	Taux d'évolution entre 2014 et 2015 (%)	Répartition par type de RSA (%)	
				Socle seul	Socle & activité
SDS - Adour BAB	3 226	7,1	+5,5	78,3	21,7
SDS - Nive Nivelle	1 634	5,1	+7,0	76,9	23,1
SDS - Pays Basque Intérieur	568	3,5	+4,4	69,0	31,0
SDS - Pays des Gaves	1 179	5,4	+11,4	76,8	23,2
SDS - Haut Béarn	708	5,7	+12,9	79,8	20,2
SDS - Pau Agglomération	4 826	8,8	+13,7	83,8	16,2
SDS - Est Béarn	901	3,8	+11,0	74,3	25,7
<b>Pyrénées-Atlantiques</b>	<b>13 476</b>	<b>6,5</b>	<b>+13,5</b>	<b>79,6</b>	<b>20,4</b>

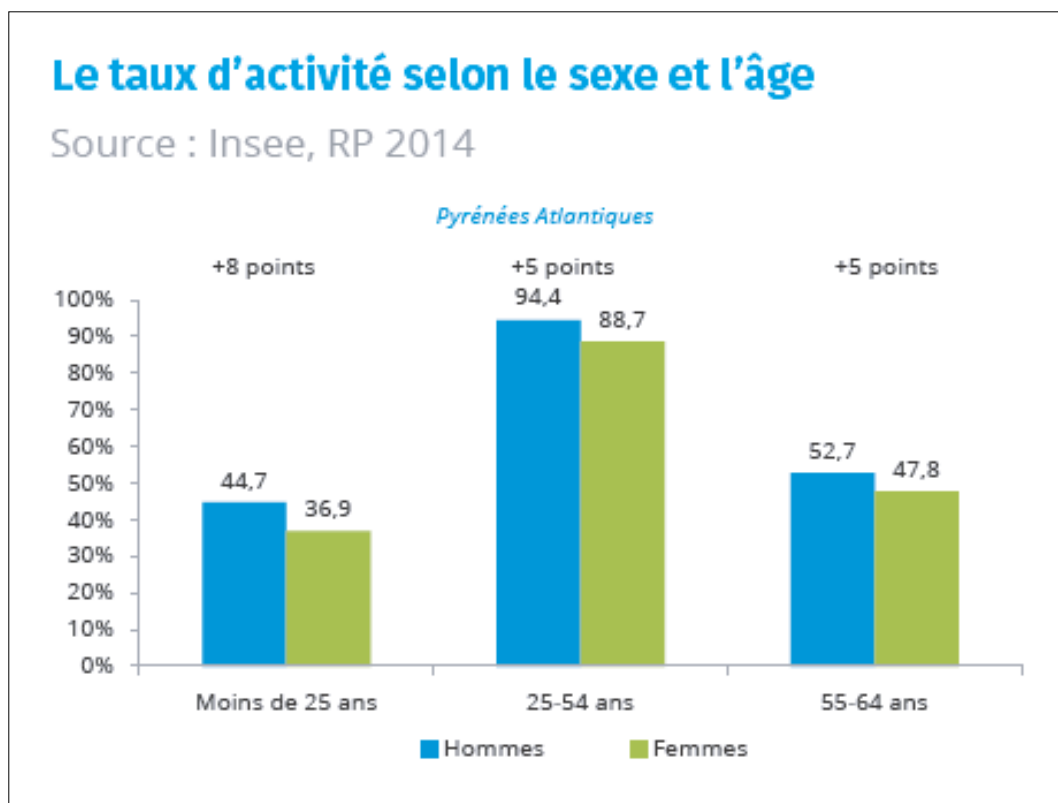
55% des personnes bénéficiaires du RSA (soit 9 325 individus) possèdent un contrat en cours à la fin de l'année 2015, et poursuivent ainsi une orientation active au sein des organismes de parcours.

## L'aide sociale départementale : un complément indispensable



15 564 demandes d'aide financière ont été réalisées sur le département en 2015 dont 74% ont été accordées. Ces aides ont ainsi bénéficié à 6 168 ménages, soit environ 17% des ménages vivant sous le seuil de pauvreté en 2013.

# Les activités sanitaires et sociales pèsent dans l'économie départementale



Deuxième employeur de la Nouvelle-Aquitaine, le département des Pyrénées-Atlantiques offre plus d'un emploi sur huit dans la région.

Le tertiaire regroupe plus des trois quarts des salariés et présente une spécificité marquée : les activités de R&D, en lien avec la filière de la pétrochimie.

L'industrie est un peu plus présente qu'en Nouvelle-Aquitaine et compte quelques fleurons notamment dans l'aéronautique et l'agroalimentaire.

Océan et montagne font des Pyrénées-Atlantiques un des principaux départements touristiques de la région.

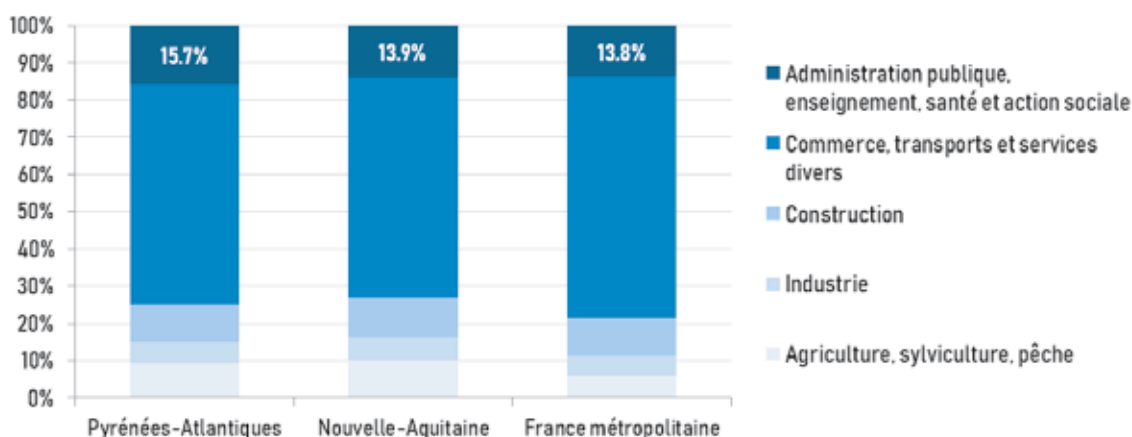
Le taux de chômage départemental est l'un des plus faibles de la région.

Fin 2015, le répertoire CLAP<sup>5</sup> enregistre 78 291 établissements actifs au sein du territoire des Pyrénées-Atlantiques, qui employaient 215 080 salariés.

<sup>5</sup> Connaissance locale de l'appareil productif (répertoire INSEE).



### Répartition des établissements par grands secteurs d'activité (INSEE, 2015)

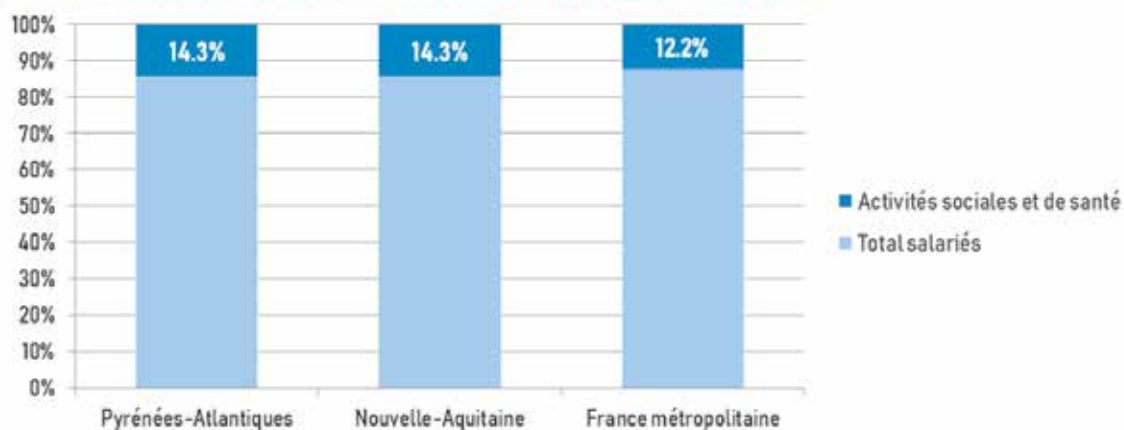


Le secteur « Administration publique, enseignement, santé et actions sociale » est particulièrement bien représenté. Il pèse pour :

- 15,7% de l'ensemble des établissements (soit plus qu'en Nouvelle-Aquitaine et au niveau national) ;
- 33,8% de l'ensemble des salariés du département (35,5% en Nouvelle-Aquitaine et 32,5% en France métropolitaine), soit 31 000 salariés.

<sup>5</sup> Connaissance locale de l'appareil productif (répertoire INSEE).

### Activités sociales et de santé dans l'ensemble des emplois salariés (INSEE, 2015)



42% des emplois du secteur « Administration publique, enseignement, santé et actions sociale » relèvent des activités sociales et de santé avec ou sans hébergements. Au total, près de 36000 salariés travaillent dans le secteur de la santé et de l'action sociale et médico-sociale.

C'est un secteur dynamique en termes de création d'emplois. Pour autant, des difficultés de recrutement restent prégnantes notamment pour les métiers d'aide-soignant et d'auxiliaire de vie (aide à domicile).

Principales raisons : manque d'attractivité des métiers, conditions de travail et de rémunération, épuisement professionnel et concurrence entre ESMS.

# PARTIE 2

## LA PERTE D'AUTONOMIE, UN DEFI SOCIAL EN CROISSANCE QUI MOBILISE LE DEPARTEMENT

### Les seniors et le grand âge : portrait d'une population en développement

#### Les enjeux du vieillissement

La population des « personnes âgées » est en réalité constituée de personnes très différentes selon l'âge et les milieux sociaux notamment.

En 2040, on devrait compter en France entre 1,7 et 2,2 millions de personnes âgées dépendantes, selon un rapport du Haut-Conseil de Financement de la Protection Sociale<sup>6</sup>. La question de leur prise en charge va de plus en plus se poser. S'en remettre aux seules solidarités familiales poserait deux grands types de problèmes. D'une part, tous les aînés ne disposent pas d'un réseau familial pour les soutenir. S'il n'existe pas d'offre publique, la qualité de l'aide dépendra du niveau de vie. D'autre part, cette solidarité privée repose en pratique pour l'essentiel sur les femmes, qui peuvent avoir d'autres aspirations que de passer de la prise en charge de leurs enfants à celle de leurs parents.

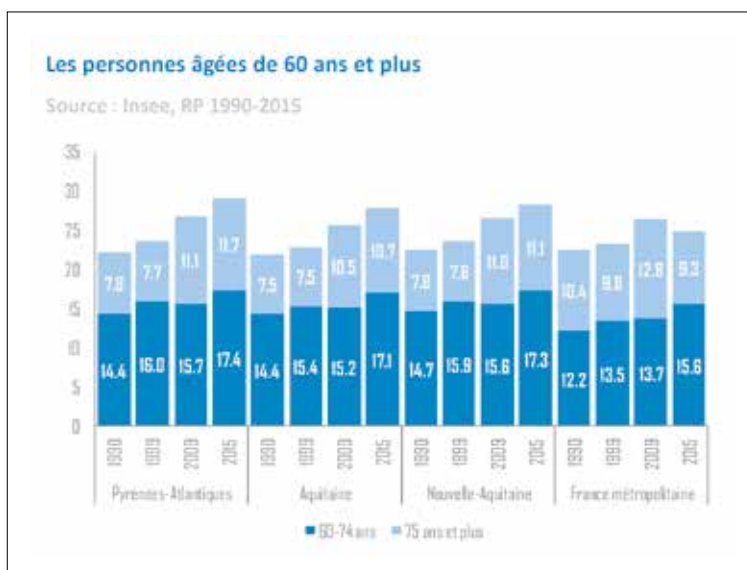
#### Les seniors et le grand âge aujourd'hui

#### La part des personnes âgées dans la population augmente et les équilibres générationnels se modifient

3 habitants sur 10 sont des personnes de plus de 60 ans. Ce taux est légèrement supérieur à celui de la Nouvelle-Aquitaine, et sensiblement au-dessus de celui de la France Métropolitaine.

L'augmentation du nombre des aînés est le reflet du passage au-delà de 60 ans des générations issues du baby-boom. Des générations nombreuses remplacent petit à petit des générations déficitaires (impact des décès et du déficit des naissances liées aux deux guerres mondiales)

L'augmentation de l'espérance de vie amplifie le vieillissement de la population.



<sup>6</sup> « Rapport sur les perspectives de financement à moyen-long terme des régimes de protection sociale », aut conseil du financement de la protection sociale, juin 2017.

L'indice d'évolution des générations âgées est le nombre de personnes âgées de 60 à 74 ans ramené au nombre de personnes âgées de 75 ans et plus.

Plus l'indice est supérieur à 1 et plus le vieillissement attendu de la population est important.

### Les personnes âgées de 75 ans et plus et l'indice d'évolution des générations âgées

Source : Insee, RP 1990-2015

	Part des personnes âgées de 75 ans et plus parmi l'ensemble de la population en %				Indice d'évolution des générations âgées (60-74 ans / 75 ans et plus) en 2015*
	1990	1999	2008	2015	
SDS - Adour BAB	9.8	10.2	12.6	13.4	1.34
SDS - Nive Nivelle	8.0	8.7	10.6	10.9	1.65
SDS - Pays Basque Intérieur	9.8	10.0	11.6	12.4	1.47
SDS - Pays des Gaves	8.6	8.9	11.4	12.8	1.36
SDS - Haut Béarn	9.5	10.3	12.2	12.9	1.50
SDS - Pau Agglomération	7.4	7.9	10.1	11.2	1.46
SDS - Est Béarn	7.8	7.9	8.7	9.3	1.82
Pyrénées-Atlantiques	8.5	9.0	10.9	11.7	1.49
Nouvelle-Aquitaine	8.6	9.1	10.8	13.6	1.56
France métropolitaine	6.7	7.1	8.7	9.3	1.68

\* Plus l'indice est supérieur à 1 et plus le vieillissement attendu de la population communale est important.

L'indice de vieillissement de la population est le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans. Il permet de mesurer le degré de vieillissement de la population. Plus l'indice est élevé, plus le vieillissement est important.

En 2014, les Pyrénées-Atlantiques ont dépassé le seuil de 100 personnes de plus de 65 ans pour 100 de moins de 20 ans. Le vieillissement de la population départementale est légèrement supérieur au niveau régional et sensiblement supérieur à celui de la France métropolitaine.

### Les personnes âgées présentent, comme les autres classes d'âge, des conditions de vie diversifiées

Une partie des personnes âgées dispose d'un patrimoine immobilier : la proportion de ménages propriétaires de leur logement est maximale chez les 65 ans et plus (79% contre 61% dans l'ensemble des ménages).

Ce patrimoine constitue une ressource potentielle pour les retraités dans le sens où il peut permettre, au moment de sa liquidation de financer des dépenses liées à la perte d'autonomie ou l'entrée dans une institution par exemple.

Autant de ressources que les aînés locataires ne peuvent pas mobiliser, ce qui peut augmenter leur fragilité (en particulier, ceux dont les revenus sont les plus modestes).

La sous-occupation est une des caractéristiques du peuplement des logements des aînés. Elle est liée à la décohabitation des enfants passés à l'âge adulte et à la perte du conjoint. Parmi les ménages de 60 ans et plus, près de 9 sur 10 vivent en situation de sous-peuplement de leur logement.

Les personnes âgées de 75 ans et plus et l'indice d'évolution des générations âgées

Quel que soit le statut d'occupation, cet ancrage pose la question de la vétusté potentielle des logements occupés depuis longtemps par des personnes âgées et de leur nécessaire aménagement à mesure que les limitations fonctionnelles des aînés augmentent.

La proportion de personnes âgées vivant seules à leur domicile augmente avec l'âge, du fait d'une probabilité d'être veuf(ve) en hausse également avec l'âge. Cette situation est un facteur de risque d'isolement, même si vivre seul(e) ne signifie pas pour autant isolement social.

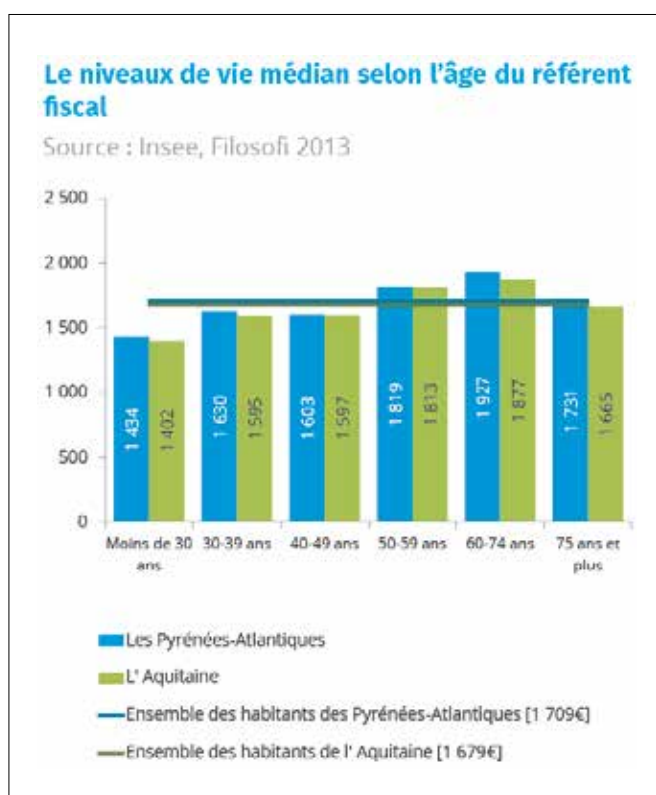
### L'âge est un facteur discriminant du niveau de vie

Au sein des ménages les plus âgés, le niveau de vie médian est de 1 927€ par mois chez les 60-74 ans, contre 1 731€ pour les 75 ans et plus des Pyrénées-Atlantiques.

La pauvreté concerne 7% des personnes vivant dans un ménage dont la personne de référence est âgée de 60 à 74 ans des Pyrénées-Atlantiques (environ 8 610 personnes) et 9% des personnes dont la personne de référence est âgée de 75 ans ou plus (7 140 personnes).

Les écarts d'espérance de vie entre hommes et femmes contribuent à construire une société où les femmes vieillissent plus souvent seules que les hommes.

Alors que la part des 60-74 ans et 75 ans et plus dans la population totale est relativement homogène d'un territoire de SDSEI à un autre, la proportion dans ces catégories d'âge des personnes vivant seules a tendance à augmenter avec le niveau d'urbanisation du territoire.



**29,1%**

**C'est en 2015 la part des personnes de plus de 60 ans vivant seules dans le département des Pyrénées-Atlantiques (29% en France métropolitaine). Au-delà de 75 ans, elles sont 36,5% à vivre seules (38,5% en France métropolitaine).**

Sources : Insee.

## La projection en 2038

La collectivité doit considérer le vieillissement à venir afin d'anticiper différents services, modes d'accompagnement et de prise en charge, adaptés aux multiples profils caractérisant ces aînés (seniors dynamiques et actifs, personnes âgées isolées, en perte d'autonomie, aidants naturels...).

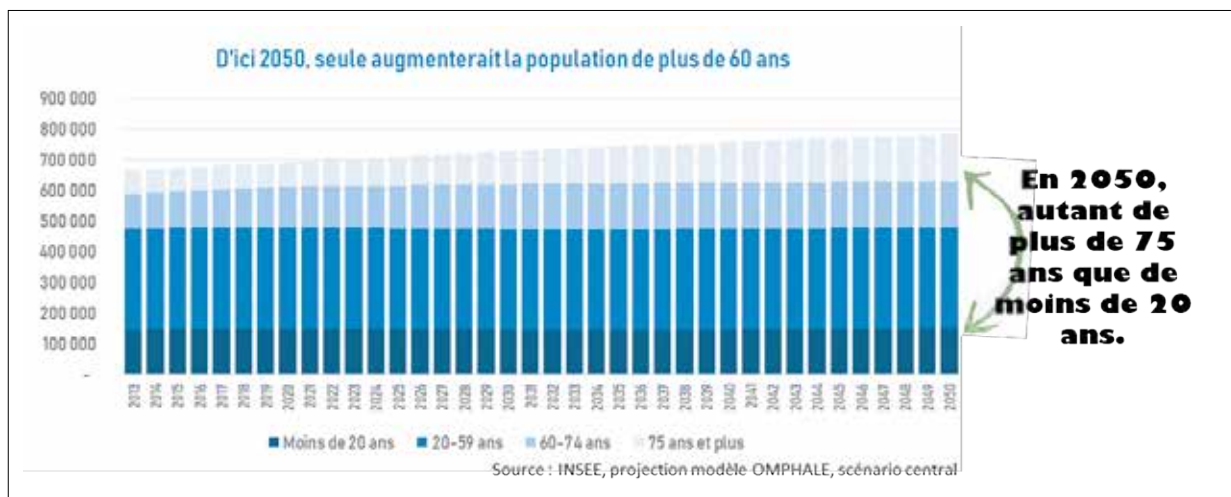
### 1,5 fois plus de personnes âgées de plus de 75 ans dans 20 ans

Selon l'INSEE, en 2050, la population de Nouvelle-Aquitaine gagnerait un million

d'habitants par rapport à 2013 grâce à l'arrivée de nouvelles populations en provenance des régions voisines et d'Île-de-France.

Les Pyrénées-Atlantiques suivraient la même tendance, avec une concentration de la croissance sur les seniors, notamment les plus âgés.

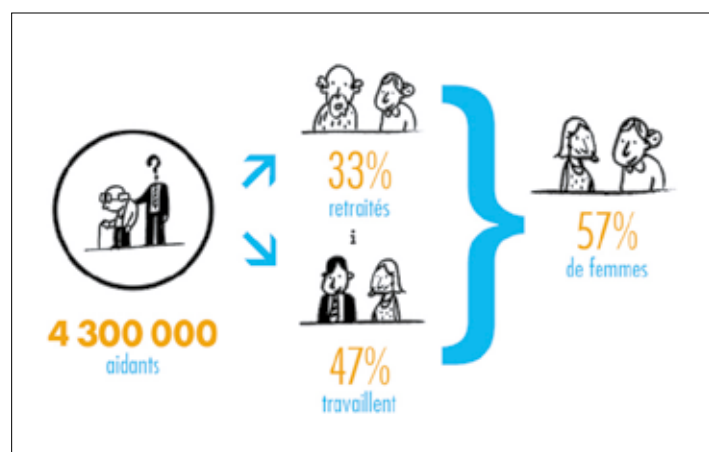
Les plus de 75 ans seraient en 2050 aussi nombreux que les moins de 20 ans.



### Une diminution prévisible du ratio aidants/aidés

En France, les aidants sont essentiellement soit des actifs (47%) soit des retraités (33%).

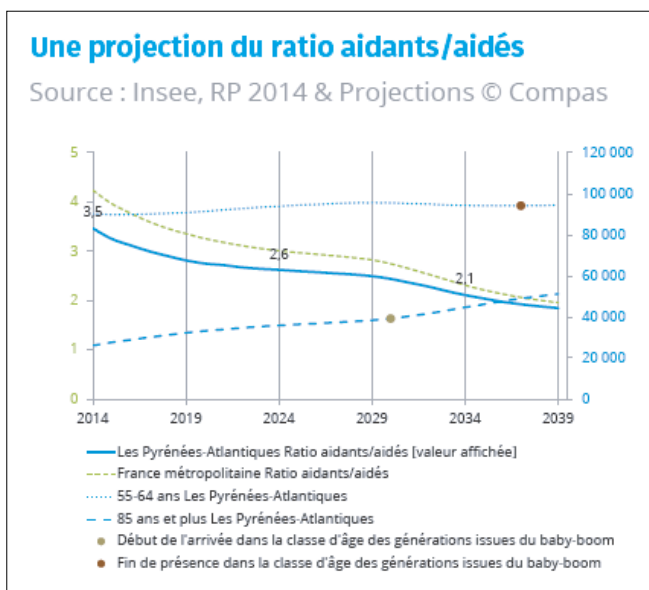
Le vieillissement des personnes âgées aujourd'hui de plus de 55 ans, et leur passage progressif dans le public des « aidés », vont modifier le ratio aidants-aidés.



Cette diminution du ratio aidants/aidés oblige les territoires à imaginer et développer de nouvelles réponses pour prévenir l'isolement social des personnes les plus âgées.

Les Pyrénées-Atlantiques comptent, en 2014, 3,5 aidants (personnes âgées de 55-64 ans) pour une personne à aider (personnes âgées de 85 ans et plus).

Le passage, à partir de 2030, des générations issues du baby-boom dans la tranche d'âge des 85 ans et plus pourrait générer un ratio aidants/aidés situé autour de 2,5 aidants pour une personne à aider (un ratio de près de 3 aidants pour une personne à aider est attendu en France métropolitaine).



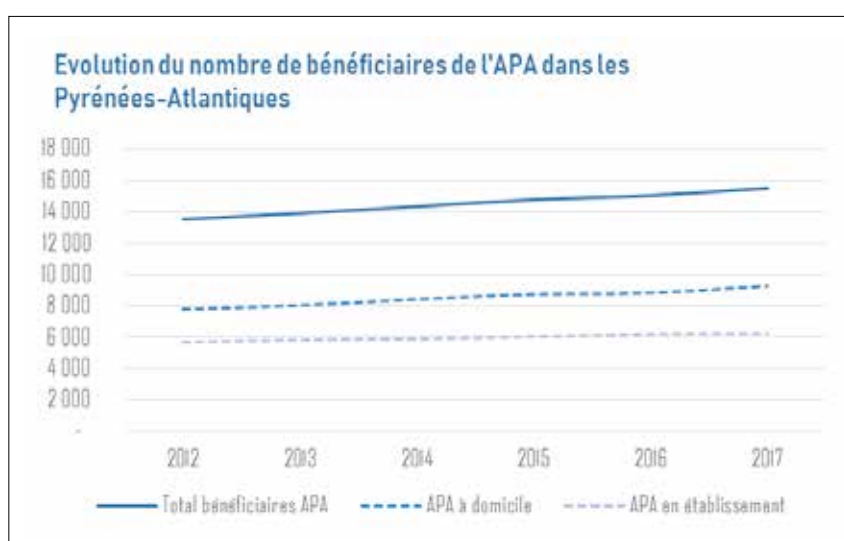
## Le Département, acteur de la solvabilisation et de l'accompagnement des personnes vieillissantes

Le Département est avec la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), l'Etat et la Sécurité Sociale l'un des principaux financeurs des dépenses liées à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes vieillissantes.

L'Allocation personnalisée à l'autonomie (APA) et l'Aide sociale aux personnes âgées les plus démunies (AS) représentent le premier poste de dépenses de la politique du Département.

L'APA et l'aide sociale interviennent pour l'aide au maintien à domicile et pour l'accueil en établissement.

Les aides directes du Département à l'autonomie des personnes au domicile ou en établissement (déduction faite du reversement de la CNSA) avoisinent les 60 M€ par an depuis 2012.



En 2017, l'action du Département a bénéficié à :

- 15 418 allocataires de l'APA,
- 2 254 allocataires de l'Aide Sociale.

Si l'augmentation du nombre d'allocataires de l'APA a un effet mécanique sur la croissance des dépenses de solidarité en leur faveur, le coût de l'APA en établissement augmente plus vite que le nombre de ses bénéficiaires.

L'APA à domicile connaît une évolution inverse (le nombre de bénéficiaires augmente plus vite que le coût pour la collectivité).

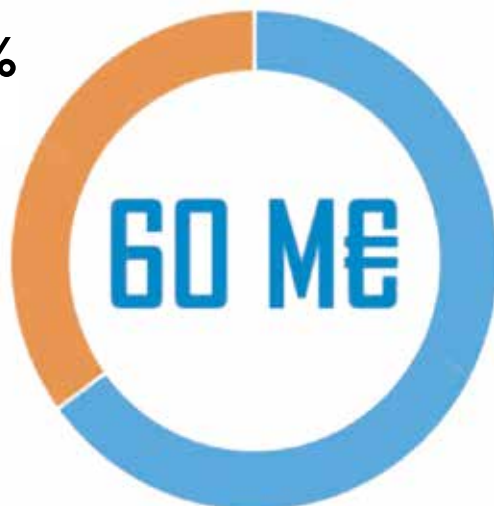
Le Département mobilise également sur tout le territoire des moyens humains et techniques afin d'accompagner l'élaboration des plans d'aide, piloter l'organisation des services d'aide à domicile, établir la tarification des établissements d'hébergement et participer aux actions territoriales de prévention de la perte d'autonomie.

**60 M€**

**C'est le montant total de la contribution des finances départementales à la compensation des difficultés d'autonomie des personnes âgées en 2017.**

**Le budget départemental alloué à l'autonomie en 2017**

**35%**



**65%**

■ APA

■ Aide sociale

Source : DSH - CO64

## Aide au maintien au domicile

### L'APA au domicile

Nombre de bénéficiaires par tranche d'âge au 31/12 de l'année

Source : Conseil départemental 2018

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
SDSEI Adour BAB	1 417	1 406	1 468	1 636	1 613	1 717
SDSEI Est Béarn	583	579	614	627	606	638
SDSEI Haut Béarn	1 223	1 213	1 214	1 152	1 137	1 164
SDSEI Nive Nivelle	1 043	1 214	1 379	1 550	1 679	1 782
SDSEI Pau et Agglomération	1 765	1 735	1 740	1 773	1 754	1 859
SDSEI Pays basque Intérieur	555	579	599	616	612	672
SDSEI Pays des Gaves	1 226	1 324	1 415	1 389	1 423	1 433
Pyrénées-Atlantiques	7 812	8 050	8 429	8 743	8 824	9 265

9 265 personnes bénéficient de l'APA à domicile dans les Pyrénées Atlantiques à la fin de l'année 2017.

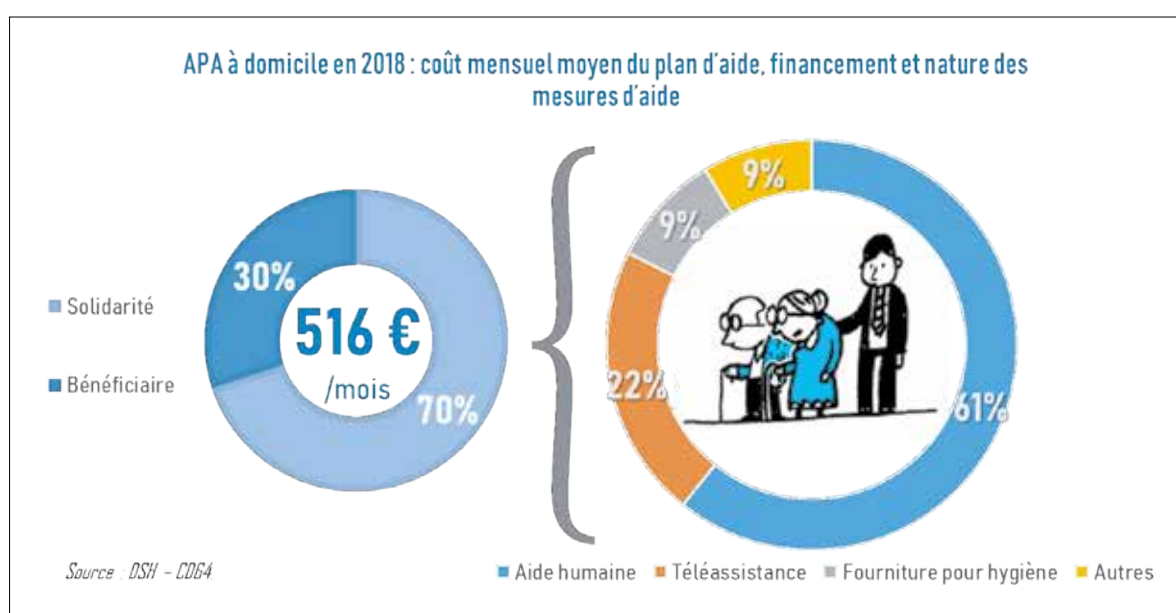
En 2015, ces allocataires représentaient 4,7% des 60 ans et plus et 11,7% des 75 ans et plus.

Sept bénéficiaires de l'APA à domicile sur 10 sont des femmes.

59% des bénéficiaires de l'APA à domicile se situent sur le GIR 4 à l'échelle du département.

Tous GIR confondus, le montant moyen mensuel du plan d'aide atteint 516€.

En 2018, le taux de participation des personnes âgées à l'APA est relativement homogène quel que soit le niveau de GIR. Il atteint 30% sur les Pyrénées Atlantiques.





# 18,6

C'est le nombre de places de services de soins infirmiers à domicile pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans dans les Pyrénées-Atlantiques en décembre 2016 (20,5 en France métropolitaine).

Sources : DREES, Enquête Aide sociale ; Insee, estimations de population au 01/01/16 (résultats provisoires arrêtés fin 2016).

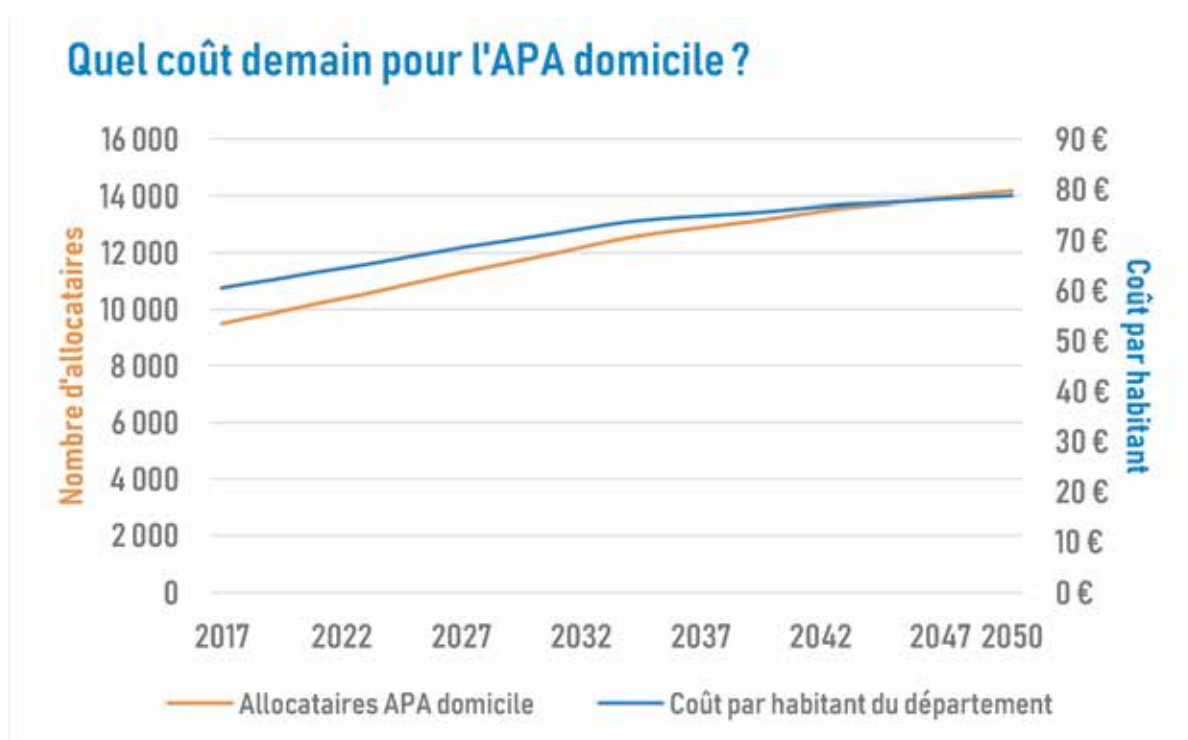
# 19%

C'est la part des bénéficiaires de l'APA à domicile classés en GIR 1 ou 2 parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'APA à domicile en Pyrénées-Atlantiques en décembre 2016 (18,8% en France métropolitaine).

Sources : DREES, Enquête Aide sociale ; Insee, estimations de population au 01/01/16 (résultats provisoires arrêtés fin 2016)

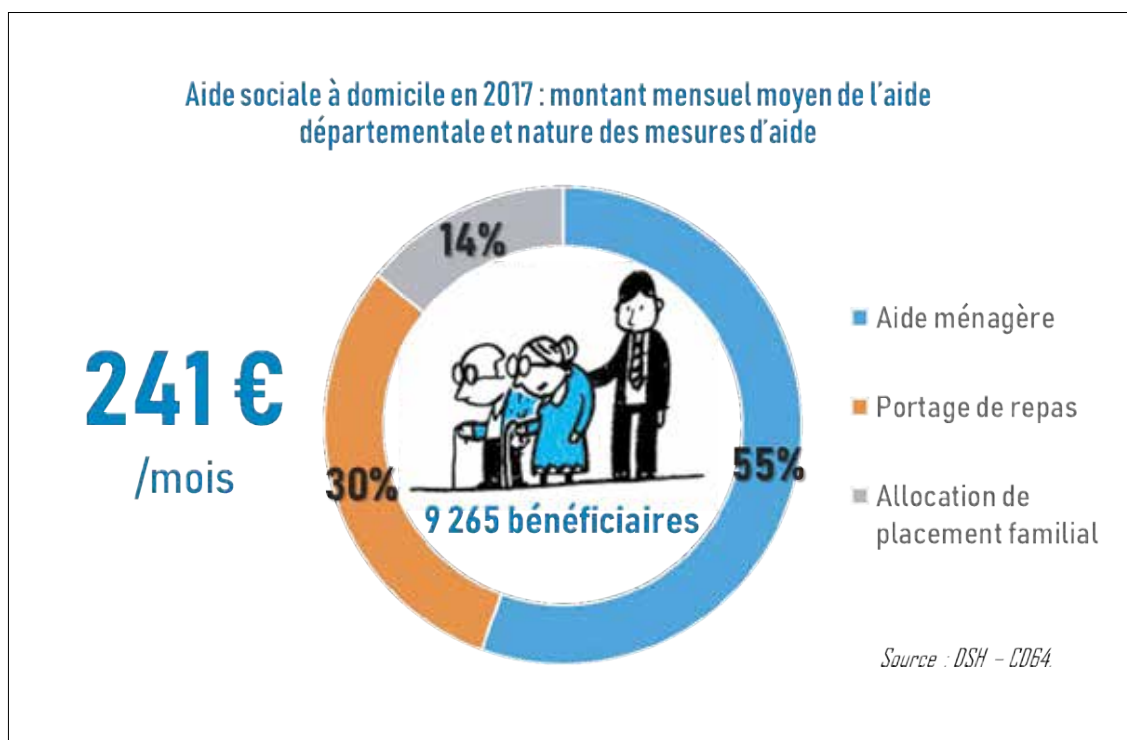
## PROJECTION : l'APA à domicile demain

Compte tenu des projections démographiques et de la réalité actuelle des plans d'aide, le coût global de l'APA à domicile augmenterait a minima (inflation à 0%) de 11,1% d'ici 2023, année de fin du présent schéma.



## L'aide sociale à domicile

En 2015, l'aide sociale à domicile bénéficiait à 351 personnes de 60 ans et plus, soit 7,3 personnes pour 1 000 (parmi les 60 ans et plus vivant à domicile). Si leur nombre a diminué depuis 2015, le montant moyen de l'aide départementale progresse chaque année.



Le montant d'aide sociale accordée par le Département aux personnes âgées les plus démunies s'élève à 241 € par mois en 2017 (pour 204 € en 2012).

Comme pour l'APA à domicile, les bénéficiaires sont très majoritairement des femmes (68% sur le département en 2015). 45% sont âgés de 80 ans et plus.

## Aide à l'hébergement

### L'APA en établissement

6 241 personnes bénéficient de l'APA en établissement à la fin de l'année 2017 dans les Pyrénées Atlantiques, soit 3,2% des personnes de 60 ans et plus, dont 5 732 de 75 ans et plus (7,3%).

## APA en établissement, nombre de bénéficiaires par tranche d'âge au 31/12 de l'année

Source : Conseil départemental 2018

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
SDSEI Adour BAB	1 355	1 424	1 415	1 425	1 462	1 464
SDSEI Est Béarn	492	503	514	537	584	591
SDSEI Haut Béarn	457	461	471	485	487	487
SDSEI Nive Nivelle	707	728	765	810	825	797
SDSEI Pau et Agglomération	1 356	1 410	1 428	1 410	1 470	1 492
SDSEI Pays basque intérieur	612	603	586	606	594	600
SDSEI Pays des Gaves	725	724	733	762	790	806
<b>Pyrénées-Atlantiques</b>	<b>5 709</b>	<b>5 855</b>	<b>5 915</b>	<b>6 039</b>	<b>6 215</b>	<b>6 241</b>

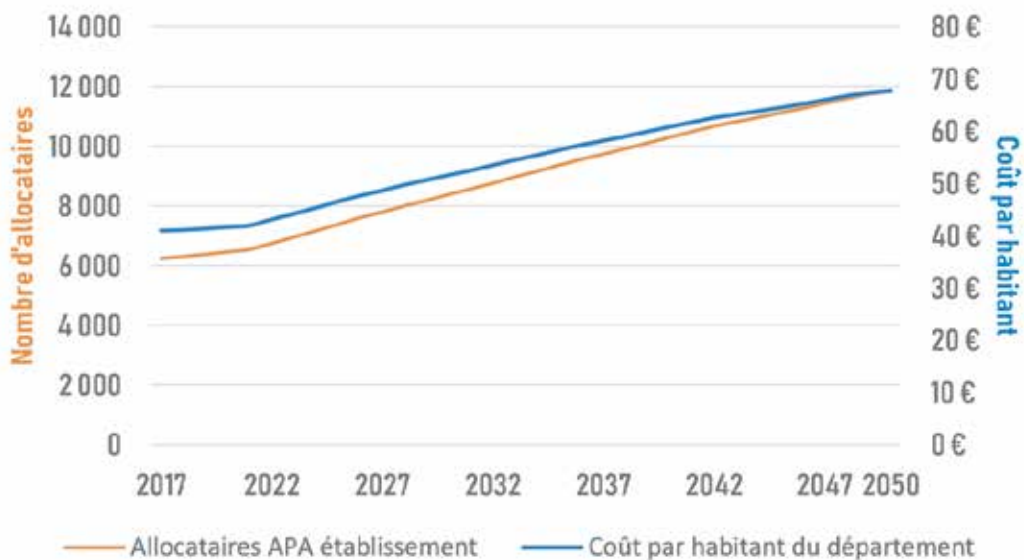
L'âge moyen d'entrée en établissement est de 85 ans, alors qu'il était de 80 ans au début des années 1990.

En 2017, le Département a consacré près de 28M€ à l'APA en établissement, ce qui représente un effort de 41€ par habitant des Pyrénées-Atlantiques

## PROJECTION : l'APA en établissement demain

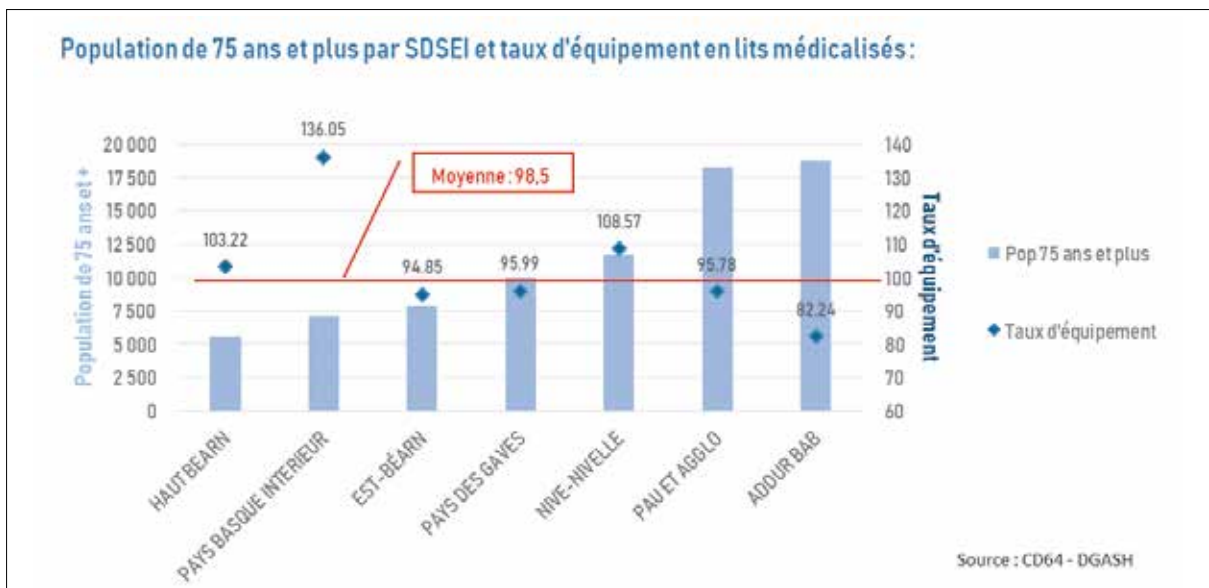
Compte tenu des projections démographiques et du coût actuel de l'APA en établissement par allocataire (4 464 € par an), le coût global de l'APA en établissement augmenterait a minima (inflation à 0%) de 11,3% d'ici 2023, année de fin du présent schéma.

### Quel coût demain pour l'APA établissement ?



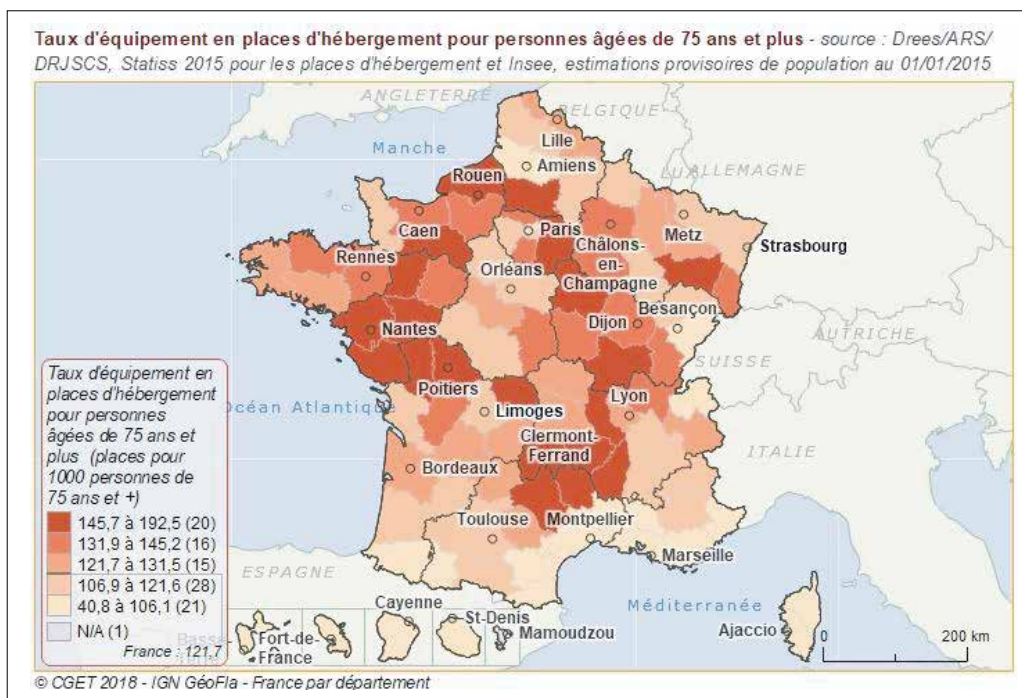
## L'équipement du territoire en établissements pour personnes âgées

L'offre en établissement se répartit principalement entre hébergement permanent (médicalisé ou non), hébergement temporaire et accueil de jour. A cela s'ajoute l'accueil spécifique des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer (lits dédiés et Pôles d'activité et de soins adaptés).



L'hébergement permanent médicalisé constitue, et de loin, la première offre en volume. En 2018, il représente près de 9 places autorisées sur 10. La même année, alors que le département compte 79 000 personnes âgées de 75 ans et plus, le nombre de lits médicalisés autorisés est de 7 806, soit un taux d'équipement moyen de 98,5%.

Le taux d'équipement n'est pas homogène sur l'ensemble du territoire départemental. Les Pyrénées-Atlantiques présentent globalement le taux d'équipement en places d'hébergement pour personnes âgées de 75 ans plus le plus faible de la région.

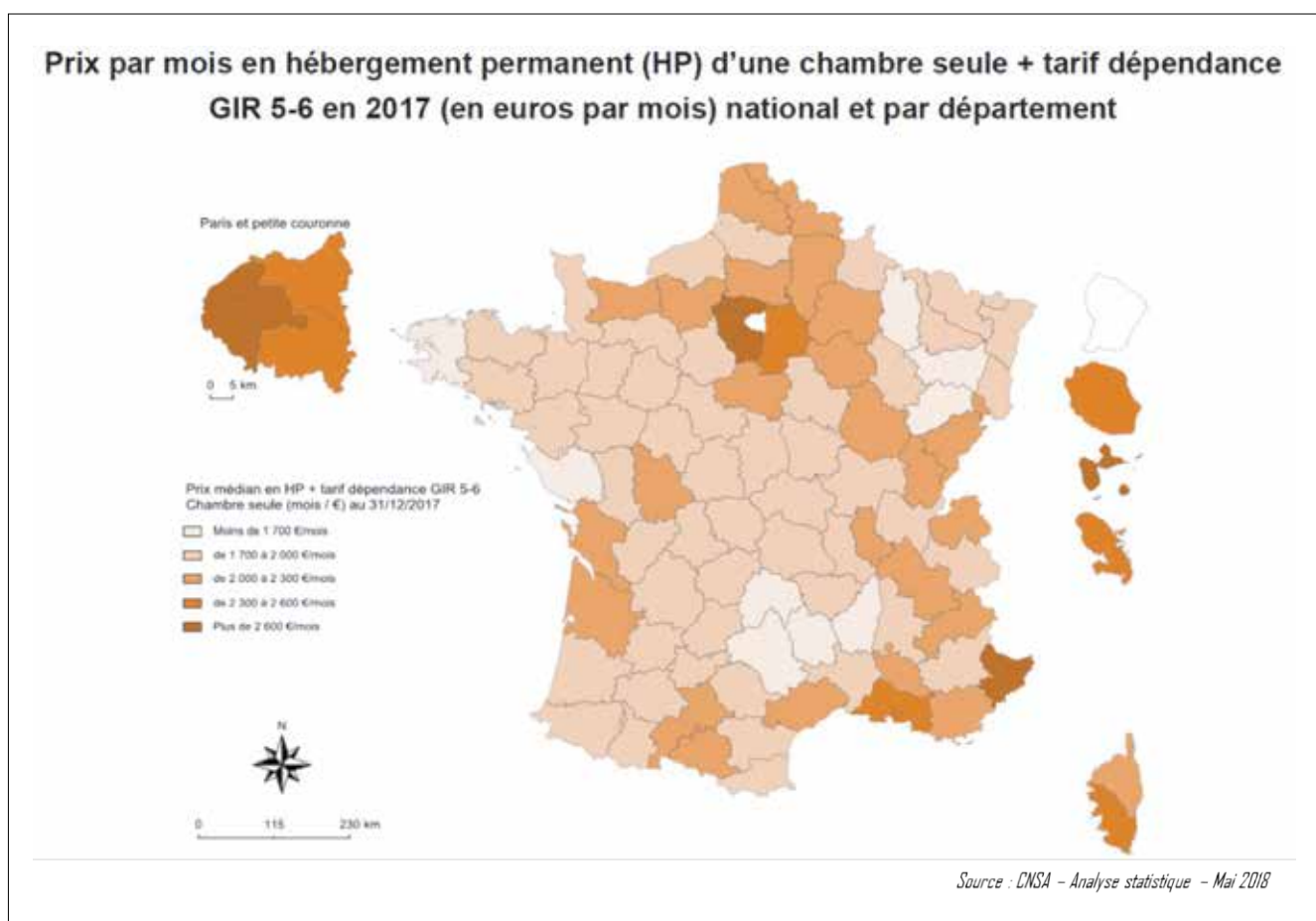


Toutes les places autorisées n'étant pas créées, les places effectivement installées représentent 97,4% de l'ensemble des places autorisées dans le département. Les marges de création pour répondre à la croissance des besoins sont donc aujourd'hui faibles, et se concentrent sur les territoires Est-Béarn, Adour-BAB et Pau et agglomération.

**Si aucune place nouvelle n'est autorisée d'ici 2023, date d'échéance du présent schéma, et compte tenu de la croissance prévue de la population âgées de 75 ans et plus (prévision INSEE scénario central), le taux d'équipement en lits médicalisés tombera à 89,1%.**

**Le simple maintien du taux d'équipement actuel nécessiterait l'autorisation de 822 places supplémentaires.**

Côté tarification, le prix médian d'une chambre seule en hébergement permanent dans le département se situe en 2017 entre 1 700 et 2 000 €, à l'image de la majeure partie du territoire national où ce prix médian est de 1 953 €.



Au niveau national, le reste à charge est en moyenne de 1 850 € par mois. Il est plus élevé dans le secteur privé lucratif (2 420 €) que dans les établissements publics non hospitaliers (1 730 €).

La pension de retraite médiane s'élève quant à elle en France à 1 500 € par mois.

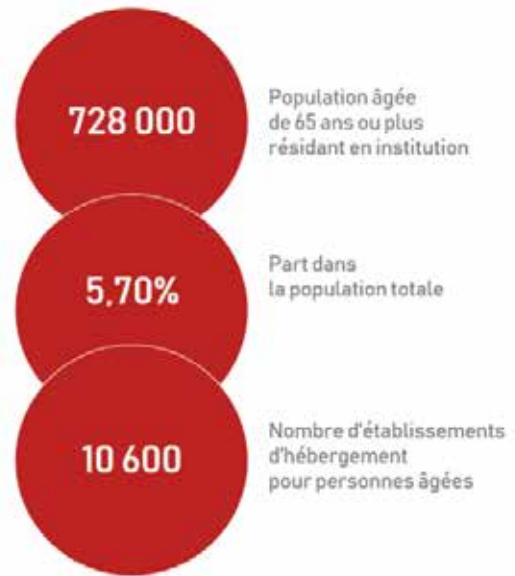
### Comment les résidents financent leur maison de retraite (en %)

Source : DRESS 2015 - Les Echos du 27/11/2018



### Les personnes âgées en établissement (à fin 2015)

Source : DRESS 2015 - Les Echos du 27/11/2018



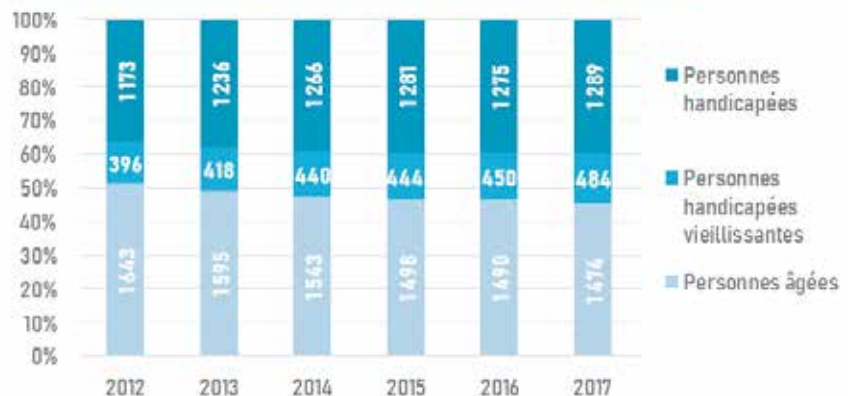
## L'aide sociale à l'hébergement

L'aide sociale à l'hébergement bénéficie :

- Aux personnes handicapées accueillies dans des établissements spécialisés dans l'accompagnement du handicap,
- Aux personnes âgées accueillies en établissements « assimilés personnes âgées » (EHPAD...),
- Aux personnes handicapées également accueillies en établissements « assimilés personnes âgées » (EHPAD...). On parle alors de « personnes handicapées vieillissantes ou PHV ».

En raison d'un volume de places habilitées à l'aide sociale très stable dans la durée, le nombre total de bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement varie peu : environ 3 200 chaque année depuis 2012.

### Evolution des bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement :

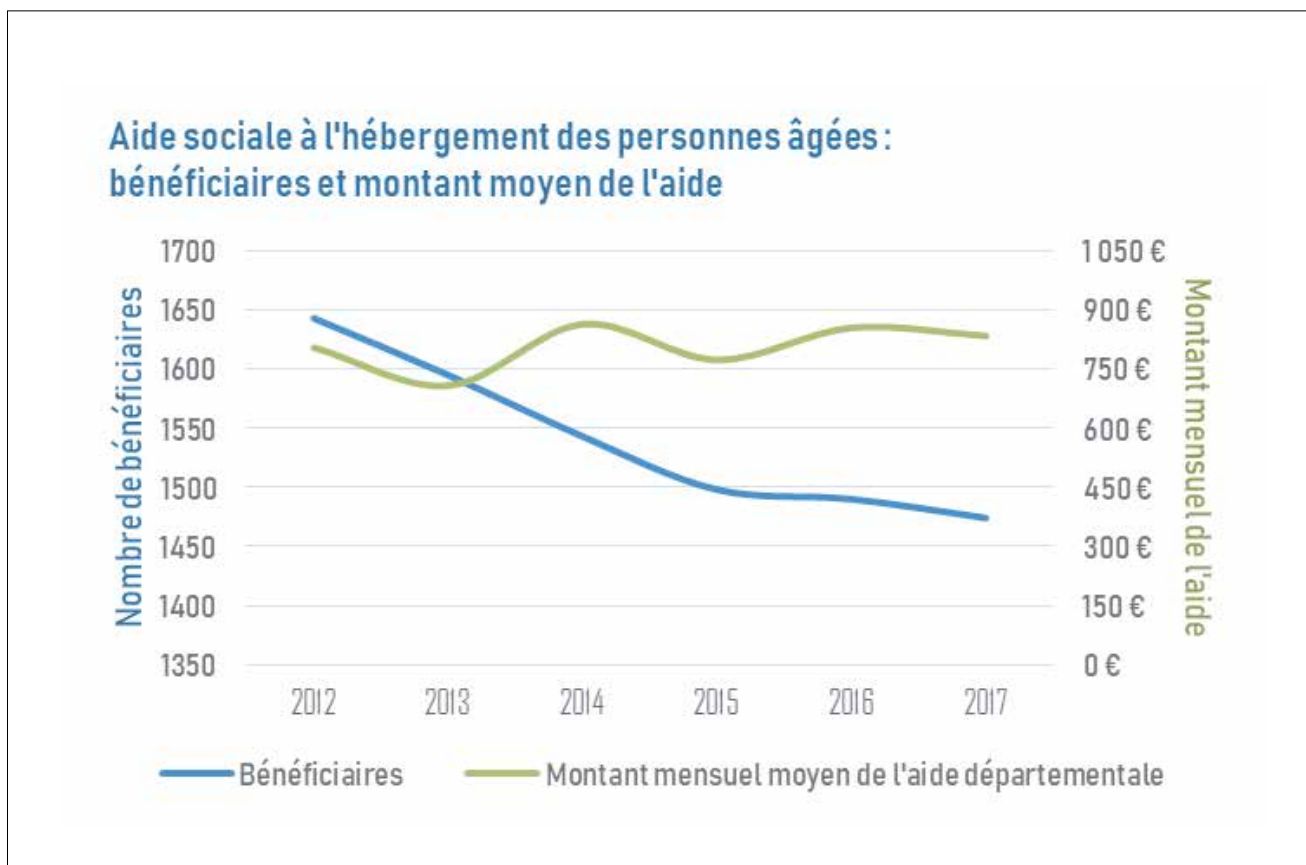


Pour autant, leur répartition évolue de manière assez nette :

La part des personnes handicapées vieillissantes bénéficiant d'une aide sociale à l'hébergement augmente sur la période. La reconnaissance d'un handicap pour une personne âgée a un effet « favorable » sur son statut en établissement et les conditions d'octroi de l'aide sociale.

Par exemple, les personnes handicapées ne sont pas soumises à l'obligation alimentaire.

Côté personnes âgées, l'aide sociale à l'hébergement (ASH) a bénéficié en 2017 à 1 474 personnes de 60 ans et plus. Le montant moyen d'aide s'élevait à 834 € par mois.



**15,7 %**

C'est au 31 décembre 2016 la part de bénéficiaires de l'Aide sociale à l'hébergement (ASH) en % du nombre de places d'hébergement pour personnes âgées dans les Pyrénées-Atlantiques (15,9 % en France métropolitaine).

Sources : DREES, Enquête Aide sociale ; DREES - DRJSCS,

## L'Allocation de placement familial

### L'accueil familial : une solution intermédiaire entre le domicile et l'établissement

L'accueil familial s'adresse à des personnes âgées ou handicapées qui ne peuvent plus ou ne souhaitent plus vivre à domicile.

La personne est accueillie au domicile d'une famille agréée dans le cadre d'un contrat. Il ne doit pas y avoir de lien de parenté entre ces deux personnes. L'accueillant doit être titulaire d'un agrément délivré par les services du Département.

L'accueil peut être temporaire (en cas d'absence des proches par exemple), séquentiel (ex : une semaine tous les mois), permanent (7j/7, 24h/24) ou en accueil de jour.

Les services du Département effectuent le suivi, l'accompagnement des personnes et des professionnels et le contrôle de l'accueil.

On comptabilise 170 places agréées dont 17 pour des personnes âgées uniquement, 27 pour des adultes handicapés uniquement et 126 pour des personnes âgées ou adultes handicapés.

La très grande majorité des agréments sont délivrés pour de l'accueil permanent. Seules 4 places agréées sont exclusivement ouvertes à de l'accueil temporaire et 15 le sont au titre d'un accueil temporaire ou permanent.

Les places d'accueil familial au 1<sup>er</sup> janvier 2019

SDSEI	nombre d'accueillants	nombre de places agréées	dont			nombre d'accueillis
			PA	AH	Mixte	
Adour BAB	3	7	3	2	2	6
Nive Nivelle	9	13	0	5	8	11
Pays Basque Intérieur	23	47	1	8	38	40
Pays des Gaves	21	36	4	7	25	22
Haut Béarn	10	17	0	0	17	13
Pau Agglomération	6	8	1	3	4	6
Est Béarn	24	42	8	2	32	36
<b>TOTAL</b>	<b>96</b>	<b>170</b>	<b>17</b>	<b>27</b>	<b>126</b>	<b>134</b>

Le taux d'occupation des places est de 79%. La non-occupation de places agréées peut être soit liée à la volonté de l'accueillant (préparation d'une cessation d'activité, délai entre deux accueils) soit indépendant de sa volonté (inadaptation du logement à certains besoins des personnes âgées ou handicapées, méconnaissance de ce mode d'accueil).

L'offre d'accueil est moins importante en milieu urbain, le coût de l'immobilier et l'occupation des logements permanents y étant un frein au développement de ce mode d'accueil.

### Le profil des accueillis

Sur les 134 personnes accueillies :

- On dénombre 69 femmes et 65 hommes,
- Un nombre égal de personnes âgées et handicapées (67 de chaque),
- Une sur quatre est accueillie depuis plus de 12 ans et une sur trois depuis moins de trois ans.



L'âge moyen est de 60 ans avec toutefois un écart important entre l'âge moyen des personnes âgées (73 ans) et l'âge moyen des personnes handicapées (47 ans). La personne accueillie la plus jeune a 27 ans, la personne accueillie la plus âgée a 103 ans.

73% des personnes accueillies bénéficient d'une mesure de protection (tutelle ou curatelle renforcée). Dans 8 cas sur 10, cette mesure est exercée par un service mandataire.

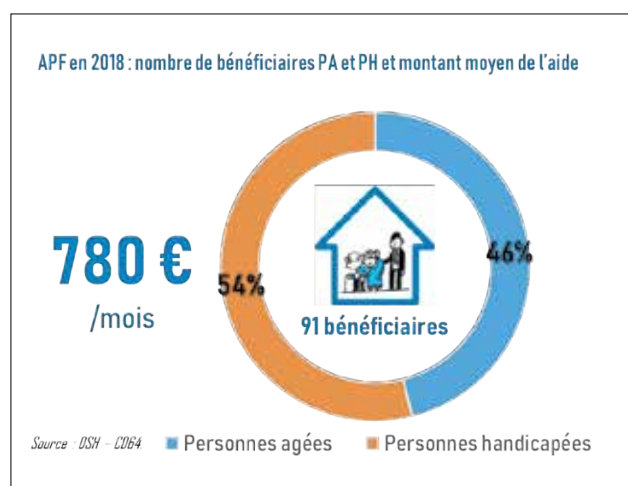
## L'APF : l'allocation de placement familial

Toute personne âgée accueillie chez un(e) accueillant(e) familial(e) agréé(e) et habilité(e) à recevoir des bénéficiaires de l'Aide Sociale, peut prétendre à une prise en charge par l'Allocation de Placement Familial (APF).

L'APF est une allocation différentielle entre la participation de la personne accueillie et le coût réel de l'hébergement. Elle est cumulable avec l'APA.

Cette allocation, accordée par le Département, est soumise à la récupération sur succession ou donation et également à l'obligation alimentaire.

Le montant de l'allocation attribuée est fixé en fonction du coût de l'accueil, des ressources de la personne et des charges qu'elle supporte, mais aussi de la participation éventuelle du conjoint et obligés alimentaires.



# Le handicap : de l'enfance à l'âge adulte, des populations fragiles

## Les différentes catégories de handicap

Dans ses enquêtes sur le handicap, l'INSEE différencie des limitations motrices, sensorielles et cognitives et mesure le handicap selon trois catégories :

- Le handicap « ressenti » est le fait de se déclarer handicapé, quelle que soit la nature du handicap : 9,6% de la population est dans ce cas. Parmi elles, 4,6% déclarent un handicap cognitif, 4,1% un handicap moteur et 3% un handicap sensoriel.
- Le handicap est dit « identifié », quand une personne déclare une impossibilité totale à effectuer une tâche courante, reçoit une aide d'une tierce personne, a besoin d'une prothèse ou d'un appareil, ou dont le logement a été aménagé. Une proportion équivalente de la population, 9,4%, serait touchée.
- Enfin, le handicap « reconnu » par une administration concernerait 7,9% de la population. La reconnaissance administrative du handicap ouvre droit à des prestations ou des dispositifs d'accompagnements spécifiques (allocations pour handicapés, pensions d'invalidité, etc.).

Chiffres clés et définitions		Evolution (2009-2014)
Allocataires de l'AAEH	<b>2 537</b>	
	allocataires	<b>+1 055</b>
	<b>20 093</b>	<b>+7 579</b>
Part des ménages allocataires de l'AAEH	<b>2,5%</b>	
	des familles	<b>+71,2%</b>
	<b>2,3%</b>	<b>+60,6%</b>
Allocataires de l'AAH	<b>13 984</b>	
	allocataires	<b>+2 254</b>
	<b>100 016</b>	<b>+14 362</b>
Part des ménages allocataires de l'AAH	<b>4,6%</b>	
	des ménages	<b>+19,2%</b>
	<b>3,8%</b>	<b>+16,8%</b>

*NB : En orange, valeurs de la Nouvelle-Aquitaine*

Au total, 16% de la population entre au moins dans l'une des trois définitions.

Le handicap physique et psychique est en grande partie le résultat du vieillissement : 2% des 20-39 ans déclarent une limitation physique absolue et 7,9% une limitation cognitive grave, contre respectivement 51,6% et 26,2% des 80 ans ou plus, selon l'Insee. 30% des plus de 60 ans ont du mal pour se baisser ou s'agenouiller, contre 6,8% des 20-59 ans. Il est aussi fortement lié aux milieux sociaux : 20% des ouvriers contre 13% des cadres supérieurs déclarent une déficience motrice (données de 1999).

La Loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances et de la participation et la citoyenneté des personnes handicapées définit comme handicap : « toute personne qui, du fait de troubles physique ou mental, ne peut exercer certaines activités ou participer à la vie en société ». Elle distingue six grands types de handicaps : physiques, sensoriels, mentaux, psychiques, cognitifs et polyhandicaps.

Par ailleurs, initiée en 2016, la démarche « Une réponse accompagnée pour tous », issue de la mise en oeuvre des conclusions du rapport de Denis Piveteau « Zéro sans solution » est généralisée depuis le 1er janvier

2018. Ce nouveau dispositif complémentaire, animé par les MDPH, est destiné à mettre en oeuvre des solutions d'accompagnement d'un enfant ou d'un adulte handicapé afin d'éviter toute rupture dans son parcours.

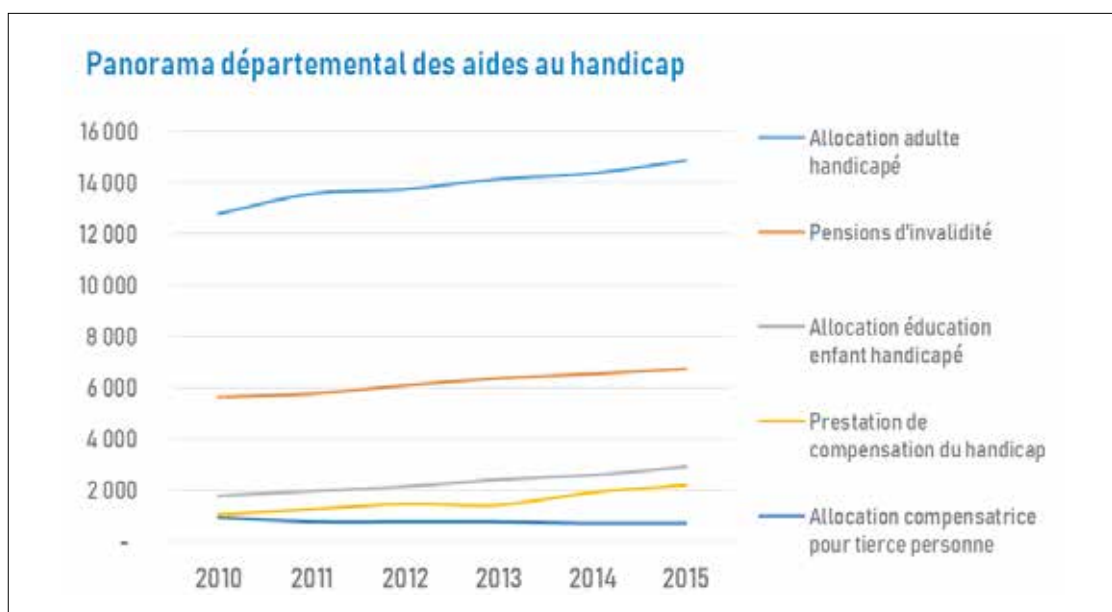
En cas d'inadaptation des réponses ou d'indisponibilité d'une offre satisfaisante, un usager de MDPH peut bénéficier d'un plan d'accompagnement global (PAG) proposé par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, avec l'accord de la personne concernée ou de son représentant légal. Ce plan a pour objectif d'anticiper les risques de rupture de parcours ou de permettre d'expérimenter un accompagnement qui n'avait pas pu être mise en oeuvre jusque-là.

La MDPH peut ainsi mobiliser un groupe opérationnel de synthèse auquel participent les professionnels et les institutions concernés par la situation de la personne ou susceptibles d'apporter des réponses, l'usager ou son représentant légal. La MDPH peut également solliciter la participation des autorités de contrôle et de tarification pour acter tout moyen supplémentaire et/ou dérogation garantissant la mise en oeuvre opérationnelle de la solution. Ce plan prévoit des modalités de suivi : périodicité ainsi qu'identification d'un coordonnateur de parcours parmi les acteurs de la mise en oeuvre du plan.

## A chaque situation de handicap correspond une réponse sociale ou matérielle

Près de 54 000 personnes ayant un droit ouvert sont recensées début 2017 par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) des Pyrénées-Atlantiques, soit 8% de la population départementale.

Même si le présent Schéma de l'Autonomie ne concerne que les publics adultes, les enfants et jeunes de moins de 18 ans relevant du Schéma Départemental de l'Enfance et de la Famille, il est utile d'évoquer ici le profil d'ensemble des populations handicapées, et les principales mesures de soutien mises en oeuvre.



### Soutien aux familles dans l'éducation d'un enfant handicapé

Les familles qui ont en charge un enfant de moins de 20 ans handicapées peuvent bénéficier de l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

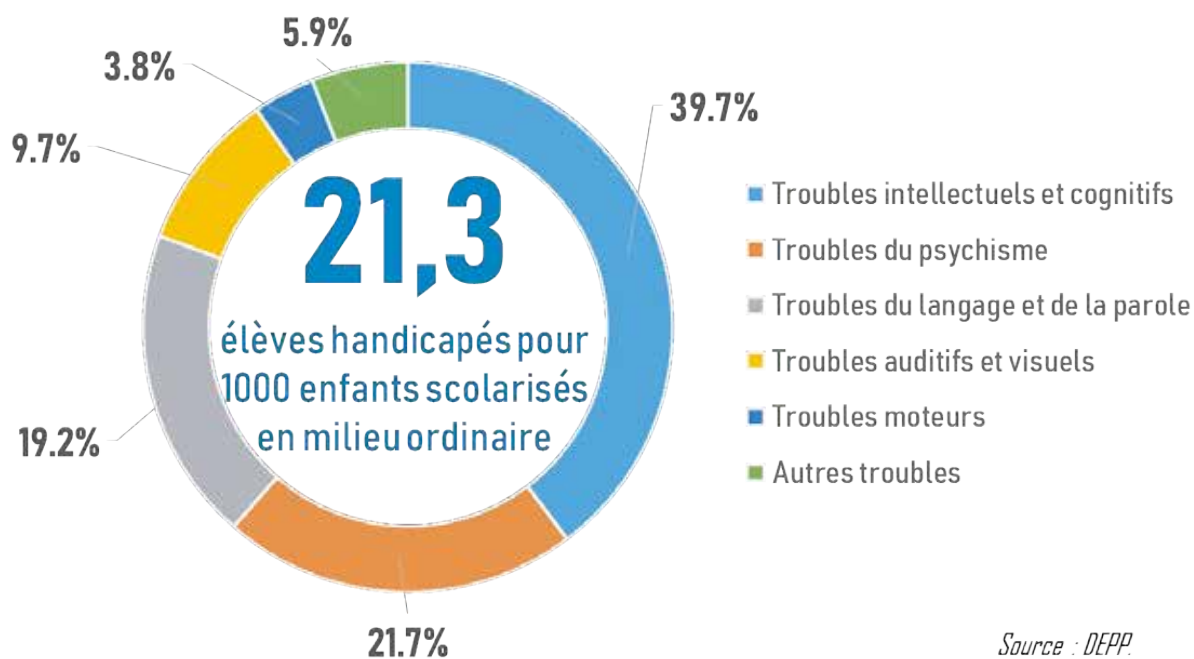
Cette allocation est versée, sans conditions de ressources, par la CAF ou la MSA.

Elle permet de faire face aux dépenses, parfois importantes, liées au handicap de l'enfant. Le montant de base peut être augmenté dans certains cas, en particulier si le handicap de l'enfant nécessite des dépenses coûteuses ou entraîne une cessation de l'activité professionnelle de son parent ou encore l'embauche d'une tierce personne.

Les familles monoparentales peuvent bénéficier, selon les mêmes conditions, d'une allocation supplémentaire.

Le nombre d'allocataires et la part des familles bénéficiaires de l'AEEH est un indicateur renseignant sur la prévalence du handicap chez l'enfant et le niveau de la réponse apportée par la collectivité aux familles qui ont un enfant handicapé. Les effectifs d'enfants handicapés ne sont pas connus, seul le nombre d'enfants handicapés aidés par la CAF est disponible.

### Types de troubles dont souffrent les élèves handicapés scolarisés en milieu ordinaire (année 2015/2016)



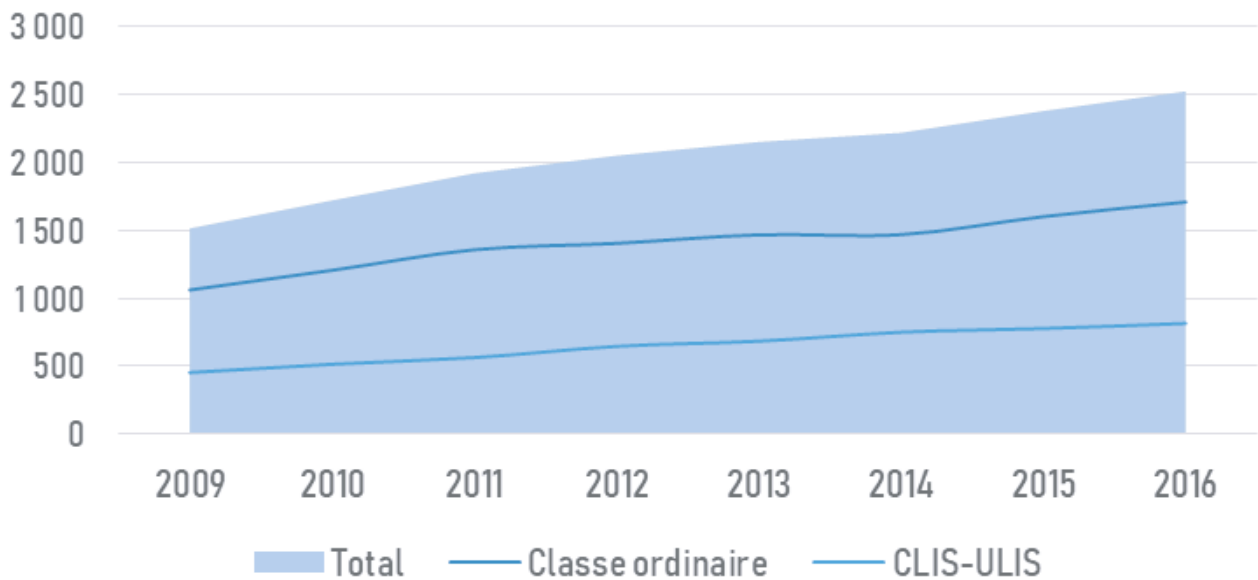
**7,7**

C'est, au 31 décembre 2016, et pour 1 000 personnes de moins de 20 ans, le nombre de places disponibles en établissements spécialisés en Pyrénées-Atlantiques dans l'accueil d'enfants handicapés (6,5 en France Métropolitaine). Dans les seuls Service d'éducation spécialisé et de soins à domicile (SESSAD), ce taux d'équipement est de 3,6 pour 1 000 (3,2 en France Métropolitaine).

Source : DREES – DRJSCS et Insee.

## La scolarisation des enfants handicapés

### Elèves handicapés scolarisés en établissements ordinaires dans les Pyrénées-Atlantiques



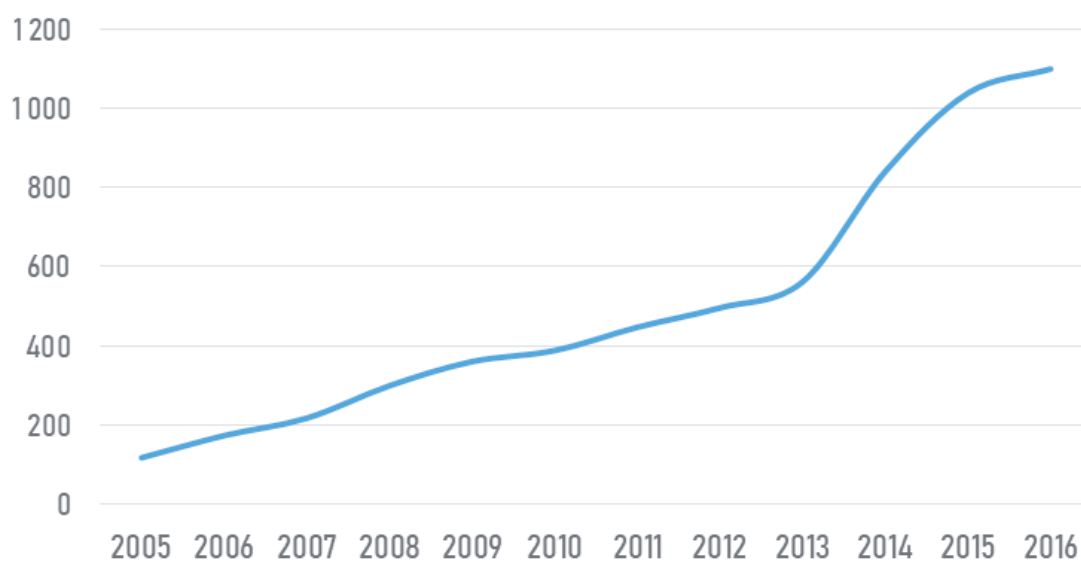
Les élèves de 1er (y compris en maternelle) et 2ème degrés handicapés représentent en 2015 dans les Pyrénées-Atlantiques 2,08% de la population scolarisée en établissement ordinaire : 2 378 élèves sur 114 160.

# 26,7

C'est le nombre d'élèves handicapés pour 1 000 élèves scolarisés en Pyrénées-Atlantiques au cours de l'année 2015-2016 en 1er ou 2nd degré en milieu scolaire ordinaire ou en établissement sanitaire ou médico-social (28,5 en France Métropolitaine). Dans le seul milieu scolaire ordinaire, ils sont 21,3 pour 1 000 (22,8 en France Métropolitaine).

Source : DEPP.

## Elèves accompagnés par un auxiliaire de vie scolaire



Le nombre d'élèves accompagnés « ralentit » sa progression.

### L'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)

Fin 2016, les familles de 2 960 enfants handicapés bénéficiaient en Pyrénées-Atlantiques d'une AEEH, soit 3% des familles avec enfant(s).

Les enfants couverts par une AEEH représentent 1,4% de l'ensemble des jeunes de moins de 20 ans.

### Passage de l'enfance à l'âge adulte : quel impact sur les dispositifs d'accompagnement

Les politiques d'aide et d'action sociales varient en fonction des besoins et des profils des demandeurs. Parmi les critères distinctifs, l'âge est particulièrement déterminant de la possibilité d'accéder ou non à certains dispositifs.

Dans le champ de l'autonomie, la sortie de l'enfance ou l'accès à la majorité sont des moments au cours desquels la fluidité des parcours peut être compromise.

L'amendement CRETON : un révélateur de l'insuffisance de l'offre « adultes »

L'amendement CRETON est un dispositif législatif permettant le maintien temporaire de jeunes adultes de plus de 20 ans en établissements d'éducation spéciale dans l'attente d'une place dans un établissement pour adultes. La CDAPH se prononce sur l'orientation de ces jeunes vers un type d'établissement pour adultes (Foyer de Vie ou d'Hébergement, Maison d'Accueil Spécialisée, Foyer d'Accueil Médicalisé...), tout en les maintenant, par manque de places disponibles, dans l'établissement d'éducation spéciale dans lequel ils étaient accueillis avant l'âge de 20 ans.

Le coût de ce maintien en établissement d'éducation spéciale est supporté par le Département et/ou l'ARS en charge du financement de l'établissement prescrit par la CDAPH. Ainsi dans ce cadre et pour 2018, 24 jeunes adultes sont dans l'attente d'une place en établissement sous compétence départementale exclusive (58% avec une orientation en Foyer de Vie) ou conjointe (42% en Foyer d'Accueil Médicalisé).

L'amendement CRETON, s'il permet de pallier une insuffisance de l'offre d'établissements pour adultes, a un double effet :

- inflation du coût global de l'accompagnement. Les établissements spécialisés dans l'enfance présentent en effet des prix de journée jusqu'à 2,5 fois plus élevés que ceux destinés aux adultes ; Un tiers des 24 jeunes adultes Amendement Creton en 2018, sont en attente depuis plus de 4 ans.

- mobilisation par des adultes de places destinées aux enfants. Au niveau national, le Ministère de la Santé estime que près de 6% des places en établissements pour enfants sont occupées par des adultes.

Le handicap chez les enfants protégés par le Département au titre de l'aide sociale à l'enfance : quel accompagnement après 18 ans ?

La prévalence de handicaps est sept fois plus importante chez les enfants bénéficiant de mesures d'aide sociale à l'enfance, dont le Département est responsable, que dans la population globale des mineurs. 25 à 30% des enfants bénéficiant de l'ASE ont des droits ouverts à la MDPH.

Or, l'articulation des dispositifs de l'aide sociale à l'enfance d'un côté, et de l'accompagnement du handicap, de l'autre, pose difficulté pour ces jeunes.

S'ils sont majeurs à 18 ans dans les politiques de l'aide à l'enfance, ils ne sont considérés comme « adultes » dans le secteur médico-social qu'à compter de 20 ans. Cette situation, particulièrement complexe à gérer pour des publics fragiles, présente de réels risques de rupture dans les parcours d'accompagnement (accès aux aides individuelles, accueil en établissement spécialisé...).

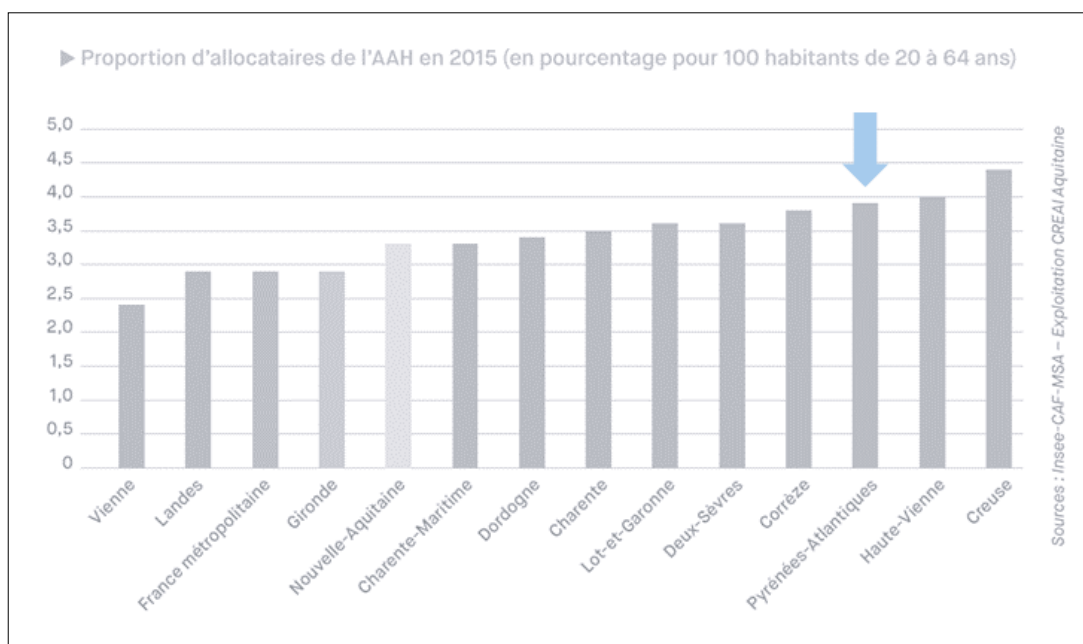
Le Rapport 2015 du Médiateur de la République, consacré aux droits de l'enfant, désigne ces jeunes adultes en risque de rupture comme les « enfants invisibles » des politiques croisées de l'enfance et du handicap.

## Compensation des difficultés d'accès à l'emploi

### L'aide individuelle

Les adultes handicapés âgés de plus de 20 ans et présentant un taux d'incapacité d'au moins 80% (ou entre 50 et moins de 80% si le handicap entraîne une restriction d'accès à l'emploi reconnue) peuvent, dans certaines conditions, bénéficier de l'Allocation d'adulte handicapé (AAH).

Le montant de cette aide varie en fonction de la situation familiale de la personne et de ses revenus. Si la personne n'a aucun revenu, elle perçoit le revenu maximum de l'AAH soit un montant inférieur à celui du seuil de pauvreté.



# 4%

**C'est en 2016 la part des personnes âgées de 20 à 64 ans qui sont attributaires de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) dans les Pyrénées-Atlantiques (2,9% en France Métropolitaine).**

Source : CNAF et MSA ; Insee, estimations de population au 01/01/2016.

En France, près d'un million de personnes perçoivent l'allocation aux adultes handicapés (AAH). Ce nombre ne cesse de progresser en raison de difficultés d'insertion importantes de ces personnes sur le marché du travail.

En 2014, le taux de chômage des personnes handicapées reste deux fois supérieur à celui de la population générale.

Le taux d'allocataires de l'AAH est sensiblement supérieur dans les Pyrénées-Atlantiques qu'au

niveau régional et national. 14 856 allocataires de l'AAH versée par la Caf sont recensés fin 2015, soit 5% des ménages des Pyrénées-Atlantiques.

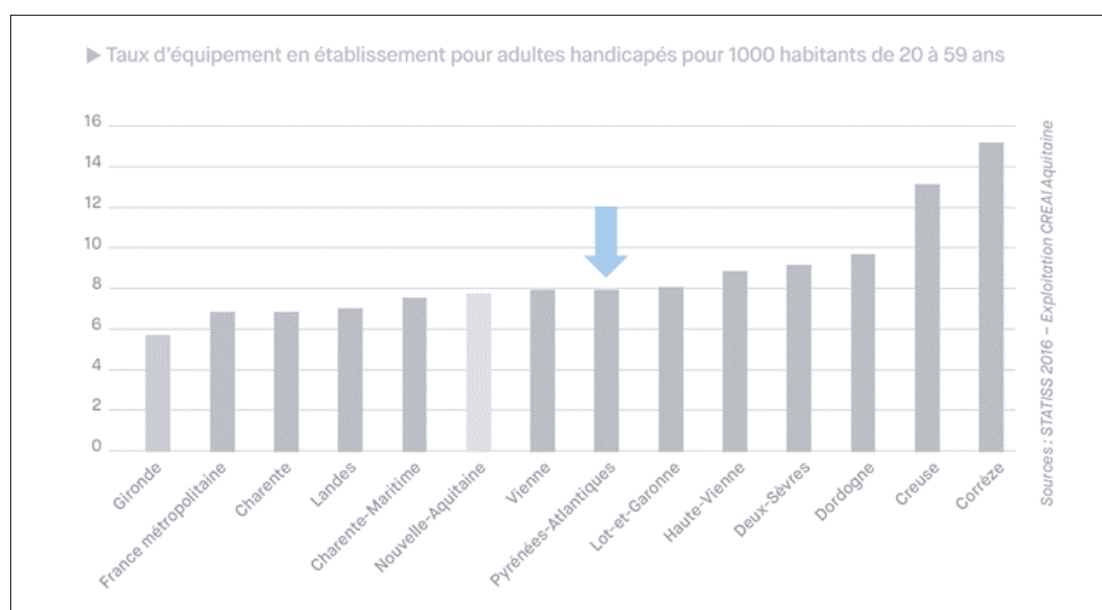
Entre 2009 et 2014, le nombre d'allocataires de l'AAH des Pyrénées-Atlantiques a augmenté de 19%, soit 2 250 allocataires de plus. Pour comparaison, l'évolution a été de +19% pour l'Aquitaine, de +17% pour la Nouvelle-Aquitaine et de +18% pour la France métropolitaine.

## Les établissements spécialisés

Le taux d'équipement en établissements d'accueil d'adultes handicapés est en Pyrénées-Atlantiques légèrement supérieur au niveau régional. Ce taux moyen masque toutefois des disparités entre l'offre non médicalisée (plutôt favorable dans le département) et l'offre médicalisée (qui s'avère quant à elle

en-deçà des niveaux régionaux et nationaux).

Cette situation n'empêche pas les tensions dans l'accès à des places en établissements pour adultes, certains d'entre eux pouvant restés en établissements pour enfants, faute de places correspondant à leur orientation.

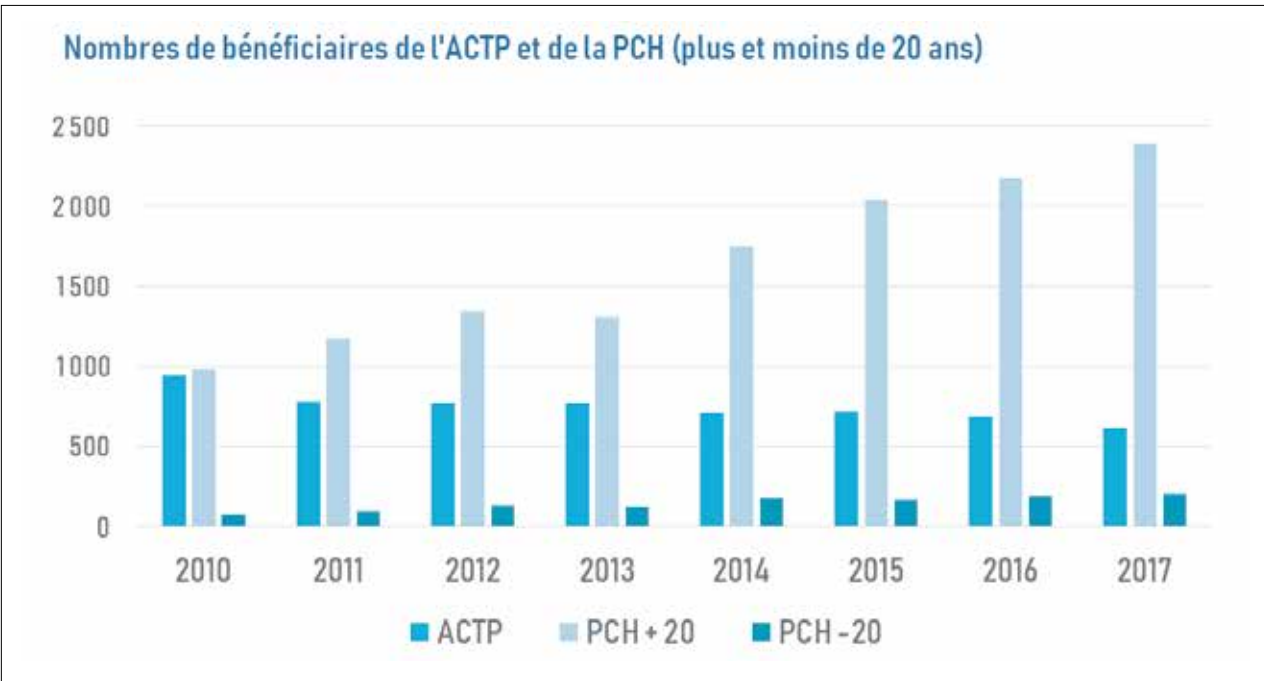




## Compensation des dépenses liées à la perte d'autonomie

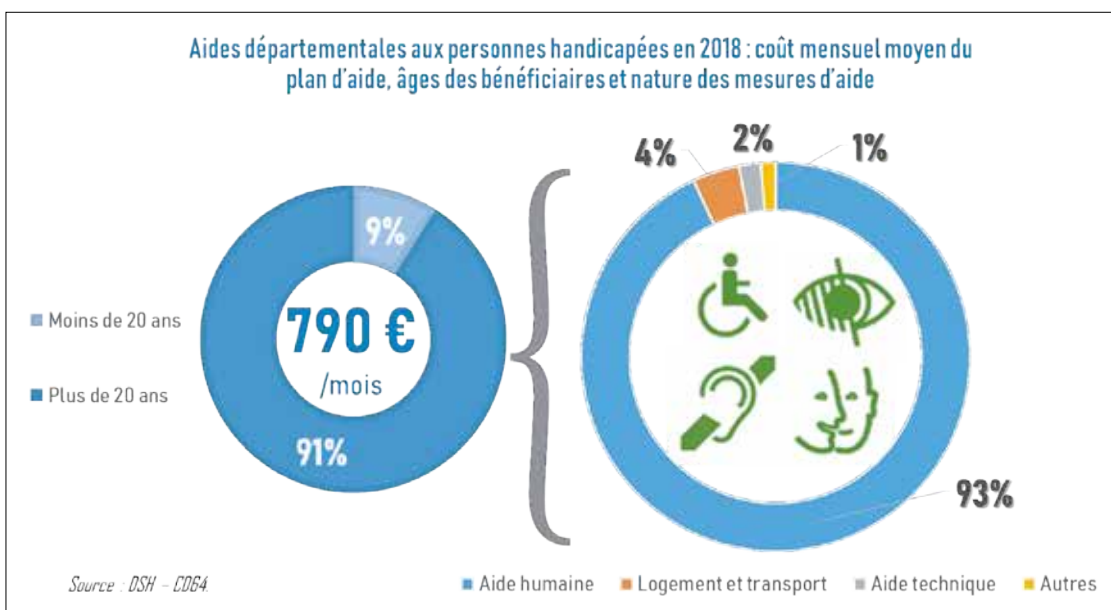
La Prestation de compensation du handicap (PCH) est une aide financière versée par le Département. Elle est destinée à compenser les dépenses liées à la perte d'autonomie. Son attribution dépend du degré d'autonomie de la personne, de son âge, de ses ressources et de sa résidence.

La PCH est venue remplacer en 2016 l'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP). Les droits ouverts au titre de l'ACTP jusqu'à cette date sont néanmoins maintenus, et s'éteignent progressivement à la faveur des sorties du dispositif.



On relève depuis 2013 une forte progression du nombre de détenteurs de la PCH dans les Pyrénées-Atlantiques. Leur proportion par rapport à la population et les dépenses de PCH y restent néanmoins plus faibles qu'au niveau national.

La répartition des bénéficiaires selon leur sexe est très équilibrée à l'échelle du département (51% d'hommes). 60% des bénéficiaires ont moins de 50 ans sur les Pyrénées Atlantiques (ce taux atteint 71% sur le SDSEI - Nive Nivelle, plus forte proportion au sein du département).



En 2018, le montant mensuel moyen de l'aide versée par le Département est de 790€. Elle est plus élevée pour les personnes de moins de 20 ans (1 065 €) que pour les plus de 20 ans (770 €). L'essentiel de l'aide départementale vient financer l'aide humaine (93% des plans d'aide), à savoir l'aide versée à une personne qui aide la personne handicapée, qu'il s'agisse d'un proche ou d'un salarié d'un prestataire de service.

## Aide sociale à domicile

L'aide sociale à domicile bénéficie à 700 personnes handicapées sur le département à la fin de l'année 2015 (soit une couverture de 1,5‰ parmi les moins de 60 ans résidant à domicile).

Parmi les 700 bénéficiaires, 298 résident au sein du SDSEI - Pau Agglomération soit 42% du total. Le taux de couverture atteint 2,5‰ sur ce SDSEI.

Leur nombre a progressé de 2% à l'échelle des Pyrénées Atlantiques (+15% sur le Pays Basque Intérieur et -19% sur l'Est Béarn

	Nombre de bénéficiaires de moins de 60 ans au 31/12/2015	Part des moins de 60 ans (‰)*	Taux d'évolution entre 2014 et 2015 (%)
SDS - Adour BAB	226	2,5	+6,1
SDS - Nive Nivelle	72	1,0	+10,8
SDS - Pays Basque Intérieur	31	0,7	+14,8
SDS - Pays des Gaves	44	0,8	+2,3
SDS - Haut Béarn	16	0,5	+14,3
SDS - Pau Agglomération	298	2,5	-2,9
SDS - Est Béarn	13	0,2	-18,8
<b>Pyrénées-Atlantiques</b>	<b>700</b>	<b>1,5</b>	<b>+2,2</b>

\*Moins de 60 ans vivant à domicile, au Rp 2013

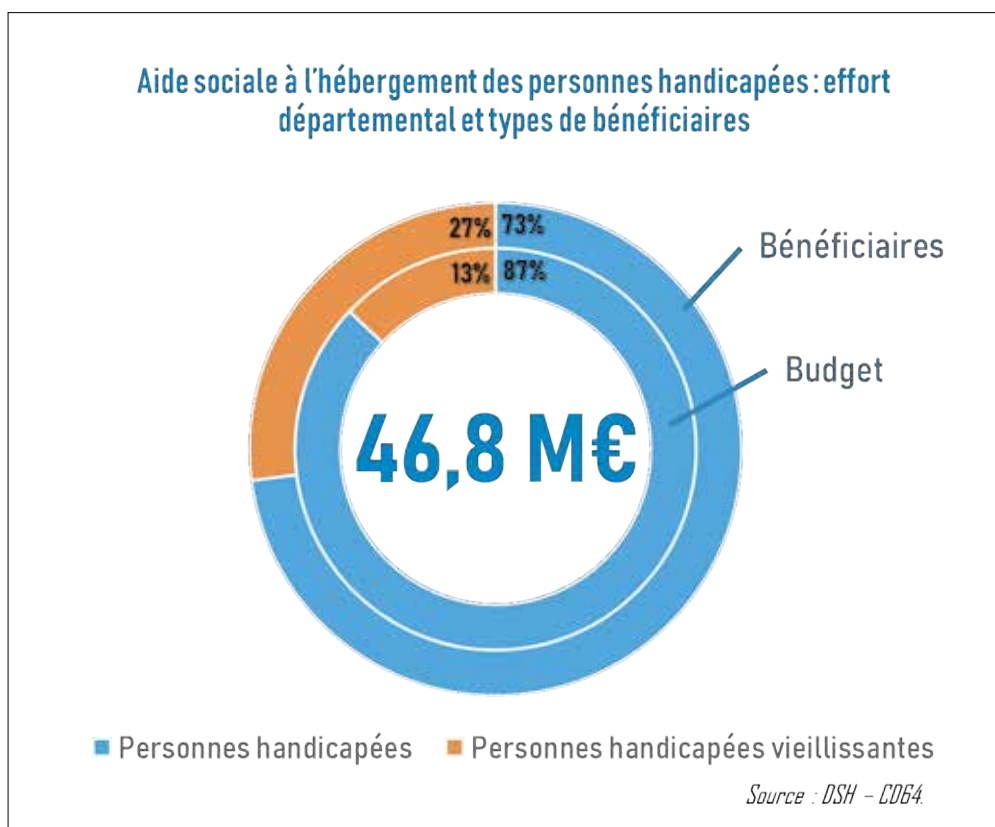
## Aide sociale à l'hébergement en établissement

En 2017, le Département a consacré 46,8M€ à l'aide sociale à l'hébergement des personnes handicapées, que ces dernières séjournent en établissements classiques pour personnes âgées ou en établissements spécialisés dans l'accueil de personnes handicapées.

En 2017, le montant moyen de l'aide sociale est de :

- 1 077 € par mois pour une personne handicapée vieillissante séjournant dans un établissement classique pour personnes âgées (type EHPAD),

- 2 623 € par mois pour une personne handicapée séjournant dans un établissement spécialisé PH dans l'accueil de personnes handicapées.



## L'autisme, une réalité complexe dont la caractérisation évolue dans le temps

La classification des troubles mentaux évolue au fur et à mesure des progrès de la médecine.

En 2013, un nouveau tableau de classification (le DSM-V) regroupe au sein du « Trouble du spectre de l'autisme » un ensemble de troubles auparavant fondus dans la catégorie des « Troubles envahissants du développement (TED) ».

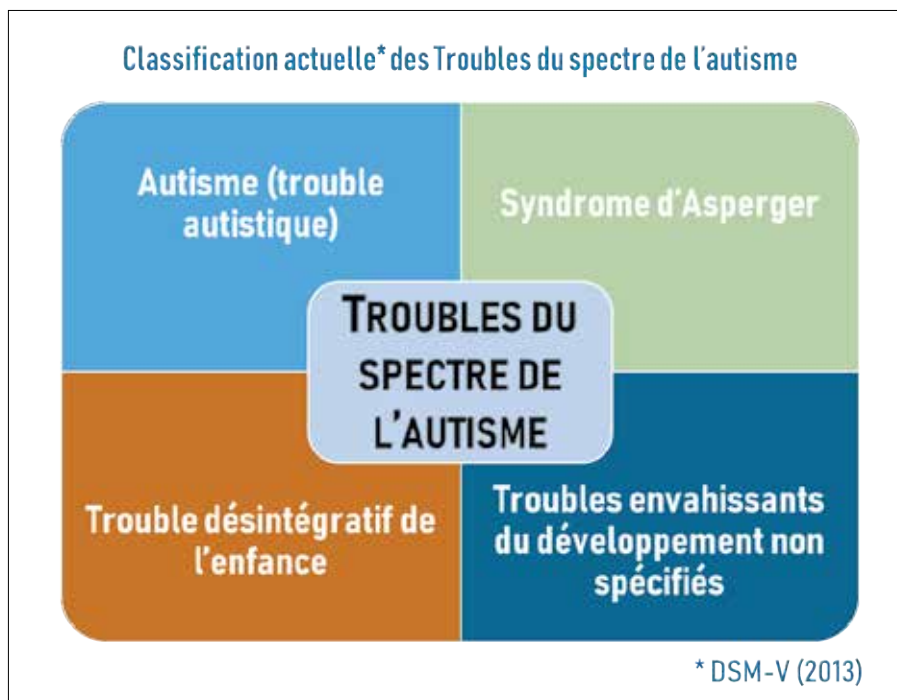
Dans les Pyrénées-Atlantiques, 6 000 personnes seraient potentiellement concernées. Parmi elles, 403 enfants et 239 adultes sont identifiés comme présentant un TSA en 2016.

Les troubles du spectre de l'autisme sont des troubles précoces (les signes sont réunis dans les trois premières années de la vie). L'insuffisance de professionnels formés au diagnostic de l'autisme et l'hétérogénéité des profils cliniques (selon la nature et l'intensité des troubles) font courir le risque d'identifications tardives ou erronées. Les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) militent pour :

- Renforcer le repérage et améliorer le diagnostic dès le plus jeune âge et tout au long de la vie,
- Harmoniser les pratiques professionnelles,
- Améliorer la qualité des interventions auprès des adultes pour favoriser une plus grande inclusion sociale et une meilleure qualité de vie.

Pour accompagner les autistes, les familles et les professionnels de la santé mentale, la Nouvelle-Aquitaine dispose d'un Centre de ressources autisme basé à Bordeaux. Ses missions sont :

- l'accueil et le conseil des personnes et de leur famille,
- le dépistage et le diagnostic des personnes autistes,
- la réalisation de bilans et d'évaluations approfondies,
- l'information,
- la formation et le conseil auprès de l'ensemble des acteurs impliqués dans le diagnostic et la prise en charge de l'autisme et des troubles apparentés,
- la recherche.



## QUELQUES DONNÉES SUR L'AUTISME :

- 700 000 personnes atteintes d'autisme en France, dont 100 000 enfants (source Institut Pasteur)
- 1 enfant sur 100 présente un Trouble du spectre de l'autisme (TSA)
- 3 à 4 fois plus de garçons diagnostiqués que de filles...
- ... mais moins d'1% d'autistes sont diagnostiqués
- La moitié des personnes avec autisme ont connu des ruptures de parcours : déscolarisation, rupture de prise en charge... (Cour des comptes, rapport 2018)
- Seulement 0,5% des autistes travaillent en milieu ordinaire et seuls 11,6% des adultes autistes disposent d'un logement personnel.

## UNE STRATEGIE NATIONALE CONCERTÉE : 4<sup>IEME</sup> PLAN AUTISME 2018-2022

La "stratégie nationale" sur l'autisme-TND a été dévoilée le 5 avril 2018 par Emmanuel Macron et précisée le lendemain par le Premier ministre. Centrée sur le diagnostic le plus précoce possible et la scolarisation, elle propose une enveloppe de 344 millions d'euros sur cinq ans (2018-2022) pour améliorer la recherche, le dépistage et la prise en charge de l'autisme, contre 205 millions pour le plan précédent (2013-2017).

Quand le troisième plan était centré sur la création de places (dont 1 500 vont encore ouvrir entre 2018 et 2020 avec 53 millions d'euros de reliquat de crédits) les priorités de la nouvelle stratégie sont d'intervenir plus précocement chez le jeune enfant et de mieux inclure enfants et adultes dans la société, contre une "logique d'enfermement".

# PARTIE 3

## STRATEGIE ET PLAN D'ACTION DU SCHEMA AUTONOMIE 2019-2023

### Un Schéma construit avec les usagers, les aidants et les professionnels

Le Conseil départemental a souhaité donner le plus largement possible la parole aux personnes et acteurs qui, au quotidien, font face aux problématiques de l'autonomie.

#### Cette participation a pris plusieurs formes :

- Large consultation fin 2017 sur la perception de la vieillesse et du handicap, les aides nécessaires, les difficultés rencontrées ou encore l'offre d'accueil et d'hébergement : 800 personnes ont ainsi répondu au questionnaire on-line élaboré par le Département ;
- Participation du Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie à l'ensemble des instances de travail ;
- Entretiens individuels filmés avec près de 40 personnes (usagers, aidants et professionnels) ;
- Constitution d'un Atelier de travail « Information, droits et démarches » exclusivement constitué d'usagers et d'aidants.

Tout au long des travaux d'élaboration du Schéma, qui se sont déroulés de septembre 2017 à juillet 2018, l'ensemble des parties intéressées a pu partager les éléments de diagnostic et participer à la définition d'actions d'amélioration.

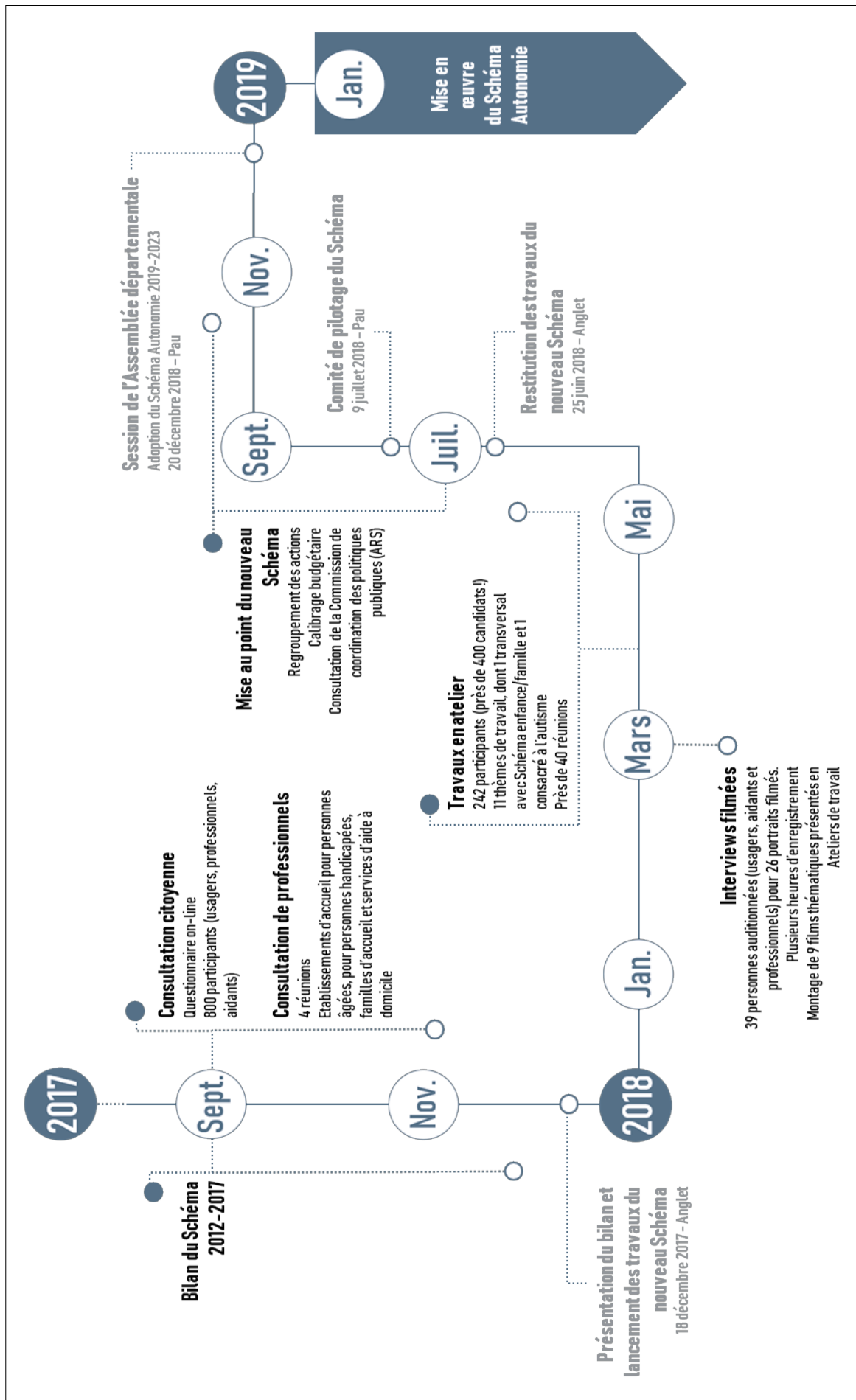
A partir de cette somme de travail collectif, le Département a procédé à la mise en forme des actions et leur rassemblement en ensembles

homogènes et cohérents. Trois axes ont ainsi été définis :

- Prévention et lien social
- Faciliter le parcours des usagers, le quotidien des aidants et le travail des professionnels,
- Adapter l'offre d'accompagnement aux besoins des publics et des territoires.

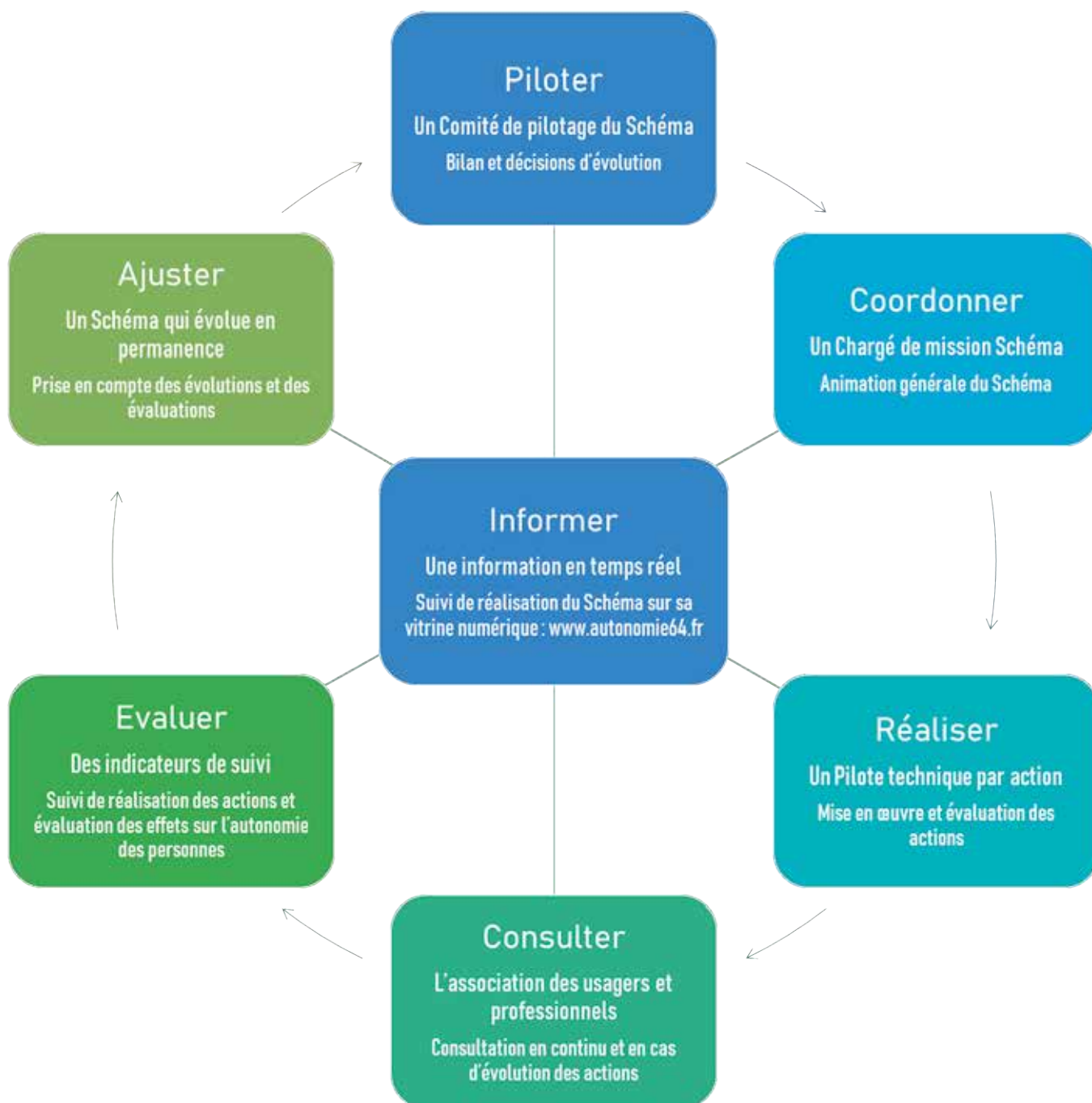
Un Schéma de politiques publiques ne peut répondre à toutes les attentes. Mais seule une participation active des usagers, de leurs aidants et des professionnels est de nature à assurer la meilleure adéquation possible entre les besoins sociaux et les actions des grandes institutions.





# Un pilotage dynamique du Schéma

Pour ce Schéma autonomie 2019-2023, plusieurs principes méthodologiques sont proposés afin d'en suivre la mise en oeuvre, d'en permettre la réévaluation en temps réel tout en veillant à organiser les modalités d'ajustement et de retour d'informations vers les différentes parties prenantes :





### **Un responsable identifié pour la mise en oeuvre de chaque fiche-action**

Chaque fiche-action du Schéma, identifie un agent de la Direction de l'autonomie ou d'une autre Direction du Conseil Départemental, chargé de la mise en oeuvre du contenu de la fiche. Dès l'adoption du schéma, une lettre de mission formalisera cette responsabilité qui s'inscrira dans la fiche de poste de l'agent concerné. En cas de mobilité professionnelle, cette responsabilité sera automatiquement transférée au successeur.

### **Un chargé de mission Schéma assurant une fonction de coordination**

Placé sous l'autorité directe du directeur de l'autonomie et chargé du suivi et de l'animation générale du Schéma, il est aussi référent direct de certaines fiches-actions. Il est habilité à interroger régulièrement chaque responsable pour faire le point sur l'état d'avancement, les difficultés rencontrées et les inflexions apportées à la réalisation des opérations, à suivre l'évolution des indicateurs mentionnés dans les fiches-actions. La stabilité sur ce poste pendant la durée de réalisation du schéma constituera un élément important pour la réussite de son suivi.

### **La production d'une synthèse annuelle**

Le comité de pilotage, réuni au moment de l'élaboration du Schéma autonomie, sera convié chaque année, à un point d'information annuel sur la réalisation du Schéma. Les documents de synthèse seront produits par le chargé de mission Schéma, sous l'autorité du Directeur de l'autonomie. A cette occasion, les éléments de synthèse feront également l'objet d'une communication publique via le site autonomie 64 et éventuellement d'un retour d'information vers les membres des groupes de travail selon des modalités à réfléchir.

### **Un schéma qui vit sur l'ensemble de la période**

Dans la mise en oeuvre des actions, les responsables des fiches-actions, en concertation avec la DGASH, pourront être confrontés à la nécessité de proposer la redéfinition de certains objectifs, de modifier les modalités initialement prévues en fonction du contexte. Dans ce cas de figure, il sera recherché la programmation de temps d'échanges avec des professionnels ou des représentants d'usagers, afin que la démarche participative qui a prévalu lors de l'élaboration du schéma, se poursuive tout au long de sa réalisation. Toutes modifications, validées par les élus délégués et la DGASH, serviront de base à la rédaction d'avenants soumis à l'approbation de l'assemblée délibérante.

### **Une démarche d'évaluation à initier dès le lancement du schéma**

Une évaluation sera initiée dès le début du schéma et constituera la préparation la plus efficace pour le prochain schéma. Cette démarche d'évaluation devra dans un 1er temps consolider la liste des indicateurs, qu'il serait souhaitable de suivre sur la durée du schéma à partir des actions qui y sont inscrites. L'ensemble de ces indicateurs constituera un tableau de bord, susceptible d'éclairer au-delà du seul schéma, l'ensemble des politiques départementales en matière d'autonomie. Dans le même esprit, le recueil du point de vue des acteurs et des usagers sur la mise en oeuvre des actions, pourrait venir enrichir significativement cette démarche d'évaluation.

# **Le plan d'actions**

# **Le contenu en un coup d'oeil**

## AXE 1 : PREVENIR LA PERTE D'AUTONOMIE ET MAINTENIR LE LIEN SOCIAL

L'environnement de vie de la personne a un rôle déterminant dans le processus de perte d'autonomie. Cette évidence conduit les institutions publiques et les professionnels médico-sociaux à considérer la prévention de la perte d'autonomie comme le premier niveau de toute politique de l'autonomie. Le Schéma se donne donc pour objectif de renforcer les actions de prévention de la perte d'autonomie et revendique une approche inclusive comme un enjeu collectif qui nécessite la mobilisation la plus large.

### Orientation 1 : Repérer pour mieux prévenir

Développer la dimension préventive des politiques d'autonomie et le repérage des fragilités ou des handicaps.

1. Poursuivre et structurer la prévention de la perte d'autonomie dans le cadre de la Conférence des financeurs

## AXE 2 : FACILITER LE PARCOURS DES USAGERS, LE QUOTIDIEN DES AIDANTS ET LE TRAVAIL DES PROFESSIONNELS

La perte d'autonomie, qu'elle soit lente ou rapide, prévisible ou soudaine, reste une expérience personnelle difficile pour l'individu, son entourage mais également les acteurs chargés de l'accompagner. Le Département souhaite donc adopter une approche élargie : Agir pour le bien être des seniors ou des adultes handicapés implique donc de venir en soutien des intervenants quotidiens auprès de ces publics, desquels dépend directement la qualité de l'accompagnement.

### Orientation 3 : Améliorer la qualité d'information pour tous

Agir pour adapter l'information et la rendre accessible à tous : un facteur déterminant d'accessibilité des droits.

10. Proposer une information accessible répondant aux besoins de chacun
11. Mettre en oeuvre le « numéro unique autonomie », plateforme d'écoute et d'orientation
12. Mettre en place les guichets uniques PA/PH d'accueil et d'information sur les territoires
13. Améliorer la qualité de l'accueil par la formation des professionnels dédiés

## AXE 3 : ADAPTER L'OFFRE D'ACCOMPAGNEMENT AUX BESOINS DES PUBLICS ET DES TERRITOIRES

Le paysage de l'offre de services et d'établissements à destination des personnes en perte d'autonomie se transforme au regard de l'évolution démographique, de l'évolution des profils des personnes (et donc de leurs besoins) ou encore de l'évolution leurs aspirations. Il s'agit désormais de proposer une organisation basée sur une demande de plus en plus personnalisée (besoin identifié / choix de vie) et s'inscrivant dans une logique de parcours. Cette logique suppose souplesse, diversité et évolutivité des dispositifs pour garantir la continuité des accompagnements et les transitions nécessaires en fonction de l'avancée en âge, de l'évolution des besoins et des souhaits des personnes.

### Orientation 7 : Diversifier l'offre pour favoriser les choix de vie des usagers et de leurs aidants

Faire évoluer l'offre d'accueil et d'accompagnement en volume et en nature en accentuant cependant la priorité à l'accompagnement en milieu ordinaire et à la réponse aux besoins de médicalisation.

26. Poursuivre la structuration de l'aide à domicile
27. Accompagner le développement des Services Polyvalents d'Accompagnement et de Soins A Domicile (SPASAD)
28. Développer l'accueil familial

## Orientation 2 :

### Concevoir l'approche inclusive comme un enjeu collectif

Favoriser une approche inclusive à plusieurs niveaux des interventions départementales afin de prévenir le risque d'ajouter l'exclusion à la perte d'autonomie.

4. Agir pour faire évoluer les représentations sociétales de la vieillesse et du handicap
5. Rendre accessibles à tous les activités soutenues par le Département en matière de Vivre ensemble
6. Favoriser la structuration d'un réseau solidaire d'entraide et de partage
7. Contribuer à des conceptions urbaines et architecturales plus inclusives pour les personnes en perte d'autonomie
8. Faciliter le développement de l'habitat alternatif
9. Promouvoir les EHPAD comme des lieux de vie

2. Favoriser le repérage et le diagnostic des TSA et accompagner les familles dans leur parcours

3. Créer un réseau territorial anti-solitude dans le cadre de la démarche MONALISA

## Orientation 4 :

### Faciliter les démarches des usagers

Simplifier les démarches pour l'utilisateur ou son entourage pour renforcer l'exercice de leurs droits ainsi que leur place au sein des instances.

14. Simplifier l'accès aux aides départementales
15. Faciliter et accompagner l'accès aux voies de recours
16. Renforcer la place de l'utilisateur ou de son représentant en CDAPH

## Orientation 5 :

### Soutenir et accompagner les aidants

Proposer un soutien effectif, adapté et coordonné à destination des aidants naturels sur tout le territoire

17. Structurer une organisation départementale et territoriale à destination des aidants
18. Proposer un soutien individuel et collectif accessible à tous les aidants
19. Développer les solutions de répit

## Orientation 6 :

### Soutenir les professionnels dans l'exercice de leurs missions

Mobiliser différents leviers en réponse aux problématiques des métiers de l'accompagnement en matière d'attractivité, de recrutement, de moyens ou encore de qualité de vie des usagers comme des professionnels.

20. Créer une cellule d'observation et d'animation sur les métiers de l'accompagnement
21. Promouvoir et valoriser les métiers de l'accompagnement médico-social
22. Favoriser les mutualisations et coopérations entre ESMS
23. Soutenir l'amélioration des conditions de travail des professionnels en EHPAD
24. Améliorer les conditions d'exercice de l'accueillant familial
25. Promouvoir la démarche qualité dans les ESMS

## Orientation 8 :

### Accompagner les établissements et services dans la gestion des parcours et des situations complexes

Proposer des outils pour accompagner les ESMS à développer des logiques de parcours en évitant les ruptures pour les personnes accueillies, y compris lorsque ces parcours s'avèrent complexes.

34. Optimiser la mobilisation des places disponibles en ESMS sur le territoire
35. Développer des solutions pour les profils spécifiques
36. Développer de nouvelles modalités d'accueil d'urgence
37. S'engager avec l'ARS dans un processus de reconnaissance des unités spécifiques Alzheimer
38. Accompagner les ESMS du handicap adulte dans la gestion des situations complexes
39. Garantir la continuité des parcours des enfants, adolescents et jeunes adultes handicapés

29. Développer l'offre de résidence autonomie

30. Défendre un objectif de création de places d'hébergement permanent en EHPAD

31. Développer l'offre non médicalisée à destination des personnes handicapées en ESMS

32. Défendre un objectif de développement de l'offre médicalisée à destination des personnes handicapées

33. Accompagner le vieillissement des personnes handicapées

# Prévenir la perte d'autonomie et travailler le lien social

L'environnement de vie de la personne a un rôle déterminant dans le processus de perte d'autonomie. Soit il en réduit les effets, en favorisant ce que l'on appelle « l'inclusion » de la personne à la société, soit au contraire il l'accélère en ajoutant aux limitations fonctionnelles grandissantes l'isolement social, l'exclusion des activités collectives de toute nature ou l'inadaptation de la ville et de l'habitat.

Cette évidence conduit les institutions publiques et les professionnels médico-sociaux à considérer la prévention de la perte d'autonomie comme le premier niveau de toute politique de l'autonomie.

Le Ministère des solidarités et de la santé a inscrit la prévention de la perte d'autonomie parmi les objectifs de la Stratégie nationale de santé 2018-2022 : « aux polyopathologies chroniques, dont la prévalence s'accroît avec l'âge, s'ajoute un déclin physiologique, source de vulnérabilité accrue et de troubles sensoriels, qui aboutit à une perte d'autonomie. En 2015, à 85 ans, 80 % des femmes et 70% des hommes déclarent au moins une limitation fonctionnelle, telle qu'une difficulté à se déplacer. »

Le Schéma autonomie 2019-2023 renforce les actions de prévention de la perte d'autonomie et revendique l'inclusion comme un enjeu collectif qui nécessite la mobilisation la plus large.

### Extrait de la Consultation citoyenne

Les principales difficultés auxquelles faire face ?

La principale difficulté pour les personnes âgées est la solitude ou l'isolement. Cette préoccupation est valable pour l'ensemble des répondants quel que soit le profil. Viennent ensuite les difficultés de maintien à domicile et les ressources financières.

Contrairement aux personnes âgées, c'est le regard d'autrui qui vient en 1ère position des difficultés rencontrées par les personnes en situation de handicap. Pour autant, ce n'est pas la 1ère difficulté ressentie par ces dernières. Pour elles, ce sont les ressources financières qui sont perçues comme difficulté principale. Le regard d'autrui vient en 2nde position. La solitude et l'isolement vient en 3ème position des difficultés ressenties.

## Orientation 1 : repérer pour mieux prévenir

### Poursuivre et structurer la prévention de la perte d'autonomie dans le cadre de la Conférence des financeurs

La Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de 60 ans et plus a, officiellement, été créée, dans chaque département, le 1er janvier 2016. Les Pyrénées-Atlantiques ont fait partie des départements préfigurateurs en 2015.

La Conférence est un lieu de coordination institutionnelle qui, sous la présidence du Département, réunit l'Agence Régionale de Santé, les Caisses de retraite, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, l'Agence Nationale de l'Habitat, la Mutualité Française, les institutions de retraite complémentaire et les collectivités territoriales. Sa mission : prévenir, dès l'âge de 60 ans, la perte des capacités physiques et psychiques par le repérage des facteurs de risque afin de proposer des programmes de prévention adaptés ou le recours à des aides techniques individuelles.

Le bilan des actions financées pour 2017 fait apparaître une marge d'amélioration en matière de coordination des acteurs en vue de définir une stratégie concertée des actions proposées sur les territoires et d'évaluation de leur impact dans la durée.

#### Dans le détail :

Description	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rédaction, proposition et adoption d'un règlement d'intervention</li> <li>2. Mise en place des outils de structuration et de coordination des porteurs de projets (typologie d'action et répartition géographique)</li> <li>3. Amélioration des outils de suivi des actions financées afin de mesurer les impacts en matière de prévention de la perte d'autonomie (groupe de travail national CNSA).</li> </ol>
Calendrier	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 : Dès 2019</li> <li>2 : Sur la durée du schéma</li> <li>3 : Selon calendrier du groupe de travail CNSA</li> </ol>
Principaux Partenaires	<p>Agence Régionale de Santé            Caisses de retraite et les institutions de retraite complémentaire            Caisse Primaire d'Assurance Maladie,            Agence Nationale de l'Habitat,            Mutualité Française            Collectivités territoriales            Porteurs de projets</p>
Critères d'évaluation	<p>Adoption d'un règlement d'intervention            Proposition à la conférence d'un outil opérationnel de suivi et de coordination des actions financées (cartographie, tableau de bord...)            Identification d'outils/ proposition d'une stratégie d'évaluation de l'impact des actions en matière de santé publique            Taux d'utilisation annuel de l'enveloppe : cible 100%</p>

## Favoriser le repérage des TSA par diagnostic et accompagner les familles

En moyenne, 1 enfant sur 100 présente aujourd'hui un trouble du spectre de l'autisme(TSA).

Ce chiffre éloquent est à comparer aux 26 bilans (diagnostics) réalisés dans les Pyrénées-Atlantiques en 2016.

Le diagnostic est actuellement posé en référence à la CIM-10. En complément de cette classification peut recourir au DSM-V, autre classification internationale de référence. Peu de structures sont habilitées à établir des diagnostics mais en amont, peu de familles et de professionnels identifient les troubles constatés comme pouvant relever de TSA, que ce soit à domicile ou en établissement.

Le Département peut ici jouer un rôle en favorisant le repérage et en accompagnant les familles tout au long du diagnostic ainsi qu'après.

Bien que l'offre en matière de diagnostic se développe, le délai d'attente moyen pour les familles est de 446 jours pour y accéder (source Stratégie Nationale Autisme). Un effort peut être fait en matière de formation et d'information des professionnels et d'accompagnement des familles.

### Paroles d'usager

*« On a été diagnostiqués il n'y a pas longtemps. Mon fils a 30 ans et moi 64 ans. J'ai été diagnostiquée à 60 ans et mon fils 1 an avant. »*

### Dans le détail :

Description	<p>1. Fédérer, animer et développer les actions de repérage et de diagnostic :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Formation de l'ensemble des professionnels qui peuvent intervenir dans le cadre d'un repérage de la petite enfance (psychologues de l'ASE, PMI...) et de l'adulte (en établissement et à domicile)</li> <li>b) Diffusion de l'information auprès des familles et orienter vers les bons interlocuteurs (associations, Centre de Ressources Autisme, secteur sanitaire, ...)</li> <li>c) Sensibilisation des acteurs du diagnostic au respect des recommandations de la HAS (notamment à travers la MDPH) afin de garantir la recevabilité des diagnostics</li> </ul> <p>2. Accompagner les familles au cours du diagnostic et une fois le diagnostic posé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Création d'un kit à destination des familles et des proches constitué d'un guide, d'une vidéo, d'un annuaire de personnes ressources et d'une formation spécifique</li> <li>b) Mobiliser le milieu associatif afin de favoriser les groupes de parole entre familles</li> </ul>
Calendrier	Dès 2019 et sur la durée du Schéma
Principaux Partenaires	<p>Agence Régionale de Santé CRA Associations TSA CAMPS Secteur sanitaire MDPH ESMS PH sous compétence départementale</p>
Critères d'évaluation	<p>Atteindre 100% des dossiers soumis à la MDPH prenant appui sur un diagnostic conforme aux recommandations HAS</p> <p>Suivi du % des professionnels paramédicaux de PMI formés au repérage</p> <p>Au moins un professionnel formé par ESMS PH adulte</p> <p>Réalisation du Kit</p> <p>100% des familles identifiées concernées, destinataires du kit (partenariat avec les CRA et la MDPH)</p> <p>Identification d'une offre de groupes de parole (en Béarn et Pays basque)</p>

LIEN AVEC LES AUTRES POLITIQUES DEPARTEMENTALES Schéma Enfance Famille.



## Créer un réseau territorial anti-solitude dans le cadre de la démarche MONALISA

Dans le cadre de la mobilisation nationale de repérage, lutte et prévention du risque d'isolement des personnes âgées, le Département, signataire de la charte nationale MONALISA, perçoit comme nécessaire la mise en synergie des acteurs du territoire. Objectif : viser à la fois une meilleure coordination des initiatives existantes mais aussi le déploiement d'une stratégie globale et territorialisée de repérage, lutte et prévention du risque.

### Paroles d'usager

*« On a eu des familles, une ou plusieurs. On a eu des enfants, un ou plusieurs. Et puis on arrive à un âge où l'on n'a plus personne autour de soi. »*

### Dans le détail :

Description	<ol style="list-style-type: none"> <li>Réunion d'information sur la démarche sur les 7 SDSEI en présence de l'ensemble des partenaires du territoire</li> <li>Dans chaque SDSEI, constitution d'un Comité de pilotage (CoPil) et d'un Comité technique (CoTech) en charge de la coordination globale</li> <li>Définition des modalités de fonctionnement par chaque CoPil de territoire (fréquence réunion, état des lieux, stratégie, mise en oeuvre)</li> <li>Elaboration d'une stratégie de communication (plan de communication)</li> <li>Mise en place d'équipes citoyennes de repérage sur chaque territoire (avec programmation d'un cycle de formation de 2 jours des bénévoles)</li> <li>Bilan annuel (quantitatif/qualitatif) sur chaque SDSEI présenté de façon consolidée par le CoTech aux élus et partenaires des territoires.</li> </ol>
Calendrier	<p>1 à 4 : dès 2019</p> <p>5 : à partir de 2020</p> <p>6 : sur la durée du schéma</p>
Principaux Partenaires	<p>Référent national Monalisa</p> <p>Elus communaux</p> <p>Partenaires institutionnels (CCAS, CAF, caisses de retraite complémentaires, centres sociaux)</p> <p>Partenaires du secteur sanitaire (médecine de ville, CH)</p> <p>Partenaires associatifs</p> <p>Bénévoles</p>
Critères d'évaluation	<p>Mise en place des 7 COPILS territoriaux</p> <p>Mise en place d'un COTECH</p> <p>Mise en place à minima de 7 équipes citoyennes (1 par territoire)</p> <p>100% des bénévoles membres d'équipe citoyenne formés</p> <p>Bilan annuel : février de chaque année présenté par COTECH + Chargée de mission</p>

### LIEN AVEC LES AUTRES POLITIQUES DEPARTEMENTALES

Schéma départemental des usages numériques (SDUN) : fiche action n°2-10 : Expérimenter « des tablettes pour lutter contre l'isolement des seniors ».

## Orientation 2 : Concevoir l’approche inclusive comme enjeu collectif

### Agir pour faire évoluer les représentations sociétales de la vieillesse et du handicap

L’acceptation de la vieillesse ou du handicap est d’autant plus difficile dans une société qui promeut l’autonomie, la performance et l’indépendance. La vieillesse et le handicap font souvent l’objet de représentations erronées et plus généralement d’une grande méconnaissance.

Les usagers consultés dans le cadre de l’élaboration du Schéma Autonomie ont souhaité que le Département agisse pour faire évoluer les représentations sociétales et favorise de fait l’inclusion des personnes concernées dans la société.

**Paroles d’usager**

*« On parle plus de handicap que d’inclusion... C’est un mot à la mode mais dans les faits, on n’y est pas. L’inclusion sociale, c’est aussi que le handicap génère beaucoup de frais. Dès que l’on sort des clous, cela coûte de l’argent. »*

**Dans le détail :**

Description	<p><b>1. Actions à mener auprès des jeunes :</b> dans la continuité du Projet Educatif Départemental (PED) 2018-2019, il s’agira de développer auprès des collégiens les actions éducatives et citoyennes qui permettront de les sensibiliser à la vieillesse et au handicap (appels à projet à prévoir dans les prochains PED). Le Conseil Départemental des Jeunes pourra également être mis à contribution pour sensibiliser les collégiens au sujet (groupe de travail à organiser).</p> <p><b>2. Actions à mener auprès du grand public y compris des collégiens :</b> mettre en place des défis collectifs dans le cadre d’une journée ou d’une semaine de la solidarité ou semaine bleue (les collégiens ou le grand public seront invités à réaliser des actions avec des personnes âgées et / ou handicapées afin de réduire les aprioris, de mieux se comprendre, de développer des connexions qui à terme favoriseront le vivre-ensemble). Cette action peut être menée à l’échelle d’un collège, d’une commune ou d’un quartier, en partenariat avec les professionnels de l’autonomie.</p> <p><b>3. Actions à mener auprès du grand public via les ESMS et les associations partenaires du Département :</b> tout financement accordé par le Conseil départemental donnera lieu à l’obligation, pour les structures soutenues, de participer à l’acceptation des personnes âgées et / ou handicapées dans la société (partenariat avec des associations locales, des établissements scolaires...) ou à la prévention de la perte d’autonomie. Les règlements d’intervention financière pourraient être adaptés en conséquence.</p>
Calendrier	Dès 2019 et sur la durée du Schéma
Principaux Partenaires	<p>MDPH</p> <p>Education Nationale Associations pour l’insertion des personnes handicapées et des personnes âgées.</p> <p>Etablissements scolaires (collèges)</p> <p>Centre Nelson Paillou</p> <p>Secteur Associatif &amp; porteurs de projets</p> <p>ESMS</p>
Critères d’évaluation	<p>A minima 50% des collèges impliqués par une action sur 5 ans</p> <p>Au moins une action annuelle à destination du grand public y compris les collégiens</p> <p>Nombre de personnes engagées (couverture événement)</p> <p>Nombre de règlements d’intervention adaptés vis-à-vis des associations culturelles, sportives, loisirs...</p>

LIEN AVEC LES AUTRES POLITIQUES DEPARTEMENTALES / SDUN – fiche action n°2.9 : Un collégien, un senior connecté.

## Rendre accessible l'ensemble des activités soutenues par le Département en matière de vivre ensemble

Depuis plusieurs années, le Département encourage les offres d'activités sportives et culturelles spécifiques à destination des personnes âgées et/ou handicapées et a fait évoluer ses règlements pour que ses partenaires en fassent de même.

Les offres spécifiques les plus adaptées et fréquentées restent ponctuelles et de l'ordre de l'expérimentation (appel à projet EHPAD, sport pour les seniors dans le cadre de la conférence des financeurs...) alors que les partenaires peinent à développer une offre spécifique.

Dans le même temps, la grande majorité des offres favorisant le bien-être social, physique et psychique s'adresse « au grand public » sans distinction de capacités ou d'âge.

Il s'agit principalement de changer l'approche en privilégiant des activités accessibles à tous plutôt que des activités spécifiques adaptées à certains publics « empêchés » (personnes âgées et personnes handicapées).

### Paroles d'usager

*« C'est difficile dans la société, on n'est pas du tout adapté à la société... Ou la société n'est pas adaptée à nous... Ça, on ne sait pas... »*

*« Quand on se retrouve handicapé après avoir été valide, on croit que les personnes handicapées ont des priorités d'emploi et qu'elles ont accès à des emplois réservés. J'ai postulé à un poste d'animateur... Sur mon CV, je ne savais pas si je devais mentionner que j'étais handicapée ou pas... J'ai été reçu et on m'a dit que les gens en vacances n'avaient pas besoin de voir des personnes handicapées. »*

*« Jamais on aurait pensé qu'il prendrait le bus tout seul... Quand il m'a dit « Maman, demain je prends le bus tout seul », j'ai pensé qu'il serait aidé par l'éducatrice, qu'il avait mal compris mais non, non, c'était bien vrai ! »*

### Dans le détail :

Description	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. En interne, sur le principe de la formation réciproque des agents, sensibilisation par les agents de la DAUT/MDPH des agents de la TEVE en charge de l'élaboration et du soutien des offres favorisant le bien-être (sport, lecture publique, patrimoine, spectacle vivant, arts visuels, Projet Education Départemental, manifestations traditionnelles, actions linguistiques...), aux problématiques spécifiques des publics PA et PH et inversement aux difficultés d'adaptation des propositions à des capacités ou des âges ciblés.</li> <li>2. Elaboration par un groupe de 4-5 agents de principes d'adaptation des offres (contenu et localisation) et de consignes aux spectateurs pouvant prendre la forme d'une charte (et/ou d'un appel à projet).</li> <li>3. Intégration de ces principes dans les règlements départementaux</li> <li>4. Animation et suivi du dispositif auprès des partenaires des deux Directions Générales Adjointes (Solidarité Humaine et Territoire, Education, Vivre ensemble)</li> </ol>
Calendrier	Dès 2019 et sur la durée du Schéma
Principaux Partenaires	<p>CDCA MDPH Conférence des financeurs Autres collectivités financeurs</p>
Critères d'évaluation	<p>Création de la Charte A minima à l'issue du schéma : 50 % des partenaires soutenus par le Département en matière de bien-être et vivre ensemble appliquent la Charte</p>

### LIEN AVEC LES AUTRES POLITIQUES DEPARTEMENTALES

SDUN – fiche action n° 3.1 : Elaboration d'une stratégie d'inclusion numérique dans le Département des PA et fiche action 3.2 : Formation des professionnels de l'action sociale aux enjeux et aux pratiques professionnelles autour de l'exclusion et de l'autonomie numérique.

## Favoriser la structuration d'un réseau solidaire d'entraide et de partage

Une offre d'activités (culturelles, sportives...) et/ou d'aide pour la vie quotidienne (petits travaux, jardinage, aide à la mobilité...) participant au bien-être existe à certains moments de l'année et sur certains territoires.

La motivation des personnes âgées et/ou porteuses de handicap pour y participer se heurte à des problèmes pratiques de mobilité et d'accessibilité, à des limites financières et au manque de réseau de personnes disponibles pour partager ces moments.

L'envie de nouvelles rencontres ou le besoin d'un service peuvent faire partie des motivations pour s'engager dans un réseau solidaire. De nombreuses initiatives existent déjà sur le département (Bizi, Copilote, Ensembl', AlloVoisins...) mais ne peuvent toucher l'ensemble des usagers. Le Département souhaite donc améliorer la rencontre de l'offre et de la demande, voire accroître le niveau d'offre là où le besoin pourrait être identifié.

### Paroles d'usager

*« Cette association, c'est quelque chose d'épatant. Dernièrement, j'ai demandé à aller au cinéma. On a trouvé une personne pour m'accompagner mais il faisait un soleil, une journée magnifique ! Alors finalement, on est allé sur le boulevard. On a pris un jus d'orange en terrasse et c'était absolument formidable. »*

### Dans le détail :

Description	<ol style="list-style-type: none"> <li>Etat des lieux des associations et des institutions proposant déjà une offre dans ce domaine</li> <li>Organisation de réunions publiques et de rencontres ciblées : partage du diagnostic avec les partenaires associatifs et institutionnels et identification des besoins en termes de mobilité, d'accès aux activités, de partage d'expérience et de compétences...</li> <li>Soutien technique et/ou financier pour parvenir à une offre de service diversifiée et durable.</li> </ol>
Calendrier	<ol style="list-style-type: none"> <li>dès 2019</li> <li>2020</li> <li>à partir 2021</li> </ol>
Partenaires potentiels	<p>CDCA MDPH Conférence des financeurs Autres collectivités financeurs</p>
Critères d'évaluation	<p>Production d'un rapport d'état des lieux Identification à l'issue du schéma d'au moins une offre (nouvelle ou déployée) par territoire Evolution du nombre d'utilisateurs</p>

## Contribuer à des conceptions urbaines et architecturales plus inclusives pour les personnes en perte d'autonomie

La vie quotidienne des personnes en perte d'autonomie est compliquée par l'inadaptation des bâtiments et des conceptions urbaines à leurs difficultés. La sensibilisation des concepteurs et des commanditaires de bâtiments (soumis ou non aux normes des Etablissements Recevant du Public) publics et privés, de leur aménagement intérieur et extérieur et de leur connexion avec les espaces publics, à différents type de handicap et en particulier aux TSA, pourraient améliorer la situation, sans surcoûts importants.

Le plan des bâtiments ou leur orientation, la création de petits espaces de repli, la signalétique, le positionnement des ouvertures, les chemins d'accès, les revêtements de sol, la sécurisation, les prescriptions environnementales (espace et équipement publics adaptés afin de faciliter les déplacements et l'accès aux services nécessaires au maintien de l'autonomie)... pourraient être autant de points d'attention repris dans un cahier des bonnes pratiques.

A terme, une labélisation des bâtiments/quartiers à « haute qualité humaine » pourraient être envisagée, gage de qualité et de meilleure visibilité de l'offre.

### Paroles d'usager

*« Nous, avec mon fils, on a une habitation adaptée à notre handicap. Il n'y a pas de coin salle-à-manger, pas de coin salon. Par contre, il y a un coin ordinateur pour chacun. »*

### Dans le détail :

Description 1.	<p>Constitution d'un groupe de travail avec des agents du Département (Directions Territoires, Patrimoine Infrastructures Départementales et Solidarités Humaines) et des partenaires pour lister les domaines possibles d'amélioration et les conditions de viabilité économique d'un projet</p> <p>2. Mobilisation de la Direction de la communication sur la forme d'un Guide de « bonnes pratiques architecturales à visée inclusive »</p> <p>3. Rédaction avec le CAUE (dans le cadre d'un avenant à convention existante) du contenu du Guide et validation par le groupe de travail</p> <p>4. Edition et diffusion du Guide via le réseau des partenaires</p>
Focus autisme	Prendre en compte de manière spécifique les préconisations liées aux TSA
Calendrier	Dès 2019 et sur la durée du schéma
Principaux Partenaires	<p>MDPH et associations du handicap</p> <p>CAUE, Pavillon de l'Architecture (organisation professionnelle des architectes), CAPEB (artisans), APGL (lien avec les autres collectivités)</p> <p>Baillleurs sociaux, porteurs de projets (associations...)</p> <p>Communes et Intercommunalités, Association des Maires</p>
Critères d'évaluation	<p>Production et diffusion du cahier des charges</p> <p>Intégration de préconisations spécifiques TSA au cahier des charges</p> <p>Taux de labélisation des nouveaux projets agréés et financés par le CD64 (cible de 100%)</p>

## Faciliter le développement de l'habitat alternatif

A l'échelle du département, le vieillissement de la population appelle un questionnement quant aux besoins d'adaptation de l'habitat entre domicile et EHPAD.

Par ailleurs, concernant les personnes en situation de handicap, les besoins émergent également avec la nécessité de rechercher des alternatives à l'offre d'hébergement en établissement.

Les sollicitations deviennent nombreuses pour développer cette offre d'habitat adapté, ce qui nécessite la définition d'un cadre de réponse aux porteurs de projet à l'échelle d'un territoire : recensement de l'offre et des besoins, règles de conception des projets nouveaux, modalités d'accompagnement...

Il s'agit donc de promouvoir des projets d'habitat alternatif basés sur un réel projet collectif de vie

assortis d'un projet de mutualisation d'aides individuelles (APA/PCH). Le déploiement d'un outil de recensement de l'offre et de la demande d'habitat alternatif à destination des professionnels (porteurs de projets d'habitat alternatif, professionnels d'intervention sociale et usagers) pourrait permettre de mieux structurer cette offre. Le développement de ce type d'habitat devra par ailleurs s'adapter au cahier des charges (Fiche action N°7).

### Paroles d'usager

*« Il habite seul dans un appartement, mais dans un immeuble où il y a des jeunes travailleurs, déficients ou non »*

*« On a un projet d'habitat partagé avec des jeunes et des seniors, avec des lieux de partage et des lieux « chacun chez soi », en sachant que chacun peut apporter à l'autre. »*

### Dans le détail :

Description	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluer l'accompagnement nécessaire pour développer un partenariat avec les territoires, et les différents acteurs (intercommunalités, communes, bailleurs sociaux et associations)</li> <li>2. Proposition d'une stratégie d'aménagement territoriale intégrant les spécificités des besoins des personnes en perte d'autonomie.</li> <li>3. Identification des prérequis nécessaires aux projets d'habitat alternatifs inclusif pour PA et PH, incluant les règles de mutualisation d'aides individuelles (APA/PCH)</li> <li>4. Création d'une plateforme d'enregistrement et de recensement de l'offre d'habitat alternatif par territoire ainsi que des besoins des usagers.</li> <li>5. Déploiement de l'outil en partenariat avec les territoires :             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Action de communication en direction des acteurs du territoire et des usagers</li> <li>b) Action de Formation à l'utilisation de l'outil</li> </ol> </li> <li>6. Evaluation qualitative et quantitative de l'outil à 12 mois de déploiement et enquête auprès d'un échantillon de communes de la connaissance de l'existence du dispositif.</li> </ol>
Calendrier	1 et 2 : 2019 / 3 et 4 : 2020 5 : 2021 / 6 : 2022
Principaux Partenaires	MDPH (qui reçoit la demande du bénéficiaire et via la CDAPH) ARS ANAH
Critères d'évaluation	Nombre de rencontres du groupe de travail et nombre de participants par réunion Mise en place des outils (cahier des charges, règlements, appels à projet) Nombre de projets soutenus

### LIEN AVEC LES AUTRES POLITIQUES DEPARTEMENTALES

Programme d'Intérêt Général « Bien chez soi 2018-2021 » : Soutenir l'adaptation des habitats privés à la perte d'autonomie.

## Promouvoir les EHPAD comme des lieux de vie

L'entrée en EHPAD de plus en plus tardive et assortie d'un niveau de dépendance de plus en plus important a progressivement conduit à orienter ces structures vers une dimension très sanitaire de l'accompagnement de la fin de vie.

Pour autant, il est indispensable de veiller à ce que les EHPAD ne se limitent pas seulement à la délivrance de soins mais conservent une approche destinée à prendre soin.

Ils demeurent en effet avant toute chose des lieux de vie (certes adaptés) pour les personnes qui y sont accueillies.

Afin de garantir cette dimension, il est nécessaire de promouvoir les activités d'animation, les démarches d'ouverture des établissements sur la cité où encore l'exercice de la citoyenneté des résidents.

### Paroles d'usager

*« Vendredi, nous avions une chorale qui est venue, et ma foi, des chants basques, alors vous pensez ! J'étais bien contente. Ces dames de la chorale, elles ont vu que je chantais, alors elles m'ont apporté un livret de chant. »*

### Dans le détail :

Description	<p>1. Favoriser les activités d'animation sous toutes leurs formes :</p> <p>a) Déploiement à grande échelle d'une offre régulière d'animation culturelle dans les EHPAD en lien avec les opérateurs identifiés sur le territoire</p> <p>b) Promotion des activités innovantes (art-thérapie, olfacto-thérapie, médiation animale, ateliers réminiscence...) en proposant un prix annuel valorisant les expériences remarquables</p> <p>2. Encourager l'ouverture des établissements sur la cité :</p> <p>a) Soutien et développement de projets permettant des échanges avec les collègues par exemple (ex : projet d'accompagnement au numérique)</p> <p>b) Intégration systématique dans les CPOM des fiches actions en la matière (interventions d'associations, de bénévoles, sorties extérieures, etc.)</p> <p>3. Garantir l'exercice de la citoyenneté pour les résidents :</p> <p>a) Sensibilisation des établissements à l'approche des échéances électorales (inscription sur liste électorale, diffusion des documents de campagnes...)</p> <p>b) Mobilisation des réseaux de bénévoles (équipes citoyennes MONALISA) pour accompagner les résidents dans leurs démarches citoyennes.</p>
Calendrier	A partir de 2019 et sur la durée du Schéma
Principaux Partenaires	<p>DRAC</p> <p>ARS</p> <p>Réseaux d'établissements</p> <p>Acteurs de la démarche Monalisa</p> <p>Opérateurs culturels et d'animation</p>
Critères d'évaluation	<p>Nombre d'établissements retenus par an dans l'AAI « animations culturelles » et nombre d'interventions liées par an au sein des EHPAD.</p> <p>Nombre d'actions candidates au prix animation innovante et de résidents concernés</p> <p>Nombre de projet d'activités associant des collègues, et de résidents concernés 100 % des CPOM avec fiches actions sur ce thème à compter de 2020.</p> <p>Une sensibilisation systématique des EHPAD avant chaque échéance électorale Nombre d'EHPAD bénéficiant de l'intervention d'équipes citoyennes</p>

# Faciliter le parcours des usagers, le quotidien des aidants et le travail des professionnels

La perte d'autonomie, qu'elle soit lente ou rapide, prévisible ou soudaine, reste une expérience personnelle difficile, pour l'individu et son entourage. Les acteurs institutionnels et le monde de la prise en charge doivent le reconnaître : la complexité des dispositifs d'aide et des procédures d'examen et d'octroi ajoute souvent de la difficulté à la situation de la perte d'autonomie.

Pour fluidifier la réponse aux besoins des personnes âgées et des personnes handicapées, le Département souhaite une amélioration générale des modalités de l'information et de l'accueil assurés par la MDPH et le réseau local des SDSEI.

Mieux prendre en compte les attentes des usagers, c'est aussi leur permettre de se sentir mieux représentés au sein de la CDAPH et assurer un soutien effectif aux aidants, dont le rôle d'accompagnement est essentiel, mais insuffisamment reconnu.

De leur côté, les professionnels, engagés au quotidien dans la prise en charge de la perte d'autonomie, font face à d'importants défis : garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge dans un contexte de croissance de la dépendance, maintenir et renforcer le capital humain face à un risque avéré de perte d'attractivité des métiers médico-sociaux, renforcer l'encadrement technique dans un contexte de resserrement des moyens financiers.

Pour faire face à ces défis, les professionnels cherchent à mutualiser leurs moyens, à renforcer leurs savoir-faire, à anticiper l'évolution des métiers, et à garantir au public et aux autorités de contrôle la qualité de leurs prestations. Le Schéma autonomie doit les aider dans ces efforts.



## Orientation 3 : améliorer la qualité de l'information pour tous

### Proposer une information accessible adaptée aux besoins de chacun

Les usagers associés à l'élaboration du Schéma Autonomie ont unanimement identifié l'amélioration de l'information des usagers comme un enjeu stratégique. Le contenu de l'information est donc large : information sur les droits, sur le soutien à la vie à domicile ou en établissement, sur les déplacements, sur la prévention de la perte d'autonomie, sur les démarches administratives entre autres.

Il s'agit bien d'éviter aux usagers de chercher l'information en la rendant accessible à tous via

des canaux de diffusion bien identifiés, mais aussi, de délivrer une information adaptée, ciblée et fiable à chacun. Disposer de la bonne information, au bon moment, sous un format accessible et adapté concoure parallèlement à améliorer l'accès aux droits.

#### Paroles d'usager

*« Les démarches ? Il ne faut même pas imaginer qu'on peut les faire ! Moi, c'est ma fille qui s'en charge. »*

#### Dans le détail :

Description	<p>1. Constituer un groupe de travail transversal (CD64, MDPH) en veillant à y intégrer des usagers et/ou des représentants d'usagers sur la thématique de la « qualité de l'information à l'utilisateur » :</p> <p>a) Inventaire des bonnes pratiques sur d'autres territoires</p> <p>b) Recensement de l'ensemble des supports/modalités d'information existants sur notre territoire (sites internet, guides, colloques, forum, salons, réunions d'information, outils et cartes interactifs, relai de campagnes nationales, etc...)</p> <p>c) Identification des besoins spécifiques d'information à destination des publics cible (Focus Aidants notamment)</p> <p>d) Lancement d'une démarche d'évaluation auprès des usagers (enquête sur échantillon d'usagers).</p> <p>2. Mettre à plat l'ensemble des supports de communication au public, les référencer et, si nécessaire, les faire évoluer pour offrir en permanence une information utile et à jour</p> <p>3. Poursuivre le développement et garantir la mise à jour de la plateforme Autonomie64</p>
Focus autisme	Envisager des adaptations notamment concernant les modalités et les supports d'informations ; organisation de réunions d'information spécifique (sur les diagnostics, l'offre d'accueil et d'accompagnement, les soutiens associatifs, etc.).
Calendrier	A partir de 2019 et sur la durée du Schéma
Principaux Partenaires	MDPH Associations de personnes âgées et / ou en situation de handicap
Critères d'évaluation	<p>Existence d'un document de référencement, de programmation et de suivi des supports/modalités d'information</p> <p>Mise en place d'un groupe de travail avec représentants d'usagers sur l'adaptation des supports aux besoins (à minima une réunion par an) –dont représentants usagers avec TSA</p> <p>Mise en place d'un outil de recueil de satisfaction des usagers via la plateforme</p> <p>Evolution du taux de satisfaction des usagers</p> <p>Evolution du nombre de consultation de plateforme autonomie64</p>

### Mettre en oeuvre le « numéro unique autonomie », plateforme d'écoute et d'orientation

Dans le cadre du précédent schéma Autonomie 2013-2017, la création d'un numéro vert était prévue pour répondre de façon qualitative à toutes les situations que rencontrent les personnes âgées et les personnes handicapées.

Sa mise en place avait été reportée lors de la mise en place des SDSEI, définis comme échelons de base des missions d'information et d'orientation des publics.

Cette réorganisation étant à présent achevée, les partenaires du Schéma décident de réactiver la création du « numéro unique autonomie ».

**Dans le détail :**

Description	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Constitution d'un Comité technique (Direction de l'Autonomie, Elus, SDSEI, MDPH)</li> <li>2. Proposition d'un nouveau calendrier de mise en oeuvre avec présentation des points d'étape techniques</li> <li>3. Mise en place opérationnelle (dont phase test du Numéro unique)</li> <li>4. Campagne de communication pour l'ouverture du « numéro unique autonomie »</li> <li>5. Evaluation à 12 mois d'activité avec audit de fonctionnement et questionnaire de satisfaction dans le cadre du bilan annuel</li> </ol>
Focus autisme	Adapter la formation des répondants aux spécificités des TSA
Calendrier	<p>1 et 2 : dès 2019</p> <p>3 à 5 : à partir de 2020</p>
Principaux Partenaires	<p>MDPH</p> <p>CDCA</p> <p>Lien avec l'ARS (mise en oeuvre des Plateformes territoriales d'Appui)</p>
Critères d'évaluation	<p>Ouverture du numéro</p> <p>Formation des répondants au public TSA</p> <p>Production de l'évaluation à 12 mois</p> <p>Evolution du nombre d'appel jusque fin du schéma</p> <p>Bilan annuel d'activité de la plateforme d'appels du « numéro unique autonomie »</p>

## Mettre en place des guichets uniques PA-PH d'accueil et d'information sur les territoires

Si aujourd'hui, l'accueil, l'information et l'orientation des personnes âgées est assuré sur tous les sites de chaque territoire, celui des personnes handicapées n'est assuré sur le territoire que par les deux sites de la MDPH (Anglet et Pau).

La mise en place des SDSEI répond à la volonté du Département de garantir proximité et réactivité dans la mise en oeuvre de son action sociale.

Parallèlement, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) encourage les Départements à s'engager dans le rapprochement des dispositifs d'information, d'accueil et d'évaluation de la situation des personnes âgées et des personnes handicapées, sous la forme de maisons départementales de l'autonomie (MDA). Un cahier des charges national de labélisation permet aux MDA qui le souhaitent d'organiser leur activité selon des standards de qualité de service.

Dans les Pyrénées-Atlantiques, le rapprochement des politiques personnes âgées et personnes handicapées peut s'appuyer sur le double pilier de la MDPH et du réseau des SDSEI.

Les conditions de ce rapprochement, qui restent à définir, auront pour objectif d'améliorer les dispositifs d'information, d'accueil et d'évaluation dans l'intérêt des publics de l'autonomie.

### Extrait de la Consultation

Une priorité pour les publics de l'autonomie ?

Pour une personne handicapée sur deux, la simplification des démarches administratives est la priorité d'action numéro 1.

Pour les personnes âgées la simplification des démarches administratives arrive en deuxième position des priorités d'action exprimées (juste derrière le maintien à domicile).

### Paroles d'usager

**« Le système de guichet unique : oui ! Mais à condition que ce soit vraiment un guichet unique, c'est-à-dire qu'on se présente une fois et qu'on n'ait pas besoin d'y retourner 100 000 fois. Qu'on prenne la problématique dans sa globalité et que ce soit les professionnels qui s'occupent de nous et pas nous qui devons aller là et aller là et là ... ».**

Par ailleurs, le projet de mise en place du « Numéro Unique Autonomie » (action 11) servirait d'appui technique à la nouvelle organisation.

### Dans le détail :

Description	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mise en place d'un Comité de pilotage (Direction de l'autonomie, MDPH, directions de SDSEI) et d'un comité technique (CoTech) soutenu par des groupes de travail thématiques (communication, formation, développement d'outils, mobilité du dispositif...)</li> <li>Etude de faisabilité en lien avec le cahier des charges de labélisation et inventaire des bonnes pratiques sur d'autres départements</li> <li>Expérimentation sur un territoire</li> <li>Bilan et déploiement sur l'ensemble du département.</li> </ol>
Calendrier	<p>1 et 2 : dès 2019</p> <p>3 et 4 : à partir de 2020</p>
Principaux Partenaires	<p>MDPH</p> <p>CNSA</p> <p>CDCA</p>
Critères d'évaluation	<p>Retro planning de mise en place formalisé</p> <p>Bilan formalisé de l'expérimentation</p> <p>Mise en place des guichets uniques sur chaque territoire</p>

## Améliorer la qualité de l'accueil par la formation des professionnels dédiés

Les personnes âgées, les personnes handicapées ou leurs familles s'adressent régulièrement aux différentes administrations pour s'informer ou établir un contact avec des professionnels : mairies, CCAS, MDPH, services départementaux de siège ou territorialisés, établissements sociaux et médico-sociaux...

Une fonction d'accueil y est partout organisée et la qualité de cet accueil pèse fortement dans la perception qu'ont les usagers du service qui leur est rendu. La sensibilisation et la formation continue des personnes qui assurent cette fonction d'accueil au Département et à la MDPH, revêt donc un enjeu important.

### Paroles d'utilisateur

*« Il ne faut pas tout dématérialiser. Il faut aussi repenser l'aide humaine ».*  
*« Ils ne pensent pas aux personnes âgées qui ne savent pas lire ou écrire. »*

### Dans le détail :

Description	<p>1. Calibrer le dispositif de formation à mettre en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Recensement des personnes qui pourraient être concernées au regard de la diversité des situations</li> <li>b) Identification des dispositifs de droit commun existants (CNFPT)</li> <li>c) Identification des groupes potentiels pour la formation en fonction des territoires et/ou des métiers</li> <li>d) Conception d'un programme de formation favorisant les échanges de pratiques, la sensibilisation à la bienveillance, les postures à adopter en situation d'handicap invisible et selon les différents types d'handicap, le primo-accueil, la qualité de l'écoute, la précision de la réponse apportée...</li> <li>e) Anticipation des modalités de remplacement des personnels amenés à suivre une formation</li> </ul> <p>2. Organiser les formations selon les modalités retenues et en assurer le suivi.</p>
Focus autisme	Dans le cadre de la définition des contenus de formation pour l'accueil des personnes en situation de handicap spécifique, élaborer un module propre aux publics TSA et à leurs proches.
Calendrier 1 :	à partir de 2019 2 : à partir de 2021
Principaux Partenaires	CNFPT MDPH
Critères d'évaluation	<p>Identification des personnes à former</p> <p>Proposition d'une offre de formations adaptées aux agents concernés (dont formation au public TSA).</p> <p>Augmentation du taux d'agents d'accueil formés</p>

## Orientation 4 : faciliter les démarches des usagers

### Simplifier l'accès aux aides départementales

Les usagers et professionnels décrivent les démarches de demandes d'aides comme longues, complexes et répétitives (notamment dans le cadre de renouvellement ou de demandes multiples) et des modalités de suivi à moderniser (recours au mails et SMS plutôt qu'aux courriers).

La complexité des démarches et le manque de connaissance des droits expliquent dans certains cas le non-recours aux aides. La modernisation (simplification, dématérialisation) et la mise en oeuvre effective d'un accompagnement aux démarches administratives apparaissent comme un enjeu fort pour les usagers du département.

#### Paroles d'utilisateur

*« La mise en place d'une aide médicale par des infirmiers, la toilette, un kiné pour la rééducation, de l'orthophoniste... Ça, j'ai su le mesurer tout de suite... Ce que je n'ai pas mesuré du tout, ce sont les démarches administratives. »*

*« De grâce, plus de simplicité, plus de réactivité et plus de personnes formées. Mais surtout, plus de SIMPLICITE ! »*

#### Dans le détail :

Description	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Constitution d'un groupe de travail (Direction de l'Autonomie, Direction des Services Informatiques, MDPH, services juridiques)</li> <li>2. Définition du cadre et des modalités de dématérialisation souhaitables</li> <li>3. Etude de faisabilité technique en interne et éventuellement avec partenaires externes concernés</li> <li>4. Définition d'un plan d'action et de mise en oeuvre</li> <li>5. Développement d'une plateforme de démarches en ligne accessible via le site internet <a href="http://www.autonomie64.fr">www.autonomie64.fr</a></li> <li>6. Organisation au sein des SDSEI de permanences de soutien aux démarches</li> </ol>
Focus autisme	Adapter l'ergonomie des supports dans le souci d'une meilleure accessibilité, accès à un accompagnement spécifique aux démarches.
Calendrier	<p>1 à 4 : à partir de 2020</p> <p>5 et 6 : à partir de 2021</p>
Principaux Partenaires	<p>MDPH</p> <p>Autres administrations : Impôt, CPAM, CAF, CARSAT, ...</p> <p>UDCCAS (notamment dans le cadre des dépôts de demande d'aide sociale)</p> <p>Associations d'usagers dont TSA</p>
Critères d'évaluation	<p>Définition des attentes, processus, modalités de dématérialisation (cahier des charges) dont adaptation des supports aux publics handicapés dont TSA</p> <p>Identification d'un calendrier de mise en oeuvre</p> <p>Ouverture à l'utilisateur des démarches en ligne accessibles depuis la plateforme autonomie du Département (a minima pour l'APA)</p> <p>Suivi du nombre de demandes effectuées en ligne</p> <p>Effectivité d'une permanence d'accompagnement aux démarches en ligne sur chaque SDSEI (planning)</p>

#### LIEN AVEC LES AUTRES POLITIQUES DEPARTEMENTALES

SDUN – fiche action n°3.9 : Lutter contre « l'illectronisme » : écrivain public numérique ; fiche action n°4.1 et 4.1bis : Déploiement d'une offre de services publics départementaux en ligne et accessible à tous ; fiche action n°4.7 : Favoriser le dialogue Elu-Citoyen par les outils numériques de communication.

### Faciliter et accompagner l'accès aux voies de recours

Pour la MDPH comme pour le Département, les recours font l'objet de procédures normées, extrêmement précises. Ainsi, les personnes handicapées disposent de recours (contentieux ou gracieux) à l'encontre des décisions de la CDAPH qui ne leur donneraient pas satisfaction.

Sans préjudice de ces voies de recours, lorsqu'une personne handicapée, ses parents si elle est mineure, ou son représentant légal estiment qu'une décision de la CDAPH méconnaît ses droits, ils peuvent demander l'intervention d'une personne qualifiée chargée de proposer des mesures de conciliation.

Par ailleurs, dans le cadre de sa mission générale de conseil et d'accompagnement des personnes handicapées et de leurs proches, et sans préjudice des voies de recours existantes, chaque MDPH désigne, en son sein, une personne référente chargée de recevoir et d'orienter les réclamations individuelles des personnes handicapées ou de leurs représentants vers les services et autorités compétents. L'équivalent n'existe pas sous cette forme pour le Département.

Pour autant, pour la MDPH, comme pour les Départements, ces procédures de recours sont souvent méconnues du grand public. A contrario, quand elles sont connues, les usagers semblent démunis face à leur mise en oeuvre jugée trop complexe, trop lourde, vouée à l'échec.

Il conviendra d'informer plus largement et de façon plus systématique sur les procédures de recours et d'accompagner les usagers dans leur mise en oeuvre.

L'amélioration de la qualité des services départementaux passera également par la création d'un poste de médiateur du Département.

Le médiateur accompagnera les usagers et leurs représentants qui le saisiront pour contester une décision prise par l'administration. Il présentera au préalable les règles ou calculs appliqués par le Département et les informera de façon individualisée sur leurs droits. Il les accompagnera dans la mise en oeuvre des procédures de recours et cherchera systématiquement une solution concertée satisfaisante.

#### Dans le détail :

Description	<p>1. Informer sur les procédures de recours :</p> <p>a) Diffusion d'une information claire, précise, pratique et actualisée sur les sites du Département et de la MDPH : mise en ligne de guide de procédures ou de lettres-type.</p> <p>b) Mention systématique des voies de recours sur tous les actes ayant qualité de décision administrative.</p> <p>2. Créer une fonction de médiateur au Département : accueil des usagers ou de leurs représentants, explication des règles d'octroi et du calcul de droits, information et accompagnement sur les voies de recours</p>
Calendrier	Dès 2019 et sur la durée du Schéma
Principaux Partenaires	<p>MDPH</p> <p>Association des médiateurs de collectivités territoriales (AMCT).</p>
Critères d'évaluation	<p>Mise en ligne des informations sur les sites internet de la MDPH et du CD64.</p> <p>Désignation d'un médiateur</p> <p>100 % des courriers faisant mention des voies de recours (évaluation par sondage)</p> <p>Evolution du nombre de saisines annuelles du médiateur</p>

## Renforcer la place de l'utilisateur ou de son représentant en CDAPH

La CDAPH est constituée de 23 membres nommés par le Préfet et le Président du Conseil départemental, élus pour une durée de 4 ans. Elle prend toutes les décisions relevant du droit à compensation (prestations), orientation vers les établissements et services médico-sociaux, scolarisation, reconnaissance de travailleur handicapé...

Ces décisions sont prises au regard de l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire. Cette dernière fait des propositions à la CDAPH dans le cadre d'un plan personnalisé de compensation (PPC), élaboré au vu des souhaits exprimés par la personne handicapée ou ses représentants légaux et de ses besoins. La personne handicapée est informée de la date de présentation de sa demande à la CDAPH et peut être entendue par cette instance.

En cas de désaccord de la personne handicapée avec la décision, des recours sont possibles.

Dans le cadre de la consultation citoyenne menée lors de l'élaboration du schéma, les usagers ont unanimement souligné le sentiment d'iniquité et d'impuissance ressenti lors des CDAPH. « Tribunal », « arène », sont autant de qualificatifs employés pour décrire ces commissions.

Dans le respect du cadre légal et réglementaire (Loi du 11 février 2005 créant les CDAPH et décret du 19 décembre 2005 en précisant le fonctionnement), il s'agit donc de repenser la place de l'utilisateur au sein de la CDAPH afin de donner les moyens aux usagers et à leur famille d'être véritablement impliqués dans le processus de décision et pas seulement d'y assister et de favoriser la présence des associations représentant les personnes et l'accompagnement par les pairs à travers la pair-aidance.

### Dans le détail :

Description	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Réaliser une enquête auprès des personnes ayant un droit ouvert à la MDPH 64 afin de mieux comprendre leur vision de la CDAPH</li> <li>2. Mettre en place un groupe de travail piloté par la MPDH et composé essentiellement d'usagers, de familles d'usagers et d'associations d'usagers :             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Rappel du cadre imposé par la Loi et du fonctionnement des CDAPH au niveau national</li> <li>b) Prise de connaissance des résultats de l'enquête menée auprès des personnes ayant un droit ouvert</li> </ol> </li> <li>3. Faire travailler le groupe sur les pistes possibles d'amélioration de l'organisation de la CDAPH : modalités de préparation et de déroulement des réunions, composition et rôle des membres... Ces idées donneront lieu à une expérimentation évaluée par le groupe de travail.</li> </ol>
Focus autisme	Porter une attention particulière aux autistes non-accompagnés notamment en phase amont des CDAPH (préparation des réunions, compréhension du fonctionnement, ...). Un protocole spécifique devra être envisagé.
Calendrier	<p>1 et 2 : à partir de 2019</p> <p>3 : à partir de 2020</p>
Principaux Partenaires	<p>MDPH</p> <p>Associations représentants d'usagers</p> <p>Pair-aidants</p>
Critères d'évaluation	<p>Réalisation de l'enquête initiale</p> <p>Expérimentation de propositions issues du groupe de travail</p> <p>Evolution du taux de satisfaction des usagers enquêtés par rapport au fonctionnement de la CDAPH (au regard des résultats de l'enquête initiale)</p> <p>Formalisation d'un protocole spécifique destiné aux personnes avec TSA non accompagnées</p>

# Orientation 5 : soutenir et accompagner les aidants

## Structurer une organisation départementale et territoriale à destination des aidants

De nombreux partenaires institutionnels financent des actions de soutien aux aidants. Pour autant, les échanges restent exceptionnels et l'offre territoriale disparate. Ainsi, les professionnels rencontrent des difficultés pour orienter les proches aidants vers des solutions adaptées et les soutenir dans leur démarche d'accompagnement. De ce fait, selon le lieu de résidence de l'aidant, l'orientation et l'accompagnement seront plus ou moins structurés et opérationnels. Il est nécessaire de coordonner les différentes actions pour garantir une qualité de l'accompagnement de l'aidant et de l'aidé.

Dans l'optique de coordonner les financements autour d'une stratégie commune, la Loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement a créé la Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées.

Le soutien des proches aidants fait partie du programme de travail de la Conférence, mais sa stratégie sur le sujet mérite d'être précisée.

### Extrait de la Consultation citoyenne

Les besoins des aidants ?

Les attentes en matière d'aide aux aidants diffèrent entre les personnes âgées, les personnes handicapées et les citoyens consultés.

De manière générale, les 4 formes de soutiens attendus par les aidants sont :

- Etre accompagné dans les démarches administratives
- Prendre du temps pour soi
- Etre informé
- Valorisation financière

**Dans le détail :**

Description	<p>1. Au sein de la Conférence des financeurs : définir une stratégie départementale en faveur des aidants</p> <p>2. Au niveau des services départementaux : constitution et animation d'un réseau « aidants » entre SDSEI, avec une double mission d'animation de l'offre en direction des aidants et d'accompagnement de proximité des aidants eux-mêmes tout en s'appuyant sur les mairies et le secteur associatif comme vecteur de diffusion :</p> <p>a) Animation du réseau d'aide aux aidants : faire l'inventaire de l'offre existante en direction des aidants (soutien psychologique, accueils de jour, répit...), susciter des synergies entre les producteurs de cette offre, échanger des bonnes pratiques avec les autres territoires, susciter ou soutenir les projets visant à élever la qualité et la diversité de l'offre en direction des aidants ;</p> <p>b) Accompagnement des aidants : informer sur l'offre d'aide existante, soutenir les aidants dans leurs démarches administratives, identifier les manques et les difficultés rencontrées, et les partager avec les autres territoires en vue de trouver des solutions.</p>
Calendrier	Dès 2019 et sur la durée du Schéma
Principaux Partenaires	<p>ESMS, Mairies et secteur associatif</p> <p>Financeurs : CNSA, ARS, MSA, RSI, CARSAT, Assurances, mutuelles, etc.</p>
Critères d'évaluation	<p>Formalisation de l'organisation interne propre au Département (note)</p> <p>Etat des lieux de l'offre existante mis à jour annuellement (document partagé)</p> <p>Animation effective du réseau : une réunion annuelle par territoire avec les partenaires</p> <p>Compte-rendu de l'offre existante et analyse des problématiques auprès de la conférence des financeurs une fois par an</p> <p>Enquête auprès des usagers sur évolution de la lisibilité des dispositifs de soutien existants</p>



## Proposer un soutien individuel et collectif accessible à tous les aidants

Aider un proche (à domicile ou en établissement) a des conséquences sur la vie de l'aidant, des répercussions sur ses conditions matérielles, physiques et psychologiques. Toutefois, de nombreux aidants ne reconnaissent pas leur rôle dans l'accompagnement d'un proche dépendant (déni, manque de connaissances de ses droits, manque de recul...).

Dans ce contexte, il est essentiel d'aider les aidants tout au long du parcours de l'aidé, de leur permettre d'échanger sur leur vécu, leurs expériences et ainsi de trouver des solutions sur les difficultés rencontrées (se préparer à être aidant, vivre son rôle d'aidant, valoriser son expérience...).

### Paroles d'usager

*« Il nous faudrait une aide psychologique aux aidants mais pas qu'une aide que nous devrions forcément aller chercher, une aide qui viendrait à nous. Qu'on se sente plus soutenus et qu'on puisse échanger aussi. »*

### Dans le détail :

Description	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proposition d'un soutien psychologique à tous les aidants lorsqu'une fragilité est détectée par un professionnel (recours à des vacances de psychologue par appel à initiative) et poursuite de ce soutien après la rupture de la relation d'aide (entrée en maison de retraite, décès, rétablissement, etc.) afin de permettre à l'aidant de se reconstruire</li> <li>2. Stabilisation des solutions qui fonctionnent bien (groupes d'échange, de parole, ateliers, formation, etc.) en reconduisant leurs actions.</li> <li>3. Développement des solutions sur les territoires peu ou pas couverts pour permettre aux aidants d'échanger entre pairs (lancement d'un Appel à initiative pour de nouveaux ateliers, groupes d'échange...)</li> </ol>
Focus autisme	<p>2 et 3 : soutenir les groupes de parole entre familles ayant des proches atteints de TSA</p> <p>4 : soutenir les actions de formation (intervenants pluridisciplinaires) des aidants de personnes présentant des TSA (notamment à domicile).</p>
Calendrier	<p>1 à 3 : à partir de 2019</p> <p>4 : à partir de 2020</p>
Principaux Partenaires	<p>ESMS</p> <p>Secteur associatif et porteurs de projets</p>
Critères d'évaluation	<p>Nombre d'heures de soutien psychologique réalisé (annuellement et par territoire)</p> <p>Nombre d'aidants soutenus (dont aidants de personnes présentant des TSA)</p> <p>Niveau de satisfaction des personnes bénéficiant d'une action de soutien (enquête départementale)</p>

## Développer les solutions de répit

L'accompagnement d'un aidant est indispensable pour le maintien à domicile d'un proche handicapé ou dépendant. Cependant, cela entraîne un épuisement physique et psychologique. Le répit permet à l'aidant de souffler, de prendre du recul mais également de faire l'ensemble des démarches administratives souvent lourdes.

Pour être efficace, ces solutions de répit doivent être pensées dans un accompagnement plus global de la personne aidée et de son proche aidant. Toutefois, l'offre actuelle ne permet pas de répondre à l'ensemble des besoins en la matière et de manière équitable sur chacun des territoires.

Le Schéma autonomie doit permettre de renforcer les solutions de répit à disposition des aidants.

### Paroles d'usager

*« Nous devenons dépendants de la dépendance de ma maman et dépendant de l'organisation que nous sommes obligés de mettre en place. »*

### Dans le détail :

Description	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Développement du répit en famille d'accueil : encourager l'accueil séquentiel en famille d'accueil et amplifier l'information sur ce dispositif</li> <li>2. Aide au développement des solutions innovantes (les Haltes Répit Détente Alzheimer) et du bénévolat de répit à domicile dans le cadre du dispositif MONALISA.</li> <li>3. Encouragement de l'accès au dispositif de relayage à domicile</li> <li>4. Harmonisation de l'offre territoriale de solutions de répit : accueil de jour et hébergement temporaire dans les territoires sous dotés (action à mener conjointement avec l'ARS dans le cadre d'Appels à projets ou d'extensions non importantes).</li> </ol>
Focus autisme	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Encourager la formation spécifique des professionnels des SAAD afin d'intervenir en cas de besoin de répit / relai des familles</li> <li>6. Développer l'offre de répit dans les structures existantes (mise en oeuvre du décret du 9 mai 2017)</li> </ol>
Calendrier	A partir de 2019 et sur la durée du Schéma
Principaux Partenaires	<p>ARS CNSA</p> <p>Etablissements, services, familles d'accueil et dispositifs existants (PCPE etc..) pour le développement de solutions sur les territoires</p>
Critères d'évaluation	<p>Nombre de création de places d'AJ/HT au regard de la programmation prévue</p> <p>Evolution du nombre d'agrèments pour l'accueil séquentiel en accueil familial</p> <p>Evolution du nombre d'usagers ayant bénéficié d'un dispositif de relayage</p> <p>Nombre d'heures de formation TSA aux professionnels des SAAD</p> <p>Evolution du nombre de places de répit (public TSA)</p>

## Orientation 6 : soutenir les professionnels dans l'exercice de leurs missions

### Créer une cellule d'observation et d'animation sur les métiers de l'accompagnement

Dans un contexte en plein bouleversement (vieillesse de la population, émergence de l'e-santé, diminution des moyens...), le secteur médico-social est également confronté à de fortes difficultés de recrutement et de fidélisation des personnels.

La connaissance des métiers, des besoins de recrutements et de formation, des spécialités émergentes et des compétences disponibles soutiendra les acteurs de l'autonomie dans la gestion prévisionnelle du capital humain.

Cette action vise à doter le département d'une cellule d'observation et d'animation autour des métiers de l'accompagnement (auxiliaire de vie scolaire, aide-soignant, agent des services hospitaliers, aidants à domicile, personnel d'encadrement...).

**Dans le détail :**

Description	<p>1. Observation : pour l'ensemble du Département, mobiliser et diffuser des informations chiffrées, suivre des indicateurs et produire des analyses et des synthèses sur l'emploi, l'absentéisme, les besoins en formations, les conditions de rémunération, l'évolution des métiers...</p> <p>2. Animation : organiser, sur la base des informations recueillies, diverses actions d'animation du type : ateliers d'échange et de prospective sur les pratiques professionnelles et les compétences (y compris en y intégrant le savoir-faire et l'expérience des aidants), propositions de tutorats, formations ciblées, partenariat avec les organismes de formation, production de guides de bonnes pratiques, opérations de sensibilisation et d'information auprès des professionnels de l'orientation scolaire et professionnelle, etc.</p>
Calendrier	A partir de 2019 et sur la durée du Schéma
Principaux Partenaires	<p>Conseil Régional          Education Nationale          Représentants d'établissements et services          Organismes de formation, agences d'intérim          CNSA Usagers « aidants »</p>
Critères d'évaluation	<p>Définition d'un cahier des charges pour l'opérateur (identification des données à suivre)          Production de ces données sur un rythme annuel          Production d'un plan d'action pluriannuel proposé en lien avec les représentants d'ESMS (bilan annuel du plan)</p>

**LIEN AVEC LES AUTRES POLITIQUES DEPARTEMENTALES**

Pacte Territorial d'Insertion (PTI) – fiche action n°11 : renforcer la coopération des acteurs économiques dans le cadre des besoins en recrutements ; fiche action n°12 : développer une culture partagée du marché de l'emploi.

## Promouvoir et valoriser les métiers de l'accompagnement médico-social

Les métiers du médico-social sont souvent perçus comme des métiers difficiles, pénibles physiquement mais aussi psychologiquement, peu reconnus et peu attractifs.

Il convient donc de valoriser et de promouvoir les métiers de l'accompagnement médico-social auprès du grand public, en mettant en avant leur grande diversité.

Ces représentations sociales ne participent pas à la reconnaissance de la qualification des professionnels.

Dès lors, les gestionnaires d'ESMS sont confrontés à des difficultés de recrutement de plus en plus importantes alors même que ces métiers se caractérisent par un accès rapide et durable à l'emploi et de larges possibilités d'évolutions professionnelles.

### Paroles d'usager

*« Moi je trouve qu'elles (les infirmières et les aides-soignantes) ont du mérite. Elles font tout leur possible pour faire plaisir aux résidents. »*

### Dans le détail :

Description	<p><b>1. Promotion auprès du grand public :</b> élaborer un plan de communication s'appuyant sur différents supports (documents écrits, audio-vidéo, campagnes presse et réseaux sociaux, expositions, internet, ...) en valorisant la relation humaine qui s'inscrit au coeur de ces métiers, la parole des usagers et des professionnels. La diffusion peut se faire de façon très fine (auprès des organismes de formation, de Pôle emploi, ...) mais aussi de façon plus large (sites internet du Département et MDPH, encarts dans la presse locale).</p> <p><b>2. Promotion auprès du public scolaire :</b></p> <p>a) dans la continuité de l'opération « 1 métier par mois, 1 métier pour moi », faire connaître les métiers de l'accompagnement au public scolaire, informer sur les parcours de formation et susciter des vocations. Des supports de communication spécifiques seront créés et diffusés sur l'ensemble des collèges, en complément d'interventions de professionnels auprès du jeune public. b) structurer une offre de stages à partir des ESMS (stage de sensibilisation de 3ème, stages en milieu professionnel pour les formations concernées) via des conventions EHPAD / établissements scolaires.</p>
Calendrier	<p>1 : dès 2019</p> <p>2 : à partir de 2020</p>
Principaux Partenaires	<p>ESMS</p> <p>Etablissements scolaires (collèges).</p>
Critères d'évaluation	<p>Nombre de supports réalisés</p> <p>Nombre de métiers valorisés</p> <p>Formalisation du plan de communication pluriannuel</p> <p>Taux de réalisation du plan</p> <p>Nombre de collégiens sensibilisés</p>

## Favoriser les mutualisations et les coopérations entre les établissements sociaux et médico-sociaux

Les ESMS disposent selon leur taille, leur activité, leurs missions, de ressources différentes en qualification et en volume. La contrainte visant à optimiser les moyens existants pousse à rechercher des voies de coopération et de mutualisation de ces moyens à l'échelle des territoires de proximité.

L'identification des ressources qui pourraient être mutualisées participerait à l'amélioration de l'accompagnement des publics.

### Dans le détail :

Description	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Créer un Groupe de travail chargé de la réflexion sur les outils à développer pour faciliter les mutualisations et coopérations, sur la base du recensement des besoins communs et des ressources existantes</li> <li>2. Encourager la participation aux réseaux existants et favoriser le rapprochement de ces derniers</li> <li>3. Soutenir l'ingénierie des projets de coopération et de mutualisation qui structurent et améliorent l'offre existante (projet de GCSMS, de SPASAD, de regroupements ou fusions...)</li> <li>4. Privilégier les équipements logistiques mutualisés sur les territoires dans le cadre de l'analyse des projets d'investissement (recherche systématique des coopérations possibles)</li> <li>5. Encourager les recrutements partagés et le partage de compétences (qualiticiens, psychologues, auxiliaires médicaux...)</li> <li>6. Poursuivre la réflexion sur les outils à développer pour faciliter ces mutualisations avec la constitution d'un groupe de travail en associant les réseaux et fédérations d'ESMS.</li> </ol>
Calendrier	A partir de 2019 et sur la durée du schéma
Principaux Partenaires	ARS ESMS dont réseaux
Critères d'évaluation	<p>Formalisation de propositions issues du groupe de travail</p> <p>Evolution du nombre d'ESMS adhérent à un réseau</p> <p>Suivi du nombre de structures de coopération ou d'opérations de mutualisation (GCSMS, SPASAD, fusions, équipements, groupements...).</p>

### LIEN AVEC LES AUTRES POLITIQUES DEPARTEMENTALES

PTI – fiche action n°8 : renforcer la coordination des acteurs dans le diagnostic des besoins des publics.

## Soutenir l'amélioration des conditions de travail des professionnels en EHPAD

Les EHPAD sont confrontés à des difficultés importantes d'attractivité, de recrutement et de fidélisation de certains professionnels. Beaucoup d'établissements sont également affectés par des problématiques d'absentéisme liés à la pénibilité des métiers et aux conditions de travail qui accentuent l'usure professionnelle. Pour autant, la qualité d'accompagnement des résidents passe nécessairement par une qualité de vie au travail pour les professionnels.

Au regard de ce phénomène, un plan d'actions national a été annoncé en 2018 par le Ministère de la Santé en vue d'améliorer la qualité de vie au travail des personnels des EHPAD et faire diminuer

l'absentéisme et les besoins en remplacement de courte durée.

Les mesures prévues concernent notamment l'acquisition de matériels soulageant les personnels, des formations, une amélioration des locaux, etc. Le Département, dans le cadre de ses compétences à l'égard des EHPAD, a pour objectif de s'inscrire en complémentarité et en soutien de ce plan.

### Paroles d'utilisateur

**« Le personnel ne peut pas parler. Il faut qu'il fasse trop vite leur travail. »**

### Dans le détail :

Description	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prise en compte des éléments favorisant les conditions de travail (dimensionnements des surfaces, fonctionnalités des locaux, évaluation des temps de déplacement, etc.) lors de la validation des opérations de travaux de rénovation, réhabilitation, reconstruction d'EHPAD. Consultation des professionnels par le maître d'oeuvre, invité à remettre un mémoire spécifique sur ce thème détaillant les améliorations apportées</li> <li>2. Dans le cadre du règlement d'intervention en matière de soutien à l'investissement, introduction d'une possibilité de subvention destinée à l'acquisition d'outils/matériels/équipements (y compris numériques) concourant à l'amélioration des conditions de travail</li> <li>3. Elargissement du périmètre des crédits complémentaires pouvant être attribués aux EHPAD en matière de dépendance pour le financement d'actions visant l'amélioration des conditions de travail (formations notamment).</li> </ol>
Calendrier 1 :	sur la durée du schéma 2 et 3 dès 2019
Principaux Partenaires	ARS
Critères d'évaluation	<p>Proportion des projets réhabilitation lourde/reconstruction/construction assortis d'un mémoire détaillant les améliorations en termes de conditions de travail (cible 100%)</p> <p>Révision de la délibération relative au règlement d'intervention en matière de soutien à l'investissement</p> <p>Révision de la délibération relative aux financements complémentaires en EHPAD</p> <p>Proportion des crédits complémentaires consacrés à la thématique QVT (cible 10%)</p>

### LIEN AVEC LES AUTRES POLITIQUES DEPARTEMENTALES

SDUN – fiche action n° 2.4 : Déployer la domotique en EHPAD ; fiche action n°2.7 : mettre en place une journée « e-autonomie » pour les professionnels du secteur.

## Améliorer les conditions d'exercice de l'accueillant familial

Au-delà du déficit de notoriété dont souffre l'accueil familial, les vocations à se projeter dans cette fonction sont également freinées par d'autres paramètres : les difficultés liées aux remplacements pour les périodes de congés, les conditions matérielles d'exercice de la fonction ou le délai d'attente parfois long entre 2 accueils.

Parmi ces dernières, les niveaux de rémunération encadrés par un dispositif réglementaire sur lequel le Conseil Départemental dispose d'une marge de manoeuvre limitée et les conditions d'hébergement des personnes accueillies qui nécessitent parfois des travaux d'adaptation, méritent en particulier d'être prises en compte.

La formation est un autre levier d'amélioration. Qu'elle soit initiale (au moment de la délivrance de l'agrément) ou continue (tout au long de l'agrément), elle relève de la compétence du Département.

### Paroles d'usager

*« L'autisme étant mal connu, ça freine un peu pour l'accueil familial. »*

La qualité de cette formation constitue de fait un enjeu important pour les accueillants qui deviennent des professionnels de l'accompagnement de personnes âgées ou handicapées. La crédibilité de ce mode d'accueil est nécessaire à son développement. Les contenus de formations dispensés et les modalités de leur suivi régulier y concourent.

Le Département assure aujourd'hui la formation nécessaire au regard des textes réglementaires en prenant en charge les coûts de déplacements et de remplacement. La vigilance sur la pertinence des contenus de formation n'en est pas moins nécessaire et la formation des remplaçants (souvent conjoint, enfant ou voisin des accueillants) mériterait d'être davantage travaillée

### Dans le détail :

Description	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Examen des différentes possibilités d'augmentation ou de sécurisation de la rémunération versée aux accueillants, sur les dispositifs que le Département est en mesure de moduler, dans le respect du cadre réglementaire</li> <li>2. Réflexion sur l'adaptation des logements des familles agréées qui le nécessitent dans le cadre de la politique Habitat du Département</li> <li>3. Réduction du temps d'attente entre deux accueils en améliorant la communication auprès des publics potentiellement concernés et auprès des professionnels susceptibles d'accompagner vers ce type d'accueil. Si nécessaire, faire évoluer le dispositif de suivi et de diffusion des places disponibles</li> <li>4. Enrichissement du dispositif de formation des accueillants familiaux par l'organisation d'ateliers sur les échanges de pratique (en incluant les familles des accueillis), de stages au sein des ESMS, de réunions ciblées en petit groupe, par thématique ou par territoire, et construction d'un dispositif de formation pour les remplaçants « relais » permettant la présence des personnes concernées</li> </ol>						
Focus Autisme	5. En lien avec l'ouverture de ce mode d'accueil aux personnes TSA, une formation dédiée sera mise en place pour les accueillants concernés et leurs remplaçants le cas échéant.						
Calendrier	<table> <tr> <td>1. Courant 2019</td> <td>2. A partir de 2020</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Dès 2019</td> <td>4. A partir de 2020</td> <td>5. Dès possibilité d'ouverture des places dédiées</td> </tr> </table>	1. Courant 2019	2. A partir de 2020		3. Dès 2019	4. A partir de 2020	5. Dès possibilité d'ouverture des places dédiées
1. Courant 2019	2. A partir de 2020						
3. Dès 2019	4. A partir de 2020	5. Dès possibilité d'ouverture des places dédiées					
Principaux Partenaires	Associations d'accueillants et FAPAH Associations TSA Professionnels des ESMS ANAH MDPH CNSA						
Critères d'évaluation	Délibération relative à l'évolution de la rémunération Proportion de familles d'accueil ayant bénéficié d'une évaluation du besoin d'adaptation du logement et d'une information sur le PIG bien chez soi (cible 100%) Evolution à la baisse de la durée moyenne d'attente entre 2 accueils Proportion de remplaçants « relais » formés (cible 75% à l'issue du schéma)						

## Promouvoir la démarche qualité dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux

Les exigences règlementaires et sociétales conduisent le secteur de l'accompagnement médico-social à instaurer une culture qualité-sécurité dans les ESMS.

Dans sa mission de programmation de l'offre, le Département poursuit également l'ambition de répondre de façon adaptée et qualitative aux besoins des usagers.

Il apparaît donc pertinent de veiller à la bonne coordination des actions visant à promouvoir les pratiques bien traitantes dans les ESMS sous sa compétence et de façon plus globale de promouvoir une culture « qualité-sécurité » positive au profit de l'utilisateur

### Paroles d'utilisateur

*« Il y a des équipes très professionnelles, très formées et qui vont nous permettre d'envisager un peu mieux l'avenir. »*

### Dans le détail :

Description	<ol style="list-style-type: none"> <li>Exploitation des Evénements Indésirables (EI) pour améliorer en continu les pratiques :             <ol style="list-style-type: none"> <li>Encourager et favoriser le signalement des EI</li> <li>Adapter les pratiques de traitement des EI (y compris en coordination avec les territoires)</li> <li>Partager un temps de restitution et d'analyse entre ESMS</li> </ol> </li> <li>Soutien aux professionnels :             <ol style="list-style-type: none"> <li>A domicile : développer les formations sur cette thématique et poursuivre la réflexion sur les modalités d'une généralisation d'un Dossier Unique de Coordination (dématérialisé ou papier)</li> <li>En ESMS : poursuivre et encourager les démarches Prévention de la Maltraitance et en assurer le suivi</li> <li>De façon générale : encourager et vérifier l'effectivité des modalités d'association des familles et leur participation aux accompagnements proposés, en lien avec les outils de la Loi de 2002 et poursuivre l'effort de diffusion et de respect des Recommandations de Bonnes Pratiques professionnelles (HAS).</li> </ol> </li> <li>Soutien aux ESMS qui coopèrent (Réseaux) pour conduire une démarche Qualité : aide à la mutualisation de temps dédié (poste qualitatif partagé)</li> <li>Promotion des seize ESMS engagés dans la démarche « Manger Bio &amp; local – terroirs &amp; Labels » (action d'amélioration du niveau de qualité alimentaire en partenariat avec Agenda21).</li> </ol>
Calendrier	Dès 2019 et sur la durée du schéma
Principaux Partenaires	Directions et professionnels des ESMS, Réseaux d'ESMS ARS
Critères d'évaluation	<p>Evolution du nombre d'EI déclarés (globale et détaillée) et production annuelle du bilan d'activité</p> <p>Nombre de professionnels de l'aide à domicile partis en formation et nombre d'heures de formation</p> <p>PMEI/PMAD : nombre d'établissements et services ayant bénéficié de la démarche</p> <p>Nombre d'ESMS bénéficiant d'un temps dédié de qualitatif mutualisé</p> <p>Evolution du nombre d'ESMS engagés dans la démarche Manger bio et/ou certifié (cible : doubler le nombre d'ESMS engagés)</p>

### LIEN AVEC LES AUTRES POLITIQUES DEPARTEMENTALES

SDUN – fiche action n°2.8 : tester un incubateur d'entreprises orientées Silver-économie en EHPAD.



## AXE 3

# Adapter l'offre d'accompagnement aux besoins des publics et des territoires

Depuis quelques années, le paysage de l'offre de services et d'établissements à destination des personnes en perte d'autonomie se transforme au regard de l'évolution démographique, de l'évolution des profils des personnes (et donc de leurs besoins) ou encore de l'évolution des aspirations du public âgé ou handicapé.

Dès lors, l'organisation des équipements sociaux et médico-sociaux ne peut plus se réduire à une simple juxtaposition de catégories de dispositifs vers lesquelles sont orientées les personnes au regard d'une prescription. Il s'agit désormais de proposer une organisation basée sur une demande de plus en plus personnalisée (besoin identifié / choix de vie) et s'inscrivant dans une logique de parcours des personnes.

Cette logique suppose donc une plus grande souplesse, une plus grande diversité et une évolutivité des dispositifs permettant de s'adapter dans le temps pour garantir la continuité des accompagnements et les transitions nécessaires en fonction de l'avancée en âge, l'évolution des besoins et des souhaits des personnes.

Cette réalité amène à repenser le positionnement et les missions des différents dispositifs et à favoriser chaque fois que cela est possible, les solutions qui permettent à chacun de vivre au milieu de tous le plus longtemps possible.

Dans ce cadre, la poursuite de la structuration territoriale de l'offre de services d'aide et d'accompagnement à domicile, s'avère nécessaire pour le Département au titre de la compétence élargie qui lui a été confiée par la Loi d'Adaptation de la société au vieillissement.

En complément de l'aide à domicile, les solutions d'accueil familial s'inscrivent comme une alternative reconnue par les personnes âgées et handicapées, qui justifie la promotion et le développement de ce type de dispositif intermédiaire.

En matière d'établissements, le positionnement des résidences autonomie a vocation être renforcé comme support de maintien du lien social, de sécurisation du quotidien et de prévention de la perte d'autonomie. Ces structures dont l'ouverture au public handicapé vieillissant a été engagée, participent directement à l'objectif inclusif défendu par les acteurs de l'autonomie.

Ces objectifs de diversification et de maintien à domicile n'occulent pas pour autant la réalité du territoire des Pyrénées-Atlantiques, identifié comme l'un des moins bien dotés en matière d'accueil médicalisé pour personnes âgées ou personnes handicapées. La prise en compte de perspectives limitées en matière de développement de ce type d'offre dans le cadre des compétences partagées avec l'ARS, doit être rapprochée de cette réalité d'insuffisance d'équipements. Dès lors, un objectif de création de places se justifie au regard du besoin avéré.

S'agissant de l'offre spécifique pour personnes handicapées, la prise en compte de l'ambition inclusive doit pouvoir se traduire par une priorité donnée au renforcement des services d'accompagnement en milieu ordinaire sur les territoires de proximité.

Au-delà du volume, la programmation de l'évolution et de la gestion de l'offre doit être assise sur un objectif de sécurisation et de continuité des parcours des personnes, qui vise à prévenir et anticiper les risques de ruptures, fluidifier les transitions en cas d'évolution du niveau d'autonomie ou encore, prendre en compte les situations aiguës (en termes d'urgence ou de complexité). A cet effet, différents leviers doivent être mobilisés, reposant sur la coordination des acteurs, la mise à disposition d'outils communs, l'identification des ressources disponibles et la valorisation de certaines pratiques.

## Orientation 7 : diversifier l'offre pour favoriser les choix de vie des usagers et de leurs aidants

### Poursuivre la démarche de structuration du secteur de l'aide à domicile

La Loi d'adaptation de la société au vieillissement a prévu en son article 47, la refonte du régime d'autorisation des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) en supprimant le principe de l'agrément dans le cadre des interventions auprès des bénéficiaires vulnérables et en donnant compétence au Département pour la délivrance des autorisations correspondantes.

Cette évolution législative s'est traduite par le basculement de plus de 75 services relevant auparavant du régime de l'agrément dans le régime de l'autorisation, portant ainsi à ce jour à 115 le nombre de SAAD relevant de la compétence du Département et dont les autorisations courent sur le long terme (durée d'autorisation de 15 ans).

Cette situation, bouleversant significativement le paysage de l'offre sur le territoire, a conduit l'Assemblée départementale (sessions des 18.02.2016 et 29.06.2017) à constater une saturation du nombre d'opérateurs sur le territoire et à délibérer en faveur d'une restructuration du secteur. Dans ces conditions, il n'apparaît pas nécessaire de délivrer de nouvelles autorisations, en revanche, l'accompagnement de l'organisation de l'offre et sa répartition sur le territoire, sont primordiaux.

#### Paroles d'usager

*« J'ai une vie tout à fait normale car j'ai un soutien familial et je vis à domicile. (...) C'est vrai que vivre chez soi, c'est un grand avantage et surtout une parcelle d'épanouissement incontestable. »*

#### Extrait de la Consultation citoyenne

Les dispositifs d'accompagnement les plus importants ?

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile sont largement en tête des dispositifs essentiels pour l'accompagnement des personnes âgées.

Pour les personnes handicapées, les allocations et les cartes se situent en 1ère et 2ème positions, deux sujets que les citoyens ne classent qu'en 3ème et 9ème positions.

Pour les aidants de personnes handicapées, les services d'accompagnement spécialisés arrivent en tête des dispositifs prioritaires, après les allocations

**Dans le détail :**

Description	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Structuration de l'offre en favorisant le regroupement des opérateurs, en garantissant la couverture territoriale y compris dans les zones les plus isolées. Objectif : permettre aux bénéficiaires, sur l'ensemble du département, d'avoir le choix entre au moins deux SAAD habilités à l'aide sociale.</li> <li>2. Généralisation du principe de la contractualisation par la signature de Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les services éligibles (seuil d'activité minimal)</li> <li>3. Incitation aux rapprochements et à la contractualisation par une politique de tarification pour les SAAD habilités ou par une prise en charge tarifaire adaptée pour les SAAD non habilités</li> <li>4. Majoration de la tarification pour les SAAD en certification « Cap Handéo », inscrits dans un projet mutualisé entre aide et soins infirmiers à domicile (Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile) ou intervenant sur les territoires qui correspondent désormais aux SDSEI Est Béarn, Haut Béarn et Pays Basque Intérieur</li> <li>5. Vérification de la mise en oeuvre par chaque service autorisé des dispositions du cahier de charges national qualité des SAAD.</li> </ol>
Focus autisme	Soutenir la démarche de labellisation handicap (certification « Cap Handéo »).
Calendrier	Dès 2019 et sur la durée du Schéma
Principaux Partenaires	<p>MDPH</p> <p>SAAD autorisés</p>
Critères d'évaluation	<p>Evolution du nombre de services autorisés dont services ayant signé un CPOM</p> <p>Evolution du nombre de services certifiés « Cap Handéo »</p> <p>Evolution du nombre de services inscrits dans un SPASAD</p> <p>Pourcentage de communes rurales identifiées (Zone Est-Béarn, Pays Basque intérieur et Haut Béarn) couvertes par au moins 2 SAAD y intervenant.</p>

## Accompagner le développement des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD)

Les Services Polyvalents d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SPASAD) permettent une intervention coordonnée des professionnels de l'accompagnement (SAAD) et des professionnels de soins infirmiers (SSIAD).

Cette coordination est une garantie pour la cohérence et l'efficacité de l'intervention auprès de l'utilisateur. Elle favorise également les échanges entre professionnels et par extension la sécurisation des prestations proposées.

Huit expérimentations de SPASAD ont été engagées en 2017 dans le département pour une durée de deux ans. La pérennisation, voire le développement de ces dispositifs vise à structurer et améliorer l'offre d'accompagnement à domicile.

### Paroles d'utilisateur

*« Il faut accepter que nous ayons à domicile la venue de plusieurs intervenants. Nous avons toujours de la visite et ce n'est pas rien. »*

### Extrait de la Consultation citoyenne

Ce qui compte pour le choix d'un service d'aide à domicile ?

Le 1er critère pour choisir un professionnel à domicile est la qualité humaine de l'intervention. Ce critère est le principal critère de choix pour les aidants de personnes âgées.

Le coût n'arrive qu'en 3ème position après la qualité des prestations.

#### Dans le détail :

Description	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluation, en lien avec l'ARS, de l'expérimentation des SPASAD mise en oeuvre depuis 2017 : identifier les freins et les facteurs de réussite</li> <li>2. Détermination des modalités de pérennisation des SPASAD dont le fonctionnement est concluant au regard des dispositions réglementaires proposées à l'issue des expérimentations</li> <li>3. Accompagnement à l'émergence de nouveaux projets de SPASAD avec l'objectif d'un SPASAD par territoire (SDSEI) à l'issue du schéma</li> <li>4. Soutien aux actions de prévention de la perte d'autonomie via les SPASAD.</li> </ol>
Calendrier	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 : 2019</li> <li>2 : 2019-2020</li> <li>3 : à compter de 2020</li> <li>4 : sur la durée du schéma</li> </ol>
Principaux Partenaires	ARS CNSA
Critères d'évaluation	<p>Production du bilan des expérimentations en lien avec l'ARS</p> <p>Evolution du nombre de SPASAD (cible : 1 par territoire SDSEI)</p> <p>Evolution des montants versés au titre des actions de prévention.</p>

## Développer l'accueil familial

L'accueil familial constitue une offre intermédiaire complémentaire de l'offre d'ESMS, se positionnant entre le domicile classique et l'institution. Il s'avère par ailleurs moins coûteux qu'un hébergement en établissement. Il permet de proposer un environnement individualisé et sécurisant pour des personnes ne pouvant vivre seules mais qui ne relèvent pas nécessairement d'un accompagnement renforcé en institution.

Pour autant, ce mode d'accueil est souvent méconnu et parfois insuffisamment développé, en particulier dans certains secteurs. L'offre départementale est aujourd'hui calibrée à hauteur d'une centaine d'accueillants pour 180 places agréées, auxquels s'ajoute une dizaine de remplaçants assurant des relais au domicile des accueillants agréés. D'ici 2023, année d'échéance du Schéma, le Département souhaite développer l'offre de places en accueil familial.

### Paroles d'utilisateur

*« J'ai une grande chance car en devenant famille d'accueil, mon village aussi est devenu famille d'accueil. »*  
*« Je suis contente d'être en famille d'accueil. Je me sens bien. Il y a de l'harmonie dans la maison. »*

### Dans le détail :

Description	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Création de 50 places, dont 10 plus particulièrement dédiées aux personnes handicapées vieillissantes, pour porter à 230 la capacité d'accueil en places agréées (pour environ 150 familles) et poursuite de la réflexion sur la diversification des modes d'exercice (salarial notamment)</li> <li>2. Organisation d'une campagne de communication et d'information visant à lutter contre les idées reçues, améliorer la connaissance de ce mode d'accueil par le grand public et faciliter le recrutement de futurs accueillants (édition de supports, presse, colloques, réunions locales ciblées, témoignages d'accueillants et de familles, communication vers les professionnels de l'insertion...)</li> <li>3. Augmentation du nombre de familles d'accueil spécialisées dans l'accueil temporaire et de remplaçants d'accueillants (objectif : 15 en fin de schéma au regard des 8 déjà existant)</li> </ol>
Focus autisme	4. Le Département veillera à ce que ce projet de développement de l'accueil familial s'étende aussi aux personnes TSA qui dans les faits ne bénéficient pas aujourd'hui de ce mode d'accueil (5 places min)
Calendrier	Dès 2019 et sur la durée du Schéma
Principaux Partenaires	FAPAH et Associations d'accueillants familiaux Associations TSA
Critères d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evolution du nombre de familles et de places agréées (cible 230)</li> <li>Bilan des actions de communication menées</li> <li>Evolution du nombre de remplaçants relais (cible 15)</li> <li>Evolution du nombre de places d'accueil temporaire</li> <li>Evolution du nombre de places dédiées : handicapés vieillissants (cible : 10) et TSA (cible : 5)</li> </ul>

## Développer l'offre de résidences autonomie

La résidence autonomie dont les missions ont été renouvelées par la Loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement constitue un intermédiaire dans le parcours de la personne âgée entre domicile et établissement. A ce titre elle constitue une offre concourant à la lutte contre l'isolement, à la sécurisation des personnes et à la prévention de la perte d'autonomie pour éviter ou retarder une entrée en institution médicalisée.

A ce jour, on compte 611 places en Résidence Autonomie sur le Département. Cette offre est aujourd'hui globalement insuffisante et inégalement répartie sur le territoire. Le Schéma a pour objectif de consolider et équilibrer l'offre de places en résidences autonomie.

### Paroles d'usager

*« J'ai trouvé que c'était bien, comme un cocon, par rapport à ma grande maison. Ce changement de lieu ne m'a pas perturbée, au contraire. J'ai connu des choses que je n'avais jamais connues, comme aller à la mer, faire des petits voyages. Il y a la gymnastique, le loto, le scrabble, la belote, des soirées, l'école de danse... On a fait un spectacle avec les tout petits. C'était adorable. (...) Je veux rester ici le plus longtemps possible, jusqu'à ma mort. »*

### Extrait de la Consultation citoyenne

Quelle solution d'hébergement en cas d'impossibilité du maintien à domicile ?

Les personnes âgées et les personnes handicapées privilégient les résidences avec services en cas d'impossibilité de maintien au domicile.

#### Dans le détail :

Description	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Création de places de résidences autonomie pour compléter l'offre intermédiaire dans le parcours de la personne âgée sur chaque territoire : <ol style="list-style-type: none"> <li>a) en donnant priorité aux territoires dont le niveau d'offre est inférieur à la moyenne</li> <li>b) en privilégiant les adossements à des EHPAD existant pour faciliter la fluidité du parcours et les optimisations de gestion et de logistique</li> </ol> </li> <li>2. Garantie de l'implantation à proximité immédiate de services (commerces, transports, santé) pour favoriser l'inclusion</li> <li>3. Ouverture d'une partie de cette offre à l'accueil de personnes handicapées vieillissantes</li> <li>4. Envisager l'assouplissement du principe d'habilitation systématique pour permettre un développement plus important de ces structures sans la contrainte des moyens dont dispose le Département. L'absence d'habilitation ne doit néanmoins pas compromettre le caractère social de ces résidences y compris en matière d'accessibilité tarifaire.</li> </ol>
Calendrier	A partir de 2021
Principaux Partenaires	Bailleurs
Critères d'évaluation	Evolution du nombre de places de résidences autonomie (cible : +70) dont places dédiées PHV (cible : +20) 100% des projets implantés à proximité immédiate de services

## Défendre un objectif de création de places d'hébergement permanent en EHPAD

Le Département dispose d'un taux d'équipement moyen en places d'EHPAD inférieur à 100 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus en 2018.

A ce titre le département des Pyrénées-Atlantiques figure parmi les moins bien équipés de la Région Nouvelle-Aquitaine selon les données du Projet Régional de Santé, sachant que le taux d'équipement du 64 est également inférieur au taux d'équipement moyen au niveau national. Certaines zones sont plus en tensions que d'autres, en particulier les deux agglomérations sur lesquelles la démographie est la plus importante, ce qui accentue la pression à l'entrée en établissement.

Au regard de l'évolution démographique stricte à venir dans les 5 prochaines années selon les projections de l'INSEE, le simple maintien des taux d'équipement constatés en 2018 nécessiterait la création de 822 places d'accueil permanent sur la durée du nouveau schéma.

Cette perspective apparaît irréaliste compte tenu de l'effort financier qu'elle suppose pour les autorités (ARS et Département) dans un contexte où l'évolution des dépenses publiques est et sera particulièrement encadrée. De plus, il convient de souligner que les durées moyennes de séjour sont tendanciellement en diminution et que l'âge d'entrée en EHPAD ne cesse de reculer.

L'aspiration des personnes est de rester le plus longtemps possible à domicile, ce qui suppose le renfort de l'accueil de répit. En conséquence, l'offre en nombre de places permanentes doit également tenir compte de ces indicateurs structurels.

**Paroles d'usager**

*« En 6 ans, la situation s'est aggravée. Dans les EHPAD, ça se bouscule, il y a vraiment beaucoup, beaucoup de demandes. »*

*« Il va falloir construire beaucoup de structures à mon avis puisqu'on va quand même se retrouver face à un gros problème : pas suffisamment d'EHPAD et une population vieillissante qui ne vieillit pas forcément bien. »*

**Dans le détail :**

Description	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Parvenir à la création de 240 places d'EHPAD en accueil permanent sur la période des 5 années à venir (soit l'équivalent de 3 établissements de 80 places). Les créations sont à réaliser en priorité sur les territoires dont le taux d'équipement est inférieur à la moyenne et où la pression démographique est forte.</li> <li>2. Privilégier les extensions de capacité permettant d'atteindre une taille d'équilibre de gestion. Pour les créations neuves, privilégier les capacités de 80 places minimum.</li> <li>3. Envisager le principe de non habilitation à l'aide sociale systématique des places pour faciliter le développement de l'offre.</li> </ol>
Calendrier	A partir de 2019 et sur la durée du Schéma
Principaux Partenaires	ARS
Critères d'évaluation	<p>Formalisation de la position du Département vis-à-vis de l'Etat (ARS) : courriers, réunions, presse...</p> <p>Evolution du nombre de places autorisées (cible +240)</p> <p>Evolution des taux d'équipements par zone</p>

## Développer l'offre non médicalisée à destination des personnes handicapées en ESMS

Les taux d'équipements en établissement non médicalisés pour adultes handicapés (Foyer d'Hébergement / Foyers de vie) sont globalement supérieurs dans le département aux moyennes régionales et nationales.

En revanche l'offre de services d'accompagnement (SAVS) est quant à elle inférieure à ces moyennes de taux d'équipement.

Le développement d'une offre renforcée de service vise à accompagner un « virage inclusif » de l'offre en privilégiant les accompagnements en milieu ordinaire.

L'offre en établissement doit par ailleurs répondre à des besoins qui restent prégnants en Foyer de vie.e.

### Dans le détail :

Description	<ol style="list-style-type: none"> <li>Faciliter la gestion des parcours à travers le caractère évolutif des autorisations pour permettre une souplesse dans la réponse apportée aux besoins, notamment dans le cadre des CPOM (mise en oeuvre du décret du 9 mai 2017). Permettre à ce titre les évolutions des modalités d'accueil (internat, externat, temporaire) selon les besoins identifiés.</li> <li>Dans le cadre du "virage inclusif", développer l'offre de SAVS par création et transformation.</li> <li>Poursuite du travail engagé avec l'ARS pour la médicalisation de places en FV : les moyens ainsi dégagés seront à redéployer dans l'offre de base des FV.</li> </ol>
Focus autisme	<ol style="list-style-type: none"> <li>Décloisonner les modalités de prises en charge (internat, externat, temporaire) dans les ESMS spécialisés accueillant des adultes avec TSA</li> </ol>
Calendrier	<ol style="list-style-type: none"> <li>et 3 : à partir de 2019 et sur la durée du Schéma</li> <li>2 : à partir de 2021</li> </ol>
Principaux Partenaires	<p>ARS ESMS</p>
Critères d'évaluation	<p>Evolution à la baisse des listes d'attentes en Foyer de Vie (FV)            Nombre de places de FV créées par redéploiement ou transformation (cible : 25)            Evolution du nombre de places de SAVS (cible : + 60)</p>



## Défendre un objectif de développement de l'offre médicalisée à destination des personnes handicapées

Les taux d'équipements en ESMS médicalisés pour adultes handicapés (FAM/SAMSAH/MAS) sont inférieurs dans le département aux moyennes régionales et nationales.

Faute d'offre suffisante, les structures non médicalisées se retrouvent en situation d'accueil de personnes nécessitant des soins sans disposer des moyens permettant de les accompagner de façon adaptée.

Par ailleurs, le développement de l'offre médicalisée permettrait de libérer des places d'ESMS non médicalisés occupées par des profils qui n'en relèvent plus et satisfaire des besoins de personnes en attente de places dans ces structures (foyers de vie notamment).

L'offre d'accompagnement à domicile doit pour autant être privilégiée dans le cadre d'un objectif inclusif.

### Dans le détail :

Description	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Poursuivre un objectif de création de places de Foyers d'accueil médicalisé :             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Expérimentation de places pour profils spécifiques maladies neurodégénératives (cf. action 35)</li> <li>b) Places spécifiques pour trauma crâniens / IMC</li> </ol> </li> <li>2. Poursuivre l'objectif de création de places en Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés :             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Places spécifiques pour handicap psychiques (cf. action 35)</li> <li>b) Places spécifiques pour traumas crâniens/IMC</li> </ol> </li> <li>3. Poursuivre le rôle du Département en matière d'expression du besoin auprès de l'ARS, y compris pour le développement de l'offre de MAS et de places PH en SSIAD</li> <li>4. Favoriser à travers la définition des objectifs des CPOM, le développement de l'hospitalisation à domicile et le déploiement de la télémédecine en ESMS PH</li> </ol>
Focus autisme	5. Créer des places spécifiques en FAM et SAMSAH pour les personnes atteintes de troubles du spectre de l'autisme
Calendrier	A partir de 2019 et sur la durée du Schéma
Principaux Partenaires	ARS
Critères d'évaluation	<p>Evolution du nombre de places en FAM par profil (cible : +50)</p> <p>Evolution du nombre de places en SAMSAH (cible : + 60) dont handicap psy (+30) et autres profils (+30)</p> <p>Taux d'ESMS ayant recours à l'HAD, à la télémédecine et aux SSIAD (dont ESMS non médicalisés)</p>

## Accompagner le vieillissement des personnes handicapées

Le vieillissement des personnes handicapées est un enjeu lié à l'évolution démographique naturelle et les besoins vont donc en s'accroissant.

Au regard des besoins identifiés, cet objectif nécessite d'être poursuivi en privilégiant prioritairement le maintien à domicile des personnes concernées.

L'état des lieux partagé fait apparaître qu'environ 250 travailleurs d'Établissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) au total seront concernés par l'âge de la retraite d'ici à 2023 dont près de 150 résidents en Foyer d'Hébergement. Le précédent schéma proposait de développer un « panel » de solutions diversifiées pour accompagner ce phénomène.

### Paroles d'usager

*« Qui va s'occuper de ma soeur handicapée, si ce n'est pas moi ? Je ne peux pas demander à mes enfants ».*

### Dans le détail :

Description	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Renforcement des solutions d'accompagnement à domicile par le développement de places de SAVS (par création ou transformation) en ciblant l'accompagnement de personnes handicapées vieillissantes au sein de la file active</li> <li>2. Soutien à l'émergence de projets d'habitats inclusifs et le recours à l'accueil familial</li> <li>3. Développement de l'offre de résidences autonomes dont une partie des places pourra être réservée à l'accueil de personnes handicapées vieillissantes autonomes</li> <li>4. Poursuite de l'adaptation progressive, et à moyens constants, de l'offre en établissement en s'appuyant sur la gestion assouplie des modalités d'accueil à travers les CPOM (mise en oeuvre du décret du 9 mai 2017) par transformation de places (de Foyer en MAPHA)</li> <li>5. Adaptation de l'offre existante par transformation en places de MAPHA (30 places)</li> <li>6. Poursuite du soutien à l'ouverture des EHPAD aux publics handicapés vieillissants à travers des conventions entre acteurs. Valoriser ces conventions à travers les CPOM.</li> </ol>
Calendrier	A partir de 2019 et sur la durée du Schéma
Principaux Partenaires	ARS
Critères d'évaluation	<p>Evolution du nombre de places créées pour PHV par modalités d'accueil (SAVS, MAPHA, Habitat inclusif, accueil familial).</p> <p>Nombre de places transformées pour accueil de PHV</p> <p>Evolution du nombre de conventions formalisées avec EHPAD pour l'accueil de PHV</p>

### LIEN AVEC LES AUTRES POLITIQUES DEPARTEMENTALES

Schéma Départemental d'Amélioration de l'Accessibilité des Services au Public (SDAASP) – fiche action n°13 : Poursuivre l'amélioration et la diversification des modes d'accueil pour les personnes âgées et les personnes handicapées.

# Orientation 8 : accompagner les ESMS dans la gestion des parcours et des situations complexes

## Optimiser la mobilisation des places disponibles en établissements sociaux et médico-sociaux sur le territoire

La fluidité des parcours des usagers nécessite une coordination des acteurs sur les territoires de proximité afin de favoriser l'identification des solutions et éviter les ruptures d'accompagnement.

la fluidité recherchée, faciliter les démarches d'accompagnement des professionnels et favoriser l'optimisation de l'occupation des places.

L'accès à l'offre peut être facilité à partir d'une identification précise des ressources existantes et de leur disponibilité. A cet égard, une visibilité accrue sur l'état de l'offre, à commencer par l'hébergement temporaire et d'accueil de jour, peut conforter

L'outil ViaTrajectoires permet désormais une gestion facilitée des listes d'attente pour les établissements et services sur l'ensemble du territoire. Il s'agirait d'étendre cette fonctionnalité à l'ensemble des types d'accueil.

**Dans le détail :**

Description	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identification en temps réel, via un outil informatique, des places de répit disponibles (accueil de jour, hébergement temporaire) en ESMS pour personnes âgées et personnes handicapées             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Développement de la fonctionnalité à partir de l'outil ViaTrajectoires, à rendre accessible à l'ensemble des professionnels (réunions avec l'équipe de coordination de l'outil et identification des conditions de mise en oeuvre)</li> <li>b) Identification des référents au sein des ESMS pour assurer la mise à jour</li> </ol> </li> <li>2. Mise à disposition des professionnels (ESMS, SDSEI, CCAS, travailleurs sociaux, MAIA, CLIC, PTA, MDPH...) de ces outils de suivi de la disponibilité de l'offre, et réflexion sur les modalités de mise à disposition de cet outil élargie aux usagers</li> <li>3. Extension de ce principe à l'ensemble de l'offre d'ESMS PA et PH.</li> <li>4. Utiliser ce dispositif dans l'objectif de faciliter la gestion des situations d'Amendements Creton.</li> <li>5. Expérimenter une logique de Commission d'Admission Territoriale, en lien avec la MDPH et en particulier dans le cadre de la Réponse Accompagnée Pour tous (RAPT). Cette Commission contribuera également à une meilleure gestion des situations d'Amendements Creton</li> </ol>
Calendrier	A partir de 2019 et sur la durée du Schéma
Principaux Partenaires	<p>Equipe de coordination ViaTrajectoires            ARS            MDPH            ESMS PA/PH</p>
Critères d'évaluation	<p>Programmation des réunions avec ARS et Equipe ViaTrajectoires            Production d'une feuille de route à l'issue des réunions            Mise à disposition de l'outil à l'ensemble des professionnels            Evolution des durées moyennes d'attente (PA et PH)            Mise en oeuvre de l'expérimentation d'une Commission d'Admission territoriale</p>

## Développer des solutions pour les profils spécifiques

Les ESMS sont confrontés de plus en plus à l'accompagnement de « nouveaux profils » d'utilisateurs, présentant des pathologies ou des troubles pour lesquels ils ne sont pas nécessairement formés ou ne disposent pas des ressources adaptées : troubles du comportement liés à une maladie

neurodégénérative parfois précoce (hors Maladie d'Alzheimer pour laquelle des dispositifs d'accompagnement spécifiques existent), troubles psychiques, obésité, etc.

Des solutions spécifiques sont à expérimenter et développer de même que la formation des professionnels.

### Dans le détail :

Description	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Expérimentation d'unités spécifiques de recours sous forme de places d'accueil en ESMS pour personnes âgées (type EHPAD : hébergement permanent et accueil de jour) et ESMS pour adultes handicapés (type FAM : places en hébergement permanent) dédiées aux profils atteints de maladies neurodégénératives (hors Alzheimer)</li> <li>2. Développement de l'offre d'accompagnement des adultes handicapés psychique en privilégiant l'accompagnement à domicile (type SAMSAH)</li> <li>3. Poursuite de l'équipement des ESMS pour l'accueil de personnes avec obésité (dimensionnement des espaces, installation de rails pour faciliter les transferts)</li> <li>4. Soutien à la formation des professionnels, notamment des services d'aide et d'accompagnement à domicile, via la convention de modernisation de ce secteur entre le Département et la CNSA, en ciblant les formations sur ces profils spécifiques</li> </ol>
Focus autisme	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Expérimenter des ressources spécifiques sous forme d'unité de recours ou d'équipe mobile, destinées à soutenir les ESMS accueillant de façon non spécialisée des adultes avec troubles du spectre autistique. Ces ressources sont à mettre en oeuvre à partir des ESMS ou dispositifs intervenant sur ce public (FAM, FV, SAMSAH, PCPE)</li> </ol>
Calendrier	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lancement d'appel à projet dès identification des territoires d'expérimentation par l'ARS</li> <li>2. Lancement d'un appel à projet en 2019 / ouverture des places en 2020</li> <li>3. Sur la durée du schéma dans le cadre des opérations de construction neuves</li> <li>4. Sur la durée du schéma</li> <li>5. A partir de 2020</li> </ol>
Principaux Partenaires	<p>ARS CNSA ESMS (pour le focus autisme)</p>
Critères d'évaluation	<p>Nombre de places de FAM et EHPAD mises en expérimentation (profils MND) Evolution du nombre de professionnels de SAAD formés Mise en oeuvre effective d'une unité de recours ou équipe mobile TSA à destination des ESMS</p>

## Développer de nouvelles modalités d'accueil d'urgence

Les modalités d'accueil proposées dans les ESMS ne permettent pas de répondre à toutes les problématiques rencontrées et tous les besoins exprimés, notamment par les aidants.

La diversification des réponses vise à améliorer l'adaptation de l'offre à ces besoins et éviter les situations de ruptures dans le parcours d'accompagnement des personnes.

### Dans le détail :

Description	<p>1. Expérimentation de places d'accueil d'urgence dans les ESMS pour personnes âgées et adultes handicapés :</p> <p>a) Elaborer un cahier des charges et identifier les situations d'urgence concernées (par exemple : hospitalisation non programmée ou décès de l'aidant)</p> <p>b) Identifier les modalités de prise en charge financière en urgence (APA/PCH) c) Lancer un appel à candidature pour expérimenter le dispositif dans les ESMS disposant de locaux existants disponibles</p> <p>2. Bilan de l'expérimentation</p>
Calendrier	A partir de 2019 et expérimentation en 2021
Principaux Partenaires	<p>ARS</p> <p>MDPH</p> <p>ESMS</p> <p>Associations du handicap</p>
Critères d'évaluation	<p>Lancement de l'expérimentation par AAP</p> <p>Bilan de l'expérimentation pour étude sur pérennisation/développement</p>

## S'engager avec l'ARS dans un processus de reconnaissance des unités spécifiques Alzheimer

Les EHPAD accueillent de plus en plus de personnes atteintes de troubles du comportement liés à la maladie d'Alzheimer (ou maladies apparentées). Beaucoup d'établissements disposent à cet effet d'unités spécifiques destinées à accueillir ces personnes. Certaines de ces unités (PASA/UHR) font l'objet d'une labélisation officielle et de crédits dédiés versés par l'ARS.

Toutefois, ces labélisations sont désormais plus rares et les unités sécurisées classiques ne bénéficient d'aucun moyen supplémentaire.

Pour autant, l'accompagnement proposé dans ces unités et leur bon fonctionnement nécessite la mobilisation de temps dédiés (notamment paramédicaux).

L'amélioration de la qualité d'accompagnement dans ces unités justifie la reconnaissance et donc le soutien des moyens mis en oeuvre. En outre la fluidité de parcours doit être améliorée pour permettre à celles-ci d'être utilisées comme « recours » y compris pour des structures qui ne disposent pas d'unités spécifiques.

### Dans le détail :

Description	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Engagement d'une réflexion avec l'ARS sur la possibilité de valoriser financièrement et de manière conjointe les unités sécurisées non labélisées mais qui s'inscrivent pleinement dans un cahier des charges d'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer</li> <li>2. Définition des critères (en référence aux cahiers des charges existants) permettant de cibler les établissements éligibles. Ces critères devront tenir compte du positionnement de l'unité dans une logique de parcours des personnes accueillies</li> <li>3. Etude de la possibilité pour le Département de consacrer une partie des « crédits complémentaires dépendance » à cette valorisation dans le cadre des CPOM.</li> </ol>
Calendrier	A partir de 2019 et sur la durée du Schéma
Principaux Partenaires	ARS
Critères d'évaluation	<p>Nombre d'établissements éligibles identifiés</p> <p>Attribution effective de moyens aux EHPAD concernés</p>

## Accompagner les ESMS du handicap adulte dans la gestion des situations complexes

Faute de place ou d'anticipation, ou encore suite à une évolution sensible de la situation (aggravation du handicap, crise aigue, apparition de nouveaux troubles), l'accompagnement des adultes handicapés, en ESMS, est régulièrement soumis au risque de rupture dans la continuité du parcours. Lorsque le risque survient, les modalités d'accompagnement doivent être révisées.

Or, ces situations complexes ne relèvent pas toutes des critères d'urgence liés au dispositif de la Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT).

Il s'agit donc d'identifier les modalités permettant d'améliorer la gestion des situations complexes, principalement lorsqu'elles concernent des personnes déjà accueillies en ESMS.

### Dans le détail :

Description 1.	<p>Identifier les ressources disponibles à l'échelle des territoires de proximité en matière d'évaluation, d'appui/conseil, de formation ou de soutien d'intervention à destination des professionnels (compétences spécifiques, modalités d'accompagnement...) en particulier à travers les démarches de contractualisation avec les gestionnaires d'ESMS</p> <p>a) recenser ces ressources dans chaque CPOM</p> <p>b) alimenter les répertoires opérationnels des ressources existantes et les rendre accessibles aux professionnels sur la plateforme Autonomie64 dans son espace destiné aux professionnels</p> <p>2. Favoriser les échanges, rencontres et coordinations entre professionnels dans le cadre de l'identification de situations complexes en lien avec la Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) en particulier lorsque la problématique porte sur le parcours de santé</p> <p>a) participer au déploiement de la PTA en appui et coordination avec les dispositifs existants</p> <p>b) proposer en lien avec l'ARS et la MDPH la formalisation d'une instance entre ESMS pour améliorer la gestion de ces situations</p>
Focus autisme	<p>3. Favoriser l'identification par les professionnels du territoire, des deux Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE) ainsi que du SAMSAH spécialisés dans l'accompagnement du public avec troubles du spectre de l'autisme :</p> <p>a) Présentation de ces dispositifs lors des réunions régulières d'ESMS</p> <p>b) Inscription dans le répertoire des ressources des PTA</p> <p>c) Communications spécifiques dédiées</p> <p>d) Participation aux instances de concertation entre ESMS</p>
Calendrier 1 :	<p>à partir de 2019 et sur la durée du schéma</p> <p>2 : à partir de 2020</p> <p>3 : dès 2019 et sur la durée du schéma</p>
Principaux Partenaires	<p>ESMS / PCPE</p> <p>ARS</p> <p>MDPH</p> <p>PTA</p>
Critères d'évaluation	<p>Nombre de CPOM signés intégrant l'identification des ressources (compétences spécifiques en particulier) pouvant être mobilisées</p> <p>Mise en ligne des ROR sur l'espace pro du site autonomie64</p> <p>Présentation PCPE et SAMSAH autisme lors des réunions ESMS</p> <p>Nombre de situations traitées en lien avec la PTA</p>

## Garantir la continuité des parcours des enfants adolescents et jeunes adultes handicapés

L'accompagnement des enfants handicapés est particulièrement concerné par le risque de rupture dans la continuité des parcours ; en effet, la jonction entre les dispositifs destinés à l'enfance et ceux destinés aux adultes nécessite une vigilance particulière ainsi qu'un besoin de coordination accru des différentes parties prenantes.

En cause principalement : le manque de places dans les dispositifs adultes, l'insuffisance d'anticipation ou de réactivité dans l'adaptation des réponses aux besoins évolutifs ou encore le manque de souplesse des dispositifs eux-mêmes.

Cette question est particulièrement prégnante d'agissant des enfants concernés par une mesure au titre de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), puisque la prévalence du handicap au sein de ce public est significativement plus importante que dans la population globale des mineurs. Au niveau national, 25 à 30 % des jeunes suivis pas l'ASE sont atteints d'un handicap reconnu administrativement (droits ouverts auprès de la MDPH).

L'enjeu est ici d'identifier les leviers d'amélioration spécifiques à chaque situation avec l'objectif de garantir une continuité dans les parcours des jeunes handicapés, notamment à l'approche du passage à l'âge adulte.

### Dans le détail :

Description	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pour les jeunes bénéficiant d'un accompagnement à domicile dans le cadre de leur PCH : veiller à la souplesse des dispositifs de compensation au domicile en menant un travail avec la MDPH sur les voies d'amélioration dans la gestion et le suivi de l'attribution et du versement de l'aide.</li> <li>2. Pour les jeunes handicapés accompagnés dans le cadre de l'Aide Sociale à l'Enfance : anticiper leur passage vers les dispositifs de l'âge adulte, par la mise en place d'une cellule spécifique au sein du Conseil départemental, réunissant les Directions Autonomie et Enfance-Famille ainsi que la MDPH et participer en amont aux travaux de définition des projets de vie Adulte.</li> <li>3. Pour les jeunes adultes entrant dans le cadre de l'amendement Creton : poursuivre le travail mené avec les ESMS et la MDPH d'une part sur les nouveaux outils de gestion (F34) et d'autre part en veillant à privilégier ces situations lors des admissions.</li> </ol>
Calendrier	Dès 2019 et sur la durée du schéma
Principaux Partenaires	<p>ESMS et dispositifs spécifiques</p> <p>ARS</p> <p>MDPH</p> <p>CAF</p>
Critères d'évaluation	<p>Mise en place de la cellule spécifique de suivi (ASE/MDPH/DAUT)</p> <p>Proportion de situations d'enfants bénéficiant d'une mesure ASE ayant fait l'objet d'un suivi (cible 100%)</p> <p>Evolution annuelle du nombre et de la durée moyenne d'inscription dans le dispositif Amendement Creton</p>



# **Offre d'accueil et d'accompagnement, objectifs d'évolution et financement prévisionnel du Schéma**

## Tableau présentant les équipements et services sous compétence départementale (exclusive ou conjointe avec l'ARS) au 1.01.2019 à destination des personnes âgées

SDSEI	Catégorie d'ESMS	Nbre d'ESMS	Capacités autorisées				Capacités installées				Unité Alzheimer	UHR*	PASA*
			HP*	HT*	AJ*	Total	HP*	HT*	AJ*	Total			
Adour-BAB	EHPAD	19	1 449	16	26	1 491	1 449	16	16	1 481	83	14	52
	USLD	1	74	0	0	74	74	0	0	74	0	0	0
	AJ indep.	1	0	0	20	20	0	0	20	20			
	Rés. Autonomie	4	158	0	0	158	138	0	0	138			
	<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>1 681</b>	<b>16</b>	<b>46</b>	<b>1 743</b>	<b>1 661</b>	<b>16</b>	<b>36</b>	<b>1 713</b>	<b>83</b>	<b>14</b>	<b>52</b>
Est Béarn	EHPAD	9	667	25	37	729	601	23	31	655	57	0	28
	USLD	1	80	0	0	80	80	0	0	80	0	15	0
	AJ indep.	1	0	0	20	20	0	0	20	20			
	Rés. Autonomie	3	53	1	0	54	53	1	0	54			
	<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>800</b>	<b>26</b>	<b>57</b>	<b>883</b>	<b>734</b>	<b>24</b>	<b>51</b>	<b>809</b>	<b>57</b>	<b>15</b>	<b>28</b>
Haut Béarn	EHPAD	9	518	14	16	548	518	9	16	543	10	0	40
	USLD	1	56	0	0	56	56	0	0	56	0	0	0
	AJ indep.	0				0				0			
	Rés. Autonomie	2	93	0	0	93	93	0	0	93			
	<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>667</b>	<b>14</b>	<b>16</b>	<b>697</b>	<b>667</b>	<b>9</b>	<b>16</b>	<b>692</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>40</b>
Nive-Nivelle	EHPAD	19	1 211	27	12	1 250	1 211	22	12	1 245	76	0	38
	USLD	1	76	0	0	76	76	0	0	76	0	0	0
	AJ indep.					0				0			
	Rés. Autonomie	3	76	0	0	76	36	0	0	36			
	<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>1 363</b>	<b>27</b>	<b>12</b>	<b>1 402</b>	<b>1 323</b>	<b>22</b>	<b>12</b>	<b>1 357</b>	<b>76</b>	<b>0</b>	<b>38</b>
Pau Agglomération	EHPAD	24	1 648	43	38	1 729	1 631	26	38	1 695	61	0	82
	USLD	1	80	0	0	80	80	0	0	80	0	0	0
	PUV	1	24	0	0	24	24	0	0	24			
	AJ indep.	0				0				0			
	Rés. Autonomie	5	173	1	0	174	173	1	0	174			
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>1 925</b>	<b>44</b>	<b>38</b>	<b>2 007</b>	<b>1 908</b>	<b>27</b>	<b>38</b>	<b>1 973</b>	<b>61</b>	<b>0</b>	<b>82</b>	
Pays Basque intérieur	EHPAD	13	962	31	0	993	962	31	0	993	60	0	64
	USLD	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	
	AJ indep.	1			12	12			12	12			
	Rés. Autonomie	1	51			51	51			51			
	<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>1 013</b>	<b>31</b>	<b>12</b>	<b>1 056</b>	<b>1 013</b>	<b>31</b>	<b>12</b>	<b>1 056</b>	<b>60</b>	<b>0</b>	<b>64</b>
Pays des Gaves	EHPAD	16	906	38	30	974	906	38	30	974	49	0	24
	USLD	1	55	0	0	55	55	0	0	55	0	0	0
	AJ indep.	0				0				0			
	Rés. Autonomie	2	40	0	0	40	20	0	0	20			
	<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>1 001</b>	<b>38</b>	<b>30</b>	<b>1 069</b>	<b>981</b>	<b>38</b>	<b>30</b>	<b>1 049</b>	<b>49</b>	<b>0</b>	<b>24</b>
<b>TOTAL</b>			<b>8 450</b>	<b>196</b>	<b>211</b>	<b>8 857</b>	<b>8 287</b>	<b>167</b>	<b>195</b>	<b>8 649</b>	<b>396</b>	<b>29</b>	<b>328</b>
			<b>Taux installation des places autorisées :</b>				<b>98%</b>	<b>85%</b>	<b>92%</b>	<b>98%</b>			

Source : CD64-DGASH-DAUT - Fichiers SESMS à jour pour 01.01.2019  
\* Voir les définitions dans le Glossaire en fin de document

## Tableau présentant les équipements et services sous compétence départementale (exclusive ou conjointe avec l'ARS) au 1.01.2019 à destination des **adultes handicapés**

SDSEI	Catégorie d'ESMS - PH*	Nbre ESMS	Capacités autorisées				Capacités installées			
			Internat	Accueil temporaire	Accueil de jour	Total	Internat	Accueil temporaire	Accueil de jour	Total
Adour-BAB	FAM	1	48	2		50	48	2		50
	FH	1	30			30	30			30
	FV	3	74	4	22	100	74	4	22	100
	SAVS	1			20	20			20	20
	<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>152</b>	<b>6</b>	<b>42</b>	<b>200</b>	<b>152</b>	<b>6</b>	<b>42</b>	<b>200</b>
Est Béarn	FAM	1	16		4	20	16		4	20
	FH	2	91	1		92	91	1	0	92
	FV	3	54		14	68	54		14	68
	MAPHA	1	12			12	12			12
	SA	1			3	3			3	3
	SAVS	1			33	33			33	33
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>173</b>	<b>1</b>	<b>54</b>	<b>228</b>	<b>173</b>	<b>1</b>	<b>54</b>	<b>228</b>	
Haut Béarn	FAM	2	57	1		58	57	1		58
	FH	2	89			89	89			89
	FV	5	160	2	14	176	160	2	14	176
	MAPHA	2	19			19	19			19
	SA	3			32	32			32	32
	<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>325</b>	<b>3</b>	<b>46</b>	<b>374</b>	<b>325</b>	<b>3</b>	<b>46</b>	<b>374</b>
Nive-Nivelle	FAM	2	19			19	19			19
	FH	2	86			86	86			86
	FV	3	86	4	36	126	86	4	36	126
	MAPHA	3	22			22	22			22
	SAMSAH	1			50	50			50	50
	<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>213</b>	<b>4</b>	<b>86</b>	<b>303</b>	<b>213</b>	<b>4</b>	<b>86</b>	<b>303</b>
Pau Agglomération	FH	4	184		0	184	184		0	184
	FV	2	8		13	21	8		13	21
	MAPHA	3	28		0	28	28		0	28
	SA	1			15	15			15	15
	SAMSAH	1			30	30			30	30
	SAVS	2			98	98	0		98	98
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>220</b>	<b>0</b>	<b>156</b>	<b>376</b>	<b>220</b>	<b>0</b>	<b>156</b>	<b>376</b>	
Pays Basque intérieur	FAM	1	27		1	28	27		1	28
	FH	1	45			45	45			45
	FV	2	38	1	5	44	38	1	5	44
	MAPHA	1	6			6	6			6
	SAMSAH	1			16	16			16	16
	SAVS	1			10	10			10	10
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>116</b>	<b>1</b>	<b>32</b>	<b>149</b>	<b>116</b>	<b>1</b>	<b>32</b>	<b>149</b>	
Pays des Gaves	FAM	1	30	3		33	30	3		33
	FH	4	112			112	112			112
	FV	3	35		14	49	35		14	49
	MAPHA	2	21			21	21			21
	<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>198</b>	<b>3</b>	<b>14</b>	<b>215</b>	<b>198</b>	<b>3</b>	<b>14</b>	<b>215</b>
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>1 397</b>	<b>18</b>	<b>430</b>	<b>1 845</b>	<b>1 397</b>	<b>18</b>	<b>430</b>	<b>1 845</b>	
<b>Taux installation des places autorisées :</b>							<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Source : CD64-DGASH-DAUT - Fichiers SESMS à jour pour 01.01.2019

Source : pour les Projections de population INSEE scénario central par SDSEI 2018

\* Voir les définitions dans le Glossaire en fin de document

## Tableau présentant la capacité d'accueil autorisée au 1.01.2019 en **accueil familial** pour les personnes âgées et adultes handicapés

SDSEI	nombre d'accueillants	nombre de places agréées	dont			nombre d'accueillis	dont	
			PA	AH	Mixte		PA	AH
Adour BAB	3	7	3	2	2	6	3	3
Nive Nivelle	9	13	0	5	8	11	4	7
Pays Basque Intérieur	23	47	1	8	38	40	18	22
Pays des Gaves	21	36	4	7	25	22	11	11
Haut Béarn	10	17	0	0	17	13	6	7
Pau Agglomération	6	8	1	3	4	6	1	5
Est Béarn	24	42	8	2	32	36	24	12
<b>TOTAL</b>	<b>96</b>	<b>170</b>	<b>17</b>	<b>27</b>	<b>126</b>	<b>134</b>	<b>67</b>	<b>67</b>

## Tableau récapitulatif des objectifs d'évolution des équipements et services sous compétence départementale (exclusive ou conjointe avec l'ARS) défendus dans le cadre du schéma

Etablissements et Services	Objectif Personnes âgées	Objectif Adultes handicapés	Objectif Total
EHPAD Hébergement permanent	240 Dont 12 maladies neurodégénératives (hors Alzheimer)		240
Accueil de jour	55 Pour aboutir à un taux d'équipement de 3,5/1000		55
Hébergement temporaire	45 Pour aboutir à un taux d'équipement de 3/1000		45
RESIDENCES AUTONOMIE	50 Pour atteindre sur tous les territoires à un taux d'équipement de 8/1000	20 Réservé Personne Handicapée Vieillissante (PHV)	70
ACCUEIL FAMILIAL	35	15 Dont 10 PHV et 5 Troubles Spectre de l'Autisme (TSA)	50
SAVS Service d'accompagnement à la vie sociale		60 Dont 15 par transformation	60
SAMSAH Service d'accompagnement médico-social pour Adultes Handicapés		60 Dont 30 handicap psy et 30 autres (Traumatisé-crânien, cérébro-lésé, infirmité motrice cérébrale et TSA)	60
MAPHA Maisons pour Personnes Handicapées Vieillissantes		30 Par transformation	30
FOYER DE VIE		25 Par transformation ou redéploiement de moyens existants	25
FAM Foyer d'Accueil Médicalisé		50 Dont 12 pour Maladies Neurodégénératives hors Alzheimer et 38 autres dont TCCL/IMC et TSA	50

## Tableau de financement prévisionnel du Schéma Autonomie 2019-2023 :

SCHEMA AUTONOMIE 2019-2023	2019	2020	2021	2022	2023	TOTAL
<b>AXE 1- PREVENTION &amp; LIEN SOCIAL</b>	<b>1 851 395 €</b>	<b>1 792 395 €</b>	<b>1 795 395 €</b>	<b>1 775 395 €</b>	<b>1 775 395 €</b>	<b>8 989 975 €</b>
<i>Mesures nouvelles</i>	<i>113 500 €</i>	<i>48 500 €</i>	<i>46 500 €</i>	<i>46 500 €</i>	<i>46 500 €</i>	<i>301 500 €</i>
<i>Valorisation des moyens mobilisés</i>	<i>1 737 895 €</i>	<i>1 743 895 €</i>	<i>1 748 895 €</i>	<i>1 728 895 €</i>	<i>1 728 895 €</i>	<i>8 688 475 €</i>
<b>AXE 2- FACILITER le PARCOURS des USAGERS, le QUOTIDIEN AIDANTS et le TRAVAIL DES PROFESSIONNELS</b>	<b>447 250 €</b>	<b>724 000 €</b>	<b>707 000 €</b>	<b>535 500 €</b>	<b>513 500 €</b>	<b>2 927 250 €</b>
<i>Mesures nouvelles</i>	<i>304 250 €</i>	<i>369 500 €</i>	<i>349 500 €</i>	<i>334 500 €</i>	<i>319 500 €</i>	<i>1 677 250 €</i>
<i>Valorisation des moyens mobilisés</i>	<i>143 000 €</i>	<i>354 500 €</i>	<i>357 500 €</i>	<i>201 000 €</i>	<i>194 000 €</i>	<i>1 250 000 €</i>
<b>AXE 3- ADAPTER OFFRE ACCOMPAGNEMENT / BESOINS PUBLICS ET TERRITOIRES</b>	<b>619 940 €</b>	<b>1 379 850 €</b>	<b>2 125 260 €</b>	<b>2 558 292 €</b>	<b>2 751 055 €</b>	<b>9 434 397 €</b>
<i>Mesures nouvelles</i>	<i>67 523 €</i>	<i>575 087 €</i>	<i>1 110 217 €</i>	<i>1 620 249 €</i>	<i>2 133 160 €</i>	<i>5 506 236 €</i>
<i>Valorisation des moyens mobilisés</i>	<i>552 417 €</i>	<i>804 763 €</i>	<i>1 015 043 €</i>	<i>938 043 €</i>	<i>617 895 €</i>	<i>3 928 161 €</i>
<b>TOTAL</b>	<b>2 918 585 €</b>	<b>3 896 245 €</b>	<b>4 627 655 €</b>	<b>4 869 187 €</b>	<b>5 039 950 €</b>	<b>21 351 622 €</b>

# GLOSSAIRE

## **AAH**

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

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

## **AAI**

Appel à Initiative.

## **AAP**

Appel à Projet.

## **ACTP**

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

## **AEEH**

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

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

## **AGGIR**

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

Cette évaluation est nécessaire pour l'attribution de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) et la fixation de son montant. Cette grille nationale d'évaluation permet de répartir les degrés de perte d'autonomie en six groupes nommés GIR

(Groupes Iso Ressources) correspondant à des besoins d'aides et des soins. Le niveau 1 (GIR 1) est le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le niveau 6 (GIR 6) est le plus faible.

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

## **Aidant**

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

Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non et peut prendre plusieurs formes, notamment : nursing, soins, accompagnement à l'éducation et à la vie sociale, démarches administratives, coordination, vigilance permanente, soutien psychologique, communication, activités domestiques... ». Source : Charte européenne de l'aidant familial, Coface 2007.

## **Aide à Domicile**

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

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

## **AJ**

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

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

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

## **Amendement Creton**

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

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



## **ANAH**

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

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

## **ANESM**

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

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

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

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

## **APA**

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

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

L'attribution de l'APA n'est pas soumise à une condition de ressources mais le montant de la somme perçue dépend du niveau du revenu.

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

## **APGL**

**L'Agence Publique de Gestion Locale** est un syndicat mixte créé par et pour les collectivités des Pyrénées-Atlantiques. Sa mission est de leur apporter de l'expertise en temps partagé, pour leur permettre d'exercer la plénitude de leurs compétences.

## **ARS**

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

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

## **AS**

Aide Sociale

## **ASE**

Service départemental de l'Aide Sociale à l'Enfance

## **ASH**

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

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

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

## **Bénéficiaire d'une allocation**

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

## **CAF CNAF**

Caisse d'Allocations Familiales

Caisse Nationale d'Allocations Familiales.

## **CAMSP**

**Centre d'Action Médico-Sociale Précoce** : il intervient auprès des enfants de 0 à 6 ans et de leurs familles pour le dépistage précoce des déficiences motrices, sensorielles ou mentales par une équipe pluridisciplinaire médicale, paramédicale et éducative.

Il a une mission d'aide auprès des futurs parents, de prévention des difficultés des tout-petits, de soins de rééducation à de jeunes enfants en situation de handicap.

Le CAMSP est agréé par les Caisses d'Assurance Maladie et le Département au titre de la Protection Maternelle et Infantile. Aucune orientation par la CDAPH n'est nécessaire pour accéder aux consultations.

## **CAPEB**

Confédération de l'Artisanat et des Petites Entreprises du Bâtiment.

## **CARSAT**

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

## **CASF**

Code de l'Action Sociale et des Familles.

## **CAT**

**Centre d'Aide par le Travail** : structure médico-sociale qui accueille des travailleurs handicapés qui ne peuvent exercer une activité professionnelle, momentanément ou durablement, dans le secteur ordinaire de travail ou dans une entreprise adaptée.

Depuis la Loi du 11 février 2005, il est dénommé ESAT.

## **CAUE**

Le CAUE (**Conseil d'architecture, d'urbanisme et de l'environnement**) est un organisme investi d'une mission d'intérêt public.

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

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

## **CCAS ou CIAS**

**Centre Communal (ou Intercommunal) d'Action Sociale** : le CCAS est un établissement public communal qui intervient dans les domaines de l'aide sociale légale et facultative, ainsi que dans les actions et activités sociales.

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

## **CD64**

Conseil Départemental des Pyrénées Atlantiques.

## **CDAPH**

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

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

## **CDCA**

Les **Conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie** sont une nouvelle instance consultative présidée par les présidents de conseils départementaux.

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

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

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

## **CDJ64**

**Conseil Département des jeunes des Pyrénées Atlantiques** : composé de collégiens, le Conseil départemental des jeunes est une instance participative, véritable lieu de consultation.

Ses objectifs sont multiples :

- donner la parole aux jeunes,
- favoriser l'apprentissage et l'exercice de la citoyenneté,
- associer les jeunes aux politiques qui les concernent,
- contribuer à l'épanouissement personnel et à la réussite scolaire des jeunes.

Il s'agit de créer un véritable lieu de réflexion, de discussion, d'action, de découverte et d'apprentissage de la vie civique et de la démocratie locale.

## **CH**

Centre Hospitalier.

## **CIAS**

Centre Intercommunal d'Action Sociale. Voir CCAS.

## **CLIC**

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

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

## **CLIS**

Les **Classes d'Insertion Scolaire** accueillent de façon différenciée, dans certaines écoles élémentaires ou exceptionnellement maternelles, des élèves handicapés physiques, sensoriels ou mentaux qui peuvent tirer profit, en milieu scolaire ordinaire, d'une scolarité adaptée à leur âge et à leurs capacités.

Leur objectif est de permettre à ces élèves de suivre totalement ou partiellement un cursus scolaire ordinaire.

## **CNFPT**

Centre National de Formation de la Fonction Publique Territoriale.

## **CNSA**

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

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

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

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

## **COPIL**

COmité de PILotage.

## **COTECH**

COmité TECHnique.

## **CPAM**

Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

## **CPOM**

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

## **CRA**

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

Il existe un CRA par région en France et bien souvent une annexe dans chaque Département (dans le 64 au Centre Hospitalier des Pyrénées).

## **CVS**

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

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

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

## **DAUT**

Direction de l'Autonomie.

## **DEPP**

La **Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance** exerce ses compétences d'évaluation et de mesure de la performance dans les domaines de l'éducation et de la formation.

Elle contribue à l'évaluation des politiques conduites par le ministère de l'éducation nationale.

## **DGASH**

Direction Générale Adjointe des Solidarités Humaines.

## **DRAC**

Direction Régionale des Affaires Culturelles.

## **DREES**

Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.

## **DRJSCS**

Les **Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale** ont été mises en place en janvier 2010 et regroupent les pôles sociaux des directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS), les directions régionales de la jeunesse et des sports (DRJS) et les directions régionales de l'agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (ACSé).

## **EHPA - Résidence Autonomie**

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

## **EHPAD**

Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

## **EI**

**Événement Indésirable** : les établissements et services médicosociaux (ESMS) sont soumis à des obligations spécifiques de signalement d'événements indésirables, définies par le Code de l'action sociale et des familles (CASF), qui s'ajoutent à celles du Code de la santé publique (CSP) opposables à tous les professionnels de santé.

Ces déclarations qui font l'objet d'une procédure d'instruction systématique, ont pour objectif la sécurité des usagers et l'amélioration de la qualité des accompagnements dispensés par les ESMS sous compétence départementale entre autres.

## **EN**

Éducation Nationale.

## **Équipe pluridisciplinaire MDPH**

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

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

## **ESA**

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

## **ESAT**

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

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

## **ESMS**

Établissements et Services Médico-Sociaux.

## **FAM**

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

Ils assurent l'hébergement, la surveillance paramédicale, un suivi médical constant ainsi qu'un accompagnement social et éducatif. Cet établissement est soumis à une double tarification (sécurité sociale et Département).

## **FAPAH**

Famille d'Accueil pour Personnes Âgées ou Adultes Handicapées

## **FH**

Foyer d'Hébergement pour personnes handicapées.

## **FL**

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

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

## **FV ou FO**

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

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

## **GCSMS**

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

## **GEM**

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

## GEVA

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

## GIR

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

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

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

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

## GMP

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

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

## HAD

L'**Hospitalisation à domicile** (HAD) permet d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement.

Elle assure, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux, continus et coordonnés. Les soins délivrés en hospitalisation à domicile se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par leur complexité, leur durée et la fréquence des actes.

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

## HAS

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

La Haute Autorité de santé (HAS) est chargée :

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

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

## HP

Hébergement Permanent.

## HT

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

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

## INSEE

Institut National de la Statistique et des Etudes économiques.

## **MAPHA**

**Maison d'Accueil pour les Personnes Handicapées Âgées.** Il s'agit d'un dispositif qui s'adresse à des personnes autonomes mais vieillissantes, ayant atteint l'âge de la retraite et qui souhaitent vivre en collectivité.

Ces structures ne sont pas médicalisées et s'inscrivent souvent en continuité des foyers d'hébergement pour les retraités d'ESAT. Elles proposent un accompagnement éducatif et en matière de vie sociale mais également des aides à la vie quotidienne.

Ce type de structure n'est en revanche plus adapté lorsque la perte d'autonomie devient trop importante. Dans ce cas de figure, les résidents peuvent alors être accompagnés vers des structures plus appropriées.

## **MARPA**

Les **Maisons d'accueil rural pour les personnes âgées** sont des logements-foyers ruraux de petite capacité spécialement conçus pour les personnes âgées qui vivent en milieu rural. Elles accueillent une vingtaine de personnes.

Dans les MARPA, les résidents ont tous un logement indépendant. Ils bénéficient en plus de services collectifs : restauration, blanchisserie, animations. Ces structures sont désormais regroupées sous l'appellation Résidences Autonomie.

## **MAS**

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

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

## **MDA**

Les **Maisons départementales de l'autonomie** rapprochent les services des conseils départementaux et ceux des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) dans le cadre d'une labellisation spécifique (cadre national fixé par décret).

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

## **MDPH**

**Maison Départementale des Personnes Handicapées :** instaurée depuis la Loi de 2005, ce groupement d'intérêt public est le guichet unique d'accueil, d'information d'accompagnement et de conseil des personnes en situation de handicap et leur famille.

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

Chaque MDPH met en place entre autres une équipe pluridisciplinaire qui évalue les besoins de la personne handicapée, et une Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) qui prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne en situation de handicap.

## **MONALISA**

**MOBilisation NATIONALE contre L'ISolement des Agés :**

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

## **MSA**

Mutualité Sociale Agricole.

## **Obligation Alimentaire**

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

## **PA**

Personne âgée

## **PAG**

Plan d'Accompagnement Global - Voir aussi RAPT

## **PAIR AIDANCE**

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

Le partage d'expérience, du vécu de la maladie et du parcours de rétablissement constituent les principes fondamentaux de la pair-aidance et induisent des effets positifs dans la vie des personnes souffrant de troubles psychiques.

Ce partage peut prendre plusieurs formes : la participation à des groupes de parole au sein d'association d'usagers, la rencontre dans des groupes d'entraide mutuelle (GEM), ou encore l'intégration de pairs aidants bénévoles ou professionnels dans les services de soins.

## **PASA**

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

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

## **PCH**

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

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

## **PCPE**

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

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

## **PED**

**Projet Educatif Départemental** : outil centralisé mis en place depuis 2014, qui référence toutes les actions éducatives menées à destination des collèges publics et privés.

## **PH**

Personne Handicapée.

## **PHV**

Personnes Handicapées Vieillissantes.

## **Plateforme d'accompagnement et de répit**

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

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

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

## **PMEI & PMAD**

### **Prévention des Maltraitances En Institution ou A Domicile** :

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

## **PMI**

Le service de **Protection maternelle et infantile** est un service départemental, placé sous l'autorité du président du conseil départemental et chargé d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant.



## **Portage de repas**

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

## **PPC**

Plan Personnalisé de Compensation.

## **PRS - SRS- COS et PRAPS**

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

- un **Cadre d'orientation stratégique** (COS) à 10 ans,
- un **Schéma régional de santé** (SRS) unique à 5 ans,
- un **Programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies** (PRAPS).

## **PTA**

**Plateforme Territoriale d'Appui** : les plateformes territoriales d'appui (PTA) ont pour objectif d'organiser et de mettre en œuvre des fonctions d'appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux pour la prise en charge des patients relevant de parcours de santé complexes, quel que soit leur âge, leur pathologie ou leur handicap.

## **PTI**

**Pacte Territorial d'Insertion** : déclinaison opérationnelle par territoire (SDSEI) du nouveau Programme Départemental d'Insertion (PDI) adopté par l'Assemblée Départementale pour 2017-2021.

## **RAPT**

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

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

## **Résidence Autonomie**

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

## **Résidence services**

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

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

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

## **RSA**

Le **Revenu de Solidarité active**, entré en vigueur le 1er juin 2009 en France métropolitaine, se substitue au revenu minimum d'insertion (RMI créé en 1988) et à l'allocation parent isolé (API).

Il s'agit d'une allocation qui complète les ressources initiales du foyer pour qu'elles atteignent le niveau d'un revenu garanti.

## **SAAD**

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

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

## **SAMSAH**

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

## **SAVS**

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

## **SDAASP**

Schéma Départemental de l'Amélioration de l'Accessibilité aux Services Publics.

## **SDSEI**

**Service Départemental de la Solidarité Et de l'Insertion** : découpage infra-territorial en 7 territoires de déclinaison des politiques publiques des solidarités (Autonomie, insertion et enfance-Famille-Prévention-Santé Publique)

## **SDUN**

Schéma Départemental des Usages Numériques.

## **SESSAD**

**Service d'Éducation Spécialisée et de Soins À Domicile** : Il assure un soutien à l'intégration scolaire ou à l'acquisition de l'autonomie aux enfants et adolescents de plus de 3 ans jusqu'à 20 ans, en liaison avec les familles qu'ils accompagnent.

## **SPASAD**

Les **Services polyvalents d'aide et de soins à domicile** sont des services assurant à la fois les missions d'un SSIAD (service de soins infirmiers à domicile) et celles d'un service d'aide à domicile (SAAD).

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

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

## **SSIAD**

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

## **TCCL/IMC**

Traumatismes Crâniens et Cérébro-Lésés / Infirmité Motrice Cérébrale.

## **TND**

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

## **TSA**

L'appellation TSA (**Trouble du Syndrome Autistique**) sert à désigner l'ensemble des troubles neurologiques qui affectent principalement les relations sociales et la communication chez l'enfant (et par extension l'adulte) autiste. Sont inclus également dans les TSA, un certain nombre de comportements inhabituels et / ou le développement d'intérêts restreints chez la personne concernée.

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

## **UDCCAS**

Union Départementale des Centre Communaux d'Action Sociale.

## **UHR**

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

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

## **ULIS**

**Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire** : dispositif pour la scolarisation des élèves en situation de handicap dans le premier et le second degré. Les Unités localisées pour l'inclusion scolaire sont des dispositifs qui permettent la scolarisation d'élèves en situation de handicap au sein d'établissements scolaires ordinaires.

Ces Unités remplacent les anciens dispositifs tels que les CLIS et les UPI.

L'inscription d'un élève en ULIS est soumise à une décision de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) qui définit le parcours de formation de l'élève dans le cadre de son projet de vie et prévoit la mise en œuvre d'un PPS.

## **Unité Alzheimer**

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

## **USLD**

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

## **ViaTrajectoire**

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

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



## Département des Pyrénées-Atlantiques

Hôtel du Département - 64, avenue Jean Biray  
64 058 Pau cedex 09  
Tél. : 05 59 11 46 64

Site de la Nive - 4, allée des Platanes - BP 431  
64104 Bayonne Cedex  
Tél. : 05 59 46 50 50

## Maison départementale des personnes handicapées des Pyrénées-Atlantiques

Pau : Rue Pierre Bonnard Cité administrative  
64000 Pau  
Tél. : 05 59 27 50 50

Antenne à Anglet : 2 avenue Belle-Marion  
64600 Anglet  
Tél. : 05 59 27 50 50