

Schéma départemental de l'autonomie 2017 - 2021



cekoïa
CONSEIL

herault.fr

Edito

Le schéma départemental de l'autonomie 2017-2021 fixe pour les cinq années à venir les grands enjeux et les orientations stratégiques d'une politique départementale essentielle pour nos actions de solidarité.

Le Département a choisi d'élaborer un schéma unique de l'autonomie prenant en compte les besoins convergents des personnes âgées et des personnes handicapées, sans pour autant gommer les spécificités propres à chaque public.

Pour élaborer le schéma autonomie la participation du plus grand nombre a été requise : un important travail d'état des lieux, de consultation, d'analyse et de réflexion mené avec les partenaires institutionnels et associatifs comme avec les professionnels du champ de l'autonomie, a été accompli. Les usagers ont aussi été directement associés notamment via un questionnaire.

Je veux tous les remercier pour leur large et intense participation, fructueuse et de grande qualité. Nous avons ensemble mis en relief la diversité des réponses actuelles en direction des personnes âgées et des personnes handicapées, ainsi que les attentes des usagers et des professionnels. Le dynamisme, l'implication et la coopération entre les acteurs du champ de l'autonomie a une nouvelle fois été souligné.

Toutes ces réflexions ont engendré la définition de différents axes de travail : l'un porte sur l'amélioration de la communication et de l'information en lien avec la mise en place de la Maison Départementale de l'Autonomie dont le rôle sera central. Un autre concerne le développement et le renforcement de la prévention en direction des personnes âgées et des personnes handicapées.

Faire évoluer l'offre d'accueil et d'accompagnement pour mieux répondre aux besoins apparaît aussi comme axe majeur du schéma autonomie : la programmation de places en établissements et services sociaux et médico-sociaux et l'adaptation des réponses aux parcours de vie des usagers est donc un enjeu fondamental pour les années à venir. Ainsi une orientation importante est donnée dans le schéma de l'autonomie à la programmation de places en établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Le schéma, notre schéma, réfléchi et construit avec ceux qui sont soucieux de l'autre, attentifs aux personnes âgées ou en situation de handicap, met bien évidemment l'accent sur la préservation de leur autonomie en favorisant leur vie sociale et dans la société.

Je suis certain de la volonté et de l'engagement de tous pour la mise en œuvre de ce schéma dont l'enjeu concerne chacun d'entre nous aujourd'hui et demain.

Le Président du Conseil départemental de l'Hérault

Kléber MESQUIDA

Contexte et objectifs

Conformément à la l'article 49 de la loi du 13 août 2004, le département définit et met en œuvre la politique d'action sociale.

Pour ce faire, selon la loi du 2 janvier 2002 de rénovation et de modernisation de l'action sociale modifiée et le code de l'action sociale et des familles, le Président du conseil départemental élabore les schémas, adoptés par le conseil départemental, pour les établissements et services.

Selon l'article L312-5 4° du code de l'action sociale et des familles, «(...) Les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie sont arrêtés par le Président du conseil départemental (...) L'objectif de ces schémas est d'assurer l'organisation territoriale et l'accessibilité de l'offre de services de proximité destinée aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie et à leurs proches aidants (...).

Le schéma départemental de l'organisation sociale et médico-sociale est élaboré pour 5 ans. Il s'agit d'un outil qui permet d'organiser la mise en œuvre des politiques départementales de solidarité. Il vise à :

- apprécier les besoins sociaux et médico-sociaux de la population ;
- dresser un bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante ;
- déterminer les perspectives et les objectifs de développement de cette offre ;
- préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services ;
- définir les critères d'évaluation des actions mises en œuvre.

Le Département a choisi d'entreprendre, en concertation avec tous ses partenaires, le renouvellement de ses orientations pour les personnes âgées et les personnes handicapées dans un cadre novateur : un schéma départemental unique de l'autonomie. Son application couvre la période de 2017 à 2021.

Méthodologie d'élaboration du schéma départemental de l'autonomie

La conception de ce schéma départemental de l'autonomie, pour les personnes âgées et les personnes handicapées, s'est déroulée en trois grandes phases, supervisées par un comité de pilotage co-présidé par les deux vice-présidentes déléguées respectivement aux solidarités à la personne et à la solidarité handicap :

1^{ère} phase : avril-juin 2016

Cette phase a consisté à tirer le bilan des successifs schémas départementaux gérontologique (2013-2015 et 2008-2012), du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale en direction des personnes adultes handicapées (2011-2015) ; ainsi qu'à rédiger l'état des lieux de l'accueil et de l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées dans le département. L'état des lieux a été réalisé à partir d'une étude documentaire et d'entretiens individuels et collectifs territoriaux avec les principaux acteurs concernés : Département, MDPH, ARS, MSA, Carsat, DIRECCTE, DDCS, des représentants des usagers, des acteurs de la coordination en territoire (CLIC, MAIA, UTAG, services sociaux départementaux, hôpitaux, etc.), des établissements et des services sociaux et médico-sociaux, etc.

Parallèlement, quatre questionnaires ont été adressés aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap à domicile, en accueil familial et en établissement, aux responsables d'établissements et services pour adultes handicapés, aux responsables d'établissements et services pour personnes âgées et aux accueillants familiaux. Les résultats de ces questionnaires ont permis d'alimenter l'état des lieux. Les analyses des éléments recueillis via ces questionnaires figurent en annexe de ce schéma.



2^{ème} phase : juillet-octobre 2016

Six groupes de travail ont été formés à partir des enjeux identifiés dans l'état des lieux. Composés de 20 à 30 participants, ces groupes de travail ont eu pour objectif de recueillir l'avis des différents acteurs concernés sur les orientations à adopter et les actions à mettre en œuvre dans le cadre du schéma de l'autonomie 2017-2021. Les thématiques abordées ont été les suivantes :

- Comment renforcer l'information, l'accueil de proximité et faciliter la coordination via une structuration territoriale du partenariat ?
- Comment favoriser le maintien à domicile via une évolution de l'offre et une meilleure articulation des acteurs autour des situations individuelles ?
- Quelle évolution de l'offre et des dispositifs PA et PH pour répondre aux besoins ?
- Comment favoriser la notion de parcours de la personne âgée tout au long de sa vie ?
- Comment favoriser la notion de parcours de la personne handicapée tout au long de sa vie ?
- Comment encourager le maintien et l'intégration des personnes âgées et handicapées dans la société ?

Ces travaux ont abouti à la définition d'orientations stratégiques et à l'élaboration de fiches présentées au comité technique et au comité de pilotage.

3^{ème} phase : novembre-décembre 2016

Cette phase a permis de finaliser et de valider les orientations stratégiques et les fiches et de rédiger le schéma dans son ensemble.

Présentation du contenu du Schéma départemental de l'autonomie

Ce document décrit dans un premier temps, et dans une logique de parcours, la situation actuelle en termes : sociodémographique ; de prévention, promotion de la santé et accès aux soins ; d'accueil et information, de vie dans la cité, d'accompagnement à domicile et en établissement. Le bilan plus complet des actions réalisées dans les précédents schémas figure en annexe.

Dans un second temps, le schéma aborde les grandes orientations de l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées pour le département de l'Hérault pour la période 2017-2021 et les actions à mettre en œuvre pendant les cinq années à venir.

Sommaire

CHAPITRE 1 : ETAT DES LIEUX	8
1. LES CHIFFRES CLES DU DEPARTEMENT	9
1.1 LE PORTRAIT DEMOGRAPHIQUE DE L'HERAULT	9
1.1.1 UN TERRITOIRE RELATIVEMENT AGE ET DENSE AVEC UNE POPULATION EN FORTE AUGMENTATION	9
1.1.2 LES PERSONNES AGEES DANS L'HERAULT : UNE EXPLOSION DEMOGRAPHIQUE DES PERSONNES AGEES DE PLUS DE 60 ANS A L'HORIZON 2040	11
1.1.3 LES PERSONNES ADULTES HANDICAPEES DANS L'HERAULT : UNE PART ELEVÉE DE BENEFICIAIRES DE L'AAH	13
1.2 LE CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE	14
1.2.1 LES REVENUS DE LA POPULATION : UN NIVEAU DE PAUVRETE ELEVÉ MOINS MARQUE CHEZ LES PERSONNES DE PLUS DE 60 ANS	14
1.2.2 UNE FORTE PROPORTION DE BENEFICIAIRES DU RSA SOCLE ET DU MINIMUM VIEILLESSE DANS L'HERAULT	15
1.2.3 LES DEMANDEURS D'EMPLOI ET LES DEMANDEURS D'EMPLOI TRAVAILLEURS HANDICAPEES	15
1.3 UNE FORTE PROGRESSION DES DEPENSES DU DEPARTEMENT DANS LE CHAMP DE L'AUTONOMIE	17
2. LA PREVENTION, LA PROMOTION DE LA SANTE ET L'ACCES AUX SOINS	20
2.1 LA PREVENTION DES RISQUES DE PERTE D'AUTONOMIE	20
2.2 LE SOUTIEN AUX AIDANTS	21
2.3 UNE OFFRE DE SOINS RELATIVEMENT DENSE DANS L'HERAULT	22
2.4 LES ATTENTES DES USAGERS ET DES PROFESSIONNELS	24
2.5 CE QU'IL FAUT RETENIR	24
3. LES DISPOSITIFS D'ACCUEIL, D'INFORMATION ET DE COORDINATION	25
3.1 LES DISPOSITIFS A DESTINATION DES PERSONNES HANDICAPEES	25
3.2 LES DISPOSITIFS A DESTINATION DES PERSONNES AGEES	25
3.2.1 LES UTAG	25
3.2.2 LES MAIA	26
3.2.3 LES CLIC	26
3.3 LES ATTENTES DES USAGERS ET DES PROFESSIONNELS	27
3.4 CE QU'IL FAUT RETENIR	27
4. L'INSERTION PROFESSIONNELLE / L'EMPLOI DES PERSONNES HANDICAPEES	28
4.1 LES ORIENTATIONS PROFESSIONNELLES	28
4.2 L'ACCOMPAGNEMENT DES TRAVAILLEURS EN SITUATION DE HANDICAP EN MILIEU ORDINAIRE	28
4.3 L'ACCOMPAGNEMENT DES TRAVAILLEURS EN SITUATION DE HANDICAP EN MILIEU PROTEGE OU ADAPTE	30
4.4 LES ATTENTES DES USAGERS ET DES PROFESSIONNELS	31
4.5 CE QU'IL FAUT RETENIR	31
5. L'ACCES A LA VIE DE LA CITE	32
5.1 LE LOGEMENT	32
5.2 LE TRANSPORT	33
5.3 LA CULTURE, LE TOURISME, LES LOISIRS ET LES SPORTS	33
5.3.1 LE TOURISME	33
5.3.2 LA CULTURE, LES LOISIRS ET LE SPORT	34
5.4 LES ATTENTES DES USAGERS ET DES PROFESSIONNELS	35
5.5 CE QU'IL FAUT RETENIR	35
6. L'ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE	36
6.1 LES PRESTATIONS PERMETTANT LE MAINTIEN A DOMICILE	36
6.1.1 UN GRAND NOMBRE DE BENEFICIAIRES DE LA PCH OU DE L'ACTP DANS L'HERAULT	36
6.1.2 UN NOMBRE PARTICULIEREMENT ELEVÉ DE BENEFICIAIRES DE L'APA A DOMICILE DANS L'HERAULT	40
6.1.3 L'AIDE-MENAGERE PA ET PH	44

6.2	LES SERVICES PERMETTANT LE MAINTIEN A DOMICILE.....	45
6.2.1	LES SERVICES D'AIDE A DOMICILE.....	45
6.2.2	LES SSIAD.....	47
6.2.3	LES SAVS ET LES SAMSAH.....	47
6.2.4	LES ACCUEILS DE JOUR.....	49
6.2.5	LES ESA.....	49
6.3	UNE AUGMENTATION SIGNIFICATIVE DE L'OFFRE EN ACCUEIL FAMILIAL.....	49
6.4	LES ATTENTES DES USAGERS ET DES PROFESSIONNELS.....	52
6.5	CE QU'IL FAUT RETENIR.....	53
7.	L'ACCOMPAGNEMENT EN ETABLISSEMENT.....	54
7.1	LES AIDES PERMETTANT L'ACCUEIL EN ETABLISSEMENT.....	54
7.1.1	L'AIDE SOCIALE A L'HEBERGEMENT.....	54
7.1.2	L'APA EN ETABLISSEMENT.....	58
7.2	L'EQUIPEMENT EN PLACES D'HEBERGEMENT.....	60
7.2.1	Les établissements pour personnes âgées.....	60
7.2.2	Les établissements pour personnes adultes handicapées.....	64
7.3	LES ATTENTES DES USAGERS ET DES PROFESSIONNELS.....	70
7.4	CE QU'IL FAUT RETENIR.....	70
	CHAPITRE 2 : ORIENTATIONS ET FICHES ACTIONS.....	71
	AXE 1 : AMELIORER LA COMMUNICATION ET L'INFORMATION SUR LES DISPOSITIFS ET LES AIDES A DESTINATION DES PERSONNES HANDICAPEES OU AGEES, DE LEURS AIDANTS ET DES INTERVENANTS.....	72
	FICHE N° 1 : DEVELOPPER / RENFORCER LES OUTILS D'INFORMATION ET DE COMMUNICATION EN DIRECTION DES USAGERS ET DES INTERVENANTS.....	73
	FICHE N° 2 : PERMETTRE UNE ECOUTE, UN ACCUEIL ET UNE INFORMATION DE PROXIMITE ET DE QUALITE.....	75
	FICHE N° 3 : RENFORCER LA SENSIBILISATION ET LA FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE AUTOUR DE LEUR CONNAISSANCE DU SECTEUR MEDICO-SOCIAL.....	77
	AXE 2 : DEVELOPPER ET RENFORCER LA PREVENTION EN DIRECTION DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES HANDICAPEES POUR EVITER LES RISQUES DE RUPTURE/LA DEGRADATION DES SITUATIONS.....	79
	FICHE N° 4 : AMELIORER LE REPERAGE DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES HANDICAPEES ISOLEES.....	80
	FICHE N° 5 : RENFORCER LA PREVENTION EN DIRECTION DES PERSONNES AGEES, DES PERSONNES HANDICAPEES ET DE LEURS AIDANTS.....	82
	AXE 3 : FAIRE EVOLUER L'OFFRE D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT POUR MIEUX REpondre AUX BESOINS DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES HANDICAPEES.....	84
	FICHE N° 6 : DEVELOPPER LA SOUPLESSE DANS LES MODES DE PRISE EN CHARGE POUR MIEUX REpondre AUX ATTENTES ET AUX BESOINS DES PERSONNES HANDICAPEES.....	85
	FICHE N° 7 : DEVELOPPER L'OFFRE EN ETABLISSEMENT POUR PERSONNES ADULTES HANDICAPEES AFIN DE FLUIDIFIER LEUR PARCOURS.....	87
	FICHE N° 8 : MIEUX ACCOMPAGNER LES PERSONNES HANDICAPEES VIEILLISSANTES.....	89
	FICHE N° 9 : FAIRE EVOLUER LE DISPOSITIF D'ACCUEIL FAMILIAL.....	91
	FICHE N° 10 : SOUTENIR LES INTERVENANTS AUTOUR DE PUBLICS PA OU PH AVEC DES BESOINS SPECIFIQUES (PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE / SDF / PERSONNES AVEC DES ADDICTIONS).....	93
	FICHE N° 11 : PERMETTRE AUX INTERVENANTS DES STRUCTURES D'ACCOMPAGNER LES PERSONNES AVEC DES TROUBLES DU SPECTRE AUTISTIQUE (TSA) DANS DE MEILLEURES CONDITIONS.....	95
	FICHE N° 12 : PROPOSER UN ACCOMPAGNEMENT ADAPTE AUX PERSONNES AVEC DES TROUBLES PSYCHIQUES / TROUBLES COGNITIFS.....	97
	FICHE N° 13 : ADAPTER ET METTRE AUX NORMES LES INFRASTRUCTURES D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES HANDICAPEES.....	100
	AXE 4 : FAVORISER LA MUTUALISATION, LA COORDINATION ET LE TRAVAIL EN RESEAU ENTRE INTERVENANTS AFIN DE FLUIDIFIER LE PARCOURS DES PERSONNES HANDICAPEES OU AGEES.....	102
	FICHE N° 14 : RENFORCER LA COORDINATION / DEVELOPPER L'ARTICULATION AU NIVEAU LOCAL.....	103
	FICHE N° 15 : FAVORISER LES MUTUALISATIONS / LE DECLOISONNEMENT.....	105
	FICHE N° 16 : RENFORCER LES ARTICULATIONS ENTRE LES SECTEURS MEDICO-SOCIAL ET SANITAIRE.....	107
	FICHE N° 17 : FACILITER LES TRANSITIONS DURANT LE PARCOURS DE VIE DE LA PERSONNE HANDICAPEE.....	109



AXE 5 : PERMETTRE LE MAINTIEN A DOMICILE VIA LE DEVELOPPEMENT D'UNE OFFRE ADAPTEE ET DES ACCOMPAGNEMENTS DE QUALITE.....	112
FICHE N° 18 : DEVELOPPER ET FAIRE EVOLUER L'OFFRE DE SERVICES INTERVENANT A DOMICILE.....	113
FICHE N° 19 : FAIRE EVOLUER LES PLANS D'AIDE APA - PCH POUR RENFORCER LA SOUPLESSE ET L'ADAPTATION AUX BESOINS.....	115
FICHE N° 20 : AMELIORER LA FORMATION ET VALORISER LES SAAD	117
FICHE N° 21 : DEVELOPPER LES ACCUEILS DE COURTE DUREE (ACCUEIL DE JOUR, HEBERGEMENT TEMPORAIRE).....	119
FICHE N° 22 : FAVORISER LE DEVELOPPEMENT DE L'OFFRE POUR DES INTERVENTIONS DE NUIT.....	121
AXE 6 : PRESERVER L'AUTONOMIE DES PERSONNES EN FAVORISANT LEUR VIE SOCIALE ET DANS LA SOCIETE	123
FICHE N° 23 : RENFORCER LE SOUTIEN A LA PARENTALITE DES PH.....	124
FICHE N° 24 : FAVORISER LA MOBILITE (ACCESSIBILITE/TRANSPORTS).....	125
FICHE N° 25 : FAVORISER L'ACCES A DES LOGEMENTS ADAPTES.....	127
FICHE N° 26 : DEVELOPPER L'OFFRE EN MATIERE D'HABITAT INTERMEDIAIRE	129
FICHE N° 27 : FAVORISER L'ACCES AUX SOINS POUR LES PERSONNES AGEES ET LES PERSONNES HANDICAPEES	131
AXE 7 : PILOTER LA MISE EN ŒUVRE DU SCHEMA	133
FICHE N° 28 : PILOTER LA MISE EN ŒUVRE DU SCHEMA TOUT AU LONG DE SA PERIODE DE REALISATION.....	133
ANNEXES	135
ANNEXE REGLEMENTAIRE – PROGRAMMATION	136
ANNEXES DOCUMENTAIRES.....	138
Annexe 1 : Analyse du questionnaire destiné aux accueillants familiaux	138
Annexe 2 : Analyse du questionnaire en direction des établissements accompagnant des personnes âgées	153
Annexe 3 : Analyse du questionnaire destiné aux établissements accueillant des personnes handicapées	173
Annexe 4 : Analyse du questionnaire destiné aux services prenant en charge des personnes âgées et/ou des personnes handicapées.....	191
Annexe 5 : Analyse du questionnaire destiné aux personnes handicapées et aux personnes âgées	210
Annexe 6 : Comptes rendus des groupes de travail	255
Annexe 7 : Glossaire	325



Chapitre 1 : Etat des lieux

1. Les chiffres clés du Département

1.1 Le portrait démographique de l'Hérault

1.1.1 Un territoire relativement âgé et dense avec une population en forte augmentation

Evolution et densité de population

	Population 2015	Evolution de la population 2012 - 2015	Densité de population en 2012 (hab/km ²)
Haute Garonne	1 335 366	4,38%	202,8
Hérault	1 123 990	4,30%	176,6
Ille et Vilaine	1 039 983	3,18%	148,8
Isère	1 253 614	2,34%	164,8
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées	5 791 865	2,93%	77,4
France métropolitaine	64 277 242	1,42%	120,4

Source : Insee 2015

Après la Haute-Garonne (+4,38 %), l'Hérault (+4,30 %) est le département qui a connu la plus forte augmentation de sa population entre 2012 et 2015 parmi les départements de comparaison. Cette évolution est nettement supérieure à celle de la région Languedoc-Roussillon – Midi-Pyrénées (+2,93 %) ainsi qu'à celle de la France métropolitaine (+1,42 %).

L'Hérault est le deuxième département le plus densément peuplé parmi les départements de comparaison avec 176,6 habitants au km² en 2012. Cette densité de population est largement supérieure à celle de la région (77,4 habitants/km²) ainsi qu'à celle de la France métropolitaine (120,4 habitants/km²).

Structure de la population par âge en pourcentage de la population totale

	0-19 ans	20-39 ans	40-59 ans	60-74 ans	75 ans et +
Haute Garonne	24,2 %	28,6 %	26,1 %	13,3 %	7,8 %
Hérault	23,2 %	24,8 %	25,8 %	16,7 %	9,5 %
Ille et Vilaine	26 %	25,9 %	25,9 %	13,7 %	8,6 %
Isère	26,2 %	24,4 %	26,8 %	14,5 %	8,1 %
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées	22,9 %	22,8 %	26,7 %	17 %	10,6 %
France métropolitaine	24,4 %	24,1 %	26,8 %	15,5 %	9,3 %

Source : Insee 2015

Avec 26,2 %, l'Hérault est le département qui présente la part de personnes âgées de plus de 60 ans dans la population totale la plus élevée parmi les départements de comparaison. A titre de comparaison, la Haute-Garonne compte 21,1%

de personnes âgées de plus de 60 ans. Cependant, le pourcentage de personnes âgées de 60 ans et plus est proche de celui de la France métropolitaine qui s'élève à 24,8% et inférieur à celui de la région qui est de 27,6 %.

Répartition de la population par âges au 1er janvier 2013

Territoires des solidarités	0 - 20 ans		20 - 59 ans		60 ans et plus	
Bédarieux	10 094	21,6%	21 379	45,8%	15 182	32,5%
Béziers	48 924	22,6%	101 723	47,1%	65 534	30,3%
Clermont l'Hérault	19 547	25,9%	37 122	49,1%	18 911	25,0%
Lunel	21 438	23,5%	45 977	50,3%	23 987	26,2%
Montpellier	102 413	23,6%	242 928	55,9%	88 857	20,5%
Saint-Mathieu-de-Trévières	13 969	24,8%	28 300	50,2%	14 064	25,0%
Saint-Pons-de-Thomières	6 779	20,2%	15 362	45,7%	11 444	34,1%
Sète	27 657	22,4%	59 109	47,9%	36 538	29,6%
Total général	250 821	23,3%	551 900	51,2%	274 517	25,5%

Source : INSEE, RP 2012, populations légales au 1er janvier 2013

Avec respectivement 34,1 % et 32,5 % de la population, les territoires de Bédarieux et de Saint-Pons-de-Thomières sont ceux qui comptent la part la plus élevée de personnes âgées de 60 ans et plus. A l'inverse, cette part est nettement plus faibles sur les territoires de Clermont-l'Hérault et de Saint-Mathieu-de-Trévières (25 %) et le territoire de Montpellier (20,5 %). Toutefois, 32 % des personnes âgées de 60 ans et plus du département sont localisées sur le territoire de Montpellier.

Projections démographiques 2020, 2030 et 2040

	Population en 2020	Population en 2030	Population en 2040	2020 -> 2040
Haute Garonne	1 389 000	1 513 000	1 621 000	16,7 %
Hérault	1 136 000	1 219 000	1 289 000	13,5 %
Ille et Vilaine	1 087 000	1 173 000	1 250 000	15,0 %
Isère	1 324 000	1 418 000	1 502 000	13,4 %
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées	6 036 000	6 488 000	6 887 000	14,1 %
France Métropolitaine	65 961 631	68 531 811	70 734 048	7,2 %

Source : Insee, Omphale 2010

Selon le modèle Omphale réalisé par l'Insee, la population de l'Hérault va augmenter de 13,5 % entre 2020 et 2040, passant de 1 136 000 à 1 289 000 d'habitants. Cette augmentation est très nettement supérieure à celle de la France métropolitaine (+ 7,2 %) mais proche de celle de l'Isère (13,4 %) et de la région Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées 14,1 %.

1.1.2 Les personnes âgées dans l'Hérault : une explosion démographique des personnes âgées de plus de 60 ans à l'horizon 2040

Évolution de la population départementale à l'horizon 2040 par tranche d'âge

Année	Population	60-79 ans		80 ans et plus	
2007	1 011 000	18 %	181 980	5,30 %	53 583
2012	1 077 627	19,54 %	210 540	5,97 %	64 325
2040	1 289 000	22,50 %	290 025	10,20 %	131 478
Evolution 2012-2040	+ 19,6 %	-	+ 37,8 %	-	+ 104,4 %

Source : Insee RP 2012 - Insee, modèle OMPHALE 2010 (scénario central)

Entre 2012 et 2040, la population de l'Hérault va passer de 1 077 627 à 1 289 000 habitants, soit une augmentation de + 19,6 %. Sur la même période, la part des 60-79 ans va progresser de près de 38 % (soit 79 485 personnes). La part des plus de 80 ans va elle augmenter de plus de 100 % (soit 67 153 personnes).

Indice de vieillissement : évolution depuis 1999

Indice de vieillissement	Rapport de la population des 65 ans ou plus sur la population des moins de 20 ans			
	en 1999	en 2007	en 2012	En 2015
Haute-Garonne	59,1	59,1	62,0	65,2
Hérault	72,1	75,4	81,6	86,1
Ille-et-Vilaine	55,4	58,5	60,8	64,2
Isère	50,1	55,7	61,2	64,5
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées	81,9	82,0	86,3	92,0
France métropolitaine	61,9	67,4	71,9	75,8

Source : Insee, 2015

En 2015, l'indice de vieillissement des départements de comparaison est d'environ 65. Celui de l'Hérault est historiquement plus élevé et s'élève à 86,1 en 2015. Toutefois il est inférieur à celui constaté au niveau régional (92).

Nombre de personnes de 60 ou plus et de personnes âgées dépendantes en 2010, 2020 et 2030 dans l'Hérault

	2010	2020	2030	Evol. 2010-2030
Personnes âgées de 60 ans ou plus	257 200	318 700	379 600	+ 122 400
Dont personnes âgées de 60 ans ou plus dépendantes (dépendance intermédiaire)	22 100	27 300	32 100	+ 10 000

Source : Insee – enquête handicap-santé 2008-2009 – modèle Omphale 2010 « Scénario central »

Selon les projections du modèle Omphale, il y aura 379 600 personnes âgées de 60 ans et plus en 2030. Parmi ces personnes âgées, 32 100 seront des personnes âgées dépendantes soit 8,45 %. Entre 2010 et 2030, le nombre de personnes âgées dépendantes va augmenter de 10 000 personnes (soit une progression de 45 %).

Nombre de personnes âgées dépendantes et évolution dans l'Hérault par zonage infra-départemental

	Cœur Hérault – Cités maritimes	Est Hérault	Piémont Biterrois
Personnes âgées de 60 ans ou plus (2010)	74 800	117 900	64 500
Nombre de personnes âgées dépendantes			
2010	6 700	9 300	6 100
2020	8 400	11 700	7 200
2030	10 000	13 900	8 200
Taux de croissance 2010-2030	49,25%	49,46%	34,43%
Evolution en nombre 2010-2030	3 300	4 600	2 100

Source : Source : Insee – enquête handicap-santé 2008-2009 – hypothèse de « dépendance intermédiaire » modèle Omphale 2010 « Scénario central »

Entre 2010 et 2030, le nombre de personnes âgées dépendantes va augmenter de 49,46 % sur le territoire Est Hérault contre seulement + 34,43 % sur le Piémont Biterrois.

En 2030, 43 % des personnes âgées dépendantes seront localisées sur l'Est Héraultais et 31 % sur le territoire Cœur d'Hérault – Cités maritimes.



1.1.3 Les personnes adultes handicapées dans l'Hérault : une part élevée de bénéficiaires de l'AAH

Nombre de personnes ayant déposé au moins une demande à la MDPH

Demandes	2012	2013	2014	Evolution 2012-2014
Enfants	4 126	4 272	4 427	7,3 %
Adultes	21 101	23 907	25 753	22,0 %
Total	25 227	28 179	30 180	19,6 %

Source : Rapports d'activité MDPH

Le nombre global de personnes ayant déposé au moins une demande à la MDPH est en constante augmentation. Le nombre de personnes ayant déposé une demande était de 25 227 en 2012 contre 30 180 demandes en 2014, soit une hausse de + 19,6 %. Cette augmentation est plus forte chez les adultes (+ 22,0 %) que chez les enfants (+ 7,3 %)

Nombre de personnes avec des droits ouverts au 31/12 de l'année

Pers. droits ouverts	2012	2013	2014	Evolution 2012-2014
Enfants	5 493	6 117	7 381	34,4 %
Adultes	72 188	74 568	76 805	6,4 %
Total	77 681	80 685	84 186	8,4 %

Source : Rapports d'activité MDPH

Le nombre de personnes avec des droits ouverts a augmenté de 8,4 % entre 2012 et 2014. Cette hausse est particulièrement marquée chez les enfants (+ 34,4 %).

Allocataires de l'AAH : évolution 2011-2014 et part dans la population des 20-64 ans

	Nombre d'allocataires au 31/12/2014	Evolution du nombre d'allocataires de l'AAH entre le 31/12/2011 et le 31/12/2014	Part des allocataires AAH au 31/12/2014 dans la population des 20 à 64 ans
Haute-Garonne	20 157	16,4%	2,6
Hérault	22 381	19,3%	3,5
Ille-et-Vilaine	16 810	15,6%	2,8
Isère	15 030	8,6%	2,1
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées	111 007	12,7%	3,4
France métropolitaine	1 006 904	8,8%	2,7

Sources : CNAF et MSA; Insee // STATISS 2012 ; 2014

Parmi les départements de comparaison, l'Hérault est celui qui a connu la plus forte hausse du nombre d'allocataires de l'AAH entre le 31/12/2011 et le 31/12/2014 (+ 19,3 %) loin devant la Haute-Garonne (+ 16,4 %). Cette évolution est nettement supérieure à celles constatées aux niveaux régional (+ 12,7 %) et national (+ 8,8 %).

Parmi les départements de comparaison, la part des allocataires de l'AAH dans la population des 20-64 ans est la plus élevée dans l'Hérault (soit 3,5 %). Cette part est relativement proche de la moyenne régionale (3,4 %) mais nettement plus élevée que la moyenne nationale (2,7 %).

1.2 Le contexte socio-économique

1.2.1 Les revenus de la population : un niveau de pauvreté élevé moins marqué chez les personnes de plus de 60 ans

Taux de pauvreté et revenu médian

	Taux de pauvreté (1) au 01/01/2012	Revenu médian au 01/01/12
Haute-Garonne	12,1 %	21 475 €
Hérault	19,2 %	18 412 €
Ille-et-Vilaine	9,9 %	20 280 €
Isère	11,0 %	20 825 €
Languedoc-Roussillon	19,8 %	17 980 €
France métropolitaine	14,3 %	19 786 €

Source : Insee, Fichier localisé social et fiscal (FiLoSoFi)

(1) Proportion de ménages dont le niveau de vie est inférieur à 60% du revenu médian

Le taux de pauvreté de l'Hérault (19,2 %) est nettement supérieur à celui des départements de comparaison et à celui constaté en France métropolitaine (14,3 %). En revanche, il est légèrement inférieur au taux régional (19,8 %). Le revenu médian dans l'Hérault est de 18 412 €.

Taux de pauvreté par tranche d'âge du référent fiscal en 2012 dans l'Hérault

	Taux de pauvreté au 01/01/2012
Ensemble	19,2 %
Moins de 30 ans	29,4 %
De 30 à 39 ans	21,5 %
De 40 à 49 ans	21,9 %
De 50 à 59 ans	18,7 %
De 60 à 74 ans	13,7 %
75 ans ou plus	13,4 %

Source : Insee-DGFiP-Cnaf-Cnav-Ccmsa, Fichier localisé social et fiscal.

Dans l'Hérault, les taux de pauvreté constatés chez les 60-74 ans (13,7%) et les 75 ans et plus (13,4%) sont nettement inférieurs à ceux constatés pour les autres tranches d'âge.

1.2.2 Une forte proportion de bénéficiaires du RSA socle et du minimum vieillesse dans l'Hérault

Bénéficiaires de minimas sociaux

	Population couverte par le RSA total en % au 31/12/2014	Pourcentage d'allocataires du minimum vieillesse pour 100 personnes de 60 ans et plus (ASV, ASPA) au 31/12/2013
Haute-Garonne	7,3 %	3,5 %
Hérault	10,2 %	4,3 %
Ille-et-Vilaine	4,2 %	2,6 %
Isère	4,5 %	2,4 %
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées	8,8 %	4,0 %
France métropolitaine	7,4 %	3,1 %

Source : STATISS 2015

Au 31 décembre 2014, 10,2 % de la population totale de l'Hérault est couverte par le RSA total. C'est une proportion nettement supérieure à celles des départements de comparaison (+ 2,9 % par rapport à la Haute-Garonne et environ + 6 % par rapport à l'Isère et l'Ille-et-Vilaine), mais également des parts régionale (8,8 %) et nationale (7,4 %). De même, la part d'allocataires du minimum vieillesse est nettement plus élevée dans l'Hérault (4,3 %) que dans les départements de comparaison (entre 2,4 et 3,5 %).

1.2.3 Les demandeurs d'emploi et les demandeurs d'emploi travailleurs handicapés

Les chiffres de l'emploi des personnes handicapées au 30/09/2015

		Haute-Garonne	Hérault	Ille-et-Vilaine	Isère	LR	France métr.
Demandeurs d'emploi bénéficiaires de l'obligation d'emploi (DEBOE)	Nombre	11 500	8 928	6 999	8 232	23 050	47 1837
	Evolution 2014 - 2015	4,1%	3,3%	13,0%	10,7%	6,6%	6,5%
Demandeurs d'emploi tout public (DETP)	Nombre	133 138	120 533	80 652	96 643	286 943	5 781 869
	Evolution 2014 - 2015	5,7%	5,7%	7,2%	9,3%	6,0%	5,5%
Part des DEBOE parmi les DETP		8,6%	7,4%	8,7%	8,5%	8,0%	8,2%

Source : Tableaux de bords régionaux de l'AGEFIPH, décembre 2015

Dans l'Hérault, la part de demandeurs d'emploi bénéficiaires de l'obligation d'emploi (DEBOE) parmi les demandeurs d'emplois tout public est de 7,4 %. Cette part est la plus faible parmi les départements de comparaison. Elle est également inférieure aux moyennes régionale et nationale. Entre 2014 et 2015 le nombre de DEBOE a évolué de façon beaucoup plus modérée dans l'Hérault (+ 3,3 %) que dans le département de l'Ille-et-Vilaine notamment (13,0 %), mais aussi par rapport aux moyennes régionale (+ 6,6 %) et nationale (+ 6,5 %).

Taux de chômage au 31 décembre 2015

Haute-Garonne	10,4%
Hérault	14,1%
Ille-et-Vilaine	8,0%
Isère	8,6%
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées	12,0%
France métropolitaine	10,0%

Source : Insee, taux de chômage localisés et taux de chômage au sens du BIT

Au 4^e trimestre 2015, l'Hérault compte 14,1 % de demandeurs d'emploi. Ce taux de chômage est le plus élevé parmi les départements de comparaison, il est également plus important que le taux national (10 %) ainsi que le taux régional (12 %).

Entre 2014 et 2015, l'évolution du nombre de demandeurs d'emploi tout public (DETP) dans l'Hérault (+ 5,7 %) est proche de celle de la France métropolitaine (+ 5,5 %) et de la région Languedoc-Roussillon (+ 6,0 %).

Les secteurs professionnels les plus recherchés par les DEBOE au 30/09/15 (Hérault)

	Nombre de DEBOE	% de DEBOE
1. Services à la personne et à la collectivité	2 056	23 %
2. Support à l'entreprise	1 506	17 %
3. Commerce, vente et grande distribution	1 174	13 %

Source : AGEFIPH, tableau de bord régional LR n°30

Les demandeurs d'emploi bénéficiaires de l'obligation d'emploi (DEBOE) recherchent surtout du travail dans les services à la personne et à la collectivité (2 056 personnes, soit 23 % des DEBOE), dans le support à l'entreprise (1 506 personnes, soit 17 %) et dans le commerce, la vente et la grande distribution (1 174 personnes, soit 13 %). Ces trois secteurs attirent plus de la moitié (53 %) des DEBOE de l'Hérault.

Point de vigilance

Pour les personnes handicapées, sont pris en compte l'ensemble des bénéficiaires de l'obligation d'emploi (BOE) à savoir les personnes ayant (au moins) un titre de reconnaissance ainsi que les personnes en instance de reconnaissance.

Les évolutions sont à prendre avec précaution du fait de la difficulté de repérage des demandeurs d'emploi handicapés liée notamment à l'absence d'interconnexion entre les systèmes d'information de Pôle emploi et des MDPH.

1.3 Une forte progression des dépenses du Département dans le champ de l'autonomie

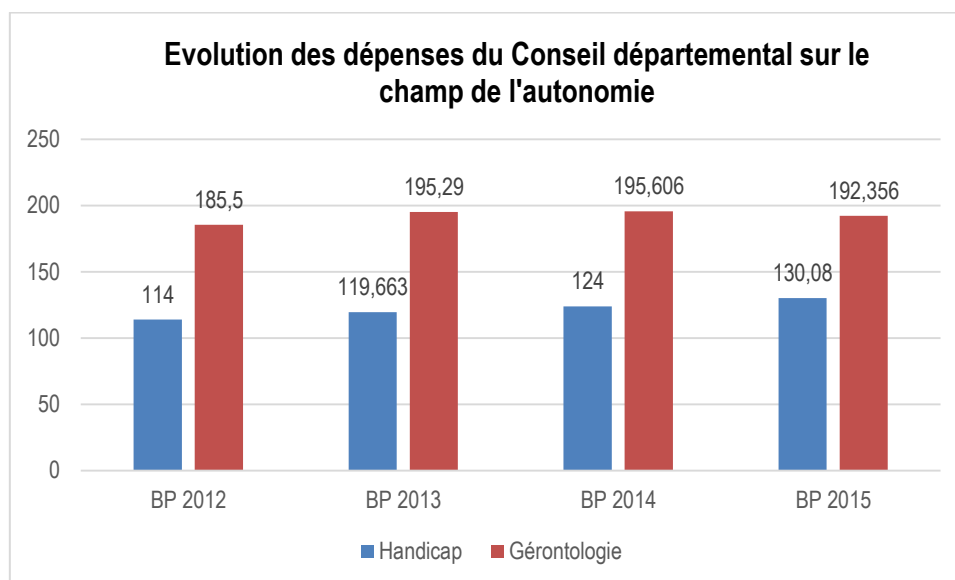
Dépenses totales brutes d'aide sociale en 2013 (€/habitant)

Haute-Garonne	541 €
Hérault	654 €
Ille-et-Vilaine	453 €
Isère	500 €
France métropolitaine	537 €

Sources : Drees, enquêtes annuelles sur l'aide sociale ;

Insee, estimations provisoires de population au 01/01/14

Les dépenses totales brutes d'aide sociale par habitant de l'Hérault s'élèvent à 654 €, ce qui place l'Hérault en tête des départements de comparaison. Ce montant est supérieur de 21 % à la moyenne nationale (537 €).



Les dépenses¹ en direction des personnes handicapées ont progressé de 14,11 % entre 2012 et 2015. Les dépenses en direction des personnes âgées ont également progressé sur cette période mais dans une moindre mesure (+3,7 %).

¹ Dépenses de fonctionnement

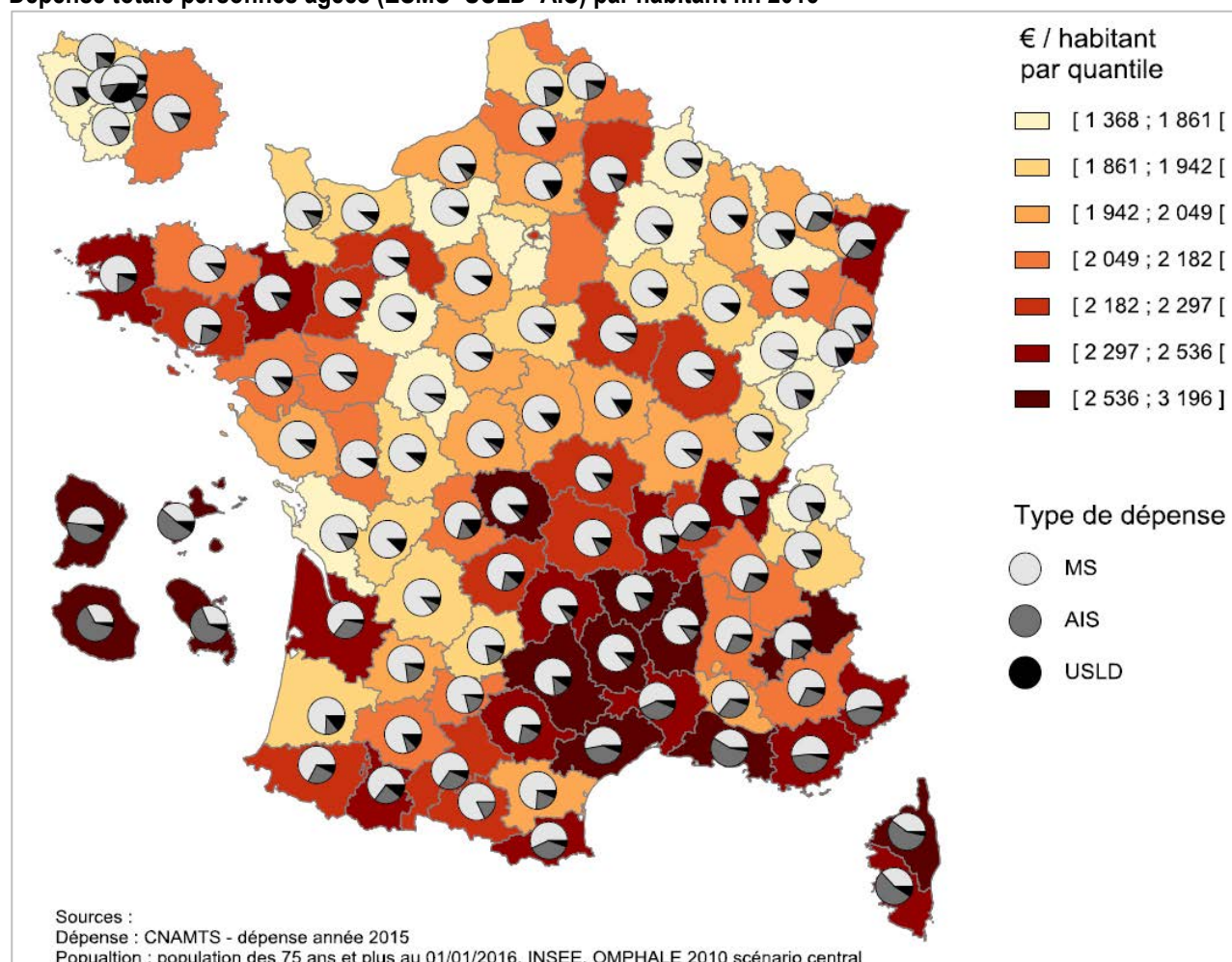
Evolution des dépenses du Conseil départemental sur le champ de l'autonomie entre 2012 et 2015

	BP 2012	BP 2013	BP 2014	BP 2015	Evolution 2012-2015
Handicap	114	119,66	124	130,08	14,11%
dont hébergement	56,38	60,5	62,65	62,5	10,85%
dont maintien à domicile	17,25	17,61	17,519	17,339	0,52%
dont prestation de compensation	36,36	37,9	40,8	46,3	27,34%
Gérontologie	185,5	195,29	195,61	192,36	3,70%
dont APA à domicile	104,6	111,48	104,63	98,46	-5,87%
dont APA en établissement	33,17	34,92	38,8	40,1	20,89%
dont hébergement	43,57	47	50,6	52,021	19,40%

Source : Délibérations de l'assemblée départementale – Budgets primitifs 2012 - 2015

La hausse des dépenses en direction des personnes handicapées est principalement liée à la hausse des dépenses autour de la prestation de compensation (+27,34 % entre 2012 et 2015) et aux dépenses d'hébergement (+ 10,85%). Les dépenses en direction des personnes âgées ont été impactées par la hausse des dépenses d'APA en établissement (+20,89 % entre 2012 et 2015) et les dépenses d'hébergement (+ 19,4 %).

Dépense totale personnes âgées (ESMS+USLD+AIS) par habitant fin 2015



Source : CNSA – Dossier de presse « Conseil du 5 juillet 2016 »

Le Département de l'Hérault fait partie des Départements de France où le niveau de dépense en direction des personnes âgées par habitant fin 2015 est le plus élevé.



2. La prévention, la promotion de la santé et l'accès aux soins

2.1 La prévention des risques de perte d'autonomie

L'Hérault fait partie des Départements préfigureurs pour la mise en place de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (prévue par la loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015). Dans ce cadre, un recensement des initiatives locales des actions de prévention de la perte d'autonomie et de soutien aux aidants a été réalisé (cf. tableaux ci-dessous).

Par ailleurs, deux propositions d'actions locales de préfiguration ont émergé de cette instance :

- une étude-action facilitant le repérage des aidants et de l'évaluation de leurs besoins,
- un projet sur l'émergence de modes d'acquisition innovants en matière d'aides techniques en lien avec l'économie circulaire.

Actions collectives conduites dans l'Hérault en 2014 - Inter-régime / ARS / Départements de la région

Thématiques	Nombre d'actions	Public touché
Alimentation/ nutrition	5	63
Gestion du stress et sommeil	2	33
Lien social/bien-être et estime de soi	5	93
Mémoire	14	132
Prévention des chutes/activités physiques	15	189
Prévention santé/accès aux soins	8	464
Sessions Bienvenue à la retraite/Bien vieillir	8	769
Total	57	1 743

Source : Diagnostic CFPPA

En 2014, 57 actions collectives ont été conduites dans l'Hérault portées par l'inter-régime, l'ARS et/ ou les Départements de la région. 26 % de ces actions concernent la prévention des chutes/les activités physiques et 25 % concernent la mémoire. Les actions qui ont touchées le public le plus important sont les sessions « Bienvenue à la retraite/bien vieillir » (soit 769 personnes correspondant à 44 % du public touché).

Le département de l'Hérault compte 11 CLIC (Centre locaux d'information et de coordination) dont les territoires ont été définis sur la base des territoires des bassins gérontologiques. Les CLIC mènent des actions collectives de prévention du vieillissement en lien avec les partenaires locaux (caisses de retraite, associations...). Les actions mises en œuvre par les CLIC se déclinent dans le champ de la prévention primaire, secondaire et tertiaire.

Nombre de seniors touchés par les actions de prévention des CLIC de l'Hérault

	2013	2014	2015	Evolution 2012-2015
Nombre de seniors touchés	8 000	10 000	10 000	+ 25 %

Entre 2013 et 2015, le nombre de seniors touchés par les actions des CLIC a progressé de 25 %.

Actions collectives conduites dans l'Hérault en 2014 (CLIC et autres acteurs)

Thématiques	Actions	Public touché
Santé - Bien Vieillir	45	3 355
Activités physiques adaptées	7	452
Mémoire/Cognitif	21	409
Nutrition	7	281
Dépression/Stress	2	125
Isolement/lien social	36	1 147
Informations (droits à la retraite, APA, ...)	7	421
Aidants	9	123
Intergénérationnel	2	90
Autres + semaine Bleue	X	3 597
Total	159	10 000

Source : Diagnostic CFPPA

En 2014, 159 actions ont été portées par les CLIC (en lien ou non avec d'autres acteurs). 33 % de ces actions concernent la santé et le bien vieillir et 26 % concernent l'isolement/le lien social.

2.2 Le soutien aux aidants

Le département compte 3 plateformes d'accompagnement et de répit des aidants. Ces plateformes présentent des modes de fonctionnement différents.

Par ailleurs, une cartographie des actions en direction des aidants de personnes âgées a été réalisée dans le cadre de l'étude-action facilitant le repérage des aidants et de l'évaluation de leurs besoins (cf. §2.1). Une distinction a été réalisée entre les aides individuelles et les aides collectives.

Les catégories d'aides individuelles identifiées sont les suivantes :

- Information / conseil / orientation : la plateforme d'aide aux aidants de la Carsat, lieux d'accueil du Conseil départemental, l'Espace senior/Guichet concerté, les permanences des associations spécialisées
- Le soutien / l'accompagnement dans des démarches pour trouver des solutions : le soutien psychologique individuel, l'aide au montage de dossiers de demandes d'aide, le centre de prévention Bien Vieillir Agirc-Arrco (Montpastel), etc.
- Les solutions et les aides :
 - o Les services de soins et aides au domicile : intervention à domicile des SAAD, des SSIAD, de l'HAD, des services de soins palliatifs, des ESA, intervention à domicile de la PARA de Sète par une psychologue, la gestion de cas MAIA
 - o Les solutions de répit : accueil de jour, haltes relais, hébergement temporaire
 - o L'adaptation / la sécurisation du maintien à domicile
 - o Les aides à la mobilité
 - o Les différentes prestations légales
 - o Les aides facultatives des CCAS, des caisses de retraites complémentaires, des mutuelles, etc.

Les catégories d'actions collectives identifiées sont les suivantes :

- L'information : les conférences, les débats, les événements spécifiques (journée nationale de l'aide aux aidants, etc.)
- Les formations des aidants (autour de maladie spécifiques, génériques autour de la prévention)
- Les ateliers détente, les activités physiques, de loisirs et les temps de convivialité
- Les groupes d'échange et d'entraide
- Les séjours de vacances

Les acteurs porteurs de ces actions sont nombreux et variés (exemple : Conseil départemental, CLIC, MAIA, plateformes d'accompagnement et de répit, caisses de retraites, caisses de retraites complémentaires, associations spécialisées, etc.).

2.3 Une offre de soins relativement dense dans l'Hérault

Professionnels de santé en exercice (libéraux ou mixtes), densité pour 100 000 habitants au 01/01/2015

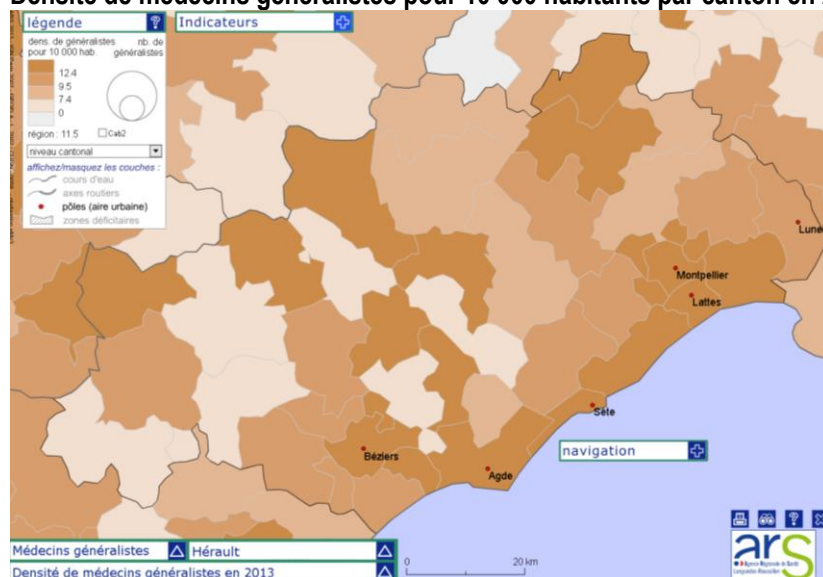
	Généralistes	Spécialistes	Infirmiers	Masseurs- Kinésithérapeutes	Chirurgiens- dentistes
Haute-Garonne	132	143	214	151	83
Hérault	141	139	312	188	77
Ille-et-Vilaine	110	86	124	104	58
Isère	107	92	180	138	56
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées	123	105	275	137	68
France métropolitaine	105	94	163	100	57

Source : STATISS
2015

La densité de professionnels de santé pour 100 000 habitants est particulièrement élevée dans le Département de l'Hérault. En effet, avec 141 généralistes, 312 infirmiers, 188 masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants, le Département dépasse assez largement les Départements de comparaison, la région et la France métropolitaine.

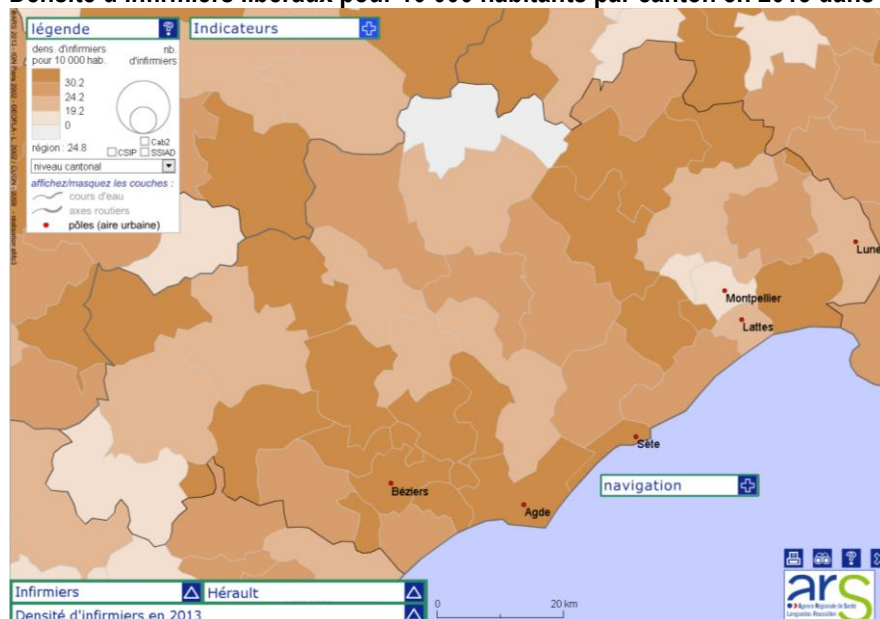
La densité de professionnels de santé pour 100 000 habitants est nettement supérieure aux moyennes constatées au niveau national pour l'ensemble des catégories de professionnels de santé.

Densité de médecins généralistes pour 10 000 habitants par canton en 2013 dans l'Hérault



Source : Site de l'ARS Languedoc Roussillon Midi Pyrénées

Densité d'infirmiers libéraux pour 10 000 habitants par canton en 2013 dans l'Hérault



Source : Site de l'ARS Languedoc Roussillon Midi Pyrénées

Les cartes ci-dessus montrent une répartition inégale des professionnels de santé libéraux au niveau infra départemental. Il apparaît que d'une manière générale, l'Ouest et le Nord du territoire sont moins bien dotés. A l'inverse, les densités de professionnels de santé libéraux dans le Sud et l'Est du département sont globalement plus élevées.

	Médecins généralistes		Médecins spécialistes	
	Part de praticiens de 55 ans et plus en 2012	Part de praticiens de 55 ans et plus en 2015	Part de praticiens de 55 ans et plus en 2012	Part de praticiens de 55 ans et plus en 2015
Hérault	40,80%	45,35%	44,43%	49,74%
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées	47,20%	49,94%	48,83%	53,14%
France métropolitaine	44,83%	49,48%	50,91%	55,60%

Entre 2012 et 2015, la part de praticiens âgés de plus de 55 ans a augmenté dans l'Hérault aussi bien pour les médecins généralistes (+4,55 points) que pour les médecins spécialistes (+5,31 points). En revanche les taux constatés dans l'Hérault sont nettement inférieurs à ceux constatés au niveau régional et en France métropolitaine.

De plus, en 2015 dans l'Hérault, la part des personnes âgées de 80 ans et plus sans recours aux soins du régime général s'élève à 5,51 % (contre 5,34 % au niveau régional) et sans médecin traitant à 3,99 % (contre 3,62 au niveau régional).

2.4 Les attentes des usagers et des professionnels

Plusieurs attentes ont été exprimées par les acteurs de l'Hérault à l'occasion des entretiens collectifs et individuels, en termes de prévention, promotion de la santé et d'accès aux soins pour les personnes handicapées et les personnes âgées :

- ✓ Le développement d'action de prévention en direction des personnes âgées et l'amélioration de l'accès aux actions existantes
- ✓ Le développement du soutien en direction des aidants de personnes âgées et de personnes handicapées (notamment le développement de solutions de répit, de relais pour les situations d'urgence, de relais la nuit)
- ✓ L'amélioration de l'accès aux soins pour les personnes âgées et les personnes handicapées

2.5 Ce qu'il faut retenir

Un nombre important d'actions de prévention a été mis en place, en particulier en direction des personnes âgées et de leurs aidants (ce qui est favorisé par la couverture intégrale du territoire en dispositifs CLIC). Cependant, des difficultés importantes sont constatées par les acteurs pour mobiliser les personnes âgées sur ces actions de prévention (par exemple du fait de problématiques de mobilité, de transport). Il convient donc **d'optimiser les actions de prévention existantes** afin notamment d'en améliorer l'accessibilité.

Les dispositifs d'accompagnement des aidants sont inégalement répartis sur le territoire départemental, il est nécessaire **de les développer sur l'ensemble du territoire**, via les actions directes de soutien et le renforcement des structures relais porteuses d'actions d'aide aux aidants.

La densité de professionnels de santé libéraux (généralistes et spécialistes) est élevée dans l'Hérault. Toutefois, une répartition inégale sur le territoire et un vieillissement de ces professionnels sont constatés. Les enjeux autour de la **démographie médicale** (notamment en zone rurale) et de **l'accès aux soins** pour les personnes âgées et les personnes handicapées sont donc présents.



3. Les dispositifs d'accueil, d'information et de coordination

3.1 Les dispositifs à destination des personnes handicapées

L'accueil physique des personnes handicapées est réalisé sur le site de Montpellier à la MDPH et sur l'antenne de Béziers (antenne de l'Hôtel du Département).

Evolution du nombre d'accueil (physique et téléphonique) à la MDPH (site de Montpellier)

	2012	2013	2014	Evol. 2012-2014
Accueil physique	33 443	36 566	37 283	11,48%
Accueil téléphonique	25 892	27 827	26 680	3,04%

Source : Rapports d'activité de la MDPH

Le nombre de personnes accueillies à la **MDPH sur le site de Montpellier** a augmenté de 11,48 % entre 2012 et 2014. Le nombre d'appels téléphoniques reçus est relativement stable.

En 2014, la fréquentation de l'**antenne de Béziers** en 2014 est estimée entre 5 000 et 6 000 usagers. Cette fréquentation est identique à celle constatée en 2013.

Par ailleurs, 6 points d'accueil territorialisés rattachés à des UTAG (unités territoriales d'action gérontologique) sont présents dans le département (Montpellier Millénaire, Clermont l'Hérault, Pézenas, Saint Pons, Sète et Lunel).

Ces lieux s'adressent aux personnes adultes handicapées pour le retrait des formulaires de demandes et les renseignements sur les principales étapes de traitement d'une demande en cours.

Evolution du nombre d'accueil (physique et téléphonique) en points d'accueil territorialisés

	2012	2014	Evol. 2012-2014
Accueil physique	86	84	-2,33%
Accueil téléphonique	77	110	42,86%

Source : Rapports d'activité de la MDPH

En 2014, la fréquentation des **points d'accueil territorialisés** est faible. Le nombre d'accueil physique est resté relativement stable entre 2012 et 2014. En revanche, le volume de l'accueil téléphonique a progressé de 43 % sur la même période (mais reste peu élevée).

Cette faible fréquentation s'explique par :

- Un problème de lisibilité (difficulté pour l'utilisateur de faire à la fois le lien entre la MDPH et les UTAG et de repérer les UTAG qui peuvent être intégrés dans des locaux multi-services),
- L'image de la MDPH qui apparaît comme étant une organisation centralisée (l'utilisateur s'adresse au « centre » qu'il estime pouvoir répondre à l'ensemble de ses questions).

3.2 Les dispositifs à destination des personnes âgées

3.2.1 Les UTAG

Depuis le 1er mai 2009, les missions auprès des personnes âgées de plus de 60 ans ont été confiées aux **UTAG** (unités territoriales d'action gérontologique) quelle que soit la problématique rencontrée (vulnérabilité, dépendance, logement, problématique socio-économique, etc.). Ainsi, au-delà de l'accompagnement social, les travailleurs médico-sociaux des UTAG réalisent également les évaluations dans le cadre de l'APA.

Le département comprend 4 UTAG qui couvrent l'ensemble du territoire (Est-Héraultais, Piémont Biterrois, Cités Maritimes et Cœur d'Hérault). 12 lieux d'accueil du public sont implantés sur le département (antennes, sièges et permanences).

	2012	2013	2014	2015	Evolution 2015 / 2012
Accueil téléphonique	102 923	160 552	166 516	185 981	80,70%
<i>Siège Malbosc</i>	22 266	21 710	22 869	20 466	-8,08%
<i>Utag</i>	80 657	138 842	143 647	165 515	105,21%
Accueil physique	11 284	18 077	23 340	22 535	99,71%
<i>Siège Malbosc</i>	3 587	3 290	4 930	6 667	85,87%
<i>Utag</i>	7 697	14 787	18 410	15 868	106,16%

Au-delà de l'évaluation de l'APA, le travail des UTAG permet de recenser les éléments relatifs à la précarité des personnes âgées évoqués plus haut (demandes de protection judiciaire, sollicitations du Fonds Solidarité Logement, mesures d'accompagnement social personnalisé...)

3.2.2 Les MAIA

MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) est une méthode qui associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants grâce à une démarche novatrice : l'intégration des services d'aide et de soins.

L'intégration conduit tous les acteurs à co-construire leurs moyens d'action, leurs outils collaboratifs, et in fine à partager les actions elles-mêmes et la responsabilité de leur conduite. Cette approche permet d'apporter une réponse décloisonnée, harmonisée, complète et adaptée aux besoins de la personne âgée (accueil, information, orientation et mise en place de soins, d'aides ou de prestations), quelle que soit la structure à laquelle elle s'adresse.

Le département de l'Hérault compte actuellement 7 MAIA autorisées qui couvrent l'ensemble du territoire. Cette couverture du territoire s'est faite progressivement entre 2011 et 2015. Parmi, ces MAIA 3 ont été autorisées en 2015 et sont en cours de mise en place.

Ces MAIA sont portées par différents acteurs :

- 1 MAIA portée par France Alzheimer
- 2 MAIA interdépartementales Gard / Hérault co-portées par les Conseils départementaux
- 2 MAIA portées par le Conseil départemental
- 2 MAIA portées par des hôpitaux ou un centre hospitalier

3.2.3 Les CLIC

Au-delà du développement d'actions de prévention, les CLIC ont également un rôle dans l'animation du réseau de leur territoire et dans la coordination.

Les coordonnateurs de CLIC travaillent au sein des UTAG ce qui permet une articulation avec les travailleurs médico-sociaux facilitée en termes d'actions à destination des personnes âgées les plus éprouvées socialement.

En 2014, les 11 CLIC ont mené 28 actions autour de l'animation de réseaux / la coordination.

Enfin il convient d'indiquer les dispositifs d'action sociale de droit commun qui sont mis en œuvre dans les 19 agences départementales de la solidarité. Ils permettent d'informer et d'orienter les personnes âgées ou en situation de handicap en lien par exemple avec l'Espace Logement Hérault, les Centres Communaux d'Action Sociale, les caisses de retraite.

3.3 Les attentes des usagers et des professionnels

Les usagers et les professionnels rencontrés ont exprimé plusieurs attentes sur les dispositifs d'accueil, d'information et de coordination pour les personnes handicapées et les personnes âgées :

- ✓ Le travail de l'articulation entre UTAG, CLIC, MAIA / de la cohérence de leurs territoires d'intervention
- ✓ L'amélioration de l'accueil et de l'information des PA et des PH en territoire
- ✓ L'identification de modalités d'accompagnement des personnes handicapées dans le remplissage des dossiers, dans la formulation de leur projet de vie
- ✓ Le travail de l'articulation entre les CCAS et les lieux d'accueil du Conseil départemental
- ✓ Une réflexion à mener sur le rôle des partenaires associatifs en matière d'accueil et d'information

3.4 Ce qu'il faut retenir

L'Hérault est **un territoire bien couvert en termes de structures ou de dispositifs d'accueil, d'information et d'orientation pour les personnes âgées** (notamment via les UTAG). Le territoire est également bien doté en dispositif de coordination via **la couverture intégrale du département en dispositifs CLIC et MAIA**. Ces différents dispositifs ont évolué et se sont développés ces dernières années. Les dernières MAIA autorisées en 2015 sont en cours d'installation. Il convient aujourd'hui de travailler et d'améliorer l'articulation entre ces différents acteurs (dont les territoires d'intervention ne sont pas toujours identiques et cohérents).

En revanche, en ce qui concerne les personnes handicapées, **l'accès à l'information est centralisé à la MDPH à Montpellier et à l'antenne de Béziers**. Des points d'accueil territorialisés ont été mis en place au sein de certaines UTAG mais sont peu fréquentés par les personnes handicapées. Il semble nécessaire de **proposer un accueil de premier niveau de proximité sur chaque territoire** pour donner des informations simples autour du suivi du dossier mais également pour accompagner les usagers dans le remplissage des demandes. Par ailleurs, un enjeu est aussi identifié autour de la possibilité de disposer d'un **accueil de 2nd niveau à la MDPH** notamment autour de la formulation du projet de vie.

Enfin, le **dynamisme des associations d'usagers du secteur personnes âgées et du secteur du handicap** permet de renforcer la qualité de l'accueil, de l'information et de l'orientation sur le département. Le relais entre ces associations et les professionnels nécessite d'être renforcé.



4. L'insertion professionnelle / l'emploi des personnes handicapées

4.1 Les orientations professionnelles

Evolution du nombre de demandes / droits ouverts pour les orientations professionnelles et les RQTH

		2012	2013	2014	Evolution 2012-2014
Demandes	RQTH	8 480	9 585	11 491	35,5%
	Orientations professionnelles	2 644	2 783	2 857	8,1%
Droits ouverts	RQTH	32 600	34 918	38 727	18,8%
	Orientations professionnelles	12 787	13 732	14 622	14,4%

Source : Rapports d'activité MDPH

Entre 2012 et 2014, l'Hérault a enregistré une très forte hausse des demandes de RQTH (+ 35,5 %). Ainsi, le nombre de droits ouverts pour les bénéficiaires de la RQTH a progressé de 18,8 % sur la même période.

4.2 L'accompagnement des travailleurs en situation de handicap en milieu ordinaire

L'aide à l'insertion professionnelle de l'AGEFIPH (janvier à sept 2015)

	Effectifs total de janvier à sept. 2015	Evolution 14-15
Haute-Garonne	94	- 31 %
Hérault	69	- 26 %
Ille-et-Vilaine	82	- 13 %
Isère	55	- 50 %
LR	178	- 25 %
France	3 145	- 27 %

Source : Tableaux de bords régionaux de l'AGEFIPH, décembre 2015

Les effectifs des travailleurs en situation de handicap accompagnés par l'AGEFIPH dans leur insertion professionnelle sont en baisse dans l'Hérault (- 26 % entre 2014 et 2015). Ils suivent la tendance à la baisse constatée tant au niveau régional (- 25 %) qu'au niveau national (- 27 %). Les départements de comparaison voient également leurs effectifs se réduire (- 13 % pour l'Ille-et-Vilaine, - 50 % pour l'Isère).

Placements par Cap emploi (janvier à sept 2015)

	Contrats signés	Contrats signés : Evolution 14-15	% de personnes accompagnées depuis 2 ans et +
Haute-Garonne	842	16 %	20 %
Hérault	1 147	7 %	38 %
Ille-et-Vilaine	813	22 %	35 %
Isère	1 107	2 %	37 %
LR	2 882	2 %	34 %
France	53 684	6 %	32 %

Source : Tableaux de bords régionaux de l'AGEFIPH, décembre 2015

Cap emploi a signé plus de contrats dans l'Hérault (1 147 contrats signés) que dans les départements de comparaison (813 pour l'Ille et Vilaine par exemple). La part des personnes accompagnées depuis 2 ans et plus y est plus forte que dans les départements de comparaison (20 % pour la Haute-Garonne par exemple) et qu'au niveau national (32 %).

Maintiens SAMETH (janvier à sept 2015)

	Nb. de maintiens	Nb. de maintiens : Evol. 14-15	Taux maintien*
Haute-Garonne	177	- 13 %	81 %
Hérault	222	9 %	92 %
Ille-et-Vilaine	207	27 %	92 %
Isère	362	- 14 %	86 %
LR	569	13 %	89 %
France	14 258	10 %	89 %

Source : Tableaux de bords régionaux de l'AGEFIPH, décembre 2015

Le Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés (SAMETH) a concerné 222 personnes dans l'Hérault de janvier à septembre 2015. Le nombre d'orientations de maintien dans l'emploi a crû de 9 % entre 2014 et 2015 dans l'Hérault, une évolution légèrement inférieure aux moyennes nationale (+ 10 %) et régionale (+ 13 %). Deux départements de comparaison enregistrent une baisse significative de leurs maintiens SAMETH : la Haute-Garonne (- 13 %) et l'Isère (- 14 %).

Le taux de maintien dans l'emploi dans l'Hérault est élevé (92 % contre 89 % aux niveaux national et régional).

4.3 L'accompagnement des travailleurs en situation de handicap en milieu protégé ou adapté

Au 1^{er} janvier 2015, l'Hérault compte **7 entreprises adaptées** proposant **163 places**.

**Taux d'équipement en places en ESAT au 1^{er} janvier 2015
(pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans)**

	2015
Haute-Garonne	2,5
Hérault	2,8
Ille-et-Vilaine	3,8
Isère	3,2
Languedoc-Roussillon Midi Pyrénées	3,6
France métropolitaine	3,5

Sources : Drees/ARS/DRJSCS, Statiss 2015 pour les places et Insee

En 2015, l'Hérault dispose de 2,8 places en ESAT pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans. Ce taux est inférieur à ceux des Départements de comparaison et de la France métropolitaine, à l'exception de la Haute-Garonne.

Evolution du nombre d'établissements et de places en ESAT

	2012	2015	Evol. 2012-2015
Nombre d'établissements	17	19	
Nombre de places	1 471	1 557	5,85%

Sources : Drees/FINESS/ARS, Statiss 2015

L'Hérault compte 19 ESAT. Entre 2012 et 2015 le nombre de places en ESAT a augmenté de 5,85 % (soit 1557 places en 2015 contre 1471 en 2012).

Evolution du nombre d'établissements et de places en SA ESAT

	2012	2016	Evol. 2012-2016
Nombre d'établissements	5	5	
Nombre de places	44	48	9,09%

Sources : Drees/FINESS/ARS, Statiss 2015

L'Hérault compte **5 sections annexes d'ESAT** (SA ESAT) qui correspondent à 48 places, soit 96 travailleurs handicapés accueillis à mi-temps. Entre 2012 et 2016, le nombre de places en SA ESAT a peu progressé (soit 4 places supplémentaires).

4.4 Les attentes des usagers et des professionnels

Différents enjeux ont été mis en avant par les usagers et les professionnels autour de l'insertion professionnelle / l'emploi des personnes handicapées :

- ✓ Une adaptation des ESAT aux évolutions du public accueilli (formation des professionnels, accueil des personnes souffrant de troubles psychiques, diversification des activités proposées...)
- ✓ La poursuite du développement de dispositifs pour les jeunes entrants en ESAT et pour les travailleurs d'ESAT vieillissants

4.5 Ce qu'il faut retenir

Les demandes en lien avec l'insertion professionnelle des personnes handicapées faites auprès de la MDPH ont fortement augmenté ces dernières années. Aussi, un partenariat fort s'est développé entre la MDPH et les différents acteurs de ce champ qui interviennent en milieu ordinaire (service public de l'emploi avec Pôle Emploi, Cap emploi, mission locale, etc.).

Concernant l'emploi en milieu adapté ou protégé, il apparaît que l'offre proposée en ESAT (tant en terme de localisation, d'activités proposées) ne correspond pas toujours aux attentes et aux besoins des usagers. Des manques sont également constatés autour de certains type de handicap (exemple : handicap psychique). Il convient d'identifier comment ces structures pourraient évoluer. Par ailleurs, le faible nombre de place en section annexe d'ESAT sur le département ne permet pas aujourd'hui de faire face aux enjeux liés au vieillissement des travailleurs d'ESAT mais également aux enjeux liés à l'entrée des jeunes sortant des structures pour enfants handicapés.

5. L'accès à la vie de la Cité

5.1 Le logement

Le Conseil départemental de l'Hérault intervient à différents niveaux concernant la politique d'aide au logement et à l'habitat en direction des personnes âgées et des personnes handicapées.

- Tout d'abord via l'attribution de la PCH dans son volet aménagement du logement. En 2014, 246 aides d'aménagement du logement ont été accordées dans le cadre de la PCH. En 2014, le budget total dédié à la PCH sur les volets aménagement du logement/du véhicule, transports était de 881 789 €.
- Le rôle du Département en tant que délégataire des aides de l'ANAH sur le champ de l'autonomie se matérialise par l'intervention auprès :
 - des personnes âgées ou handicapées désireuses d'adapter leur logement afin de favoriser leur maintien à domicile,
 - des propriétaires bailleurs qui entreprennent entre autres des travaux d'adaptation au vieillissement ou au handicap.

Pour les propriétaires occupants, ces aides sont octroyées sous conditions de ressources (les plafonds sont fixés nationalement par l'ANAH). En complément des aides de l'ANAH, le Département intervient sur fonds propres ainsi que certaines EPCI. Le taux de subvention pour ce type de dossier se situe entre 50 % et 70 % du montant total des travaux. L'ANAH et le Département ont consacré pour l'exercice 2015 un montant de 432 000 € au profit de la rénovation de 111 logements. La nature des travaux réalisés relève souvent de l'adaptation de salles de bain, installation de monte-escalier, etc.

- Le Département de l'Hérault assure par délégation la gestion des aides à la pierre de l'Etat destinés à la production de logements sociaux plus particulièrement les produits type PLAI et PLUS. En complément de ces aides qui s'adressent aux bailleurs, le Département participe sur ses fonds propres au financement des opérations en fonction du territoire d'implantation de l'opération et apporte sa garantie pour les prêts contractés par les bailleurs.

En contrepartie de ces aides, le Département dispose d'un contingent réservataire qui peut aller de 10 à 30% des logements d'une même opération.

Au moment de la livraison des logements réservés, ceux-ci sont proposés aux services sociaux du Conseil départemental notamment les UTAG et les ADS. Lorsque le logement est adapté, le service logement veille au positionnement d'une personne handicapée et/ou âgée. En 2015, 23 logements issus du contingent réservataire du Conseil départemental ont été attribués aux familles bénéficiant d'un accompagnement par les services des UTAG.

L'adhésion au **label Habitat senior** service a été validée en septembre 2015 par l'office départemental Hérault Habitat. Ce label implique des engagements de la part du bailleur autour de l'accessibilité et l'adaptabilité des logements et la qualité des équipements.

Par ailleurs, sur l'Hérault, Adoma apporte une solution de logement à 480 résidents isolés dont 81% de + de 55 ans, sous forme de chambres en unités de vie ou studios T1 et T1', au sein de 2 Foyers de Travailleurs Migrants et une pension de Famille situés à Montpellier :

- Le **Foyer de Travailleurs Migrants « le Lavandin »** à Montpellier qui offre une capacité de 259 chambres regroupées en unités de vie de 20 chambres, 22 chambres de 16m² (les commodités et cuisines sont situées à chaque étage) et 1 studio autonome. Situé aujourd'hui dans une zone d'habitation dense et résidentielle, il bénéficie de l'attractivité du quartier accentuée par l'arrivée des dessertes Tram. Une réhabilitation est prévue dans la deuxième phase du Plan Stratégique Patrimonial (2016-2021).



- Le **Foyer de Travailleurs Migrants « Le Bosquet »** à Montpellier : Propriété du CCAS de la Ville de Montpellier, ce foyer offre une capacité de 181 logements (dont 40 studios dont 4 adaptée en RDC) au sein du quartier populaire de la Mosson.

Les 2 foyers de travailleurs migrants « le Lavandin » et « Le Bosquet », ont accueilli durant l'année 2015, 395 résidents de + 60 ans.

- La **Pension de Famille « Fermaud-Merci »** à Montpellier. Ouverte en octobre 2010, elle accueille 20 personnes âgées de plus de 60 ans dans 17 logements autonomes. Il s'agit d'une opération d'acquisition-réhabilitation située dans un périmètre OPAH-ANRU, au cœur du quartier Figuerolles.

5.2 Le transport

Le budget 2014-2015 du Conseil départemental pour le transport des élèves handicapés s'élève à 3,07 millions d'euros. Cela correspond au transport de 943 élèves.

Concernant le transport inter urbain, l'ensemble des véhicules utilisés sur les lignes régulières sont accessibles. Hérault transport a intégré depuis juillet 2015 des obligations contractuelles dans les marchés avec les transporteurs concernant l'accessibilité (formation du personnel, équipement des véhicules, relation avec la clientèle). Entre 2015, le nombre d'arrêts accessibles sur le réseau interurbain était de 225 (contre 65 en 2012). L'ensemble des points d'arrêts seront aménagés à l'horizon 2019.

Des services de transports adaptés ont été mis en place sur les différentes agglomérations :

- Le service de transport PMR du Pays de l'Or
- Le service de transport adapté de Thau agglomération
- Le service de transport adapté de l'Agglomération de Béziers
- Le service de transport adapté du Pays de Lunel
- Le service de transport adapté de Montpellier Métropole.

Ces différents services sont portés par le GIHP.

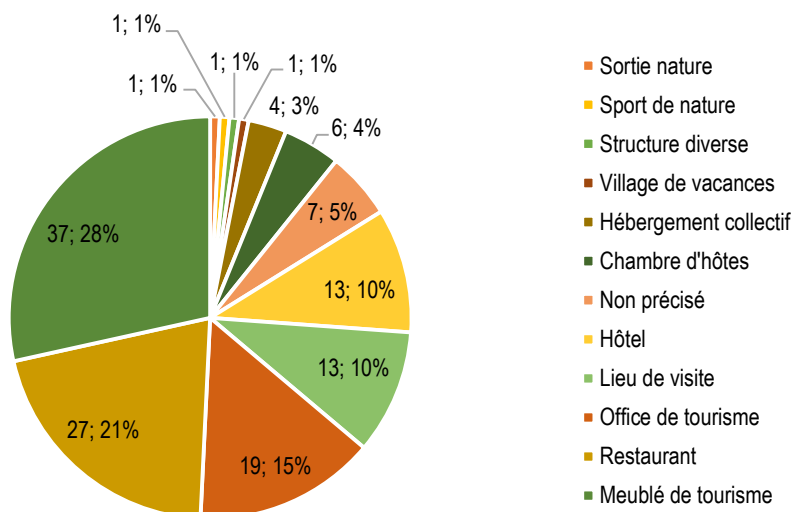
Par ailleurs, il existe au niveau départemental un service de transport adapté également porté par le GIHP et financé par le Conseil départemental.

5.3 La culture, le tourisme, les loisirs et les sports

5.3.1 Le tourisme

En juin 2016, la région Languedoc Roussillon Midi Pyrénées compte 737 établissements marqués « Tourisme et handicap » dont 130 dans l'Hérault.

Répartition des établissements "Tourisme et handicap" par type



Source : Ministère de l'économie, de l'industrie et du numérique – Juin 2016

28% des établissements marqués « Tourisme et handicap » sont des meublés de tourisme (soit 37 établissements) et 21% sont des restaurants (soit 27 établissements).

5.3.2 La culture, les loisirs et le sport

La MDPH a réalisé en 2014 un inventaire des différentes actions existantes en direction des personnes handicapées notamment en matière de culture et de sport. Il apparaît que le Conseil départemental mène de nombreuses actions en direction de ce public notamment via l'octroi de subvention et de partenariats avec des associations (du champ du handicap, de la culture, du sport adapté, etc.), via l'octroi de subventions pour la mise en accessibilité / mise aux normes de lieux/de structures ou encore via le développement de partenariats avec des établissements et services médico-sociaux.

5.4 Les attentes des usagers et des professionnels

Les attentes exprimées par les usagers et les professionnels rencontrés, sont les suivantes :

- ✓ Le développement de solutions concrètes et opérationnelles pour améliorer l'accès au transport des PA et des PH
- ✓ Le développement de dispositifs innovants permettant aux personnes handicapées et aux personnes âgées de vivre dans des logements autonomes (habitats regroupés, etc.).
- ✓ L'amélioration de la mise en adéquation entre l'offre et la demande de logements adaptés
- ✓ Le renforcement des liens entre les ESMS et les acteurs du champ de la culture, des loisirs, du sport

5.5 Ce qu'il faut retenir

Le nombre de dispositifs favorisant l'accès aux transports, à des logements adaptés, à la culture, aux loisirs, etc. pour les personnes handicapées et les personnes âgées s'est fortement développé dans l'Hérault depuis une dizaine d'années. Ceci est une conséquence directe de la loi de 2005.

Pour autant, les **dispositifs de transport adapté ne permettent pas actuellement de répondre aux besoins** (notamment du fait des contraintes liées à l'utilisation de ces dispositifs mais aussi de leur coût pour les usagers).

Les besoins sont également importants autour de **l'adaptation des logements** (problématique des lourdeurs administratives autour des aides existantes, problématique de la mise en adéquation entre l'offre et la demande de logements adaptés, etc.).

En dehors des efforts d'accessibilité à poursuivre, il convient aussi de mieux communiquer afin de mieux utiliser et exploiter les ressources disponibles sur l'ensemble du territoire départemental.

6. L'accompagnement à domicile

6.1 Les prestations permettant le maintien à domicile

6.1.1 Un grand nombre de bénéficiaires de la PCH ou de l'ACTP dans l'Hérault

Nombre de bénéficiaires de la PCH / ACTP pour 1 000 habitants au 01/01/2015²

Haute-Garonne	4,6
Hérault	5,3
Ille-et-Vilaine	4,1
Isère	5,3
France métropolitaine	4,8

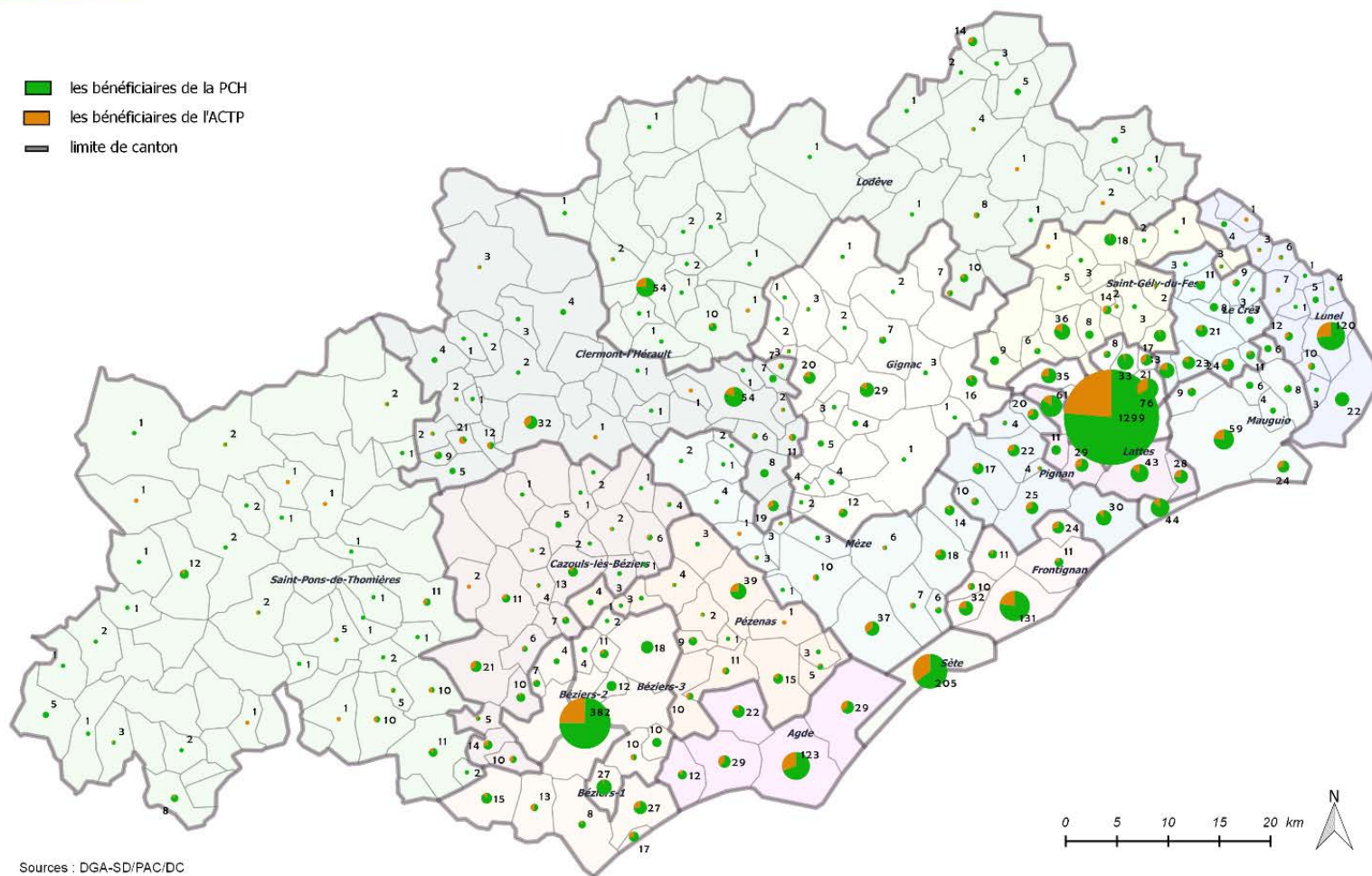
Source : Drees, Enquête Bénéficiaires de l'aide sociale départementale, Estimation provisoire de population au 1^{er} janvier 2015

Avec l'Isère, l'Hérault est le département qui compte le plus de bénéficiaires de la PCH ou de l'ACTP avec 5,3 bénéficiaires pour 1 000 habitants. Cette part est supérieure à celle de l'ensemble des départements de comparaison ainsi qu'à celle de la France métropolitaine qui est de 4,8 bénéficiaires pour 1 000 habitants.

² Droits ouverts et notifiés



Répartition des 4594 bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) et de la prestation de compensation du handicap (PCH) en janvier 2016



Source : Conseil départemental 34

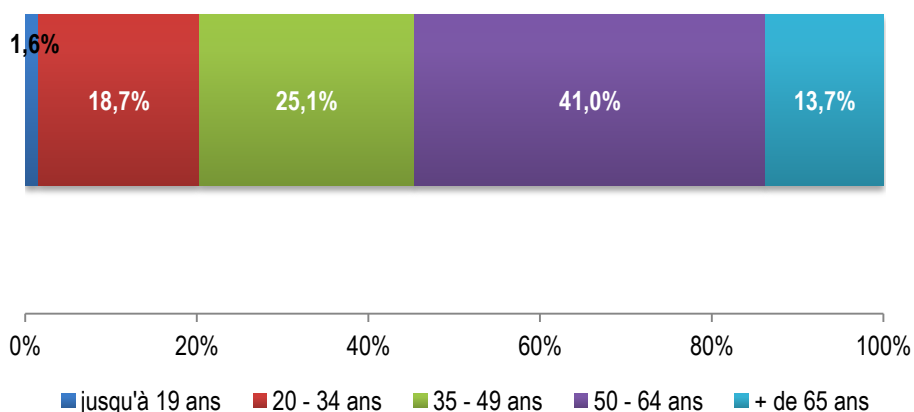
Bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP³

Territoires des solidarités	Nombre de bénéficiaires au 1er janvier 2016	Proportion pour 1000 habitants
Bédarieux	186	4,0
Béziers	935	4,3
Clermont l'Hérault	342	4,5
Lunel	359	3,9
Montpellier	1 943	4,5
Saint-Mathieu-de-Trévières	175	3,1
Saint-Pons-de-Thomières	113	3,4
Sète	541	4,4
Total général	4 594	4,3⁴

Source : Données transmises par le Conseil départemental; INSEE RP 2012

Les territoires de Montpellier ainsi que de Clermont-l'Hérault sont ceux qui présentent la plus forte proportion de bénéficiaires de la PCH ou de l'ACTP avec 4,5 bénéficiaires pour 1 000 habitants. Avec 3,1 bénéficiaires pour 1 000 habitants, le territoire de Saint-Mathieu-de-Trévières est celui qui a la proportion la plus faible.

Bénéficiaires de la PCH par âges (01/01/2016)



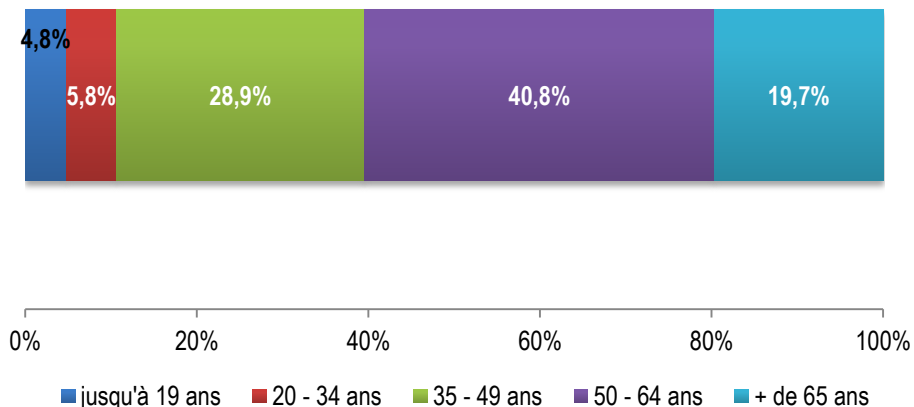
Source : Données transmises par le Conseil départemental

Au 1^{er} janvier 2016, 1 903 bénéficiaires de la PCH ont plus de 50 ans, soit 54,7 %. A noter qu'environ un bénéficiaire sur 5 (20,3 %) a moins de 34 ans.

³ Droits ouverts et payés

⁴ A noter : le taux de bénéficiaires de la PCH ou de l'ACTP pour 1000 habitants est différent du taux figurant dans le tableau « Nombre de bénéficiaires de la PCH / ACTP pour 1 000 habitants au 01/01/2015 » page 28 car la base de calcul pour le tableau page 28 est le nombre de droits ouverts et notifiés tandis que dans ce tableau il s'agit des droits ouverts et payés. Par ailleurs, les années de référence sont différentes.

Bénéficiaires de l'ACTP par âges (01/01/2016)



Source : Données transmises par le Conseil départemental

Au 1^{er} janvier 2016, 703 bénéficiaires de l'ACTP ont plus de 50 ans, soit 60,5 %. A noter qu'environ un bénéficiaire sur 10 (10,6 %) a moins de 34 ans.

Evolution du nombre de bénéficiaires ACTP/PCH entre 2012 et 2015

	2012	2013	2014	2015	Projection 2016	Evolution 2012-2015
PCH	2472	2828	3171	3481	3943	40,82%
ACTP	1301	1237	1202	1159	1130	-10,91%

Source : Données transmises par le Conseil départemental

Le nombre de bénéficiaires de l'ACTP a diminué de 10,91 % sur la période 2012-2015 mais reste significatif (1159 bénéficiaires en 2015). Le nombre de bénéficiaires de la PCH a fortement augmenté entre 2012 et 2015 (+40,82 %).

Evolution des dépenses de PCH par éléments entre 2012 et 2015

	2012	2013	2014	2015	BP 2016	Evolution 2012 - 2015
Aide Humaine (et admission d'urgence)	34 778 659 €	37 868 252 €	41 413 398 €	46 431 977 €	49 549 000 €	33,51%
Aides techniques	370 886 €	380 890 €	460 464 €	487 860 €	500 000 €	31,54%
Aménagement logement - véhicule - transports	665 654 €	725 579 €	906 252 €	881 789 €	895 000 €	32,47%
Charges spécifiques - exceptionnelles	186 056 €	223 729 €	254 332 €	267 247 €	276 000 €	43,64%
Aides animalières	1 246 €	1 550 €	2 748 €	2 251 €	3 000 €	80,66%
TOTAL	36 002 501 €	39 200 000 €	43 037 194 €	48 071 124 €	51 223 000 €	33,52%

Source : Données transmises par le Conseil départemental

La majorité des dépenses PCH concernent l'aide humaine et l'admission d'urgence (96,59 % des dépenses totales en 2015). Viennent ensuite les postes « aménagement du logement-véhicule-transports » (1,89 %), « aides techniques » (1,04 %), « charges spécifiques-exceptionnelles (0,57 %) puis « aides animalières » (moins de 0,01 %). D'une manière générale, les dépenses totales de PCH ont augmenté de 33,52 % entre 2012 et 2015.

Evolution des dépenses de l'ACTP entre 2012 et 2015

CA 2012	CA 2013	CA 2014	CA 2015	BP 2016	Evolution 2012 - 2015
8 170 000 €	7 911 333 €	7 760 852 €	7 435 430 €	7 400 000 €	- 8,99 %

Source : Données transmises par le Conseil départemental

Les dépenses de l'ACTP ont diminué de 8,99 % entre 2012 à 2015, passant de 8 170 000€ à 7 435 435 €.

6.1.2 Un nombre particulièrement élevé de bénéficiaires de l'APA à domicile dans l'Hérault

Nombre de bénéficiaires de l'APA domicile pour (en % de la population de 75 ans et plus) au 31/12/2014

Haute-Garonne	14,9
Hérault	20,2
Ille-et-Vilaine	9,8
Isère	15,4
France métropolitaine	12,0

Source : Drees, Enquête Bénéficiaires de l'aide sociale départementale au 31/12/2014 ; Insee, estimations provisoires de population au 01/01/2015

L'Hérault est le département qui compte le plus haut taux de bénéficiaires de l'APA à domicile parmi les départements de comparaison, avec 20,2 % de la population des 75 ans et plus au 31 décembre 2014. Ce taux est largement supérieur à celui de la France métropolitaine (12 %).

Droits ouverts

	2012	2013	2014	2015	Projection 2016	Evol. 2012 - 2015
APA Domicile et dérogatoire	27 624	27 123	26 917	27 468	28 030	-0,56%
Dont APA Dérogatoire	311	300	318	315	312	1,29%

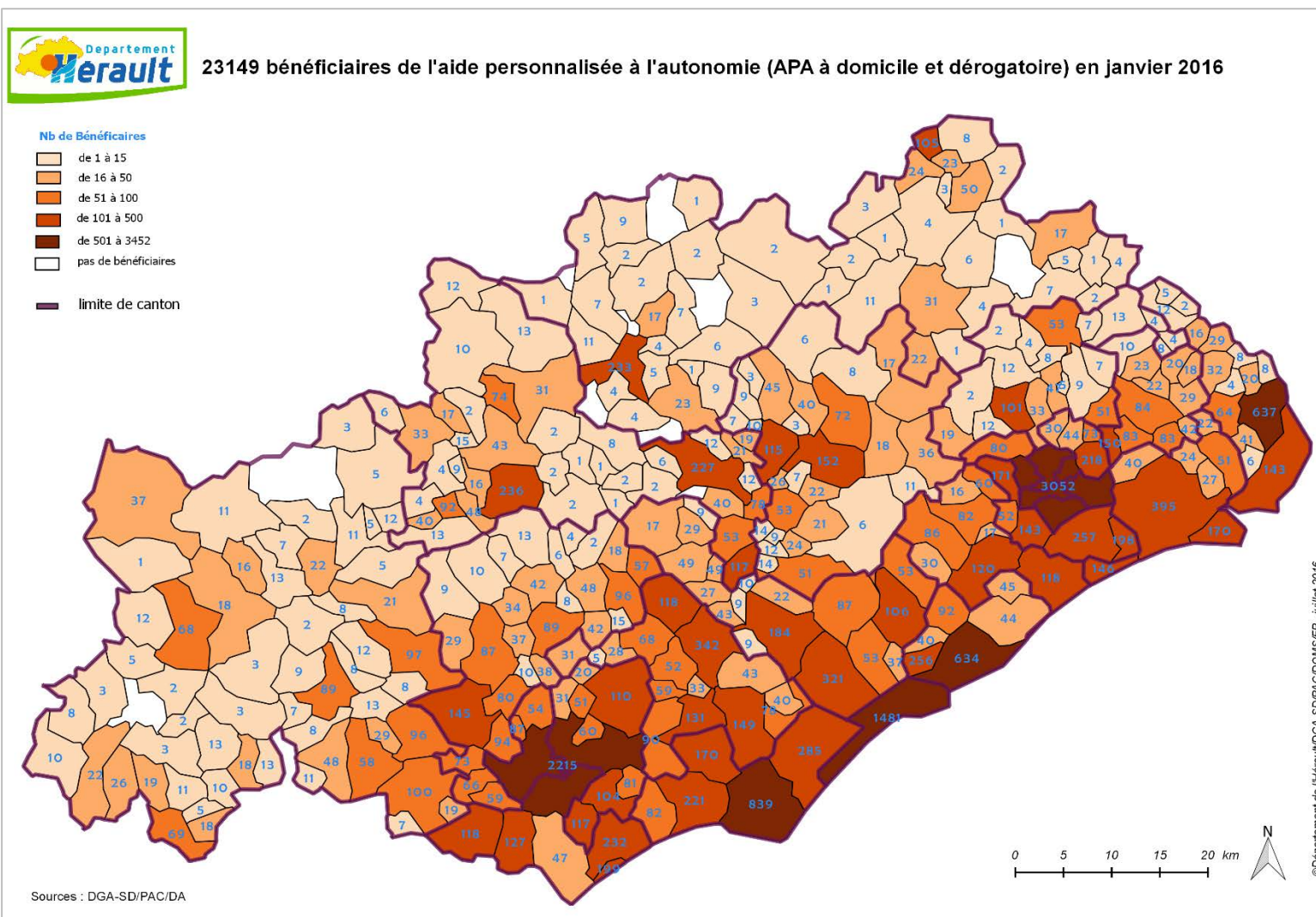
Source : Données transmises par le Conseil départemental

Le nombre de bénéficiaires l'APA à domicile (et dérogatoire) est relativement stable depuis 2012 (entre 27 000 et 28 000 droits ouverts).

Bénéficiaires de l'APA domicile et dérogatoire

Territoires des solidarités	Nombre de bénéficiaires au 1er janvier 2016	Part de bénéficiaires (parmi les personnes de 75 ans et plus)
Bédarieux	1 573	25,3 %
Béziers	6 955	26,9 %
Clermont l'Hérault	1 882	25,7 %
Lunel	1 902	21,6 %
Montpellier	5 458	16,7 %
Saint-Mathieu-de-Trévières	692	14,9 %
Saint-Pons-de-Thomières	1 153	24,9 %
Sète	3 534	26,1 %
Total général	23 149	22,4 %

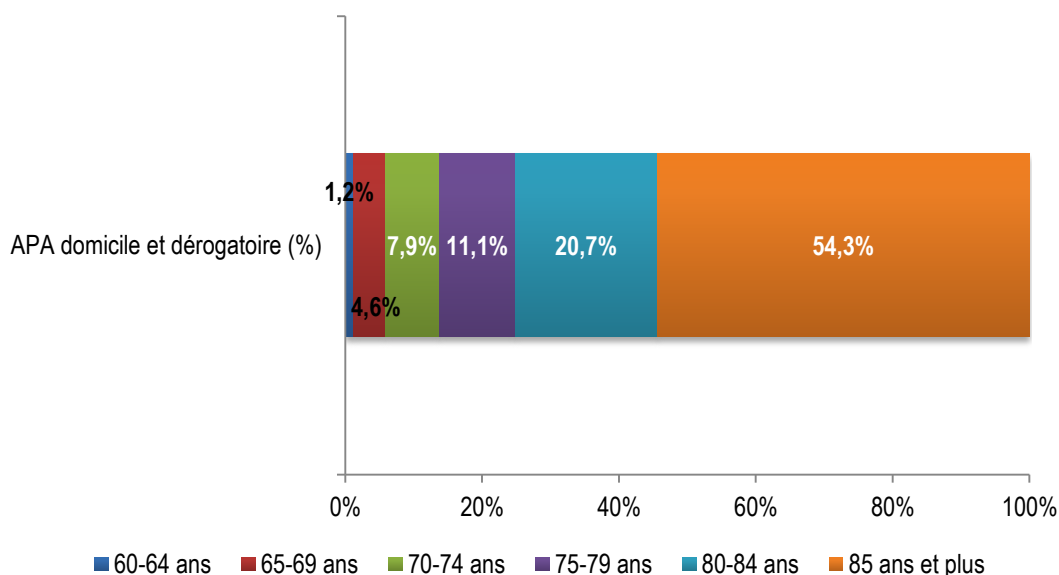
Source : Données transmises par le Conseil départemental; INSEE RP 2012



Source : Conseil départemental 34

Sur le territoire de Béziers, 26,9 % des personnes âgées de 75 ans et plus bénéficient de l'APA à domicile. A l'inverse, les territoires de Montpellier et de Saint-Mathieu-de-Trévières sont ceux qui présentent les parts de bénéficiaires de l'APA parmi les personnes de 75 ans et plus les plus faibles (respectivement 16,7 % et 14,9 %).

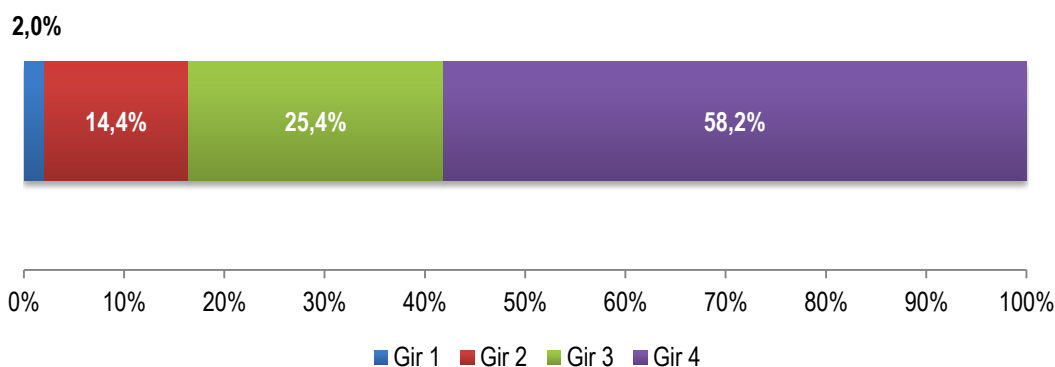
Droits ouverts par âges (01/01/2016)



Source : Données transmises par le Conseil départemental

L'APA à domicile et dérogatoire concerne principalement les catégories les plus âgées. Ainsi, les 85 ans et plus représentent 54,34 % des bénéficiaires et les 80-84 ans représentent 20,69 % des bénéficiaires.

Droits ouverts par Gir (01/01/2016)



Source : Données transmises par le Conseil départemental

Les droits ouverts concernent principalement les personnes en Gir 4 (58,19 % des droits ouverts) et les personnes en Gir 3 (25,37 %).

Evolution des dépenses de l'APA à domicile et dérogatoire entre 2012 et 2015

CA 2012	CA 2013	CA 2014	CA 2015	BP 2016	Evol 2012-2015
109 070 000 €	102 070 000 €	98 150 000 €	94 659 000 €	95 420 000 €	-13,21 %

Source : Données transmises par le Conseil départemental

Les dépenses d'APA ont connu une baisse soutenue depuis 2012. En effet, elles sont passées d'environ 109 millions d'euros en 2012, à 94,6 millions d'euros en 2015 soit une diminution de 13,21 %. Cette diminution s'explique principalement par le changement des modalités de paiement des services d'aide à domicile autorisés (SAAD), mis en œuvre depuis deux ans. 28 SAAD autorisés auparavant payés sous forme de dotation globale, interviennent auprès des personnes âgées. Afin de permettre une meilleure gestion de cette prestation, le paiement au réel sur facture de ces prestataires a commencé en 2014 et doit être finalisé en 2016.

6.1.3 L'aide-ménagère PA et PH

Evolution du nombre de bénéficiaires de l'aide-ménagère PA / PH entre 2012 et 2015

	2012	2013	2014	2015	Projection 2016	Evol 2012-2015
Aide-ménagère PA	244	283	306	375	431	53,68 %
Aide-ménagère PH	723	745	783	854	904	18,11 %

Source : Données transmises par le Conseil départemental

Entre 2012 et 2015, le nombre de personnes âgées bénéficiaires de l'aide-ménagère a augmenté de 53,68 %. Sur la même période, le nombre de personnes handicapées bénéficiaires de l'aide-ménagère est passé de 723 à 854 soit une augmentation de 18,11 %.

Evolution des dépenses de l'aide-ménagère PA / PH entre 2012 et 2015

	CA 2012	CA 2013	CA 2014	CA 2015	BP 2016	Evol 2012-2015
Aide-ménagère PA	362 227 €	457 370 €	560 000 €	515 000 €	550 000 €	42,18%
Aide-ménagère PH	1 390 000 €	1 250 000 €	1 343 000 €	1 345 521 €	1 420 000 €	-3,20%

Source : Données transmises par le Conseil départemental

Le Département a dépensé 515 000€ en 2015 pour l'aide-ménagère PA soit une augmentation de 42,18 % par rapport au compte administratif de l'année 2012.

Sur la même période, les dépenses relatives à l'aide-ménagère PH ont diminué de 3,20 %.

6.2 Les services permettant le maintien à domicile

6.2.1 Les services d'aide à domicile

En 2016, le département de l'Hérault compte 140 services d'aide à domicile qui interviennent auprès des personnes âgées et/ou des personnes handicapées. Parmi ces services, 28 sont habilités à l'aide sociale et tarifés par le Conseil départemental.

Activité 2016 des SAAD prestataires - Heures facturées CD34

	Heures APA	Heures PCH	Heures Aide-Ménagère PA	Heures Aide-Ménagère PH
SAAD habilités aide sociale	3 879 916	518 486	629 157	97 375
SAAD non habilités aide sociale	809 634	804 160	0	1 581
Total heures facturées SAAD - CD34	4 689 550	1 322 646	629 157	98 956

Données CD34 - Direction compensation- Direction autonomie janvier 2017

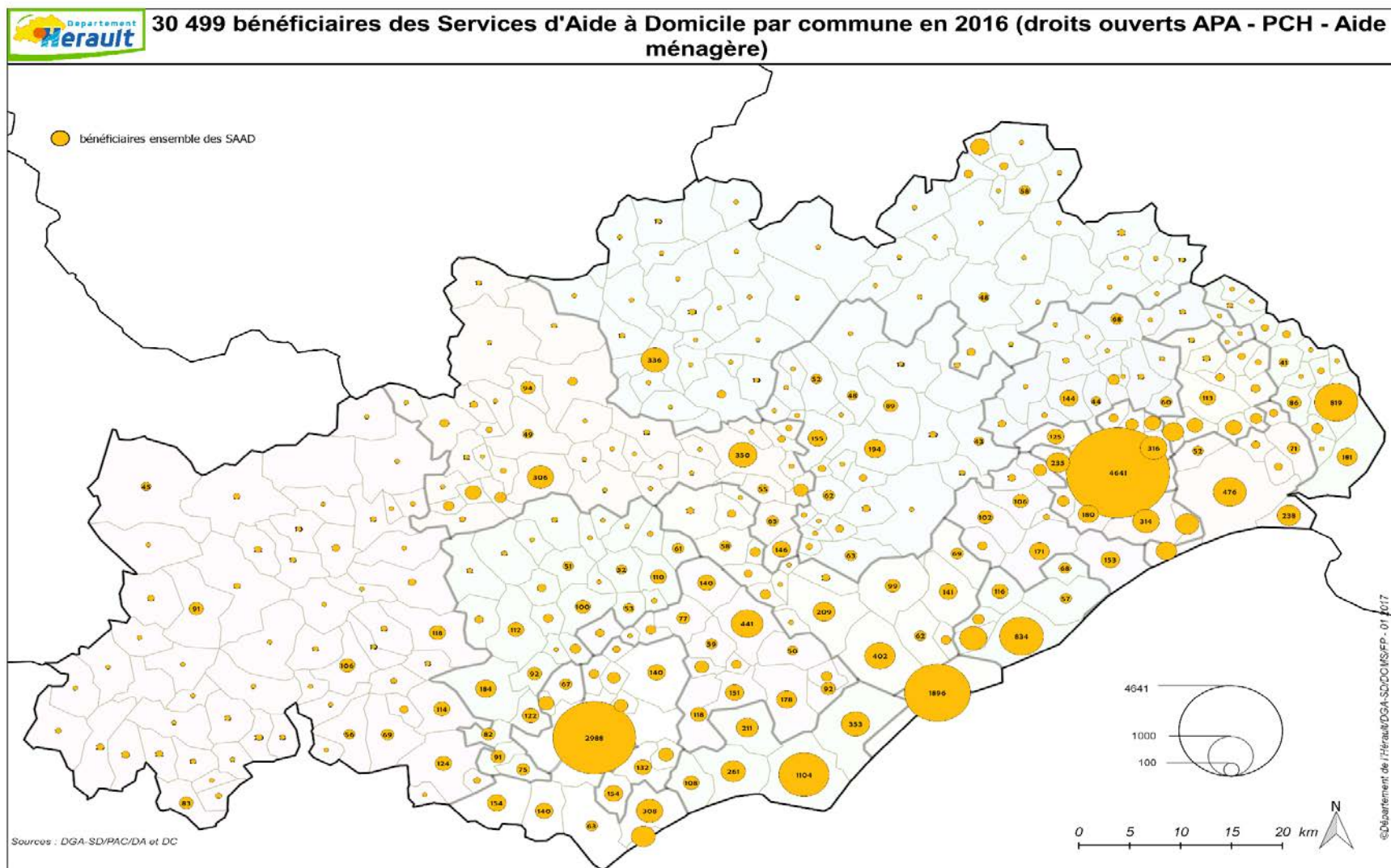
En 2016, 4 689 550 heures d'APA ont été facturées par des SAAD prestataires dont 83 % qui ont été réalisées par des SAAD habilités à l'aide sociale. Concernant la PCH, 1 322 646 heures ont été facturées en 2016 dont seulement 39 % réalisées par des SAAD habilités à l'aide sociale.

Activité 2016 des SAAD prestataires - Nombre de bénéficiaires payés CD34

	Bénéficiaires APA	Bénéficiaires PCH	Bénéficiaires Aide-Ménagère PA	Bénéficiaires Aide-Ménagère PH
SAAD habilités aide sociale	18 729	546	305	878
SAAD non habilités aide sociale	4 350	734	0	24
Total bénéficiaires SAAD - CD34	23 079	1 280	305	902

Données CD34 - Direction compensation- Direction autonomie janvier 2017

En 2016, les SAAD prestataires ont accompagné 23 079 bénéficiaires de l'APA, 1280 bénéficiaires de la PCH et 1207 bénéficiaires de l'aide-ménagère.



6.2.2 Les SSIAD

Le département de l'Hérault compte 38 SSIAD qui correspondent à 1675 places pour personnes âgées et 83 places pour personnes handicapées (places financées). 36 lits de surveillance de nuit sont inclus dans ces capacités.

Taux d'équipement en SSIAD PA pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus au 01/01/2015

Haute-Garonne	19,4
Hérault	15,9
Ille-et-Vilaine	18,8
Isère	16,9
LR-MP	19,6
France métropolitaine	19,8

Source : Statiss 2015

Le taux d'équipement en place de SSIAD pour personnes âgées est nettement inférieur dans l'Hérault (15,9 places pour 1000 personnes de plus de 75 ans) qu'aux niveaux régional (19,6 ‰) et national (19,8 ‰). Le taux d'équipement de l'Hérault en places de SSIAD pour personnes âgées est également le taux le plus faible parmi les départements de comparaison.

6.2.3 Les SAVS et les SAMSAH

Nombre de places en SAVS et SAMSAH

	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012 - 2016
SAVS	651	645	643	643	643	-1,2%
SAMSAH	61	75	97	97	97	59,0%

Source : Données transmises par le Conseil départemental

En 2016, le département compte 27 SAVS qui totalisent 643 places en (soit 8 de moins qu'en 2012 transformées en places de SAMSAH). Le département compte 6 SAMSAH qui correspondent à 97 places en 2016 (soit une hausse du nombre de places de 59 % par rapport à 2012).

Par ailleurs, un cahier des charges des SAVS SAMSAH a été élaboré en mars 2014. Ce cahier des charges prévoit notamment un fonctionnement de ces services en file active.

Bénéficiaires d'un suivi par un SAVS (au 01/01/2016)

Territoires des solidarités	Nombre de bénéficiaires	Taux de bénéficiaires pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans
Bédarieux	44	2,1
Béziers	156	1,5
Clermont l'Hérault	70	1,9
Lunel	47	1
Montpellier	398	1,6
Saint-Mathieu-de-Trévières	32	1,1
Saint-Pons-de-Thomières	35	2,3
Sète	52	0,9
Total général	834	1,5

Source : Données transmises par le Conseil départemental

La part de bénéficiaires d'un suivi par un SAVS pour 1000 personnes de 20 à 59 ans est la plus élevée sur les territoires de Saint-Pons-de-Thomières et Bédarieux (respectivement 2,3 ‰ et 2,1 ‰). A l'inverse avec 0,9 bénéficiaires pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans, le territoire de Sète présente le taux le plus faible du département. La file active est de 1,297 usagers suivis pour une place financée par le département.

Bénéficiaires d'un suivi par un SAMSAH (01/01/2016)

Territoires des solidarités	Nombre de bénéficiaires	Taux de bénéficiaires pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans
Bédarieux	2	0,09
Béziers	24	0,24
Clermont l'Hérault	9	0,24
Lunel	9	0,20
Montpellier	122	0,50
Saint-Mathieu-de-Trévières	7	0,25
Saint-Pons-de-Thomières	2	0,13
Sète	19	0,32
Total général	194	0,35

Source : Données transmises par le Conseil départemental

Le territoire de Montpellier, avec 0,50 bénéficiaires d'un suivi par un SAMSAH pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans, est le territoire qui présente le taux le plus élevé du département. Les territoires de Saint-Pons-de-Thomières et de Bédarieux présentent les taux les plus faibles du département avec respectivement 0,13 bénéficiaires et 0,09 bénéficiaires pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans.

La file active est de 2 usagers suivis pour une place financée conjointement par le département et l'Agence Régionale de Santé. Ce niveau est dû à l'activité importante en nombre d'usagers d'un service dédié aux personnes avec un handicap visuel.

6.2.4 Les accueils de jour

Trois services d'accueil de jour situés sur le biterrois, le sétois et le montpelliérain accompagnent des personnes en situation de handicap moteur. Ils représentent 45 places depuis 2012, qui peuvent être occupées en file active.

6.2.5 Les ESA

L'Hérault compte 7 ESA (équipe spécialisée Alzheimer) qui couvrent l'ensemble des territoires du département excepté le territoire de Lodève.

6.3 Une augmentation significative de l'offre en accueil familial

Accueil familial

	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012 - 2016
Accueillants familiaux	108	116	112	124	129	19,4%
Places	222	241	249	280	287	29,3%
<i>dont : personnes âgées</i>	155	157	172	189	190	22,6%
<i>dont : personnes handicapées</i>	48	50	41	44	40	-16,7%
<i>dont : mixtes</i>	19	34	36	47	57	200,0%

Source : Données transmises par le Conseil départemental

L'Hérault compte de plus en plus d'accueillants familiaux : de 2012 à 2016, leur nombre a augmenté de 19,4 % pour atteindre 129 accueillants familiaux en 2016 offrant 287 places d'accueil (+ 29,3 % de places en 4 ans). Le nombre de places pour personnes âgées est passé de 155 à 190 (+ 22,6 %) tandis que les places pour personnes handicapées sont en légère diminution (40 en 2016 contre 48 en 2012, soit une baisse de 16,7 %⁵). Alors qu'il n'y avait que 19 places mixtes en 2012, leur nombre a été porté à 57 en 2016.

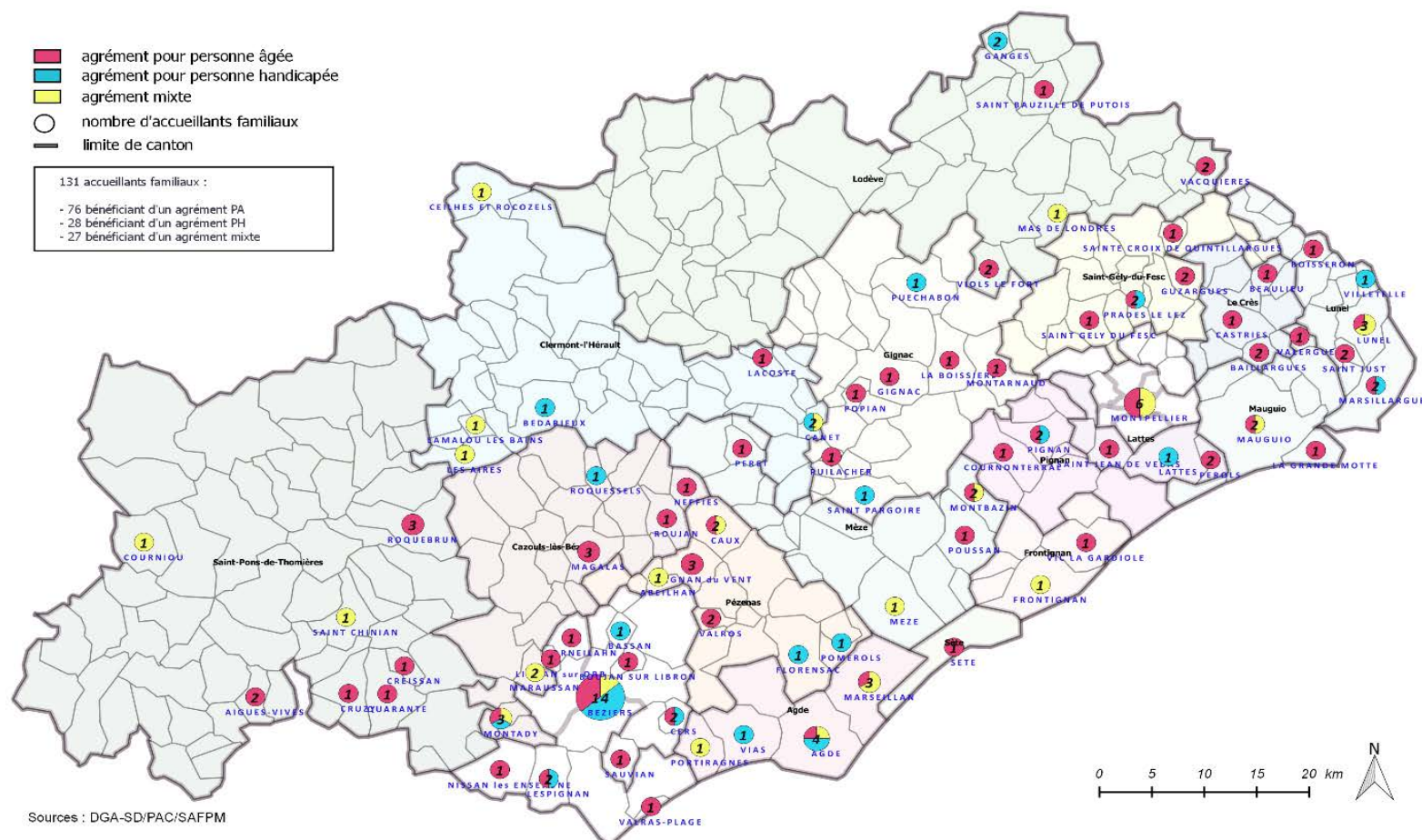
⁵ A noter : Dans l'Hérault, lorsque les personnes handicapées accueillies ont 60 ans, les places d'accueil PH sont systématiquement transformées en places d'accueil PA.



Les 131 accueillants familiaux adultes agréés par type d'agrément - mise à jour mai 2016

- agrément pour personne âgée
- agrément pour personne handicapée
- agrément mixte
- nombre d'accueillants familiaux
- limite de canton

131 accueillants familiaux :
 - 76 bénéficiant d'un agrément PA
 - 28 bénéficiant d'un agrément PH
 - 27 bénéficiant d'un agrément mixte



Source : Conseil départemental 34

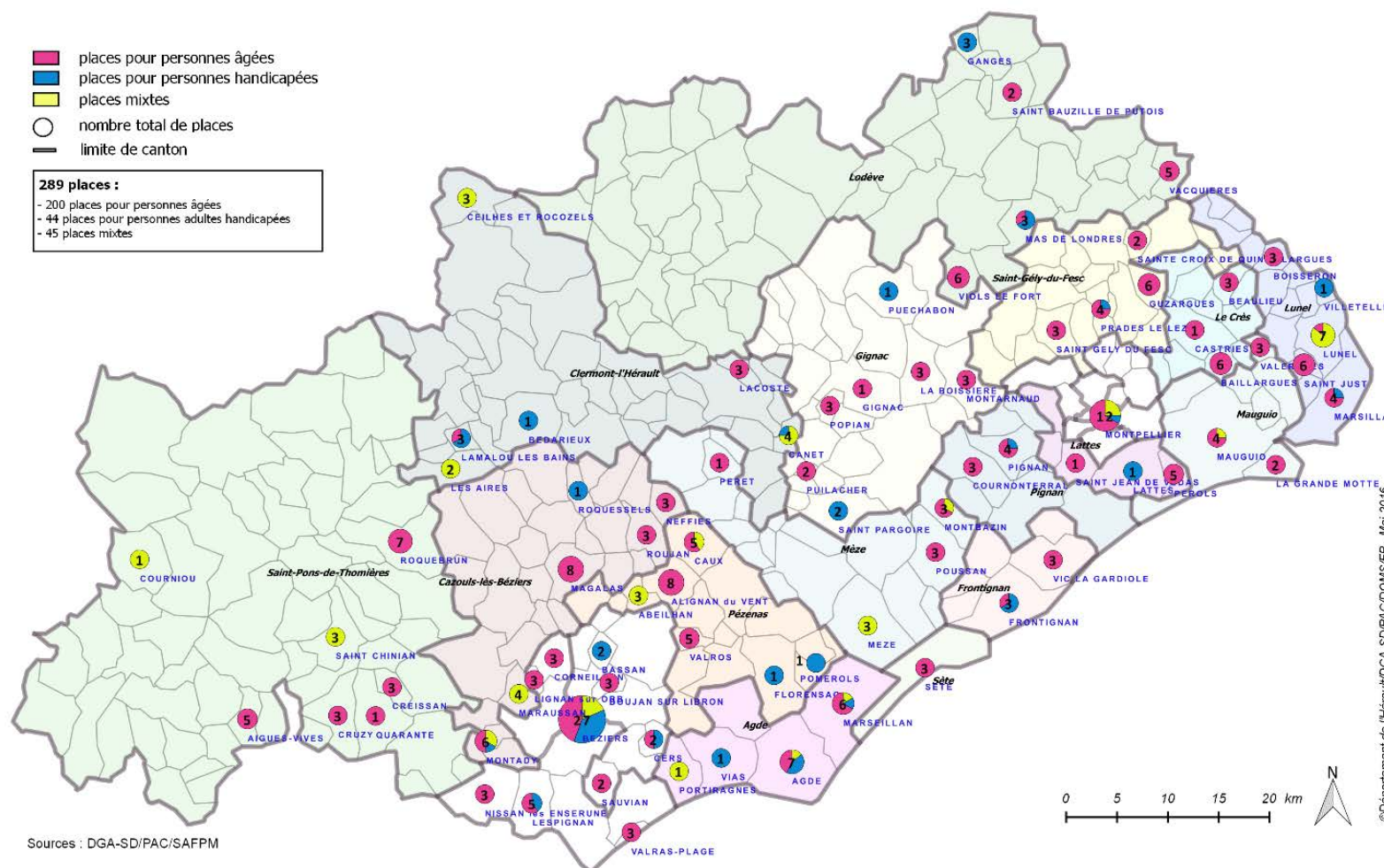


Nombre de places en famille d'accueil pour personnes âgées et ou handicapées - mise à jour mai 2016 -

- places pour personnes âgées
- places pour personnes handicapées
- places mixtes
- nombre total de places
- limite de canton

289 places :

- 200 places pour personnes âgées
- 44 places pour personnes adultes handicapées
- 45 places mixtes

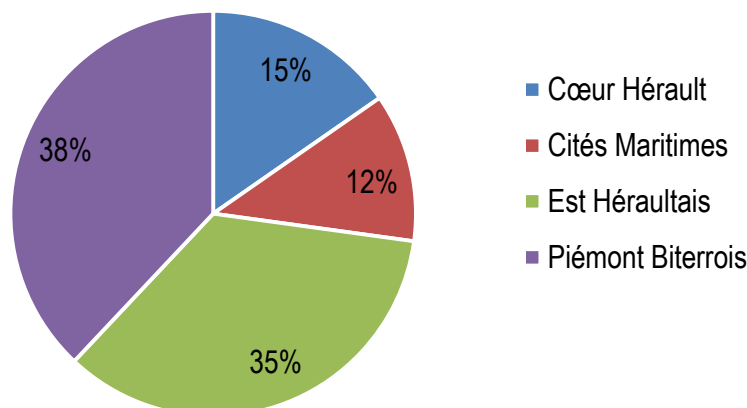


Sources : DGA-SD/PAC/SAFPM

©Département de l'Hérault/DGA-SDPAC/SDSFP - Mai 2016

Source : Conseil départemental 34

Répartition des places par territoire d'UTAG



Source : Bilan SAFPM 2009-2015

38 % des places d'accueil familial sont localisées dans le Piémont Biterrois (soit 106 places) et 35 % dans l'Est Héraultais (soit 99 places).

6.4 Les attentes des usagers et des professionnels

Les attentes exprimées par les usagers et des professionnels sur l'accompagnement à domicile portent notamment sur :

- ✓ Une coordination à renforcer et à formaliser entre les acteurs intervenant à domicile
- ✓ La mise en place d'une réflexion sur le glissement des tâches entre les intervenants à domicile (SAAD, infirmiers libéraux, etc.)
- ✓ Le développement de services / dispositifs intermédiaires permettant aux personnes handicapées et aux personnes âgées de vivre à domicile / dans des logements autonomes
- ✓ Une amélioration de la formation des professionnels intervenant à domicile sur des pathologies spécifiques
- ✓ La mise en place d'une réflexion sur la perception du rôle des SAAD par les usagers
- ✓ L'amélioration de l'accompagnement des personnes en situation difficile (rupture, crise, etc.)
- ✓ Le développement de solutions pour les interventions la nuit

6.5 Ce qu'il faut retenir

L'Hérault se caractérise par **une forte proportion de bénéficiaires de la PCH et de l'APA à domicile**. Le territoire est actuellement couvert par un **nombre important de services d'aide et d'accompagnement à domicile** intervenant auprès des personnes âgées et des personnes handicapées. En revanche, le **taux d'équipement en places de SSIAD est particulièrement faible sur le département**.

Sur le volet du handicap, **les places de SAMSAH** ont été développées ces dernières années. Toutefois, la répartition de ces services intervenant au domicile est inégale sur le territoire départemental et des besoins importants de places sont identifiés. Des besoins spécifiques apparaissent pour les personnes handicapées psychiques. Le travail sur l'organisation en file active doit être poursuivi pour permettre des suivis supplémentaires selon les intensités d'accompagnement.

D'une manière générale, **la question de l'articulation** (périmètre d'intervention de chacun) entre les différents acteurs intervenant au domicile (SAAD, SSIAD, professionnels de santé libéraux, SAVS, SAMSAH, etc.) reste un enjeu fort.

L'accueil familial est une modalité d'accueil qui s'est développée ces dernières années (en particuliers pour les personnes âgées). Toutefois, les accueillants familiaux restent isolés par rapport aux autres acteurs du champ de l'autonomie. L'enjeu aujourd'hui est de développer les liens / les passerelles entre les accueillants familiaux et les établissements et services médico sociaux de leurs territoires.

Une réflexion est également à construire autour des innovations (notamment technologiques) permettant **le maintien à domicile dans de bonnes conditions** ainsi que sur le développement de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire. Il convient également de mener des réflexions sur les dispositifs intermédiaires qu'il conviendrait de développer (exemples : habitats regroupés, résidences autonomes, etc.) pour permettre aux personnes âgées et aux personnes handicapées de se maintenir dans des logements autonomes adaptés à leurs besoins.

7. L'accompagnement en établissement

7.1 Les aides permettant l'accueil en établissement

7.1.1 L'aide sociale à l'hébergement

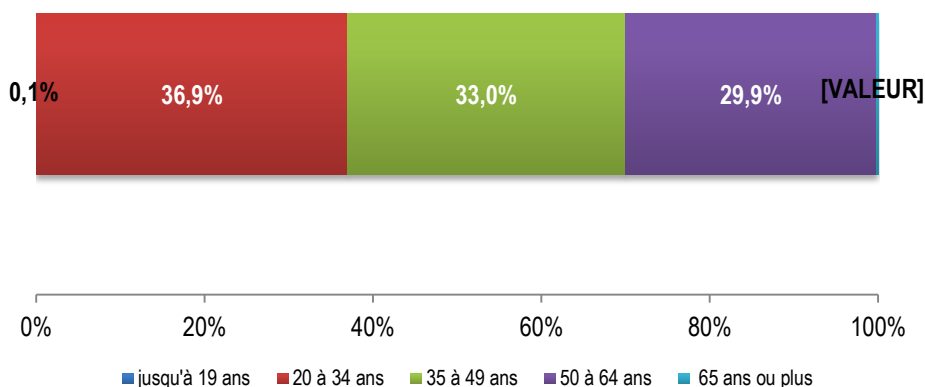
Evolution du nombre de bénéficiaires de l'ASH PH entre 2012 et 2015

2012	2013	2014	2015	Projection 2016	Evolution 2012-2015
1849	1846	1867	1843	1892	-0,32 %

Source : Données transmises par le Conseil départemental

Entre 2012 et 2015, le nombre de personnes handicapées bénéficiaires de l'ASH est resté stable.

Bénéficiaires de l'ASH PH par âges (01/01/2016)



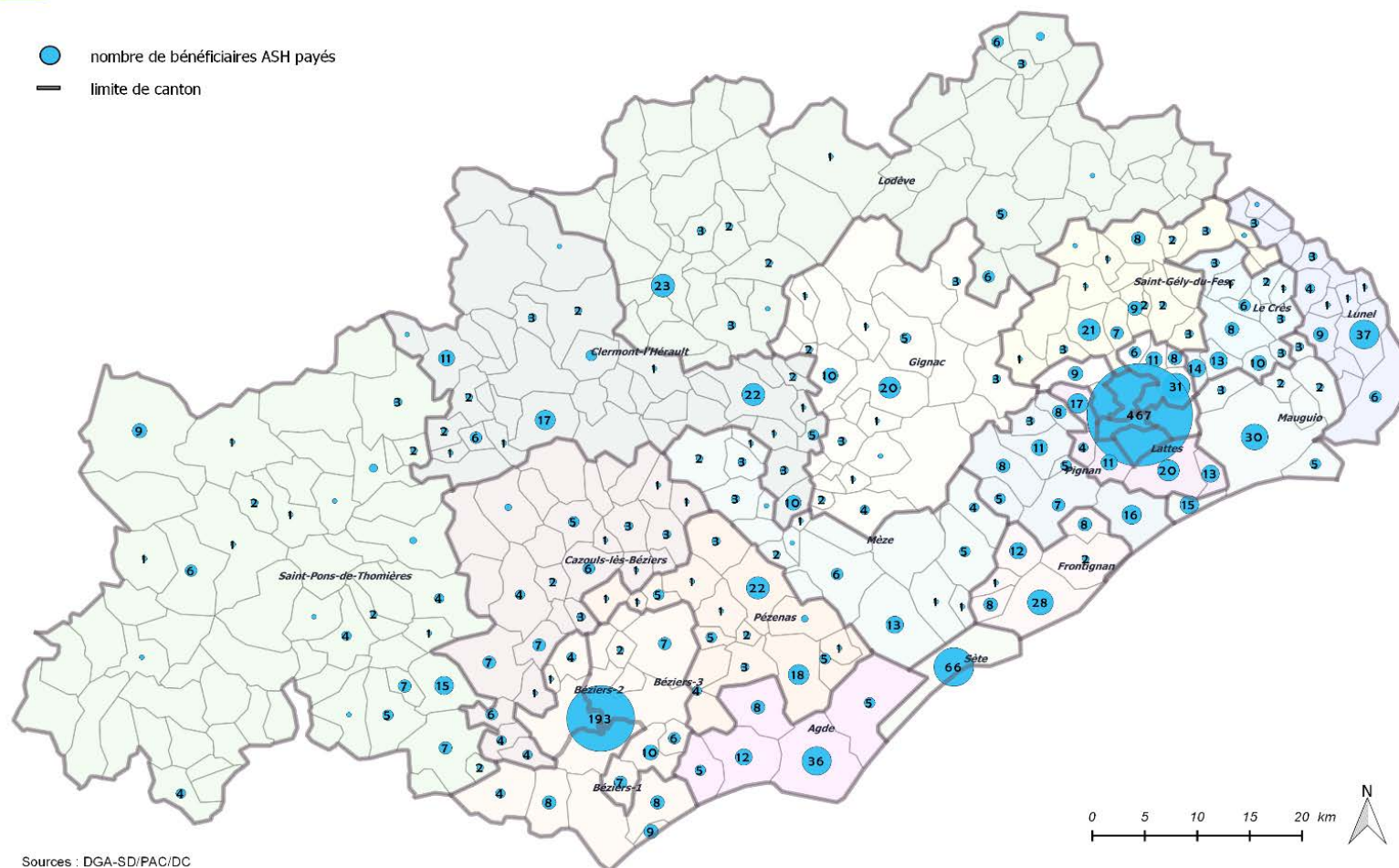
Source : Données transmises par le Conseil départemental

Avec respectivement 264 (14,3 %) et 254 personnes (13,8 %), les 25-29 ans et 55-59 ans sont les classes d'âges les plus représentées sur l'ensemble des 1843 bénéficiaires de l'ASH PH en 2015.



Répartition des 1843 bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) secteur adultes handicapés en janvier 2016 -

- nombre de bénéficiaires ASH payés
- limite de canton



Sources : DGA-SD/PAC/DC

© Département de l'Hérault/DGA-SD/PAC/DC/MS/FP - Mai 2016

Source : Conseil départemental 34

Près de 36 % des bénéficiaires de l'ASH PH sont localisés à Béziers ou Montpellier.

Evolution des dépenses de l'ASH PH entre 2012 et 2015

CA 2012	CA 2013	CA 2014	CA 2015	BP 2016	Evolution 2012 - 2015
58 580 000 €	60 090 000 €	61 600 000 €	62 080 000 €	65 600 000 €	5,97 %

Source : Données transmises par le Conseil départemental

Entre 2012 et 2015, les dépenses relatives à l'ASH pour les personnes handicapées ont augmenté de 3,5 millions d'euros soit une augmentation d'environ 6%.

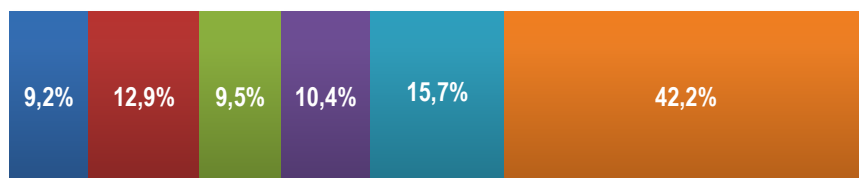
Evolution du nombre de bénéficiaires de l'ASH PA entre 2012 et 2016

	2012	2013	2014	2015	Projection 2016	Evolution 2012-2015
Hébergement et accueil familial	2 535	2 579	2 590	2 596	2 635	2,41 %
Dont accueil familial	44	47	48	46	49	4,55 %

Source : Données transmises par le Conseil départemental

Entre 2012 et 2015, le nombre de personnes âgées bénéficiaires de l'ASH est passé de 2 535 à 2 635 soit une augmentation de 2 %.

Bénéficiaires de l'ASH PA par âges (01/01/2016)



0% 20% 40% 60% 80% 100%

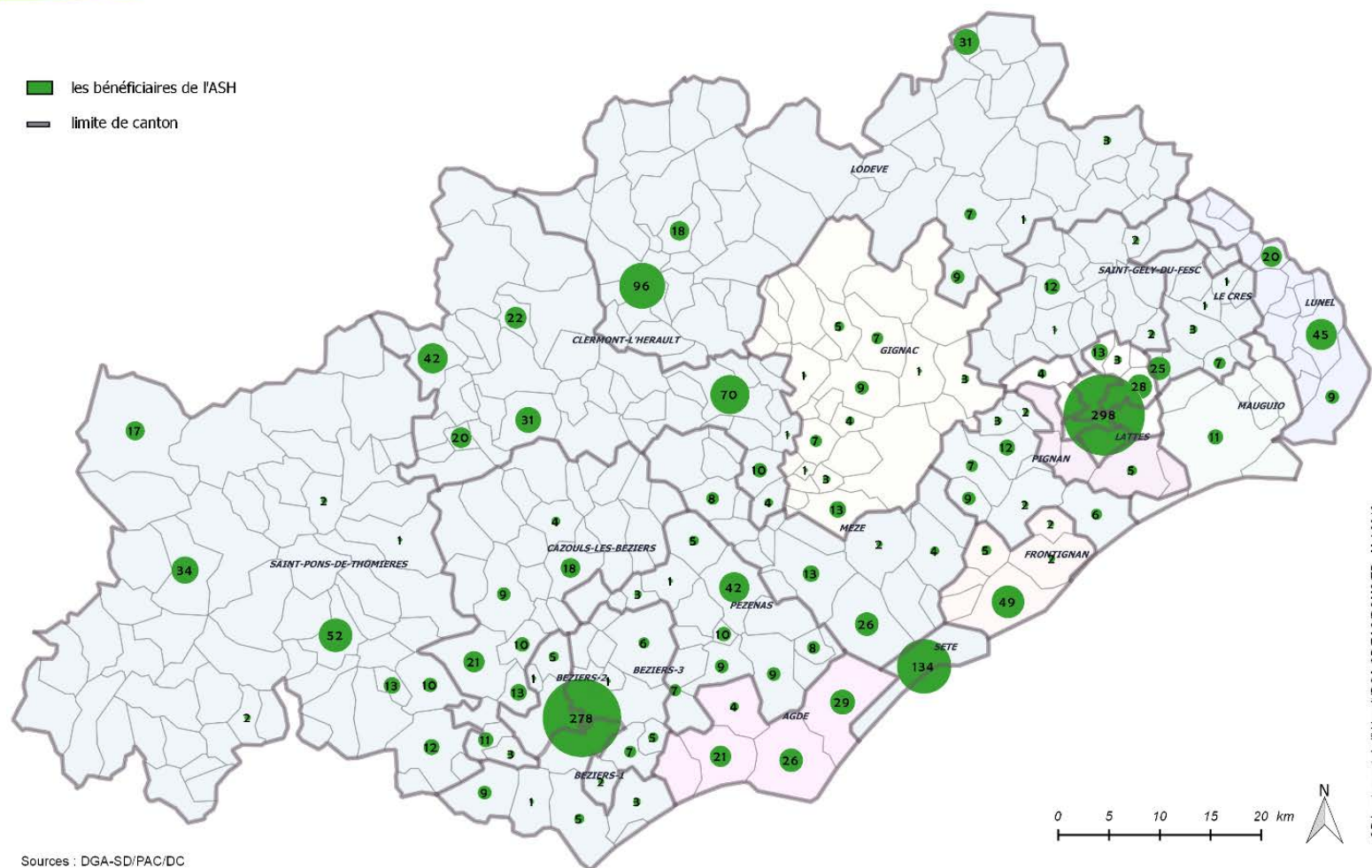
■ 60-64 ans ■ 65-69 ans ■ 70-74 ans ■ 75-79 ans ■ 80-84 ans ■ 85 ans et plus

Source : Données transmises par le Conseil départemental

Parmi les 2152 personnes âgées bénéficiaires de l'ASH, 909 ont plus de 85 ans soit 42,2 %.



1926 bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) pour personnes âgées en janvier 2016



Source : Conseil départemental 34

Montpellier et Béziers concentrent respectivement environ 15% des bénéficiaires de l'ASH PA. 7 % de ces bénéficiaires sont localisés à Sète.

Evolution des dépenses de l'ASH PA entre 2012 et 2015

CA 2012	CA 2013	CA 2014	CA 2015	BP 2016	Evolution 2012 - 2015
44 830 000 €	51 650 000 €	50 000 000 €	50 890 000 €	52 470 000 €	13,52 %

Source : Données transmises par le Conseil départemental

Entre 2012 et 2015, les dépenses relatives à l'ASH pour les personnes âgées ont cru de 7,64 millions d'euros soit une augmentation d'environ 13,5 %.

7.1.2 L'APA en établissement

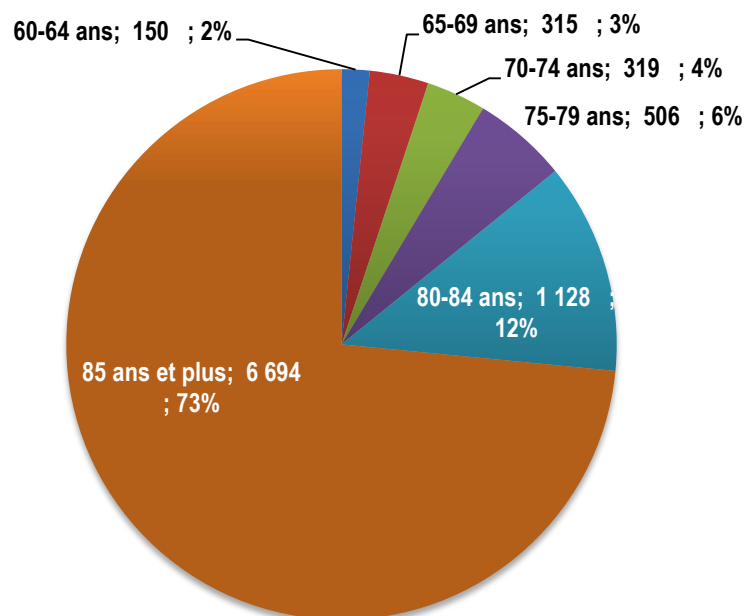
Nombre de bénéficiaires de l'APA établissement pour (en % de la population de 75 ans et plus) au 31/12/2014

Haute-Garonne	7,8
Hérault	8,4
Ille-et-Vilaine	11,0
Isère	8,1
France métropolitaine	8,5

Source : Drees, Enquête Bénéficiaires de l'aide sociale départementale au 31/12/2014

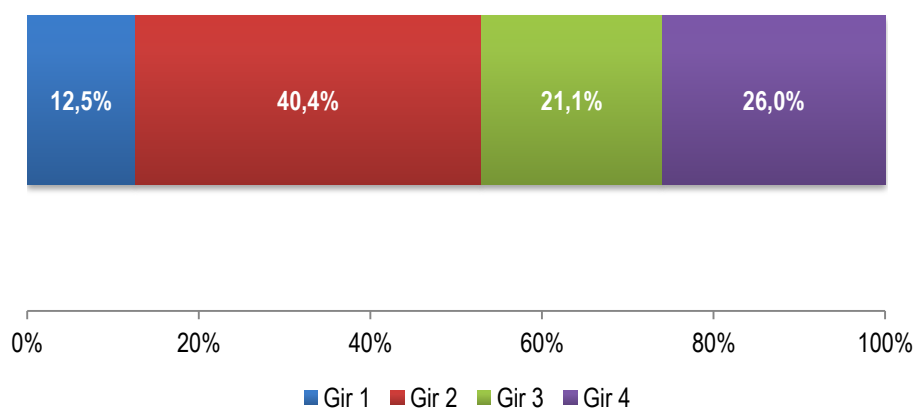
Le taux de bénéficiaires de l'APA en établissement dans l'Hérault (8,4 % des 75 ans et plus) est relativement proche de celui de la France métropolitaine qui est de 8,5 %.

Bénéficiaires de l'APA établissement par âges (01/01/2016)



Au 1^{er} janvier 2016, près d'un bénéficiaire de l'APA établissement sur quatre a plus de 85 ans (6 694 bénéficiaires soit 73 %). A noter que moins de 5 % d'entre eux ont en dessous de 69 ans.

Bénéficiaires de l'APA établissement par Gir (01/01/2016)



La majorité des bénéficiaires de l'APA établissement est en Gir 2 (3 691 soit 40,4 % des bénéficiaires) ainsi qu'en Gir 4 (2 378 soit 26 %). Seulement 1 147 bénéficiaires sont en Gir 1 soit 12,5 %.

Evolution du nombre de bénéficiaires de l'APA établissement entre 2012 et 2015

2012	2013	2014	2015	projection 2016	Evol 2012 - 2015
10 459	10 819	11 014	11 393	11 785	8,6 %

Source : données transmises par le Conseil Départemental

Entre 2012 et 2015 il y a eu 934 nouveaux bénéficiaires de l'APA en établissement soit une augmentation de 8,6 % sur la période.

Evolution des dépenses de l'APA en établissement entre 2012 et 2015

CA 2012	CA 2013	CA 2014	CA 2015	BP 16	Evolution 2012 - 2015
33 860 000 €	35 430 000 €	37 860 000 €	39 174 000 €	41 550 000 €	15,69 %

Source : Données transmises par le Conseil départemental

Entre 2012 et 2015, les dépenses relatives à l'APA en établissement ont augmenté de 5,31 millions d'euros, soit une augmentation d'environ 15,7 %.

7.2 L'équipement en places d'hébergement

7.2.1 Les établissements pour personnes âgées

Taux d'équipement au 1/01/2015 en places dans les structures non EHPAD * pour personnes âgées (pour 1 000 personnes de 75 ans et plus)

	2015
Haute-Garonne	15,2
Hérault	9,1
Ille-et-Vilaine	19,2
Isère	27,6
LR-MP	13,6
France métropolitaine	25,8

Sources : Statiss 2015

* Places en maison de retraite, logements de logements-foyers, places USLD

Le taux d'équipement de l'Hérault en structures pour personnes âgées non EHPAD est nettement inférieur à celui de France métropolitaine (9,1 contre 25,5). En revanche, il est proche du taux régional (13,6 %).

**Taux d'équipement au 1/01/2015 en places dans les EHPAD pour personnes âgées
(pour 1 000 personnes de 75 ans et plus)**

	2015
Haute-Garonne	98,2
Hérault	94
Ille-et-Vilaine	126,9
Isère	84,3
LR-MP	99
France métropolitaine	100,4

Sources : Statiss 2015

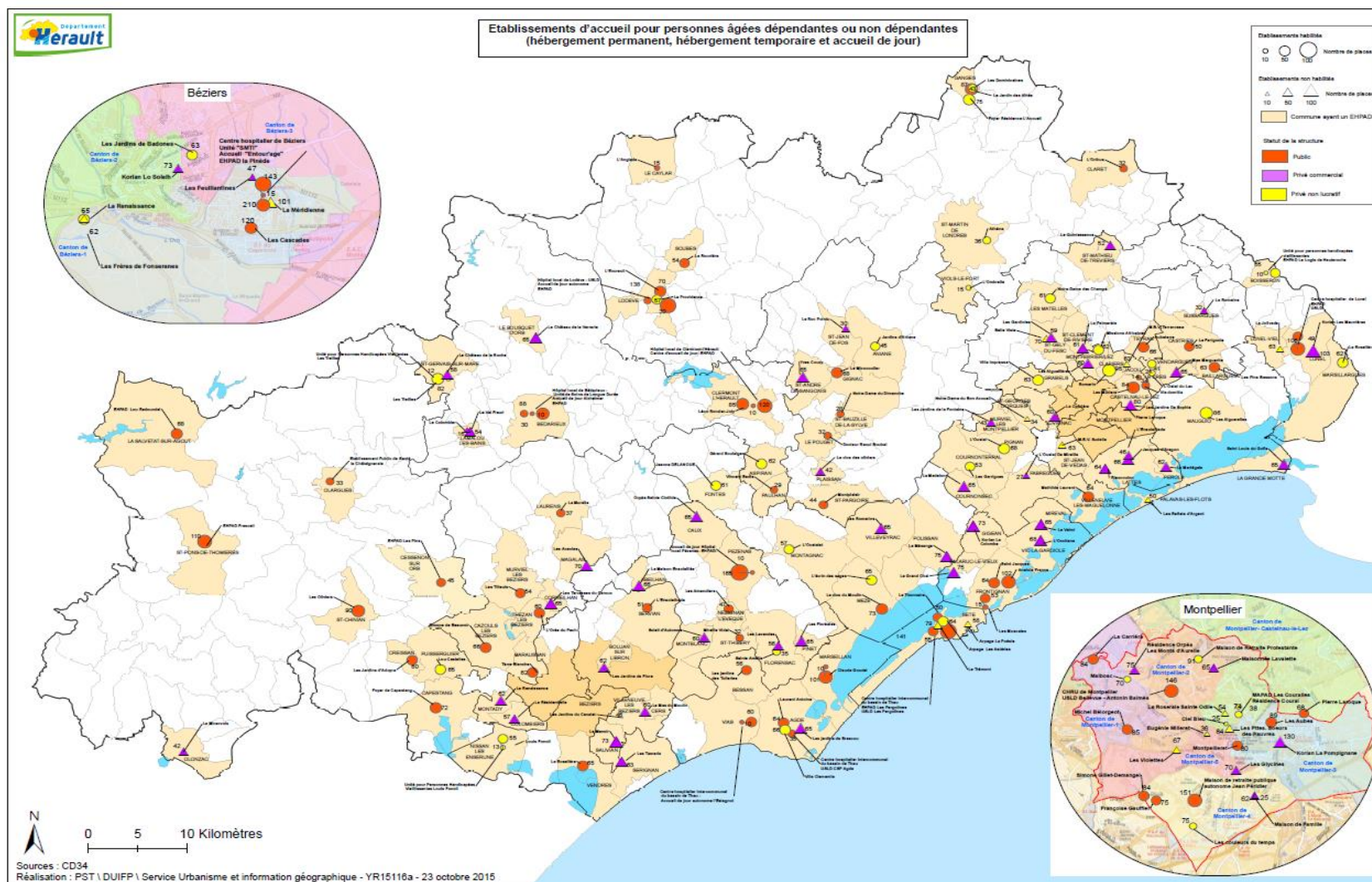
Avec 94 lits en EHPAD pour 1 000 personnes de 75 ans et plus en 2015, l'Hérault est le Département disposant du plus faible taux d'équipement parmi les départements de comparaison, excepté l'Isère. Cependant, ce taux est proche de celui de la Haute-Garonne (98,2) et de la région (99).

Places d'hébergement en établissement pour personnes âgées au 01/01/2016

Territoires des solidarités	HP	HT	AJ	Taux d'équipement global (pour 1 000 personnes 75 ans et plus)
Bédarieux	678	6	18	113
Béziers	2 534	47	66	102
Clermont l'Hérault	1 043	10	49	151
Lunel	634	15	3	74
Montpellier	3 344	67	55	106
Saint-Mathieu-de-Trévières	640	3	9	141
Saint-Pons-de-Thomières	573	3	9	126
Sète	1 284	27	40	100
Total général	10 730	178	249	108

Source : Données transmises par le Conseil départemental ; INSEE RP 2012

Le territoire de Lunel, avec 74 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus, est celui qui a le taux d'équipement en places d'hébergement pour personnes âgées le plus bas du département. A l'inverse, les territoires de Saint-Mathieu de-Trévières (141 ‰) et Clermont l'Hérault (151 ‰) sont les territoires les mieux dotés en places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus.



Source : Conseil départemental 34

La majorité des établissements pour personnes âgées sont localisés sur l'Est et le Sud du département.

Places en établissements public

	2012	2016	Evolution 2012 - 2016
HP	4 817	4 773	-0,9%
HT	55	56	1,8%
AJ	123	131	6,5%
Etablissements	76	77	1,3%

Source : Données transmises par le Conseil Départemental

Places en établissements privés

	2012	2016	Evolution 2012 - 2016
HP	5 764	5 957	3,3%
HT	107	122	14,0%
AJ	99	118	19,2%
Etablissements	106	103	-2,8%

Source : Données transmises par le Conseil Départemental

Total (public + privé)

	2012	2016	Evolution 2012 - 2016
HP	10 581	10 730	1,4%
HT	162	178	9,9%
AJ	222	249	12,2%
Etablissements	182	180	-1,1%

Source : Données transmises par le Conseil Départemental

Le nombre total de places d'hébergement permanent en établissement pour personnes âgées a augmenté de 1,4 % entre 2012 et 2016. Cette hausse est principalement le fait d'une augmentation du nombre de places en établissements privés (3,3 % sur la période). En effet le nombre de places en établissements publics a diminué de 0,9 % sur la période.

Pour ce qui est des places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour, les établissements privés connaissent une plus forte hausse de leur nombre de places (respectivement 14 % et 19,2 %) que les établissements publics (1,8 % et 6,5 %) entre 2012 et 2016.

Cependant, il y a en 2016, 3 établissements privés de moins qu'en 2012 ce qui porte le total à 103, contre 77 établissements publics.

Parmi les 182 établissements pour personnes âgées du département, 6 correspondent à des foyers logements et comptent 321 places.

Etablissements habilités à l'aide sociale en 2014

Etablissements habilités	111	61,67 %
Etablissements non habilités	69	38,33 %
Total établissements	180	100,00 %

Source : Données transmises par le Conseil départemental

En 2014, sur les 180 établissements d'accueil pour personnes âgées, 111 sont habilités à l'aide sociale soit 61,7 %.

Lits habilités à l'aide sociale en 2014

Lits habilités	6 367	58,33 %
Lits non habilités	4 549	41,67 %
Total lits	10 916	100,00 %

Source : Données transmises par le Conseil départemental

En 2014, sur les 10 916 places en établissements d'accueil pour personnes âgées, 6 367 sont habilitées à l'aide sociale soit 58,33 %.

Les EHPAD du département comptent 4 UHR qui correspondent à 49 places et 27 PASA labellisés (provisoires ou définitifs) qui correspondent à 448 places.

Evolution du nombre de demandes de dérogations d'âge pour admission en EHPAD

	2013	2014	2015	Evol. 2013/2015
Nombre	106	85	100	-5,66 %

Source : Données transmises par le Conseil départemental

Le nombre de demandes de dérogations d'âge pour admission en EHPAD est resté stable entre 2013 et 2015 (soit 100 en 2015 contre 106 en 2013).

7.2.2 Les établissements pour personnes adultes handicapées

Evolution du nombre de places entre 2012 et 2016

	2012	2016	Evolution 2012 - 2016
Foyers de vie – F ATO	600	609	1,5%
Dont accueil de jour et accueil de jour autonome	203	205	1,5%
Foyers ESAT	393	386	-1,8%
Foyers logement	248	263	6,0%
Foyers d'accueil médicalisé	492	508	3,3%
Dont accueil de jour	35	41	17,1%
Maison d'accueil spécialisée	382	431	12,8%
TOTAL	2 115	2 197	3,9%

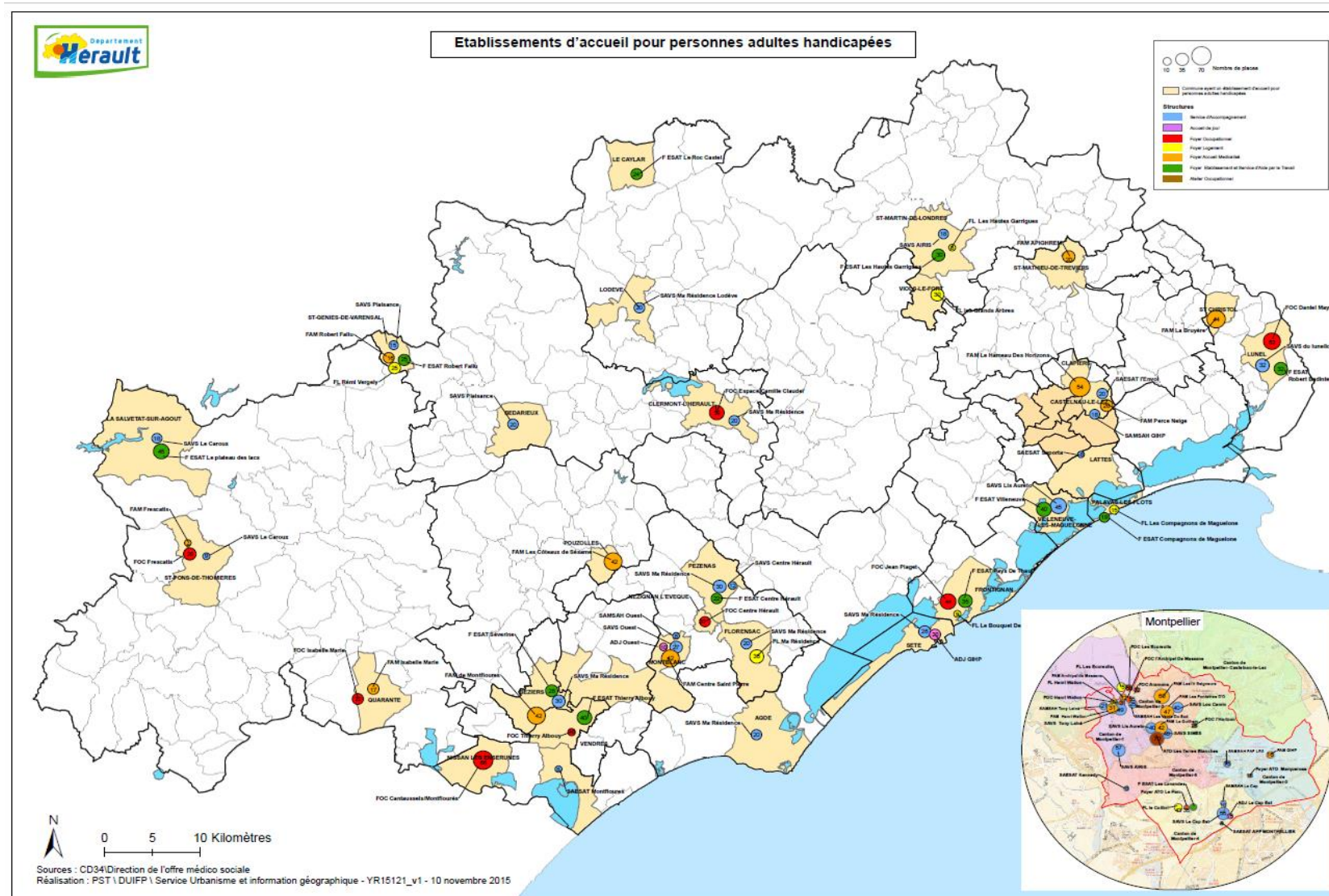
Données transmises par le Conseil départemental

* Donnée au 31 12 2015

Entre 2012 et 2016, le nombre total de places en établissements pour personnes handicapées est passé de 2 115 places à 2 197 places soit une augmentation de 3,9 %.

Ainsi, le nombre de place en MAS a augmenté de 12,8% ; le nombre de places en FAM a augmenté et 3,3 % et le nombre de places en foyers logement de 6 %. A l'inverse, il y a en 2016, 9 places en foyers ESAT de moins qu'en 2012 soit une diminution de 1,8 % liée à une adaptation de l'offre en direction soit de places de foyer de vie soit de places de foyer logement.

Il n'existe pas de structure d'accueil temporaire destinée aux personnes handicapées dans le département de l'Hérault mais 53 places sont réparties dans les différents types d'établissements.



Source : Conseil départemental 34

La majorité des établissements pour les personnes adultes handicapées sont localisés sur le biterrois et le montpelliérain.

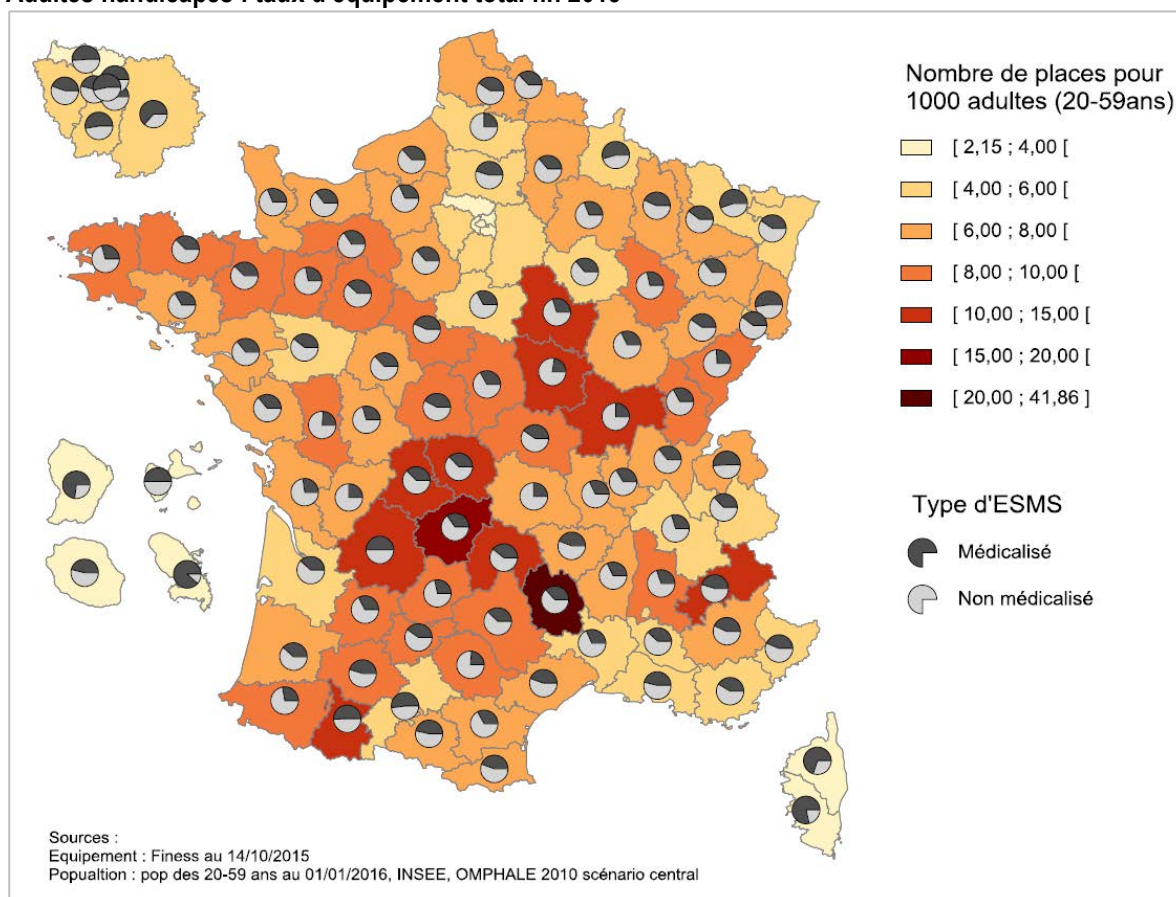
Taux d'équipement pour 1000 personnes de 20 à 59 ans au 1er janvier 2015

	Places d'accueil médicalisé	Places dans les foyers de vie
Haute-Garonne	0,7	1,3
Hérault	0,8	1,1
Ille-et-Vilaine	0,7	1,9
Isère	0,9	1,5
LR-MP	0,9	1,7
France métropolitaine	0,7	1,5

Source : Statiss 2015

En 2015, le taux d'équipement de l'Hérault en places d'accueil médicalisé pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans (0,8 ‰) est proche des taux régional et national (respectivement 0,9 ‰ et 0,7 ‰). En revanche, le taux d'équipement en places dans les foyers de vie est inférieur dans l'Hérault (1,1 ‰ contre 1,7 ‰ au niveau régional et 1,5 ‰ en France métropolitaine).

Adultes handicapés : taux d'équipement total fin 2015



Source :

CNSA – Dossier de presse « Conseil du 5 juillet 2016 »

Le département de l'Hérault compte entre 4 et 6 places (en établissement ou service pour adultes handicapés) pour 1000 adultes de 20 à 59 ans, ce qui le situe dans la fourchette basse par rapport aux autres départements métropolitains.

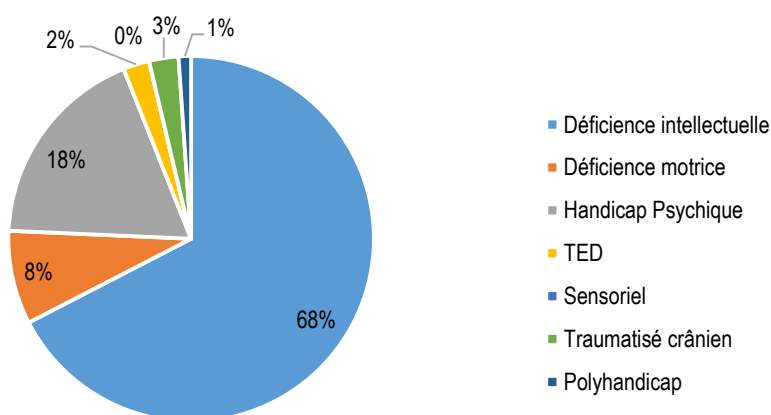
Places d'hébergement en établissement pour personnes en situation de handicap par territoire des solidarités

	FDV	ATO	Foyer ESAT	FLE	FAM	Taux d'équipement global (pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans)
Bédarieux	-	-	25	25	58,0	5,1
Béziers	96	-	90	35	84,0	3,0
Clermont l'Hérault	39	-	24	-	-	1,7
Lunel	55	-	32	17	44,0	3,2
Montpellier	255	70	105	139	279,0	3,5
Saint-Mathieu-de-Trévières	-	-	30	38	20,0	3,1
Saint-Pons-de-Thomières	50	-	45		23,0	7,7
Sète	44	-	35	9	-	1,5
Total général	539	70	386	263	508,0	3,2

Source : Données transmises par le Conseil départemental ; INSEE RP 2012

Les territoires de Bédarieux (5,1 places pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans) et de Saint-Pons-de-Thomières (7,7 places) ont les taux d'équipement en places d'hébergement pour personnes handicapées élevés du département. Avec 1,5 places pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans, le territoire de Sète est celui qui présente le plus faible taux du département.

Répartition des places en établissement de compétence départementale ou conjointe ARS par type de handicap en 2016



Source : Données transmises par le Conseil départemental

68 % des places en établissements sont destinées à des personnes présentant une déficience intellectuelle.

En 2016, le département compte 5 unités pour **personnes handicapées vieillissantes** implantées dans des EHPAD. Ces Unités comptent 76 places au total dont 66 places d'hébergement permanent, 4 places d'hébergement temporaire

et 6 places d'accueil de jour. Le Conseil départemental souhaite développer ces unités pour permettre la transition vers les dispositifs de droit commun (les EHPAD).

Un appel à projet conjoint avec l'ARS LRMP, lancé en 2015 va permettre de pérenniser ces dispositifs et de créer de nouvelles places dès 2016

Par ailleurs, les autorisations administratives des établissements et services de la compétence du Conseil départemental pourront désormais accueillir les personnes adultes handicapées jusqu'à l'âge de 65 ans (contre 60 ans auparavant).

Une étude sur le suivi des orientations en FAM/MAS a été réalisée en 2015. Certains éléments de résultats sont présentés ci-dessous. Une étude de ce type est réalisée en 2016 sur le suivi des orientations en foyer de vie.

L'analyse du suivi des orientations FAM/MAS : Les mouvements du 01/01/2015 au 31/12/2015

	Entrées				Sorties	Candidatures			
	Nombre	Age moy	Age mini	Age maxi		Nombre	Age moy	Age mini	Age maxi
FAM	40	35	19	60	29	76	38	18	55
MAS	10	35	20	62	14	57	38	18	61

Source : Données transmises par le Conseil départemental

Du 1^{er} janvier 2015 au 31 de la même année, 40 personnes sont entrées en FAM sur les 76 candidatures déposées et 29 personnes sont sorties. Dans le même temps, 10 personnes sont entrées en MAS sur les 57 candidatures et 14 sont sorties.

L'analyse du suivi des orientations FAM/MAS : Les présents au 31/12/2015

	Droits ouverts	Capacités			Présents			
		Internes	Externes	AT	Nombre	Age moy	Age mini	Age maxi
FAM	894	452	34	22	463	42	20	65
MAS	608	358	59	14	408	45	19	71

Source : Données transmises par le Conseil départemental

Au 31 décembre 2015, le département de l'Hérault compte 508 places en FAM pour 894 droits ouverts et 431 places en MAS pour 608 droits ouverts. L'ensemble des places sont occupées. L'âge moyen des personnes présentes est de 42 ans pour les FAM et 45 ans pour les MAS.

Maintien temporaire de jeunes adultes de plus de 20 ans en établissements d'éducation spéciale entre 2012 et 2015

	2012	2013	2014	2015
prolongation en IEM> 20 ans	6	12	10	7
prolongation en IME> 20 ans	41	62	79	93
prolongation en EEAP> 20 ans	1	5	3	
Total	48	79	92	100

Source : Données transmises par le Conseil départemental

En 2015, 100 jeunes adultes ont bénéficié du dispositif de maintien temporaire en établissement que permet l'amendement Creton. Le nombre de maintien temporaire a plus que doublé depuis 2012. La majorité des prolongations (93 %) s'est faite en IME en 2015.

La **commission des situations critiques** a été mise en place en janvier 2014 dans l'Hérault. Une situation est qualifiée de critique quand la complexité de la prise en charge peut entraîner des ruptures de parcours (retour en famille, exclusion ou non admission en établissement ...) et lorsque l'intégrité, la sécurité de la personne et/ou de sa famille sont mises en cause.

Cette commission comprend la MDPH, l'ARS, le Conseil départemental, la CPAM, le service social du CHRU, l'Education nationale et le président de la CDAPH.

Si aucune solution n'est identifiée au niveau départemental, la situation est transmise au niveau régional à l'ARS et si aucune solution n'est trouvée au niveau régional, la situation est remontée au niveau national à la CNSA.

En 2015, la commission des situations critiques s'est réunie 13 fois (contre 11 réunions en 2014) et a examiné 58 situations (contre 46 en 2014) dont 49 situations qualifiées de « critiques ».

Parmi ces 49 situations, 4 concernaient des adultes et 45 des enfants (dont 10 qui bénéficient également d'un suivi par l'ASE).

32 situations ont été résolues de façon pérenne et 4 de façon provisoire. 11 situations n'ont pas été résolues et 1 situation a été remontée au niveau régional.

43 % de ces situations concernent une personne avec un handicap mental et 37 % des personnes autistes.



7.3 Les attentes des usagers et des professionnels

Les usagers et les professionnels rencontrés ont mis en avant plusieurs enjeux en ce qui concerne l'accompagnement des personnes handicapées et des personnes âgées en établissement, notamment :

- ✓ La poursuite du développement de réponses pour les personnes handicapées vieillissantes
- ✓ Une amélioration des modalités d'accompagnement lors de la transition enfant / adulte handicapés
- ✓ Le développement de places en structures adultes pour diminuer le nombre de jeunes en aménagement Creton
- ✓ Le renforcement du décloisonnement entre le domicile, l'accueil familial et les établissements
- ✓ Le développement d'une souplesse administrative permettant le passage d'un dispositif à l'autre
- ✓ Le maintien des modalités d'accompagnement lors de la transition enfants / adultes pour les personnes autistes
- ✓ La consolidation des évaluations externes dans une logique de démarche qualité

7.4 Ce qu'il faut retenir

Les besoins exprimés par rapport **aux établissements pour personnes âgées** concernent principalement le manque de places sur la métropole de Montpellier et pour l'ensemble du territoire, un manque de places en secteur protégé.

Bien que les taux d'équipement en établissements et services accueillant des personnes handicapées soient proches des taux d'équipement régional et national, **les professionnels soulignent un manque important de places en structures pour adultes handicapés**. L'étude sur le suivi des orientations en FAM et en MAS met en évidence des besoins importants. Des manques sont également exprimés concernant l'accompagnement des personnes autistes et des personnes handicapées psychiques. Par ailleurs, l'absence de structure d'hébergement temporaire dédiée implique d'orienter des personnes handicapées vers des structures hors département.

Des unités de vie pour **personnes handicapées vieillissantes** ont été développées sur le département. Toutefois, le nombre actuel de places (76) ne semble pas suffisant pour répondre à l'enjeu du vieillissement des personnes handicapées. L'appel à projet lancé en 2015 permettra la création de places nouvelles courant 2016. De plus, il semble nécessaire de mener une réflexion sur la diversification des réponses à apporter à ce public spécifique.

La situation globale de l'offre pour les personnes adultes handicapées se traduit par une augmentation du nombre de jeunes maintenus en aménagement Creton dans des structures pour enfants handicapés.



Chapitre 2 : Orientations et fiches actions

A l'issue de la phase d'état des lieux, six thématiques ont été retenues par le comité de pilotage en juillet 2016. Six groupes de travail se sont mis en place durant le mois de septembre 2016 afin de répondre aux enjeux majeurs auxquels la collectivité départementale et l'ensemble des partenaires engagés sur ce schéma devront répondre dans les prochaines années.

Ces groupes de travail ont abouti à la définition d'orientations générales et à l'élaboration de fiches qui ont été présentées au comité technique et au comité de pilotage.

A partir de ce travail de réflexion collective et partenariale, 7 axes d'orientation stratégique ont été identifiés :

- ❖ Axe 1 : Améliorer la communication et l'information sur les dispositifs et les aides à destination des personnes handicapées ou âgées, de leurs aidants et des intervenants
- ❖ Axe 2 : Développer et renforcer la prévention en des personnes âgées et des personnes handicapées pour éviter les risques de rupture / la dégradation des situations
- ❖ Axe 3 : Faire évoluer l'offre d'accueil et d'accompagnement pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées et des personnes handicapées
- ❖ Axe 4 : Favoriser la mutualisation, la coordination et le travail en réseau entre intervenants afin de fluidifier le parcours des personnes handicapées ou âgées
- ❖ Axe 5 : Permettre le maintien à domicile via le développement d'une offre adaptée et des accompagnements de qualité
- ❖ Axe 6 : Préserver l'autonomie des personnes en favorisant leur vie sociale et dans la société
- ❖ Axe 7 : Piloter la mise en œuvre du schéma

Ces différents axes sont déclinés en fiches qui rappellent les enjeux et décrivent de manière opérationnelle les actions à réaliser sur la période de mise en œuvre du schéma de l'autonomie.



Axe 1 : Améliorer la communication et l'information sur les dispositifs et les aides à destination des personnes handicapées ou âgées, de leurs aidants et des intervenants

Le champ de l'autonomie se caractérise par une diversité des dispositifs et aides existants mais également par une multiplicité des acteurs intervenant auprès des personnes âgées et des personnes handicapées (aussi bien du champ social, médico-social que sanitaire). Ainsi, des enjeux forts existent autour de la lisibilité de ces dispositifs et aides aussi bien pour les personnes handicapées ou âgées elles-mêmes que pour leurs aidants et les intervenants. L'accès à l'information est indispensable pour permettre un accès aux droits des personnes âgées et des personnes handicapées. L'accès à une information complète et de qualité permet également aux personnes de s'orienter vers les dispositifs/aides les mieux adaptés à leur situation.

Cet accès à l'information peut être favorisé par la création / le développement d'outils de communication et d'information mais également par la formalisation de lieux d'accueil, d'écoute et d'information dédiés aux personnes âgées et aux personnes handicapées situés en territoire. Ces lieux en proximité sont indispensables pour permettre un accès effectif à l'information. Les professionnels de santé de premier niveau (médecins généralistes, infirmiers libéraux notamment) qui interviennent régulièrement auprès des personnes âgées ou handicapées sont également des acteurs susceptibles d'informer ce public. Or il apparaît qu'ils ont une connaissance souvent insuffisante du secteur médico-social.



Fiche n° 1 : Développer / renforcer les outils d'information et de communication en direction des usagers et des intervenants

Rappel de la problématique :

De nombreux acteurs interviennent dans le cadre de l'accompagnement des personnes âgées ou handicapées. En effet, il s'agit de publics dont les besoins sont multiples et recoupent à la fois les champs sociaux, sanitaires et médico-sociaux.

Cette multiplicité des accompagnements et des intervenants peut entraîner un manque de lisibilité sur les dispositifs existants et le champ d'intervention des différents interlocuteurs tant pour les intervenants, que les usagers à la recherche d'une solution d'accompagnement. Ainsi, de nombreux intervenants ne savent pas vers qui orienter les usagers lorsque ceux-ci font une demande qui dépasse leur périmètre d'action propre. Il est également constaté un manque de connaissance de la part des professionnels de santé sur les structures et dispositifs du secteur médico-social.

Il n'y a pas aujourd'hui d'outil qui recense l'ensemble des établissements et services médico sociaux, ou dispositifs en direction des personnes handicapées. Concernant les personnes âgées, les MAIA du département élaborent actuellement un répertoire ressource qui recense l'ensemble des acteurs et dispositifs existant en direction des personnes âgées (cet outil sera accessible pour les intervenants sur un portail en ligne d'ici à la fin de l'année).

Par ailleurs, les textes sont clairs sur le périmètre d'intervention des différents acteurs du domicile mais il peut exister une méconnaissance de la part des intervenants sur les actes qu'ils peuvent réaliser ou non. Parfois, des glissements de tâche peuvent exister entre des intervenants (par exemple entre les infirmières et les intervenants à domicile). Il est donc nécessaire de rappeler ce périmètre aux différents intervenants.

Par ailleurs, différents outils (existants au niveau national) sont en cours de déploiement sur le département :

- Le répertoire opérationnel des ressources (ROR) dont la mise en place est portée par l'ARS est le référentiel de description des ressources sanitaires, médico-sociales et sociales du territoire. C'est un outil destiné à aider les intervenants à connaître l'offre disponible afin d'améliorer le parcours du patient.
- ViaTrajectoire est un outil d'aide à l'orientation en structures sanitaires (SSR, HAD) ou en structure médico-sociales (Ehpad, Ehpa). Le déploiement de cet outil est également porté par l'ARS
- SARAH est un outil qui permet de prendre connaissance des disponibilités de place en établissement pour personnes handicapées. Cet outil est en cours de déploiement par le Conseil départemental.

Public(s) visé(s) :

- Les personnes âgées, les personnes handicapées et leur entourage
- Les acteurs intervenant auprès des personnes âgées et des personnes handicapées (des secteurs social, médico-social et sanitaire)

Objectifs et résultats attendus :

- Faire connaître aux intervenants et aux usagers les dispositifs existants
- Présenter et clarifier les périmètres d'interventions des différents intervenants
- S'appuyer sur la structure MDA pour faciliter les échanges et la communication entre les acteurs avec des outils partagés d'information et d'orientation



Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Développer des outils favorisant l'accès à l'information pour les intervenants et les usagers	
Sous-action 1	Mettre en place un répertoire ressource sur le secteur des personnes handicapées sur le modèle de celui mis en place par les MAIA sur le volet personnes âgées.
Sous-action 2	Faire évoluer les sites internet des différents acteurs (exemple : Conseil départemental) pour permettre un accès facile et complet pour les usagers. <i>Par exemple proposer des outils de lecture adaptés pour les personnes ayant un handicap.</i>
ACTION 2 : Clarifier les périmètres d'intervention des différents acteurs	
Sous-action 1	Créer un référentiel des missions et périmètres d'actions des différents acteurs intervenant à domicile pour faire connaître les missions et limites de chaque intervenant. - Associer des différents représentants des différents acteurs intervenant au domicile à l'élaboration de ce référentiel (SAAD, professionnels de santé libéraux, SSIAD, SAVS, SAMSAH, etc.)
Sous-action 2	Annexer ce référentiel aux plans d'aide APA et PCH
ACTION 3 : Mettre en place des réunions d'information en direction des acteurs du champ de l'autonomie organisées par le Conseil départemental	
Sous-action 1	Développer les réunions d'information et les rencontres des intervenants en intégrant tous les acteurs (ESMS du secteur PA et PH, SAAD, etc.) pour permettre aux acteurs de se connaître et d'identifier leurs contraintes respectives dans leurs modalités d'intervention.
ACTION 4 : Accompagner le déploiement de nouveaux outils permettant une meilleure connaissance de l'offre en établissements et services (du secteur médico-social et/ou sanitaire)	
Sous-action 1	Accompagner le déploiement du ROR
Sous-action 2	Faire connaître le dispositif Via trajectoire et accompagner sa montée en charge et son déploiement au secteur médico-social (sur le secteur PA)
Sous-action 3	Faire connaître le dispositif SARA et accompagner sa montée en charge et son déploiement (sur le secteur PH)

Point de vigilance :

- L'actualisation régulière des outils et support d'information
- Ne pas démultiplier les outils et favoriser la consolidation et l'interopérabilité de ceux existant.

Indicateurs d'évaluation mesurant la mise en œuvre opérationnelle de l'action :

- Mise en place du référentiel ressources pour les personnes handicapées et nombre de consultations par les intervenants
- Evolution du niveau de fréquentation du site internet du Conseil départemental
- Elaboration du référentiel des missions et périmètres d'intervention pour les acteurs intervenant à domicile
- Nombres de réunions d'informations organisées
- Mise en place du ROR
- Mise en place de Via trajectoire et nombre de structures utilisant l'outil
- Mise en place de SARA et nombre de structures utilisant l'outil

Pilote / co-pilote(s) : Conseil départemental (MDA) et ARS

Acteurs et partenaires associés :

Etablissements et services intervenant auprès des PA et des PH (des secteurs social, sanitaire et médico-social), associations d'usagers, CLIC, professionnels de santé libéraux, etc.



Fiche n° 2 : Permettre une écoute, un accueil et une information de proximité et de qualité

Rappel de la problématique :

Actuellement en matière d'accueil et d'information, il existe des services décentralisés du Conseil départemental en direction des personnes âgées : les UTAG (unités territoriales d'action gérontologique). Ainsi 12 lieux d'accueil du public sont implantés sur le département (antennes, sièges et permanences). Concernant, les personnes handicapées il n'existe pas actuellement de service décentralisé dédié en matière d'accueil et d'information (excepté l'antenne de la MDPH à Béziers). 6 points d'accueil territorialisés rattachés à des UTAG sont présents dans le département et s'adressent aux personnes adultes handicapées pour le retrait de formulaires de demandes et les renseignements sur les principales étapes de traitement d'une demande en cours. La fréquentation de ces points d'accueil territorialisés est très faible (notamment du fait d'un problème de lisibilité pour l'utilisateur qui a des difficultés à faire le lien entre la MDPH et les UTAG). Ainsi, il semble que la problématique de l'accueil et de l'information en proximité est plus marquée concernant les personnes handicapées. Néanmoins, il apparaît que des besoins existent aussi au niveau des personnes âgées (enjeux d'amélioration de la lisibilité sur les dispositifs et aides existants, du renforcement de la proximité, etc.).

Par ailleurs, des manques importants sont identifiés en matière d'aide au remplissage de dossiers de demande d'aide (aides en direction des personnes âgées, demandes déposées auprès de la MDPH).

Enfin, des manques sont également identifiés en matière d'aide à la formulation du projet de vie des personnes âgées et des personnes handicapées. Cette aide à la formulation du projet de vie nécessite du temps dont les différents acteurs ne disposent pas toujours (MDPH, UTAG, etc.). L'enjeu est d'identifier les besoins de la personne au-delà des demandes qu'elle peut exprimer. Une fois les besoins identifiés, l'intervenant peut orienter la personne vers les bons interlocuteurs.

Public(s) visé(s) :

- Les personnes âgées, les personnes handicapées et leur entourage

Objectifs et résultats attendus :

- Mettre en place des lieux d'écoute, d'accueil et d'information uniques destinés aux personnes âgées et aux personnes handicapées afin de :
 - o faciliter l'accès à l'information pour les personnes âgées, les personnes handicapées et leur entourage ;
 - o développer les relais d'accueil et d'information de proximité, notamment pour les personnes handicapées ;
- S'appuyer sur les services en territoire et sur la MDA pour assurer une action d'écoute et d'information en proximité
- Apporter une information précise et de qualité aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à leurs familles en fonction de leur(s) problématique(s)

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Favoriser la mise en place de lieux uniques d'écoute, d'accueil et d'information sous la forme de maisons départementales de l'autonomie	
Sous-action 1	Définir l'échelle territoriale de ces maisons de l'autonomie en lien avec les futurs territoires des agences départementales de solidarité
Sous-action 2	Ouvrir ces lieux à des partenaires du Conseil départemental (mutualisation de locaux, mise à disposition de bureaux pour la réalisation de permanences, etc.)
Sous-action 3	Mettre en place des permanences réalisées par des personnes ressources/expertes (exemple : associations spécialisées)

Sous-action 4	Intégrer dans les missions des maisons de l'autonomie la mission d'aide au remplissage des dossiers de demande
ACTION 2 : S'appuyer davantage sur les acteurs en territoire (SAAD, SAVS, SAMSAH, SSIAD, établissements) pour assurer une écoute et une information des usagers de proximité (sur le modèle des guichets intégrés MAIA pour les personnes âgées)	
Sous-action 1	Mettre en place des temps d'échange entre les maisons de l'autonomie et les acteurs en territoire pour s'assurer du bon niveau d'information de tous les acteurs (dans un contexte d'évolution régulier du cadre réglementaire et législatif)
Sous-action 2	Prévoir des temps d'information communs associant l'ensemble des intervenants en territoire ayant un rôle en matière d'accueil et d'information des personnes âgées et des personnes handicapées <i>A noter : L'importance du portage d'un discours commun / d'une culture partagée par les différents acteurs (y compris acteurs institutionnels et politiques).</i>
Sous-action 3	Affirmer le rôle des SAVS et des SAMSAH dans l'aide à la formulation du projet de vie
ACTION 3 : Mettre en place des personnes ressources spécialisées sur des problématiques, pathologies ou des types de handicap que les acteurs réalisant de l'accueil et de l'information pourraient solliciter en cas de besoin	
Sous-action 1	Etablir une liste de ces personnes ressources et la diffuser auprès des différents acteurs ayant des missions d'accueil et d'information des personnes âgées et des personnes handicapées <i>A noter : Ces personnes ressources pourraient être identifiées dans différentes structures (MDPH, associations, etc.)</i>
ACTION 4 : Faire évoluer les modalités d'accueil grâce aux nouvelles technologies	
Sous-action 1	Identifier la possibilité de développer des accueils en visioconférence au sein des maisons de l'autonomie pour certains publics (exemple : personnes sourdes et malentendantes pour permettre de réaliser un entretien avec une personne formée en LSF)
Sous-action 2	Développer un portail usager afin de faciliter les échanges de documents et d'informations.

Point de vigilance :

L'articulation et la cohérence des actions mentionnées ci-dessus avec la réorganisation des services de la solidarité du Conseil départemental.

Indicateurs d'évaluation mesurant la mise en œuvre opérationnelle de l'action :

- La mise en place des MDA
- Nombre de permanences mise en place par des personnes ressources/expertes au sein des maisons de l'autonomie / Nombre de personnes accueillies dans le cadre de ces permanences
- Nombre de temps d'échange mis en place entre les maisons de l'autonomie et les acteurs en territoire
- Nombre de temps d'information communs associant l'ensemble des intervenants en territoire ayant un rôle en matière d'accueil et d'information des personnes âgées et des personnes handicapées
- L'élaboration de la liste des personnes ressources
- La mise en place d'accueils en territoire en visioconférence / Nombre de personnes ayant bénéficié de l'accueil en visioconférence

Pilote / co-pilote(s) : Conseil départemental (MDA)

Acteurs et partenaires associés :

La MDPH, les services sociaux départementaux du Conseil départemental, les services sociaux hospitaliers, les CCAS / les communes, les associations, les ESSMS (y compris SAAD)



Fiche n° 3 : Renforcer la sensibilisation et la formation des professionnels de santé autour de leur connaissance du secteur médico-social

Rappel de la problématique :

Les personnes âgées et les personnes handicapées ont besoin d'informations pour pouvoir bénéficier des prestations et services qui leur sont destinés. Il apparaît que les professionnels de santé de premier niveau (médecins généralistes notamment) ont une connaissance souvent insuffisante du secteur médico-social.

Des outils existent, tant en matière d'accompagnement des personnes âgées que des personnes handicapées. Il s'agit ici d'améliorer la connaissance des professionnels de santé afin qu'au-delà des réponses à des questions précises ils soient en mesure d'orienter les personnes vers les dispositifs adaptés aux besoins de la personne.

Les professionnels de santé sont familiers du suivi des personnes âgées, il est nécessaire pour eux de leur apporter de l'information sur les modalités de prise en charge, de coordination autour de la personne âgée dépendante et de la collaboration avec le milieu hospitalier. Ils connaissent souvent moins bien le sujet du handicap pour lequel il est important, en plus d'une information de base, de leur indiquer des relais pour leur permettre de répondre aux besoins divers liés aux différents types de handicap.

Public(s) visé(s) :

- Professionnels de santé en charge des soins de santé primaire : Médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, ...

Objectifs et résultats attendus :

- Débuter des mesures d'accompagnement / de prise en charge le plus précocement possible
- Rendre accessibles aux personnes âgées et aux personnes handicapées (établissements, services, prestations) les réponses adaptées à leurs besoins

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Développer des actions d'information et de sensibilisation en direction des professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, infirmières, etc.) pour renforcer leur connaissance du secteur médico-social	
Sous-action 1	Mettre en place des temps d'information et de sensibilisation via les associations qui gèrent la formation continue des professionnels de santé libéraux portant notamment sur les aides et les modes d'accompagnement spécifiques pour les personnes âgées et les personnes handicapées
Sous-action 2	Mettre en place des actions d'information au travers de la presse professionnelle
ACTION 2 : Renforcer la formation initiale des professionnels de santé en matière de handicap (via l'ordre, les URPS, l'IFSI) : médecins, infirmières, kinésithérapeutes, podologue, diététiciens, etc.	
Sous-action 1	Effectuer des démarches auprès des lieux de formation initiale des professionnels de santé afin d'intégrer la problématique des réponses concrètes aux situations de handicap aux programmes de formation initiale. La formation devrait pouvoir inclure les actes techniques ainsi que les éléments d'environnement médico-sociaux (réglementation, modalités d'accès au droit, ...).

Point de vigilance :

Indicateurs d'évaluation mesurant la mise en œuvre opérationnelle de l'action :

- Evolution des programmes de formation initiale à destination des professionnels de santé
- Réalisation d'actions d'information et de sensibilisation dans le cadre de la formation continue / Nombre de participants à ces actions
- Publications dans la presse spécialisée



Pilote / co-pilote(s) : CPAM et MDPH

Acteurs et partenaires associés :

ARS, Conseil départemental, URPS, ordres, professionnels de santé libéraux, IFSI, Maisons de santé pluridisciplinaires



Axe 2 : Développer et renforcer la prévention en direction des personnes âgées et des personnes handicapées pour éviter les risques de rupture/la dégradation des situations

La prévention en direction des personnes âgées et des personnes handicapées permet de retarder ou limiter la perte d'autonomie (et éviter ainsi la dégradation de situations). Cet axe de la prévention en direction des personnes âgées est porté au niveau national via le plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie et est aujourd'hui décliné au niveau départemental par la mise en place de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA). Le renforcement de la prévention pourra donc être réalisé via la mise en œuvre du programme coordonné d'actions qui sera adopté par la CFPPA. La prévention doit également être renforcée en direction des personnes handicapées.

Par ailleurs, les personnes âgées et les personnes handicapées isolées en risque de fragilités sont des personnes qui ne sont pas toujours repérées par les acteurs du champ de l'autonomie. Or, le repérage le plus précocement possible de ces personnes permet d'éviter des situations de ruptures et la dégradation des situations. Il convient donc d'améliorer le repérage de ce public notamment via une mobilisation de l'ensemble des acteurs et au développement d'outils.



Fiche n° 4 : Améliorer le repérage des personnes âgées et des personnes handicapées isolées

Rappel de la problématique :

Depuis 2003, les municipalités doivent tenir un registre recensant les personnes isolées vulnérables pour lesquelles une vigilance accrue est nécessaire. Cette vigilance s'applique notamment en période de forte chaleur avec le plan Bleu. Pour autant, il s'agit d'une inscription volontaire et l'usager est libre de se faire, ou non, connaître de la mairie. Or, certaines personnes très isolées ne font pas cette démarche, le voisinage joue alors un rôle très important dans la détection de situations à risque. Les services publics (hôpitaux, pompiers, etc.) jouent également un rôle de donneur d'alerte. Il apparaît que les situations d'isolement sont souvent identifiées dans le cadre d'urgences / lors d'hospitalisations.

Il est important que tous les acteurs au contact de l'usager aient ce rôle de veille et de repérage des situations à risques.

Il existe un besoin d'information des intervenants sur les parcours et interlocuteurs possibles suite à un repérage.

Sur le territoire de l'Est Héraultais, un service expérimental « PFS 34 » (prévention fragilité senior) va se mettre en place, ce service composé de 2 ergothérapeutes rattachés à des SSIAD du territoire aura pour mission d'intervenir auprès de personnes âgées et/ou de leurs aidants repérés comme « fragile ». Ce service pourra être sollicité par des intervenants de SAAD, de SSIAD, les médecins traitants, les CCAS, etc.

Par ailleurs, une étude action facilitant le repérage des aidants et de leurs besoins a été menée en 2016 dans le cadre de la conférence des financeurs de prévention de la perte d'autonomie (CFPPA). Un groupe de travail a été mis en place pour élaborer un guide méthodologique d'aide au repérage des aidants de personnes âgées et à l'évaluation de leurs besoins. Les travaux de ce groupe ne sont pas aboutis, des outils restent encore à élaborer pour permettre aux acteurs de terrain d'exercer cette fonction de repérage (exemple : création d'un outil d'alerte permettant de repérer des risques de fragilité chez l'aidant d'une personne âgée).

Public(s) visé(s) :

Personnes âgées et personnes handicapées isolées en risque de fragilité

Objectifs et résultats attendus :

- Permettre le repérage le plus précoce possible des personnes âgées et des personnes handicapées en risque de fragilité pour éviter des situations critiques / des situations de rupture
- Sensibiliser l'ensemble des acteurs susceptibles d'intervenir auprès des personnes âgées et des personnes handicapées à cette nécessité du repérage et de la remontée d'information

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Intégrer l'ensemble des intervenants dans le dispositif de repérage	
Sous-action 1	Recenser les acteurs susceptibles de participer à cette fonction de repérage (professionnel de santé médicaux et paramédicaux, SAAD, etc.)
Sous-action 2	Sensibiliser ces acteurs sur leur rôle en matière de repérage
Sous-action 3	Communiquer auprès de ces acteurs sur les modalités de remontée des informations (cf. action 2 de cette fiche)
ACTION 2 : Travailler à la centralisation et à un circuit des remontées de terrain au niveau du Conseil départemental et de la MDA	
Sous-action 1	Mettre en place un groupe de travail (avec des représentants de différents acteurs intervenant sur le champ de l'autonomie) afin de définir les modalités de centralisation des informations et le circuit des remontées de terrain
Sous-action 2	Communiquer largement sur les résultats des travaux menés par ce groupe de travail

ACTION 3 : Adapter et développer l'usage de la grille d'évaluation ANESM de repérage des fragilités mise en place originellement pour les PA et les aidants.

Sous-action 1	Identifier dans le cadre d'un groupe de travail les adaptations à apporter à cette grille pour l'évaluation de situations concernant des personnes handicapées Identifier si ce travail n'a pas déjà été réalisé dans d'autres départements / régions
Sous-action 2	Sensibiliser les services intervenant à domicile à l'utilisation de cette grille d'évaluation pour les PA, les PH et leurs aidants

ACTION 4 : Analyser les résultats de l'expérimentation du dispositif PFS 34 pour identifier la pertinence de le dupliquer en lien avec les services d'action sociale du département

Sous-action 1	Se baser sur les résultats de l'expérimentation pour identifier la pertinence de dupliquer le dispositif
---------------	--

ACTION 5 : Poursuivre les travaux entrepris dans la cadre de l'étude action sur le repérage des aidants dans le cadre de la CFPPA

Sous-action 1	Mettre en place un groupe de travail pour élaborer l'outil d'alerte permettant de repérer des risques de fragilité chez l'aidant d'une personne âgée
---------------	--

Point de vigilance :

Indicateurs d'évaluation mesurant la mise en œuvre opérationnelle de l'action :

- Campagnes de sensibilisation réalisée en direction des acteurs du champ de l'autonomie
- Définition des modalités de centralisation et d'un circuit des remontées de terrain
- Elaboration d'une grille de repérage des fragilités pour les PH
- Nombre de SAAD utilisant les grilles de repérage de la fragilité
- Résultats de l'expérimentation de PFS 34
- Création de l'outil d'alerte

Pilote / co-pilote(s) : Conseil départemental

Acteurs et partenaires associés :

MDPH, membres de la CFPPA, services sociaux du Conseil départemental, professionnels de santé libéraux médicaux et para médicaux, association de représentant d'usagers, SAAD, etc.



Fiche n° 5 : Renforcer la prévention en direction des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs aidants

Rappel de la problématique :

Un nombre important d'actions de prévention a été mis en place, en particulier en direction des personnes âgées et de leurs aidants (ce qui est favorisé par la couverture intégrale du territoire en dispositifs CLIC). Cependant, des difficultés importantes sont constatées par les acteurs pour mobiliser les personnes âgées et les aidants sur ces actions de prévention (par exemple du fait de problématiques de mobilité, de transport).

Les intervenants se heurtent également fréquemment à une difficulté importante relative au manque de sensibilisation et d'anticipation : quand les personnes ne rencontrent pas de difficultés immédiates, elles ne cherchent pas à s'informer. Les médecins traitants s'avèrent relativement difficiles à mobiliser comme relais d'information de sensibilisation. Il est à noter que différents intervenants peuvent être associés à la prévention (professionnels de santé, SAAD, etc.).

Par ailleurs, des difficultés dans le repérage des publics qui pourraient bénéficier des actions de prévention (notamment les personnes âgées et les personnes handicapées isolées ou encore les aidants) sont constatées. Ce repérage peut être amélioré.

Le dispositif APIBus est développé sur un territoire. Un bus se déplace dans les communes pour mener des actions de prévention en direction des personnes âgées. Le bus contient des places pour véhiculer les personnes. Les actions de préventions sont mises en place en lien avec les communes.

Public(s) visé(s) :

- Les personnes âgées, les personnes handicapées et leurs proches.

Objectifs et résultats attendus :

- Renforcer les actions de prévention en direction des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs aidants pour éviter des dégradations de situations ou des situations de rupture

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Poursuivre le déploiement des compétences de la CFPPA conformément au programme coordonné d'actions	
Sous-action 1	Elaborer un programme d'actions coordonnées de prévention de la perte d'autonomie
ACTION 2 : Sensibiliser les acteurs intervenant à domicile pour qu'ils intègrent dans le cadre de leurs interventions un volet prévention	
Sous-action 1	Organiser des temps d'information auprès de ces acteurs sur les actions existante (dans le cadre de la CFPPA par exemple sur le volet personnes âgées) Présenter aux intervenants à domicile l'ensemble des dispositifs de prévention existants en direction des aidants (dispositifs de répit, etc.)
ACTION 3 : Mener des campagnes d'information de sensibilisation sur la dépendance par le Conseil départemental	
Sous-action 1	Identifier les sujets sur lesquels communiquer Favoriser une culture de la prévention auprès du grand public et de l'ensemble des acteurs concernés afin que la prévention devienne l'affaire de tous (accompagner le changement vers des comportements favorisant la préservation de l'autonomie.
Sous-action 2	Définir les supports (affiches, flyers, prospectus, support internet, etc.) et les modes de diffusion de ces supports (envoi par courrier, transmission par les intervenants à domicile, lieux d'accueil et d'information, etc.)
ACTION 4 : Valoriser les initiatives de proximité et développer les actions de prévention en direction des PA et des PH	
Sous-action 1	Assurer une communication sur ces dispositifs auprès des acteurs publics, privés, des particuliers

Point de vigilance :

Proposer une offre qui couvre l'ensemble du territoire départemental et notamment s'attacher à développer des réponses adaptées en matière de prévention en milieu rural.

Indicateurs d'évaluation mesurant la mise en œuvre opérationnelle de l'action :

- Bilan d'activité de la CFPPA
- Nombre d'actions de formation en direction des intervenants à domicile
- Nombre de campagnes de sensibilisation sur le thème de la dépendance en direction du grand public
- Réalité de la mise en place d'initiatives (exemple APIBus) et couverture du territoire départemental

Pilote / co-pilote(s) : Conseil départemental**Acteurs et partenaires associés :**

Membres de la CFPPA, SAAD, services sociaux du département, CLIC, associations d'usagers, communes, intervenants à domicile, etc.



Axe 3 : Faire évoluer l'offre d'accueil et d'accompagnement pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées et des personnes handicapées

Les besoins d'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées ont évolué dans le temps. Il est donc nécessaire de faire évoluer l'offre pour qu'elle réponde au mieux aux besoins et aux attentes de ce public. L'adaptation de l'offre aux besoins peut se traduire par le développement d'une plus grande souplesse par exemple pour passer d'un dispositif à un autre ou bien pour bénéficier de différents modes d'accompagnement simultanément. L'adaptation de l'offre peut également se traduire par la création de nouvelles places (notamment pour les personnes adultes handicapées) pour répondre aux besoins actuellement non couverts. En effet, dans l'Hérault le nombre de jeunes en aménagement Creton est important. Le nombre de personnes adultes handicapées qui ne peuvent donner suite à leur orientation faute de places disponibles est également élevé. Le développement du nombre de places permettrait de fluidifier les parcours des personnes handicapées.

L'accueil familial est également une solution d'accueil et d'accompagnement qu'il convient de faire connaître, de développer et de faire évoluer.

Par ailleurs, certains publics présentent des problématiques ou des profils spécifiques et qui nécessitent des modes d'accompagnement adaptés (exemples : personnes handicapées vieillissantes, personnes avec des troubles du spectre autistique, personnes avec des troubles psychiques, personnes avec des addictions, personnes SDF ou en situation de précarité, etc.). Il est nécessaire aujourd'hui de développer des dispositifs d'accompagnement adaptés mais également de soutenir les professionnels autour de l'accompagnement de ces publics.



Fiche n° 6 : Développer la souplesse dans les modes de prise en charge pour mieux répondre aux attentes et aux besoins des personnes handicapées

Rappel de la problématique :

Les besoins d'accompagnement et de prise en charge des personnes handicapées peuvent varier d'une période à une autre. Pour bénéficier d'un mode d'accompagnement les personnes handicapées doivent bénéficier au préalable d'une orientation de la CDAPH. Le cadre réglementaire complexifie le passage d'un mode d'accompagnement à une autre. Actuellement, si les besoins d'une personne handicapée évoluent, la plupart du temps, elle doit changer de structure pour bénéficier d'un accompagnement adapté à son besoin.

Par ailleurs, le cadre actuel ne permet pas l'intervention de services (SAVS, SAMSAH) dans les établissements. Ces services sont uniquement autorisés à n'intervenir auprès de personnes vivant à domicile. Or, parfois l'intervention de services, notamment de services médicalisés (type SAMSAH ou SSIAD) permettrait de répondre à des besoins ponctuels de certaines personnes handicapées accueillies en établissement.

Par ailleurs, parmi les personnes accueillies en foyer d'hébergement / en foyer logement éclaté (FLE), certaines personnes ne peuvent être à temps plein en ESAT et nécessitent des temps d'accompagnement en journée. Les sections annexes d'ESAT ne peuvent pas toujours répondre à ces situations. Or, les structures de type FLE, foyer d'hébergement ne disposent pas de temps dédié à l'accompagnement en journée. Le nombre de personnes concernées dans chaque structure est relativement limité. Toutefois, ces personnes sont parfois livrées à elles-mêmes durant la journée.

Public(s) visé(s) :

Les personnes handicapées vivant à domicile et en établissement

Objectifs et résultats attendus :

- Adapter au plus près des besoins des personnes handicapées les modes d'accompagnement et de prise en charge proposés au niveau des bassins de vie
- Permettre une souplesse administrative pour que les personnes handicapées puissent bénéficier de modes d'accompagnement variés
- Diversifier les modes d'accompagnement au sein d'une même structure pour éviter que la personne handicapée ait à changer de lieu si ses besoins évoluent

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Développer une souplesse dans la mise en œuvre des orientations pour permettre le cumul de différentes prises en charge / faciliter le passage d'un mode d'accompagnement à un autre	
Sous-action 1	Identifier la possibilité de cumuler d'un accompagnement par plusieurs structures d'un même bassin (exemples : accompagnement par un SAMSAH et hébergement en foyer logement éclaté, accompagnement par un FAM le jour et hébergement en FLE le soir, accompagnement par un SAVS et un accueil de jour, etc.)
Sous-action 2	Etudier la mise en place des doubles notifications (MAS/FAM, SAVS/SAMSAH) pour permettre le passage d'un mode d'accompagnement à un autre (notamment quand le gestionnaire gère les deux types de structure)
Sous-action 3	Pour des situations complexes/critiques, développer le cumul de prises en charge par différents établissements/services des secteurs sanitaire et médico-social
ACTION 2 : Diversifier les modes d'accompagnement au sein d'une même structure pour éviter à la personne de changer de lieu de vie/de service si ses besoins évoluent	
Sous-action 1	Proposer au sein d'une même structure (FLE, foyers d'hébergement, foyers de vie, FAM) des places en hébergement collectif et en appartement autonome <i>A noter : Des enjeux architecturaux importants sont identifiés</i>

Sous-action 2	Expérimenter la mise en place d'une plateforme (multi-agrément) proposant des places de foyer d'hébergement, de foyer de vie, de FAM <i>A noter : Des enjeux architecturaux importants sont identifiés</i>
Sous-action 3	Expérimenter la mise en place d'une plateforme (multi-agrément) proposant des places en SAVS, SAMSAH, SAAD (cf. Fiche n°15)
ACTION 3 : Faire évoluer les modalités d'accompagnement au sein de certaines structures de type FLE, foyers d'hébergement en y intégrant un volet accompagnement la journée	
Sous-action 1	Identifier au niveau territorial les besoins en accompagnement au sein des FLE et des foyers d'hébergement
Sous-action 2	Evaluer les possibilités de mutualiser des personnels d'accompagnement en journée entre structures sur un même territoire (les temps d'accompagnement en journée nécessaires étant relativement restreints au sein de chaque structure individuellement) <i>A noter : Ces temps d'accompagnement seraient utiles pour les jeunes adultes entrant en ESAT et les PHV</i> <i>Action complémentaire des actions de la fiche n°8, fiche n°17 et fiche n°19</i>

Point de vigilance :

Le mode de financement des structures qui proposeraient différents modes de prise en charge (dont certains financés par le Conseil départemental et d'autres cofinancés Conseil départemental/ARS).

Indicateurs d'évaluation mesurant la mise en œuvre opérationnelle de l'action :

- Nombre de doubles notifications
- Nombre de personnes cumulant différents modes d'accompagnement
- Nombre de structures proposant différents modes d'accompagnement / de prise en charge
- Nombre de personnes bénéficiant d'un accompagnement en journée dans les FLE/les foyers d'hébergement

Pilote / co-pilote(s) : Conseil départemental et ARS

Acteurs et partenaires associés :

Etablissements et services intervenant auprès des personnes handicapées, MDPH



Fiche n° 7 : Développer l'offre en établissement pour personnes adultes handicapées afin de fluidifier leur parcours

Rappel de la problématique :

Une étude sur le suivi des orientations en FAM/MAS a été réalisée en 2015. Cette étude met en évidence des besoins importants. Ainsi, du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre de la même année, 40 personnes sont entrées en FAM sur les 76 candidatures déposées et 29 personnes sont sorties. Dans le même temps, 10 personnes sont entrées en MAS sur les 57 candidatures et 14 sont sorties. Au 31 décembre 2015, le département de l'Hérault compte 508 places en FAM pour 894 droits ouverts et 431 places en MAS pour 608 droits ouverts. L'ensemble des places sont occupées. Une étude de ce type est réalisée en 2016 sur le suivi des orientations en foyer de vie.

Par ailleurs, en 2015, 100 jeunes adultes ont bénéficié du dispositif de maintien temporaire en établissement que permet l'amendement Creton. Le nombre de maintien temporaire a plus que doublé depuis 2012.

Ces données mettent en évidence le manque de places en établissements pour personnes adultes handicapées.

Public(s) visé(s) :

- Les personnes handicapées nécessitant un accompagnement en établissement pour adultes handicapés
- Les jeunes adultes maintenus dans des structures pour enfants handicapés dans le cadre de l'amendement Creton

Objectifs et résultats attendus :

- Permettre à des jeunes adultes d'accéder à une offre adaptée en structures pour adultes et libérer ainsi des places en structures pour enfants
- Désemboliser le système et fluidifier le parcours de vie des personnes handicapées

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Analyser les besoins et développer des places en structures adultes pour les jeunes en amendement Creton	
Sous-action 1	Analyser les besoins de créations de places en structures adultes à partir du profil et des orientations des jeunes adultes actuellement maintenus en structures enfants dans le cadre d'amendements Creton
Sous-action 2	Elaborer des appels à projet à partir de l'analyse des besoins
ACTION 2 : Caractériser les besoins en vue d'un renforcement de l'offre de places en établissement pour personnes adultes handicapées	
Sous-action 1	Identifier de manière précise les besoins en places de foyer de vie, FAM, MAS à partir des résultats des études sur le suivi des orientations (identification des types de handicap, des territoires)
Sous-action 2	Elaborer des appels à projet à partir des analyses des besoins

Point de vigilance :

La nécessité d'inscrire au PRIAC les projets de création de places pour les structures relevant en totalité ou en partie des compétences de l'ARS.

Indicateurs d'évaluation mesurant la mise en œuvre opérationnelle de l'action :

- Evolution du nombre de places en foyer de vie et taux d'occupation
- Evolution du nombre de places en FAM et taux d'occupation
- Evolution du nombre de places en MAS et taux d'occupation



Pilote / co-pilote(s) : Conseil départemental et ARS

Acteurs et partenaires associés :

MDPH, gestionnaires d'établissements pour personnes adultes handicapées



Fiche n° 8 : Mieux accompagner les personnes handicapées vieillissantes

Rappel de la problématique :

Des unités de vie pour personnes handicapées vieillissantes ont été développées sur le département. Ces unités sont intégrées dans des EHPAD et disposent de moyens spécifiques pour accompagner les PHV dans de bonnes conditions. Toutefois, le nombre actuel de places ne semble pas suffisant pour répondre à l'enjeu du vieillissement des personnes handicapées. D'une manière générale, les retours d'expérience sur l'accueil des personnes handicapées vieillissantes en EHPAD sont variés et contrastés (que ces EHPAD disposent ou pas d'unité dédiée aux personnes handicapées vieillissantes). Il apparaît que l'accueil en EHPAD n'est pas une solution adaptée pour l'ensemble des PHV.

De plus, la transition entre une structure pour adulte handicapé et une structure pour PHV (unités adossées à des EHPAD) doit être préparée pour qu'elle se déroule dans de bonnes conditions. Des conventions établies entre l'EHPAD et des structures du secteur du handicap (exemples : FAM, SAVS) permettent de réaliser des activités et des formations en commun. L'articulation entre les structures du secteur du handicap et les structures pour personnes âgées permet de faciliter la transition.

Public(s) visé(s) :

- Les personnes handicapées vieillissantes

Objectifs et résultats attendus :

- Diversifier les réponses apportées aux PHV
- Créer une articulation entre les services d'aide à domicile et les établissements intervenant auprès du public handicapé et les EHPAD pour garantir un accompagnement en adéquation avec les besoins des PHV

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Etudier la possibilité de développer l'accueil de PHV au sein d'établissements du secteur du handicap	
Sous-action 1	Analyser les besoins de création d'unités pour PHV en foyer d'hébergement, foyer de vie, FAM et MAS <i>A noter : ces unités auraient pour objectif d'accompagner les PHV dans la transition vers une structure d'accompagnement pour personnes âgées</i>
ACTION 2 : Etudier la pertinence de renforcer le nombre d'unités ou places dédiées PHV en EHPAD	
Sous-action 1	Développer l'accueil de personnes handicapées vieillissantes en EHPAD en unité PHV, avec des moyens en corrélation avec les besoins d'accompagnement des personnes handicapées <i>A noter : ces unités ont pour objectif d'accompagner les PHV dans la transition vers un accompagnement classique en EHPAD</i>
ACTION 3 : Développer les complémentarités entre EHPAD et structures du secteur du handicap/du secteur sanitaire pour un appui à l'accueil de PHV	
Sous-action 1	Développer les complémentarités avec un appui sur les foyers de vie en matière d'activité
Sous-action 2	Permettre l'intervention de SAVS/SAMSAH dans des EHPAD
Sous-action 3	Développer les complémentarités avec un appui sur les équipes mobiles de psychiatrie pour les personnes handicapées vieillissantes avec des troubles psychiques



Point de vigilance :

Des moyens dédiés peuvent être nécessaires pour :

- Les unités PHV créées en établissement pour personnes handicapées (en personnel soignant)
- Les unités PHV créées au sein des EHPAD (notamment en termes de ratio d'encadrement, d'animation, d'accès à la vie sociale : transport et accompagnant)

L'évolution de la file active des SAVS/SAMSAH du fait de l'élargissement de leur périmètre d'intervention.

Indicateurs d'évaluation mesurant la mise en œuvre opérationnelle de l'action :

- Nombre d'unités pour PHV en établissement pour personnes handicapées et taux d'occupation de ces unités
- Nombre d'unités pour PHV en EHPAD et taux d'occupation de ces unités
- Nombre de conventions EHPAD et SAVS/SAMSAH et nombre de PHV accueillies dans le cadre de ce partenariat
- Nombre de conventions entre EHPAD et équipes mobiles ; nombre de PHV accueillies dans le cadre de ce partenariat.

Pilote / co-pilote(s) : Conseil départemental et ARS

Acteurs et partenaires associés :

MAS, FAM, FV, Foyers d'hébergement, EHPAD, SAVS/SAMSAH, équipes mobiles de psychiatrie.



Fiche n° 9 : Faire évoluer le dispositif d'accueil familial

Rappel de la problématique :

L'accueil familial se caractérise par une grande variété des types d'accueil possibles : hébergement permanent toute la semaine ou le week-end seulement, hébergement temporaire, accueil de jour ou accueil de nuit. Il est même possible pour une famille d'accueil de réaliser uniquement des remplacements au domicile d'autres accueillants familiaux. La procédure d'agrément et le contrôle des accueillants familiaux sont des prérogatives du Conseil départemental. Le suivi est externalisé via une convention avec les SAVS.

Il apparaît que le dispositif d'accueil familial n'est pas toujours bien connu des différents acteurs qui interviennent auprès des personnes âgées et des personnes handicapées. Ainsi, certaines personnes pour qui l'accueil familial serait adapté ne sont pas toujours orientées vers ce dispositif.

La gestion des remplacements des accueillants familiaux est primordiale pour assurer la continuité du service. En cas d'urgence, pendant les vacances, ou encore pendant une période de formation, les accueillants familiaux doivent trouver un remplaçant. Or ils peinent souvent à se faire remplacer lorsqu'ils sont en situation d'isolement, notamment en milieu rural. Par ailleurs, beaucoup sont isolés et souhaiteraient bénéficier de groupes de paroles ou de lieux d'échanges.

La formation est difficile à mettre en œuvre car elle nécessite de trouver un remplaçant. Dans le cadre de la loi ASV, les décrets relatifs à la formation initiale et continue vont bientôt paraître. La formation des accueillants familiaux devrait être renforcée (elle inclura par exemple une formation sur les gestes de premiers secours notamment).

Public(s) visé(s) :

- Personnes âgées, personnes handicapées et leur entourage
- Accueillants familiaux
- Etablissements pour personnes âgées ou handicapées

Objectifs et résultats attendus :

- Développer l'accueil familial sur le département
- Faciliter le remplacement des accueillants familiaux
- Renforcer la professionnalisation des accueillants familiaux
- Répondre au besoin de répit des aidants

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Promouvoir l'accueil familial et le rendre plus simple d'accès	
Sous-action 1	Renforcer l'information à destination des personnes souhaitant devenir accueillants familiaux au sein des services du Conseil départemental
Sous-action 2	Mener des campagnes de communication sur l'accueil familial auprès des acteurs qui interviennent auprès des personnes âgées et des personnes handicapées (établissements et services, professionnels de santé, etc.)
ACTION 2 : Faciliter le répit des accueillants familiaux	
Sous-action 1	Créer une base de données (plateforme) permettant aux accueillants familiaux de trouver des remplaçants pour les situations d'urgence et pour les périodes de congés
Sous-action 2	Mettre en place des partenariats avec les établissements d'hébergement pour organiser des temps de répit des accueillants familiaux
ACTION 3 : Créer des espaces de rencontres entre accueillants familiaux	
Sous-action 1	Créer des groupes de parole et d'analyse des pratiques, pour permettre aux accueillants familiaux de sortir de l'isolement, échanger sur les difficultés rencontrées et trouver des remplaçants.



ACTION 4 : Renforcer la formation des accueillants familiaux	
Sous-action 1	Appliquer les nouvelles dispositions du décret relatif à la formation des accueillants familiaux
ACTION 5 : Utiliser le recours à l'accueil familial comme une solution de répit des proches aidants	
Sous-action 1	Encourager les accueillants familiaux « relais » pour soulager les personnes à domicile

Point de vigilance :

Indicateurs d'évaluation mesurant la mise en œuvre opérationnelle de l'action :

- Nombre de demandes d'agrément d'accueillants familiaux
- Nombre de personnes effectivement accueillies en accueil familial
- Nombre de groupes de paroles mis en place sur le département / Nombre de participants à ces groupes de parole

Pilote / co-pilote(s) : Conseil départemental

Acteurs et partenaires associés :

Etablissements et services pour personnes âgées ou handicapées, professionnels de santé, accueillants familiaux



Fiche n° 10 : Soutenir les intervenants autour de publics PA ou PH avec des besoins spécifiques (personnes en situation de précarité / SDF / personnes avec des addictions)

Rappel de la problématique :

Certaines personnes âgées ou handicapées sont en situation de précarité ou sans domicile fixe et nécessitent des modalités d'accompagnement particulières. Les intervenants du champ de l'autonomie sont régulièrement confrontés à ces situations.

Des dispositifs spécifiques se sont mis en place comme par exemple l'Unité Mobile d'Intervention Psychiatrique (UMIP) à Montpellier, qui travaille avec des établissements multiples (CHRS, prisons, etc.).

Toutefois, d'une manière générale, les intervenants aussi bien du champ social que médico-social sont en difficulté pour apporter des réponses adaptées à ces publics.

La complexité des situations de précarité réside dans plusieurs facteurs : problématique psychiatrique, problème d'isolement familial, problème de revenus, administratifs (papiers non à jour), etc.

Il existe de nombreux lieux de recueil des informations relatives aux personnes en situation de précarité (en plus du système des informations préoccupantes pour les signaler) mais ces données ne semblent pas exploitées.

La direction départementale de la cohésion sociale a fait un appel à projet pour une création de structure pour les publics en situation de grande précarité et a recueilli des données dans ce cadre. De la même façon, il existe dans certains hôpitaux des permanences d'accès aux soins pour les publics précaires qui permettent le recueil de données.

Concernant les personnes handicapées, une difficulté dans la mise en place d'un accompagnement adapté résulte également du fait que les personnes en CHRS ne peuvent pas être accompagnées par un SAVS ou bénéficier d'un plan d'aide PCH (car elles sont dans une structure d'hébergement et non à domicile) alors qu'elles en ont le besoin.

Les situations qui concernent des personnes âgées ou des personnes handicapées SDF sont très difficiles, les solutions sont complexes à trouver. Les interventions des acteurs médico-sociaux sont souvent discontinues, rendues possibles après des hospitalisations. Ces situations nécessitent une coordination importante, avec l'appui des équipes mobiles psychiatriques et des assistantes sociales de secteur notamment. Les services arrivent souvent tard dans le parcours : du fait du caractère itinérant, l'accompagnement de la personne est difficile.

Les personnes atteintes de la maladie de Korsakoff représentent également un public qui nécessite un accompagnement spécifique. Aujourd'hui, il y a peu de solutions qui existent et qui sont formalisées notamment du fait d'un besoin en accompagnement très spécialisé pour ce public. Il n'existe pas de service dédié à cette problématique. Les intervenants font part de la nécessité d'une coopération accrue entre les établissements médico-sociaux et les établissements sanitaires pour accompagner ce public. Des besoins importants sont également identifiés au niveau du soutien et de l'accompagnement de la famille et des intervenants qui entourent ce public.

Public(s) visé(s) :

- Personnes handicapées et personnes âgées en situation de précarité
- Personnes handicapées et personnes âgées sans domicile fixe
- Personnes handicapées et personnes âgées avec des problématiques d'addiction (exemple : syndrome de Korsakoff)

Objectifs et résultats attendus :

- Proposer un accompagnement mieux adapté aux personnes âgées et handicapées présentant des problématiques spécifiques (précarité, personnes sans domicile fixe, addictions)
- Renforcer les articulations entre les acteurs des différents champs (social, médico-social, sanitaire) autour de ces publics qui présentent des problématiques multiples



Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Affiner l'identification des besoins autour de l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées en situation de précarité	
Sous-action 1	Centraliser les données existantes (Direction départementale de la cohésion sociale, CCAS, rapports d'activité hospitalier et données de la Croix Rouge ainsi que celles des permanences d'accès aux soins)
Sous-action 2	Evaluer et affiner la quantification du besoin
ACTION 2 : Mieux accompagner les personnes handicapées ou âgées en situation de précarité	
Sous-action 1	Développer les articulations entre les SAVS et les maisons relais
Sous-action 2	Permettre des doubles prise en charge notamment pour les personnes handicapées accueillies en CHRS <i>Exemple : Intervention des SAVS et d'équipes mobiles dans les CHRS</i>
ACTION 3 : Développer une réponse adaptée et spécialisée avec des intervenants formés qui pourraient intervenir à domicile et en établissement autour de personnes âgées et/ou handicapées présentant des problématiques d'addictions (dont syndrome de Korsakoff) en soutien des équipes/des aidants	
Sous-action 1	Mener une réflexion autour de l'accompagnement à mettre en place et identifier les compétences qui seraient à mobiliser au sein de ce service
Sous-action 2	Rédiger un cahier des charges en vue d'un appel à projet <i>A noter : Ce dispositif s'adresserait à des personnes âgées et/ou handicapées présentant des problématiques d'addiction relevant du champ de compétence du Conseil départemental</i>

Point de vigilance :

L'évolution de la file active des SAVS du fait de l'élargissement de leur périmètre d'intervention.

Indicateurs d'évaluation mesurant la mise en œuvre opérationnelle de l'action :

- Réalisation de l'étude sur les besoins des PA et des PH en situation de précarité
- Nombre de personnes handicapées accueillies en CHRS bénéficiant d'une double prise en charge
- Nombre de PA et de PH accompagnées par des intervenants spécifiquement formés autour des problématiques d'addiction

Pilote / co-pilote(s) : Conseil départemental et DDCS

Acteurs et partenaires associés :

ARS, Services sociaux du département, établissements et services en direction des personnes âgées et des personnes handicapées, CHRS, maisons relais, etc.

Fiche n° 11 : Permettre aux intervenants des structures d'accompagner les personnes avec des troubles du spectre autistique (TSA) dans de meilleures conditions

Rappel de la problématique :

Il existe des différences au niveau des moyens qui sont donnés aux établissements « généralistes », qui prennent en charge plusieurs types de pathologies, par rapport aux établissements spécialisés qui prennent en charge uniquement des personnes autistes. Or, il s'agit d'un public pour lequel une prise en charge de qualité nécessite un accompagnement humain important.

De même, l'accompagnement des personnes avec TSA requiert qu'il y ait une continuité dans les méthodes d'accompagnement et les outils utilisés pendant l'enfance au moment du passage dans une structure adulte. Il y a cependant aujourd'hui peu de temps de coordination et de communication qui sont organisés entre les intervenants lors de ces temps de transition. Or, pour être appréhendée la mieux possible, cette période de changement, sous-tend des échanges entre les équipes, ancienne et nouvelle, quant aux outils de communication qu'utilise la personne, les situations de déclenchement des troubles du comportement, etc.

Par ailleurs, la formation des intervenants autour de l'accompagnement des personnes avec TSA est indispensable pour permettre un accompagnement de qualité.

Public(s) visé(s) :

- Les personnes atteintes de troubles du spectre autistique
- Les intervenants qui accompagnent les personnes autistes

Objectifs et résultats attendus :

- Permettre un meilleur accompagnement des personnes avec TSA
- Faciliter les transitions lors d'un changement de structure
- Faciliter l'accès aux formations et à la supervision pour les intervenants

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Développer la communication et les liens entre les structures	
Sous-action 1	Mettre en place de manière systématique des temps de coordination lors des changements de structures, notamment enfant-adulte : organiser des temps de passation entre les intervenants des différentes structures (notamment autour des outils, des méthodes d'accompagnement, etc.).
ACTION 2 : Développer un accompagnement par des intervenants formés et soutenus	
Sous-action 1	Développer l'accès aux formations professionnelles spécialisées dans l'accompagnement des personnes avec TSA - Informer quant aux possibilités de formations continues organisées notamment par les OPCA - Organiser la mutualisation de formations entre plusieurs établissements
Sous-action 2	Favoriser les dispositifs d'étayage et de supervision des intervenants : - Intégrer des temps de supervision dans les plannings des structures - Prévoir une enveloppe budgétaire réservée à l'organisation de temps de supervision
Sous-action 3	Identifier les possibilités d'augmenter les dotations des structures « généralistes » accueillant des personnes avec TSA

Point de vigilance :

L'impact budgétaire sur les établissements et les autorités de tutelle (sous-action 3).



Indicateurs d'évaluation mesurant la mise en œuvre opérationnelle de l'action :

- Nombre de rencontres entre les intervenants
- Nombres d'heures de formations réalisées
- Nombre d'heures de supervision organisées
- Evolution du coût à la place pour les structures généralistes accueillant des personnes avec TSA

Pilote / co-pilote(s) : Conseil départemental et ARS**Acteurs et partenaires associés :**

Etablissements et services médico-sociaux qui interviennent auprès des personnes avec TSA, MDPH, CRA, etc.

Fiche n° 12 : Proposer un accompagnement adapté aux personnes avec des troubles psychiques / troubles cognitifs

Rappel de la problématique :

Certains publics spécifiques tels que les personnes atteintes de troubles cognitifs ou de troubles psychiques liés à l'âge ou à un handicap, nécessitent des modalités d'accompagnement particulières qui n'existent pas toujours sur le département.

Concernant les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs, il manque de structures spécialisées permettant de les accompagner de façon adaptée à leurs besoins (ESA, PASA, UHR...). Le dispositif des ESA (équipes spécialisées Alzheimer) est estimé très pertinent mais en nombre insuffisant sur le territoire pour répondre aux besoins. Il existe en effet une problématique de délais d'attente trop longs pour bénéficier de l'intervention d'une ESA. De plus, les personnes atteintes de troubles cognitifs mettent parfois en difficulté les équipes d'intervenants présentes dans les EHPAD. Des enjeux autour de la formation de ces intervenants sont identifiés.

La question du lien entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire, notamment le secteur de la psychiatrie, est également complexe pour l'accompagnement des personnes ayant des troubles psychiques et des personnes ayant des troubles cognitifs. Il existe une véritable difficulté à organiser et articuler des actions communes.

Des expériences positives existent cependant sur le territoire :

- Le conventionnement entre un ESAT et un centre de jour
- La mise en place d'un groupe de travail entre une clinique de Montpellier et un FAM autour des personnes présentant des troubles psychiques (la clinique accueille temporairement des personnes accueillies par le FAM et inversement).

De plus, il y a de moins en moins d'intervenants, psychiatres ou infirmiers spécialisés en psychiatrie, formés à la prise en charge des troubles psychiques. D'une manière générale, les ESMS du secteur du handicap ont des difficultés à recruter des intervenants sur des temps de psychiatre. Certaines structures travaillent avec des intervenants libéraux mais cela implique des frais de déplacement importants. La télé médecine pourrait permettre de pallier à cette difficulté. Par ailleurs, les SAMSAH du département sont saturés et ne peuvent accompagner de nouveaux usagers. Aussi, les SAVS accompagnent des personnes handicapées avec des troubles psychiques de plus en plus lourdes.

Public(s) visé(s) :

- Personnes âgées avec des troubles cognitifs
- Personnes porteuses d'un handicap psychique

Objectifs et résultats attendus :

- Un meilleur accompagnement à domicile et en établissement des personnes atteintes de handicap psychique et des personnes atteintes de troubles cognitifs en raison d'une maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.
- Un parcours plus fluide entre les différents dispositifs
- Une articulation accrue entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social permettant notamment de diminuer le nombre d'hospitalisations d'urgence évitables (hospitalisations programmées).

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Développer les offres d'accompagnement spécifique à domicile	
Sous-action 1	Identifier les possibilités de renforcer le nombre d'Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA)
Sous-action 2	Analyser les possibilités de développer les équipes mobiles de géro-psycho-geriatrie et de psychiatrie
Sous-action 3	Développer des places de SAMSAH spécialisés dans l'accompagnement des personnes avec des troubles psychiques



ACTION 2 : Développer les partenariats entre les intervenants à domicile et les établissements PA /PH	
Sous-action 1	Formaliser les interventions des équipes mobiles de géro-psycho- et de psychiatrie en EHPAD et en établissements pour adultes handicapés
Sous-action 2	Renforcer les partenariats entre CMP/SAAD et établissements (pour les personnes atteintes de troubles psychiques accueillies en EHPAD ou établissements pour adultes handicapés)
ACTION 3 : Créer des places d'accueil spécialisé en établissement pour personnes avec troubles cognitifs et pour personnes avec troubles psychiques	
Sous-action 1	Augmenter le nombre des bénéficiaires de PASA par création et par mutualisation de places (en ouvrant un PASA à plusieurs EHPAD d'un même territoire)
Sous-action 2	Analyser de manière précise les besoins et en fonction, créer des UHR à destination des personnes atteintes de troubles psychiques sévères et de troubles du comportement graves (personnes âgées démentes : Alzheimer ou maladie apparentée)
Sous-action 3	Analyser de manière précise les besoins et en fonction, créer des places de FAM/MAS dédiées aux personnes avec des troubles psychiques
ACTION 4 : Développer les compétences et le nombre d'intervenants en établissement pour personnes avec troubles cognitifs et pour personnes avec troubles psychiques	
Sous-action 1	Renforcer la formation des personnels soignants à l'approche et à l'accompagnement des personnes atteintes de troubles psychiques et des personnes ayant des troubles cognitifs (en unité protégée Alzheimer notamment)
Sous-action 2	Développer les postes d'AMP, de psychologues et d'ergothérapeutes dans les établissements accueillant des personnes avec des troubles cognitifs
Sous-action 3	Intégrer un module relatif au secteur médico-social pour les internes en psychiatrie
Sous-action 4	Développer les possibilités de stage en secteur médico-social pour les psychiatres en formation
ACTION 5 : Coordonner l'articulation entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire	
Sous-action 1	Formaliser au niveau départemental la volonté institutionnelle du Conseil départemental et de l'ARS d'améliorer la coordination et l'articulation entre la psychiatrie et le secteur médico-social: (par exemple sous forme d'une convention entre l'ARS et le Conseil départemental)
Sous-action 2	Développer les passages entre le secteur hospitalier et le secteur médico-social pour des évaluations pour les personnes atteintes de handicap psychique
Sous-action 3	Développer la télémédecine avec les psychiatres (cf. <u>fiche n°27</u>)

Point de vigilance :

Concernant la formation des psychiatres, les internes devant être sous l'autorité d'un tuteur médecin psychiatre, leur faible nombre en ESMS devra être pris en considération pour mener à bien cette action.
Cette fiche est à articuler avec la mise en œuvre du plan maladies neurodégénératives 2014-2019.



Indicateurs d'évaluation mesurant la mise en œuvre opérationnelle de l'action :

- Nombre d'ESA créées et nombre de situations gérées (file active)
- Nombre d'équipes mobiles créées (en psychogériatrie et en psychiatrie) et files actives ;
- Nombre de places en SAMSAH dédiées à l'accompagnement des personnes avec des troubles psychiques créées
- Nombre de conventions signées entre les équipes mobiles de gériatrie-psychiatrie et les EHPAD
- Nombre de conventions signées entre les équipes mobiles de psychiatrie et les établissements pour adultes handicapés
- Nombre de conventions signées entre les CMP et les établissements (PA/PH) et entre les CMP et les SAAD
- Nombre de places de PASA créées et nombre de places mutualisées
- Nombre de places d'UHR créées et file active
- Nombre d'intervenants en ESMS formés
- Intégration d'un module sur le secteur médico-social dans la formation des psychiatres
- Nombre de psychiatres ayant effectué leur stage dans un établissement médico-social
- Signature d'une convention entre l'ARS et le Conseil départemental
- Nombre de consultations de psychiatrie en télémedecine

Pilote / co-pilote(s) : Conseil départemental et ARS

Acteurs et partenaires associés :

ESMS, établissements et services du secteur sanitaire (notamment de la psychiatrie), médecins libéraux et les différents ordres qui y sont rattachés (et principalement les psychiatres), associations d'usagers



Fiche n° 13 : adapter et mettre aux normes les infrastructures d'accueil et d'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées.

1- Rappel de la problématique :

Les attentes des personnes âgées et des adultes handicapés en matière de conditions d'accueil et d'hébergement ont beaucoup évolué ces dernières années.

Il est aujourd'hui important d'offrir un accueil confortable, moderne en direction des usagers mais qui corresponde aussi aux attentes des professionnels en matière d'accompagnement et de prise en charge. Cet accueil doit également être adapté aux pathologies ou aux différents types de handicap accompagnés. Le code de l'action sociale et des familles (CASF) a défini le socle de prestations minimales devant être assuré par les structures.

Par ailleurs, la réglementation impose depuis plusieurs années des mises aux normes importantes et évolutives en matière d'hygiène, de sécurité et d'accessibilité des établissements recevant du public.

Depuis septembre 2015 les établissements recevant du public ont dû produire à l'attention des services de l'Etat un Agenda d'Accessibilité Programmé (Ad'Ap). Cet agenda prévoit certain nombre d'aménagements obligatoires ou facultatifs qu'il convient de prendre en compte pour un bon fonctionnement des établissements et services.

2- Public(s) visé(s) :

Etablissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) pour adultes handicapés et personnes âgées.

3- Objectifs et résultats attendus :

Conformité des établissements à la réglementation du CASF ainsi que du code de la construction et de l'urbanisme en lien avec les commissions locales de sécurité.

Adaptation des locaux aux projets des établissements et des usagers

4- Date de début de mise en œuvre :

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : étudier et conseiller les ESSMS dans le cadre des Plan Pluriannuels d'Investissement	
Sous-action 1	Solliciter la production d'un PPI pour chaque ESSMS en lien avec les processus de contractualisation et la réforme de la tarification
Sous-action 2	Travailler en partenariat avec SDIS et DDTM pour l'analyse des contraintes réglementaires des ESSMS
Sous-action 3	Généraliser la démarche Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens pour mutualiser les ressources d'investissement des gestionnaires.
ACTION 2 : soutenir les projets d'investissement des ESSMS	
Sous-action 1	Analyser les modalités et les possibilités de soutien financier des EHPAD en lien avec le règlement des aides départementales
Sous-action 2	Soutenir auprès de l'Agence Régionale de Santé Occitanie les projets d'investissement des ESSMS pour un appui dans le cadre du Plan d'Aide à l'Investissement, délégué par la CNSA.

5- Point de vigilance :

Risques de surcoûts :

- pour les usagers payants notamment en EHPAD
- pour l'aide sociale départementale notamment pour les adultes handicapés en établissement



6- Indicateurs d'évaluation mesurant la mise en œuvre opérationnelle de l'action :

Nombre annuel de PPI

Montant global annuel des PPI correspondants

Nombre et montant annuels des aides financières allouées

7- Pilote / responsable de la mise en œuvre :

CD34 DOMS

8- Partenaires associés :

Gestionnaires de structures médico-sociales PA et PH, SDIS, Direction des Territoires et de la Mer, ARS Occitanie.

Axe 4 : Favoriser la mutualisation, la coordination et le travail en réseau entre intervenants afin de fluidifier le parcours des personnes handicapées ou âgées

La coordination et l'articulation entre les acteurs est indispensable pour proposer un accompagnement de qualité aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Cette nécessité est renforcée par la multiplicité des acteurs (des champs social, médico-social et sanitaire) qui interviennent auprès de ce public. Or, il apparaît un certain cloisonnement notamment entre les secteurs médico-social et sanitaire qu'il est nécessaire de faire évoluer.

La coordination et l'articulation entre acteurs participe également à la fluidification des parcours (notamment pour les personnes handicapées par exemple lors de la transition enfants/adultes ou encore lors de la transition adulte/PHV).

Il est important de travailler l'articulation entre acteurs au niveau local via des temps d'échange/de réunion ou via des outils communs de coordination.

Les regroupements de structures, les mutualisations sont également des outils qui peuvent permettre à des acteurs intervenant sur un même territoire à mieux se connaître et à travailler ensemble.



Fiche n° 14 : Renforcer la coordination / développer l'articulation au niveau local

Rappel de la problématique :

La coordination est l'élément essentiel qui permet l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées à domicile. Elle revêt des formes différenciées par type de public et de dépendance. Cependant cette diversité ne doit pas être un obstacle à sa réalisation. Les services intervenant à domicile sont pour les personnes handicapées des acteurs clés alors que pour les personnes âgées dépendantes, le rôle du médecin traitant reste essentiel.

Un cahier des charges des missions, du fonctionnement et de l'organisation des SAVS et des SAMSAH du Département de l'Hérault a été élaboré en mars 2014. Ce cahier des charges réaffirme le rôle de coordinateur des SAVS et des SAMSAH dans le cadre des accompagnements qu'ils réalisent. Toutefois, le cahier des charges et ce rôle de coordinateur des SAVS et SAMSAH sont méconnus des autres acteurs.

Par ailleurs, il apparaît que les intervenants travaillant sur un même territoire ne se connaissent pas toujours entre eux (et n'identifient pas le périmètre précis et les contraintes d'intervention de chacun).

Un enjeu réside également dans la transmission d'informations entre les différents acteurs qui interviennent auprès d'une même personne. Des outils de liaison ont été mis en place par des services en interne ou entre plusieurs acteurs sur certains territoires (parfois ces outils n'ont pas perduré).

La question de l'organisation de la coordination des actions des différents acteurs se pose particulièrement lorsqu'il n'y a pas de service d'accompagnement (SAVS, SAMSAH, SSIAD) qui intervient auprès de la personne. L'enjeu est d'identifier un coordonnateur autour de chaque situation.

L'association des professionnels de santé libéraux à des temps de coordination peut être complexe. Ces intervenants peuvent avoir la volonté de garder une pleine autonomie et indépendance dans leurs actions. Cette difficulté est identifiée avec tous les professionnels de santé libéraux en général, que ce soit les médecins, kinésithérapeutes ou les infirmiers.

Public(s) visé(s) :

- Les personnes âgées et les personnes handicapées vivant à domicile
- Les intervenants intervenant à domicile

Objectifs et résultats attendus :

- Améliorer la connaissance entre les acteurs d'un même territoire
- Renforcer la coordination entre les acteurs intervenants auprès d'une même personne
- Favoriser la transmission d'informations utiles entre les acteurs dans un souci d'amélioration de la qualité de l'accompagnement

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Affirmer le rôle de coordinateur des SAVS et SAMSAH autour des situations individuelles auprès de l'ensemble des acteurs qui interviennent au domicile des PH	
Sous-action 1	Diffuser le cahier des charges relatif aux SAVS SAMSAH qui affirme ce rôle de coordinateur
Sous-action 2	Sensibiliser les SAVS et les SAMSAH à la nécessité qu'eux-mêmes affirment ce rôle de coordonnateur auprès de leurs partenaires
ACTION 2 : Associer des acteurs du secteur du handicap aux temps d'animation du réseau organisés par les MAIA ou les CLIC notamment par rapport à l'accompagnement des PHV à domicile	
Sous-action 1	Sensibiliser l'ensemble des MAIA et des CLIC du territoire à cette nécessité d'associer des acteurs du secteur du handicap (notamment SAVS, SAMSAH)

ACTION 3 : Réaliser un inventaire des outils existants en matière de coordination (exemple : cahier de liaison) des acteurs intervenant à domicile et à partir des outils existants créer un outil unique partagé et co-construit à destination de tous les intervenants	
Sous-action 1	Travailler à la création d'un outil dématérialisé et définir des droits d'accès adaptés en fonction des différents acteurs
ACTION 4 : Sensibiliser les professionnels de santé libéraux à la nécessité de s'inscrire dans la coordination via les ordres et syndicats intervenants / via des sensibilisations dans le cadre des formations initiales (écoles d'infirmières, etc.)	
Sous-action 1	Cf. <u>fiche n°3</u>
ACTION 5 : Mettre en place des réunions / des temps d'échange à l'échelle territoriale pour permettre aux acteurs de se connaître et d'identifier leurs contraintes respectives dans leurs modalités d'intervention	
Sous-action 1	Définir et tenir une fréquence régulière des rencontres (sans pour autant trop les multiplier)
Sous-action 3	Mettre en place des temps d'échange territorialisés au sein des MDA autour de situations individuelles accompagnées par les intervenants <i>Action en lien avec la fiche n°1 (action 3) et la fiche n°2 (action 2)</i>
ACTION 6 : Améliorer la lisibilité des procédures de traitement des situations d'urgence signalées aux services sociaux départementaux par les SAAD	
Sous-action 1	Organiser cette procédure au sein de la MDA

Point de vigilance :

Indicateurs d'évaluation mesurant la mise en œuvre opérationnelle de l'action :

- Questionnement régulier, si possible formalisé (par exemple par un court questionnaire dématérialisé annuel) sur la réalité rencontrée par le personnel de terrain en matière de coordination : difficultés, réussite, ...
- Nombre de réunions / de temps d'échange à l'échelle territoriale
- La mise en place d'un outil de coordination unique et partagé
- Nombre de réunions organisées par les MAIA où sont associés des acteurs du secteur du handicap

Pilote / co-pilote(s) : Conseil départemental (MDA)

Acteurs et partenaires associés :

SAAD, SAVS, SAMSAH, SSIAD, professionnels de santé libéraux, MAIA, services sociaux des centres hospitaliers, services sociaux départementaux, ARS, CLIC, etc.

Fiche n° 15 : Favoriser les mutualisations / le décloisonnement

Rappel de la problématique :

Il est nécessaire de renforcer le décloisonnement entre les différents dispositifs existants (services et établissements pour personnes âgées et personnes handicapées, structures du secteur sanitaire) pour favoriser et fluidifier le passage d'un dispositif à un autre. Ce décloisonnement peut être réalisé via la conclusion de conventions. Au sein des établissements, les conventionnements entre différentes structures peuvent aider à gérer les situations complexes. Pour les EHPAD, développer les partenariats et conventions avec les SSIAD, les hôpitaux et les équipes mobiles de psychiatrie constituent des appuis nécessaires pour l'accompagnement des résidents. Ces partenariats aident beaucoup les établissements à améliorer leur quotidien. Les conventions avec les équipes d'hospitalisation à domicile (HAD) et avec les équipes mobiles de soins palliatifs permettent d'apporter un soutien en matière de formation.

La loi d'Adaptation de la société au vieillissement (ASV) prévoit la mise en place de conventions entre EHPAD et Résidences autonomie. Cette obligation accroîtra le formalisme des partenariats qui existaient auparavant. Elle contribuera à renforcer la notion de parcours.

Les mutualisations de moyens (achats, personnels...) sont souhaitées et parfois difficiles à mettre en œuvre à cause de l'éloignement géographique et des différences de statuts (association, public, mutualiste, lucratif...), ou encore des divergences d'intérêts des élus locaux. Un groupement d'EHPAD existe depuis 2012 dans le bassin de Clermont l'Hérault. Ce groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) comprend aujourd'hui 8 établissements. Il ne gère pas les établissements mais permet de réaliser des mutualisations.

En matière de mutualisation de loisirs et sorties, l'action « seniors en vacances » destinée à la fois à des résidents d'EHPAD et à des personnes vivant à domicile a été mise en place dans le département. Les retours par rapport à cette action sont très positifs.

Public(s) visé(s) :

- Les établissements et services du secteur sanitaire et médico-social

Objectifs et résultats attendus :

- Favoriser les liens et les articulations entre les acteurs du domicile et les établissements / Favoriser les liens et les articulations entre les acteurs des secteurs médico-social et sanitaire
- Favoriser les regroupements entre acteurs du secteur médico-social
- Favoriser les regroupements entre acteurs des secteurs sanitaire et médico-social en les décloisonnant pour une prise en charge plus efficiente
- Mutualiser les moyens humains, les moyens matériels et en formation pour optimiser les ressources disponibles

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Favoriser les rapprochements et/ou regroupements entre les acteurs : domicile, établissements et hôpitaux	
Sous-action 1	Développer les GCSMS entre établissements et services d'un même territoire
Sous-action 2	Favoriser la création de groupements de coopération associant les professionnels de santé libéraux et les services intervenant à domicile. <i>A noter : Les services pourraient apporter des fonctions support (exemple: fonctions administratives) aux professionnels de santé qui en contrepartie s'inscriraient dans la coopération avec les autres acteurs (cf. fiche n°14 et fiche n°16)</i>
Sous-action 3	Rapprocher ou regrouper les SAMSAH, SAVS et SAAD pour mieux coordonner le maintien à domicile (par exemple sous la forme de plateformes multi-agrément) (Cf. fiche n° 6)

Sous-action 4	Mettre en œuvre les préconisations issues de l'étude lancée par le Conseil départemental et menée par le CREAL concernant les échanges entre établissements et SAAD
Sous-action 5	Mettre en place des groupes de travail entre acteurs du domicile et établissements pour permettre des lieux d'échange et des retours d'expérience (exemples : temps d'analyse de cas, d'échanges de bonnes pratiques)
ACTION 2 : Mutualiser le personnel	
Sous-action 1	Identifier les postes qui pourraient être mutualisés entre différentes structures d'un même territoire (services et établissements accompagnant des personnes âgées et des personnes handicapées) <i>Exemples : assistante sociale, ergothérapeute, animateurs, etc.</i>
Sous-action 2	Présenter aux acteurs les cadres dans lesquels ces postes pourraient être mutualisés : GCSMS, groupement d'employeurs, conventions, etc.
ACTION 3 : Développer les mutualisations en matière de vie sociale	
Sous-action 1	Mutualiser les sorties et vacances organisées entre EHPAD
Sous-action 2	Développer les loisirs et vacances à destination des personnes vivant en établissement et à domicile (exemple du dispositif Vacances senior piloté par l'UTAG et la CARSAT)
Sous-action 3	Développer les échanges entre CVS

Point de vigilance :

En amont de la mise en place de groupes de travail entre les acteurs du domicile et les établissements, il semble important de mener le bilan des précédents groupes ainsi qu'une étude d'opportunité de la reprise de ces groupes.

Indicateurs d'évaluation mesurant la mise en œuvre opérationnelle de l'action :

- Nombre de GCSMS / de groupements conclus entre structures d'un même territoire
- Nombre d'autorisations uniques sollicitées pour les créations de services intervenant à domicile et nombre de regroupements
- Bilan formalisé des groupes de travail entre établissements et services intervenant à domicile / Nombre de nouvelles réunions de ce groupe
- Nombre de postes mutualisés entre structures
- Nombre de sorties mutualisées entre personnes vivant en établissement et à domicile
- Nombre de temps d'échange entre CVS d'un même territoire/bassin de vie

Pilote / co-pilote(s) : Conseil départemental

Acteurs et partenaires associés :

ARS, MDPH, Etablissements et services pour personnes âgées et personnes handicapées, structures du secteur sanitaire, professionnels de santé libéraux, services sociaux départementaux, associations d'usagers



Fiche n° 16 : Renforcer les articulations entre les secteurs médico-social et sanitaire

Rappel de la problématique :

Il existe de grandes disparités selon les bassins entre les territoires ruraux et urbains en matière d'équipements en structures médico-sociales (établissements et services) ainsi qu'en équipements sanitaires (CH et CHU).

Les personnes âgées et handicapées peuvent avoir des accidents de santé qui vont entraîner des ruptures dans leur accompagnement. Il est important d'améliorer l'articulation entre le domicile, le secteur sanitaire et le secteur médico-social pour éviter ces ruptures de parcours (par exemple pour les entrées/sorties d'hospitalisation, pour les personnes présentant des troubles psychiques nécessitant des soins spécifiques, etc.).

L'une des problématiques rencontrées concerne le travail partenarial et le dialogue entre les établissements médico-sociaux et sanitaires qui s'avèrent souvent insuffisants, notamment du fait de la sous-représentation médicale dans le secteur médico-social. Les interlocuteurs des médecins libéraux et hospitaliers ne peuvent en conséquence pas toujours être des professionnels de santé (médecins psychiatres, médecins coordonnateurs ou IDE). Les questions qui se posent lors des hospitalisations sont notamment des questions de légitimité (personnes habilitées à faire respecter le projet de vie et de soin des personnes accueillies dans des établissements ou services médico-sociaux).

La question de la culture des deux secteurs et de la connaissance par chacun des contraintes de l'autre sont au cœur des articulations perfectibles, notamment concernant les hospitalisations.

Public(s) visé(s) :

- Les personnes âgées et les personnes handicapées
- Les établissements et services des secteurs médico-social et sanitaire

Objectifs et résultats attendus :

- Créer les conditions d'un dialogue opérationnel entre les différents acteurs des deux secteurs
- Permettre une meilleure connaissance réciproque des deux secteurs
- Fluidifier les phases amont et aval des hospitalisations d'urgence et programmées
- Permettre un accueil adapté dans les structures sanitaires des personnes accompagnées par les ESMS

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Réunir les acteurs des secteurs sanitaire et médico-social	
Sous-action 1	Mettre en place un colloque entre les acteurs des deux secteurs pour transformer leurs relations et délivrer des informations partagées entre les deux secteurs (dispositifs existants, articulations possibles et souhaitées...)
ACTION 2 : Améliorer les entrées / sorties d'hospitalisation	
Sous-action 1	Accroître l'articulation entre les établissements médico-sociaux et les hôpitaux dans le cadre de l'organisation des hospitalisations (entrées et sorties) via la mise en place de conventions
ACTION 3 : Accompagner la mise en place des plateformes territoriales d'appui et s'appuyer sur ces acteurs pour renforcer les articulations entre les acteurs des secteurs sanitaire et médico-social	

Point de vigilance :

Indicateurs d'évaluation mesurant la mise en œuvre opérationnelle de l'action :

- Mise en place du colloque entre acteurs du secteur sanitaire et du secteur médico-social / Nombre de participants
- Nombre d'hospitalisation en fonction de la typologie : hospitalisations d'urgence et anticipées.
- Nombre de conventions entre Hôpitaux et établissements médico-sociaux

Pilote / co-pilote(s) : Conseil départemental et ARS**Acteurs et partenaires associés :**

MDPH, établissements et services des secteurs sanitaire et médico-social, plateformes territoriales d'appui, etc.



Fiche n° 17 : Faciliter les transitions durant le parcours de vie de la personne handicapée

Rappel de la problématique :

Des enjeux forts existent lors de la transition d'une structure pour enfant handicapé à une structure pour adulte handicapé. Plus cette transition est préparée, plus elle se passe dans de bonnes conditions. Cette période de transition est particulièrement difficile pour les jeunes issus de structures spécialisées de l'Education nationale (CLIS-UIP), pour les jeunes qui ne sont pas en provenance de structures spécialisées du secteur enfant.

De plus, lors du passage d'un IME à un ESAT, le temps d'adaptation d'un jeune au rythme d'un ESAT est relativement long. Le cadre législatif fixe un délai d'évaluation de 6 mois en ESAT (renouvelable une fois) : ce délai est considéré comme trop court. Un outil efficace pour favoriser l'entrée progressive (mais également les sorties) est la section annexe d'ESAT. Ces sections annexes sont également intéressantes pour remobiliser des travailleurs d'ESAT sur des périodes ponctuelles. Le temps d'accueil en section annexe d'ESAT est limité à deux fois 2 ans, ce temps est parfois trop court sur le parcours de vie de la personne handicapée.

L'existence de stages de découverte entre les IME et les ESAT tend à faciliter les transitions et les passages d'une structure à l'autre. Toutefois, d'une manière générale, les stages devant permettre d'anticiper le passage d'une structure du secteur enfance à une structure du secteur adulte sont de durée trop courte et ne permettent pas une préparation optimale à ce changement. De plus, la coordination entre les intervenants des différentes structures est parfois limitée/insuffisante par le manque de temps disponible.

Des établissements pour adultes handicapés (foyers de vie, etc.) ont mis en place des temps d'ouverture des structures à des personnes extérieures (jeunes qui vont quitter une structure enfant, des PHV qui vont quitter un foyer d'hébergement pour intégrer un foyer de vie, etc.). Ces temps d'ouverture permettent aux personnes d'appréhender tous les volets de leur futur environnement. Cette démarche procède de la logique de lieu ressource.

De même, la transition entre une structure pour adulte handicapé et une structure pour PHV (unités adossées à des EHPAD) doit être préparée pour qu'elle se déroule dans de bonnes conditions. Des conventions établies entre l'EHPAD et des structures du secteur du handicap (exemples : FAM, SAVS) permettent de réaliser des activités et des formations en commun. L'articulation entre les structures du secteur du handicap et les structures pour personnes âgées permet de faciliter la transition.

Par ailleurs, certaines personnes handicapées ou leur famille peuvent avoir des réticences à faire évoluer les modes de prises en charges de la personne (exemples : orientation d'une personne handicapée travaillant en ESAT vers le milieu ordinaire ou encore orientation d'une personne handicapée en foyer de vie vers un accompagnement ESAT/foyer d'hébergement). En effet, si le nouveau mode de prise en charge ne convient pas à la personne, il y a un risque que la place qu'occupait auparavant la personne ne soit plus disponible. De plus, certaines personnes handicapées, lorsqu'elles s'orientent vers le milieu ordinaire alors qu'elles travaillaient en ESAT perdent également leur place en foyer d'hébergement (l'accueil en foyer d'hébergement étant conditionné à l'accueil en ESAT).

Public(s) visé(s) :

- Les jeunes adultes handicapés qui passent d'une structure pour enfant à une structure pour adulte handicapé
- Les personnes handicapées vieillissantes qui passent d'une structure pour adulte handicapé à une structure pour PHV
- Les personnes adultes handicapées changeant de mode d'accompagnement/de structure d'hébergement

Objectifs et résultats attendus :

- Fluidifier les transitions lors des âges charnières de la vie des personnes handicapées (transition enfant/adulte, transition adulte/PHV) et tout au long de leur vie



Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Favoriser le développement des stages et des périodes d'essais	
Sous-action 1	Inciter les structures à développer les stages pour les nouveaux entrants en structures adultes
Sous-action 2	Allonger les périodes de stage afin d'offrir une période d'adaptation plus pertinente
Sous-action 3	Identifier la possibilité d'allonger les délais d'évaluation (au-delà d'une année) pour permettre de disposer d'une période d'évaluation suffisante en ESAT notamment
ACTION 2 : Soutenir les sections annexes d'ESAT utiles pour les périodes de transition	
Sous-action 1	Analyser les taux d'occupation des sections annexes d'ESAT existantes
Sous-action 2	Identifier les besoins en termes de création en fonction des territoires
Sous-action 3	Identifier la possibilité d'étendre les temps d'accueil en section annexe d'ESAT (au-delà de deux fois 2 ans)
ACTION 3 : Favoriser les temps d'ouverture des structures adultes à des personnes extérieures (selon la logique des lieux ressources)	
Sous-action 1	Recenser les structures pour adultes handicapés ayant déjà mis en place ce type de dispositif
Sous-action 2	Sensibiliser l'ensemble des structures pour adultes à développer ce type de dispositif
Sous-action 3	Mettre en relation les structures du département ayant déjà mis en place ce type de dispositif et celles qui souhaiteraient le développer
ACTION 4 : Etudier la possibilité d'implanter des petites unités de vie (structures intermédiaires) dans les structures pour adultes à destination des personnes en provenance des structures pour enfants	
Sous-action 1	Expérimenter la mise en place de cette petite unité de vie dans un ou plusieurs établissements volontaires
Sous-action 2	Evaluer le dispositif
Sous-action 3	En fonction des résultats de l'évaluation, généraliser ou non l'expérimentation
ACTION 5 : Favoriser les changements de structure en permettant les retours en cas d'échec du nouveau mode d'accompagnement	
Sous-action 1	Autoriser la transformation de manière ponctuelle d'une place d'hébergement permanent en place d'accueil temporaire pour donner la possibilité à l'usager quittant la structure de revenir si besoin
ACTION 6 : Développer les complémentarités et les conventions entre EHPAD et structures du secteur du handicap	
Sous-action 1	Cf. <u>fiche n°12</u> et <u>fiche n°15</u>

Point de vigilance :

Les contraintes architecturales liées à la mise en place de petites unités de vie dans les structures pour adultes handicapés.

Indicateurs d'évaluation mesurant la mise en œuvre opérationnelle de l'action :

- Nombre de jeunes ayant réalisé un stage
- Durée moyenne des stages réalisés
- Nombre de places en section annexe d'ESAT
- Taux d'occupation des places en section annexe d'ESAT
- Nombre de lieux ressources
- Nombre de petites unités de vie pour jeunes entrant en structure adulte
- Nombre de places d'hébergement transformées ponctuellement en place d'hébergement temporaire lors de la sortie de résidents

Pilote / co-pilote(s) : Conseil départemental et ARS

Acteurs et partenaires associés :

MDPH, ESMS pour enfants et adultes handicapés, établissement pour personnes âgées

Axe 5 : Permettre le maintien à domicile via le développement d'une offre adaptée et des accompagnements de qualité

Le maintien à domicile est un point clé d'un schéma de l'autonomie car il correspond à l'attente majoritaire des personnes âgées et des personnes handicapées qui souhaitent pouvoir rester à domicile le plus longtemps possible tout en bénéficiant de services adaptés.

Le maintien à domicile peut être conditionné à l'intervention de certains services (exemples : SAVS, SAMSAH, etc.) ou à certains types d'intervention (exemple : interventions de nuit). Il convient d'analyser au vu des besoins, les nécessités de développement et d'adaptation de l'offre existante. La loi d'adaptation de la société au vieillissement prévoit également le développement des SPASAD qui peuvent répondre à la fois aux besoins d'accompagnement et aux besoins de soin des personnes âgées et des personnes handicapées. Le développement de ce type de service peut ainsi favoriser le maintien à domicile.

Certaines aides comme l'APA et la PCH solvabilisent les personnes âgées et les personnes handicapées pour recourir à des interventions au domicile. La bonne utilisation et l'optimisation de l'utilisation de ces plans d'aide apparaît comme un enjeu fort.

Les services d'aide à domicile (SAAD) sont des acteurs incontournables dans le champ de l'accompagnement au domicile. Toutefois, des enjeux importants existent autour de la valorisation et la formation des intervenants de ces services.

Par ailleurs, des accueils de courte durée en établissement (accueil de jour, hébergement temporaire) peuvent permettre le maintien à domicile de la personne âgée ou de la personne handicapée (notamment dans une logique de répit de l'aidant). A nouveau, il convient d'analyser au vu des besoins les nécessités de développement et d'adaptation de l'offre existante.



Fiche n° 18 : Développer et faire évoluer l'offre de services intervenant à domicile

Rappel de la problématique :

L'Hérault se caractérise par une forte proportion de bénéficiaires de la PCH et de l'APA à domicile. Le territoire est actuellement couvert par un nombre important de services d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant auprès des personnes âgées et des personnes handicapées. En revanche, le taux d'équipement en places de SSIAD est particulièrement faible sur le département⁶. Ce taux est à corrélérer avec la forte densité d'infirmiers libéraux dans l'Hérault⁷.

Sur le volet du handicap, les places de SAMSAH ont été développées ces dernières années. Toutefois, la répartition de ces services intervenant au domicile est inégale sur le territoire départemental et des besoins importants de places sont identifiés. Des besoins spécifiques apparaissent pour les personnes handicapées psychiques. Le travail sur l'organisation en file active doit être poursuivi pour permettre des suivis supplémentaires selon les intensités d'accompagnement.

Par ailleurs, il existe actuellement un SPASAD sur le territoire. La loi d'adaptation de la société au vieillissement, prévoit l'évolution des modalités d'organisation, de fonctionnement et de financement des SPASAD afin d'inciter au développement de ces structures. Des appels à projets sont en cours dans le département pour le développement de ce type de service. Un SPASAD ne peut réglementairement exister qu'entre un SAAD autorisé par le Président du CD34 et un SSIAD autorisé par l'ARS LRMP. Le faible taux de places en SSIAD sur le département peut donc limiter le nombre de places en SPASAD.

Public(s) visé(s) :

Personnes âgées et personnes handicapées vivant à domicile

Objectifs et résultats attendus :

- Permettre le maintien à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées dans de bonnes conditions
- Sécuriser le maintien à domicile

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Evaluer les possibilités de création de places d'accompagnement spécialisés pour des adultes handicapés	
Sous-action 1	Analyser les besoins en termes de création de SAMSAH en ayant une vigilance par rapport à la répartition territoriale des places actuelles / Identifier les zones territoriales non couvertes en dispositif SAMSAH
Sous-action 2	Lancer une procédure d'appel à projet pour la création de places de SAMSAH sur la base de l'analyse des besoins
Sous-action 3	Analyser l'impact de ces créations de place de SAMSAH sur les besoins en places de SAVS
Sous-action 4	Poursuivre le travail sur l'organisation en file active pour l'ensemble des SAVS et SAMSAH du territoire
ACTION 2 : Développer les SPASAD	
Sous-action 1	Poursuivre le développement de SPASAD sur le territoire

⁶ 15,9 places de SSIAD PA pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus au 01/01/2015 dans l'Hérault contre 19,6‰ au niveau régional et 19,8‰ au niveau national

⁷ 312 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants dans l'Hérault au 01/01/2015 contre 275 pour 100 000 en région Languedoc-Roussillon Midi-Pyrénées et 163 pour 100 000 en France métropolitaine

ACTION 3 : Formaliser des partenariats entre les infirmiers libéraux et des SAAD

Sous-action 1	Identifier les différentes formes sous lesquelles ces partenariats pourraient être formalisés (convention, GCSMS, etc.)
Sous-action 2	Impulser les partenariats entre les infirmiers libéraux et les SAAD notamment sur les territoires où le nombre de places en SSIAD sont moins importants

Point de vigilance :

Indicateurs d'évaluation mesurant la mise en œuvre opérationnelle de l'action :

- Nombre de places en SAMSAH créées
- Nombre de personnes handicapées suivies par un SAMSAH
- Nombre de places en SPASAD
- Nombre de personnes âgées et de personnes handicapées suivies par un SPASAD
- Nombre de partenariats formalisés entre des SAAD et des infirmiers libéraux (dans le cadre d'une convention, dans le cadre de GCSMS, etc.)

Pilote / co-pilote(s) : Conseil départemental et ARS

Acteurs et partenaires associés :

SAAD, SAVS, SAMSAH, SSIAD, infirmiers libéraux, CPAM

Fiche n° 19 : Faire évoluer les plans d'aide APA - PCH pour renforcer la souplesse et l'adaptation aux besoins

Rappel de la problématique :

Il ressort des concertations avec les intervenants du secteur que les usagers identifient souvent les SAAD uniquement sur le volet de la réalisation de tâches ménagères. Or, les SAAD jouent un rôle important au niveau de l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées (accompagnement dans des sorties, actions autour de la préservation du lien social, mise en place d'activités stimulantes, etc.).

Le plan d'aide APA précise de manière détaillée comment doivent être utilisées les heures allouées. Le plan d'aide est donc un support aidant pour les intervenants pour justifier leur mode d'intervention. En cas de difficultés importantes dans la mise en œuvre du plan d'aide, les SAAD ont la possibilité de solliciter les UTAG pour mettre en place une concertation avec l'usager. En revanche, les SAAD n'ont pas accès aux plans d'aide détaillés de la PCH. La MDPH peut jouer un rôle de médiateur en cas de difficultés dans la mise en œuvre des plans d'aide PCH, toutefois ce rôle reste à renforcer.

En dépit de la réglementation qui stipule que la PCH ne peut pas être utilisée pour la réalisation de tâches ménagères, les SAAD sont sollicités pour la réalisation de ces tâches dans la mesure où certains usagers ne peuvent pas bénéficier de cette aide sociale sans pour autant avoir les moyens de financer des heures de ménage.

D'une manière générale, il ressort que le type d'aide que peuvent recouvrir ou non les plans d'aide APA et PCH sont parfois méconnus des usagers et des intervenants.

Par ailleurs, des expériences de mutualisations partielles de plans d'aides APA et PCH ont été menées/vont être menées (dans le cadre de colocation ou d'habitat partagé). Cette mutualisation permet des temps d'accompagnement communs en plusieurs personnes.

Public(s) visé(s) :

- Les personnes âgées et les personnes handicapées bénéficiaires de l'APA ou de la PCH

Objectifs et résultats attendus :

- Elargir les périmètres des plans d'aide (APA, PCH) pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées et des personnes handicapées
- Rendre plus lisible les modalités d'utilisation des plans d'aide APA et PCH pour les usagers et les intervenants
- Permettre une utilisation optimisée des plans d'aide via leur mutualisation

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Optimiser les plans d'aide et de compensation APA et PCH via des mutualisations	
Sous-action 1	A partir des résultats des expérimentations en cours, identifier les possibilités d'autoriser la mutualisation des aides APA et de la PCH pour les personnes vivant en colocation / dans un habitat partagé
ACTION 2 : Rendre plus lisible les champs couverts par les plans d'aide APA	
Sous-action 1	Annexer aux plans d'aide APA un document présentant les différents types d'aide qu'un plan d'aide APA peut recouvrir
ACTION 3 : Faire évoluer la présentation des plans d'aide PCH et effectuer le suivi de leur mise en place	
Sous-action 1	Faire évoluer la présentation des plans d'aide PCH transmis aux usagers et aux SAAD : - détailler précisément les modalités d'utilisation des heures - préciser que l'aide n'est pas prévue pour la réalisation de tâches ménagères
Sous-action 2	Etudier simultanément les besoins en heure d'aide-ménagère et en PCH Etudier les possibilités d'articulation des heures d'aide-ménagère avec les plans d'aide PCH - Réaliser un benchmark auprès des départements ayant mené cette démarche

Sous-action 3

Formaliser une médiation par la MDA entre le SAAD et l'utilisateur handicapé en cas de difficultés de mise en place du plan d'aide PCH (notamment sur les modalités d'utilisation des heures allouées)

Point de vigilance :

Indicateurs d'évaluation mesurant la mise en œuvre opérationnelle de l'action :

- Nombre de plans d'aide mutualisés (APA et PCH) pour les personnes vivant en colocation ou en habitat partagé
- Elaboration de la nouvelle trame de présentation des plans d'aide PCH
- Elaboration du document présentant les champs couverts par l'APA et intégration aux plans d'aide
- Nombre de plans d'aide PCH intégrant des heures d'aide-ménagère
- Nombre de médiations de la MDA dans des situations de difficulté de mise en place du plan d'aide PCH

Pilote / co-pilote(s) : Conseil départemental

Acteurs et partenaires associés :

MDPH, services du département, SAAD



Fiche n° 20 : Améliorer la formation et valoriser les SAAD

Rappel de la problématique :

Les conditions d'intervention des SAAD peuvent avoir un impact sur la qualité des interventions. Ainsi, les interventions de très courte durée / le morcellement des interventions peuvent nuire à la qualité, entraîner des déplacements plus nombreux, un épuisement des intervenants, etc.

Par ailleurs, certaines situations de précarité peuvent justifier au préalable une intervention d'autres intervenants (société de nettoyage, etc.). Or ces situations nécessitent souvent des interventions dans un contexte d'urgence. Sur le secteur des personnes âgées, les services se tournent vers les UTAG pour trouver des solutions.

Le métier d'aide à domicile comprend des contraintes fortes (horaires, travail le weekend) avec en parallèle un faible salaire et des perspectives limitées d'évolution professionnelle.

Le pôle ressource Handéo favorise la formation des aides à domicile autour du handicap et la coordination entre les acteurs. Toutefois, la pérennité de ce pôle ressource est actuellement compromise du fait de difficultés financières.

Actuellement, des ESA (équipe spécialisée Alzheimer) proposent des informations à destination des SAAD. Des SAVS réalisent également des journées d'information et de formation auprès des SAAD.

Public(s) visé(s) :

Les intervenants des SAAD

Objectifs et résultats attendus :

- Optimiser les interventions des SAAD
- Changer l'image du métier d'aide à domicile et le valoriser
- Pérenniser les équipes et de manière générale maintenir et développer une offre de qualité pour l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées à domicile

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Renforcer la formation des intervenants à domicile pour qu'ils puissent repérer les situations critiques et alerter	
Sous-action 1	Cf. détail fiche n°2 et fiche n°4
ACTION 2 : Favoriser la mobilité pour les aides à domicile (perspectives d'évolution de carrière)	
Sous-action 1	Développer les passerelles inter-métiers / inter-établissements et services
ACTION 3 : Inciter et soutenir les fédérations / les syndicats employeurs à valoriser le métier d'aide à domicile	
Sous-action 1	Communiquer notamment sur le fait que : - ce métier ne consiste pas uniquement en la réalisation de tâches ménagères - ce métier n'est pas exclusivement féminin
Sous-action 2	Sensibiliser des acteurs tels que Pôle Emploi sur les réalités du métier d'aide à domicile et donc sur les caractéristiques des profils recherchés dans le cadre de recrutement
ACTION 4 : Développer les formations/informations (par les SAVS et les ESA) à destination des SAAD	
ACTION 5 : Inciter les SAAD à harmoniser leurs pratiques au plan qualitatif en direction des personnes handicapées	
Sous-action 1	Etudier les modalités d'une amélioration de ces pratiques (exemples : référentiel Handéo, mise en commun des bonnes pratiques, etc.)

Point de vigilance :

Les contraintes budgétaires des SAAD.

Indicateurs d'évaluation mesurant la mise en œuvre opérationnelle de l'action :

- Nombre de liaisons fonctionnelles formalisées entre des SAAD et des établissements
- Identification des campagnes de communication sur les métiers des SSAD (par exemple intégrées au sein des actions en faveur de l'emploi à domicile)
- Nombre d'actions visant à harmoniser les pratiques d'accompagnement à domicile des personnes handicapées
- Eléments témoignant de la structuration de la formation des SAAD (programme de formation, nombre de séances proposées, nombre de personnes formées)

Pilote / co-pilote(s) : Conseil départemental**Acteurs et partenaires associés :**

ARS, SAAD, Pôle emploi, ESA, SAVS, ESMS accompagnant des personnes âgées et des personnes handicapées, Handéo, etc.



Fiche n° 21 : Développer les accueils de courte durée (accueil de jour, hébergement temporaire)

Rappel de la problématique :

L'accueil de jour et l'accueil temporaire sont des modes d'accueil très utiles car ils permettent :

- De proposer un accueil alternatif et d'autres activités aux personnes accueillies,
- De favoriser le lien social, de procurer une stimulation,
- Des temps de répit pour les aidants ou les accueillants familiaux,
- Des périodes de rupture ou de repos pour des personnes qui connaissent des difficultés ponctuelles et qui pourraient ensuite retourner à domicile,
- De préparer l'entrée en établissement par la fréquentation et donc la connaissance des structures.

Actuellement, les places dédiées à l'accueil de jour ou à l'accueil temporaire ne sont pas toujours bien utilisées pour plusieurs raisons, notamment :

- une demande insuffisante ou trop périodique (ex. demande d'accueil temporaire ou de « court séjour » plus forte pendant les congés d'été),
- une méconnaissance et un manque de visibilité sur les places disponibles et les structures qui proposent ce type d'accueil,
- une difficulté pour les usagers à se rendre sur ces sites d'accueil (plus spécifiquement en accueil de jour du fait du coût du transport).

Par ailleurs, il est important que des places d'accueil en urgence puissent être mobilisables rapidement dans les structures lorsqu'un accident survient à domicile par exemple.

Public(s) visé(s) :

- Les personnes âgées, les personnes handicapées et leur entourage.

Objectifs et résultats attendus :

- Augmenter le nombre de personnes accueillies sur des temps d'accueil de courte durée (accueil de jour, hébergement temporaire, accueil d'urgence)
- Favoriser ainsi le maintien à domicile (en permettant le répit de l'aidant, des temps de respiration, etc.) tout en préparant l'entrée en établissement

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Développer les possibilités d'hébergement temporaire	
Sous-action 1	Augmenter le nombre de places d'hébergement temporaire sans les associer à des chambres données, afin de permettre une souplesse d'accueil tout au long de l'année
Sous-action 2	Créer une structure dédiée à l'hébergement temporaire des personnes handicapées sur le modèle de « La maison des Sources » en Lozère (EATU), proposant exclusivement des courts séjours.
Sous-action 3	Généraliser la pratique de l'accueil en hébergement temporaire pour les situations d'urgence
ACTION 2 : Soutenir la création de nouvelles places d'accueil de jour	
Sous-action 1	Créer des places d'accueil de jour autonome pour les personnes ayant la maladie d'Alzheimer (moins de 60 ans et plus de 60 ans)
Sous-action 2	Créer des places d'accueil de jour pour les personnes handicapées - Analyser les besoins en places d'accueil de jour et leur répartition sur le territoire

Sous-action 3	Développer les accueils de jour itinérants par la mise en place d'équipes mobiles spécialisées et mutualisées - Expérimenter ce dispositif sur un territoire - En fonction des résultats de l'expérimentation, dupliquer le dispositif
Sous-action 4	Mutualiser les locaux entre structures pour réaliser l'accueil de jour
ACTION 3 : Elargir les possibilités de recours à l'accueil de jour pour les usagers	
Sous-action 1	Etudier la possibilité pour les personnes accompagnées dans le secteur sanitaire de bénéficier d'un accueil de jour en établissement médico-social
Sous-action 2	Etudier la possibilité d'accueillir des personnes handicapées à temps partiel en journée en établissements médico-sociaux pour adultes handicapés

Point de vigilance :

La nécessité d'essayer de trouver des solutions pérennes pour des personnes accueillies en urgence afin que les places d'accueil d'urgence puissent rester mobilisables.

Indicateurs d'évaluation mesurant la mise en œuvre opérationnelle de l'action :

- Evolution du nombre de PA et de PH en accueil de jour, en hébergement temporaire et en accueil d'urgence
- Listes d'attente en accueil de jour, en hébergement temporaire

Pilote / co-pilote(s) : Conseil départemental et ARS

Acteurs et partenaires associés :

MPDH, établissements accueillants des personnes handicapées et des personnes âgées, associations d'usagers, etc.

Fiche n° 22 : Favoriser le développement de l'offre pour des interventions de nuit

Rappel de la problématique :

Il y a aujourd'hui peu d'interventions de nuit en continue qui sont réalisées dans le département, or le besoin d'un accompagnement la nuit est l'une des causes fréquentes de la fin d'un maintien à domicile.

Différents freins expliquent que cet accompagnement ne soit que peu développé :

- Le coût financier d'un tel dispositif pour l'utilisateur.
- Les dispositions du droit du travail qui sont très contraignantes : toutes les heures d'interventions même la nuit doivent être facturées à taux plein.
- L'organisation / la gestion des interventions de nuit ou des gardes itinérantes de nuit qui sont complexes (organisation d'astreintes, etc.).
- La problématique de la tarification unique alors que les salaires des intervenants sont majorés après 22H (heures de nuit).
- Les difficultés à recruter des intervenants motivés par ce type de mission.

Ces différents éléments viennent limiter le nombre de services qui proposent des gardes de nuit.

Certaines initiatives sont mises en place dans les zones urbaines avec des services de ronde de nuit/garde de nuit itinérante avec un numéro de téléphone qui permet de joindre un intervenant. Il s'agit cependant d'interventions ponctuelles et courtes et non d'une présence continue.

Finalement, il est posé la question du besoin d'un tel service et de la pertinence à ce qu'il soit porté par un seul SAAD. Le coût de la mise en place pour un nombre restreint d'utilisateur dans les conditions actuelles est un risque financier pour le SAAD qui le porte.

Des avantages sont néanmoins identifiés : un tel service permettrait de maintenir certaines personnes à domicile. Ce type d'intervention peut également être utilisé de manière ponctuelle (par exemple lors d'une absence de l'aidant).

Public(s) visé(s) :

- Les personnes âgées et les personnes handicapées vivant à domicile
- Les aidants de personnes âgées et de personnes handicapées

Objectifs et résultats attendus :

- Développer l'offre d'intervention de nuit et faciliter l'accès à ce dispositif pour les usagers
- Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Analyser les besoins réels en intervention de nuit sur le territoire	
Sous-action 1	Réaliser une évaluation des besoins concernant ce mode d'accompagnement sur le département
Sous-action 2	Evaluer quel serait l'impact sur le nombre d'utilisateurs qui pourraient être maintenus à domicile avec la généralisation de ce dispositif.
ACTION 2 : Faciliter le développement des interventions de nuit	
Sous-action 1	Définir le contenu et les modalités d'intervention Adapter le cadre réglementaire en permettant une double tarification qui distinguerait les heures réalisées en journée et les heures de travail de nuit
Sous-action 2	Mettre en place un groupement d'employeurs de type GEIQ (groupement d'employeur pour la qualification) pour des réponses mutualisées entre plusieurs SAAD / SSIAD / SPASAD en matière d'intervention de nuit



Sous-action 3	Créer des équipes pluridisciplinaires d'intervention à domicile de nuit en cas d'absence de l'aidant sur le modèle de SPASAD pour du court terme (environ une semaine)
ACTION 3 : Développer l'accueil de nuit en établissement	
Sous-action 1	Réaliser un bilan de l'accueil de nuit réalisé dans un EHPAD de Ganges
Sous-action 2	En fonction des résultats du bilan, développer ce mode d'accueil

Point de vigilance :

- Le cadre réglementaire du droit du travail qui est contraignant concernant le travail de nuit

Indicateurs d'évaluation mesurant la mise en œuvre opérationnelle de l'action :

- La réalisation de l'étude sur les besoins en matière d'intervention de nuit
- Nombre de services proposant des interventions de nuit
- Nombres de personnes bénéficiaires d'interventions de nuit
- Bilan de l'accueil de nuit en EHPAD
- Nombre de personnes accueillies de nuit en EHPAD

Pilote / co-pilote(s) : Conseil départemental et ARS

Acteurs et partenaires associés :

SAAD, SSIAD, SPASAD, EHPAD, établissements PH



Axe 6 : Préserver l'autonomie des personnes en favorisant leur vie sociale et dans la société

La préservation de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées est étroitement liée aux problématiques de mobilité et de logement.

Il convient de renforcer et mieux faire connaître les dispositifs de transports adaptés existants sur le territoire mais également d'une manière générale de travailler sur l'accessibilité des modes de transport (adaptés ou non) aux personnes âgées et handicapées.

Des dispositifs et aides permettent l'adaptation et l'aménagement des logements, or différents freins limitent le recours à ces aides. Aujourd'hui, il convient de favoriser l'utilisation de ces aides. La question de la mise en adéquation entre l'offre et la demande de logements adaptés est également très présente sur le champ de l'autonomie. Des actions peuvent être développées pour faciliter cette mise en adéquation (exemple : label). Des solutions d'habitat intermédiaire (habitats regroupés, résidences autonomie, etc.) peuvent aussi permettre de vivre de manière autonome. Il convient de développer ce type d'offre sur le département aussi bien en direction des personnes âgées que des personnes handicapées.

L'accès aux soins des personnes âgées et des personnes handicapées constitue également un enjeu important qui participe à la préservation de l'autonomie. Cet accès aux soins peut être facilité à la fois par un renforcement de la prévention mais aussi par le recours à de nouvelles technologies du type télé médecine.

Par ailleurs, les personnes handicapées qui ont des enfants peuvent avoir des besoins en matière de soutien à la parentalité qu'il convient de renforcer.



Fiche n° 23 : Renforcer le soutien à la parentalité des PH

Rappel de la problématique :

De nombreuses personnes handicapées accompagnées par des services médico-sociaux, sanitaires, etc. ont des enfants et ont besoin d'un soutien dans leur rôle de parents. Cet accompagnement peut se faire dans des champs multiples de la vie courante (relations avec l'école, démarches administratives, etc.).

Il doit donc y avoir une bonne coordination des acteurs pour permettre d'apporter une réponse adaptée aux besoins de ces personnes. Ces acteurs correspondent aux acteurs du secteur du handicap (ESMS, associations, etc.), aux acteurs/services traditionnels de la petite enfance et de la protection de l'enfance (PMI, ASE, Caf) mais également aux acteurs associatifs ou dispositifs divers qui peuvent intervenir en matière de soutien à la parentalité. La mise en place d'un accompagnement adapté permet de prévenir des situations à risque.

Public(s) visé(s) :

- Personnes handicapées ayant un ou des enfant(s)
- Intervenants intervenant auprès de personnes handicapées ayant un ou des enfants
- Intervenants intervenant en matière de soutien à la parentalité

Objectifs et résultats attendus :

- Permettre un meilleur accompagnement des personnes handicapées qui sont parents
- Développer et renforcer les services et de dispositifs d'accompagnement qui interviennent de manière préventive

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Développer des compétences spécifiques autour du soutien à la parentalité	
Sous-action 1	Favoriser la mise en place de formations autour du soutien à la parentalité des PH au sein des SAVS.
Sous-action 2	Identifier les initiatives des autres départements dans le cadre du soutien à la parentalité des personnes handicapées
ACTION 2 : Promouvoir l'ensemble des dispositifs présents sur le territoire	
Sous-action 1	Informar les intervenants et les usagers quant aux solutions d'accompagnement possibles en lien avec la PMI, l'ASE mais également au niveau associatif en développant les campagnes d'information et de sensibilisation.
Sous-action 2	Mobiliser les acteurs associatifs locaux (ex. l'école des parents) et faciliter les orientations vers ces acteurs pour les usagers qui refuseraient un accompagnement institutionnel.

Point de vigilance :

- Respecter la place de la personne handicapée qui demeure le parent
- L'évolution de la file active des SAVS du fait de l'élargissement de leur périmètre d'intervention.

Indicateurs d'évaluation mesurant la mise en œuvre opérationnelle de l'action :

- Nombre d'intervenants de SAVS formés spécifiquement autour du soutien à la parentalité
- Réalisation du benchmark sur le sujet du soutien à la parentalité auprès d'autres départements
- Nombre de campagnes de sensibilisation réalisées

Pilote / co-pilote(s) : Conseil départemental

Acteurs et partenaires associés :

Etablissements et services accompagnant des personnes handicapées, MDPH, ASE, PMI, professionnels de santé libéraux, associations/structures porteuses d'actions de soutien à la parentalité, etc.

Fiche n° 24 : Favoriser la mobilité (accessibilité/transports)

Rappel de la problématique :

Les personnes âgées et les personnes handicapées rencontrent des difficultés à se déplacer dans la ville et/ou à utiliser les transports. Les infrastructures et les transports en commun ne sont pas aménagés partout et peuvent se montrer inaccessibles. La problématique du « dernier kilomètre » (fin de parcours non adapté) peut également rendre impossibles les déplacements non accompagnés. Enfin, les déplacements relatifs à la vie sociale sont généralement très peu financés dans les EHPAD, ce qui restreint fortement la mobilité des résidents en EHPAD.

Des dispositifs d'aide à la mobilité existent pour les personnes âgées et pour les personnes handicapées. Ils constituent une aide très efficace pour leurs bénéficiaires, mais leur développement est insuffisant à l'échelle du département. Par exemple, le dispositif Sortir Plus est soumis à des critères d'éligibilité restrictifs (avoir plus de 80 ans). Or ce mode d'accompagnement à la mobilité pourrait constituer une réponse adaptée tant aux personnes âgées qu'aux personnes handicapées.

Des services de transports adaptés ont été mis en place sur les différentes agglomérations. Ces différents services sont portés par le GIHP. Par ailleurs, il existe au niveau départemental un service de transport adapté également porté par le GIHP et financé par le Conseil départemental. Pour autant, les dispositifs de transport adapté ne permettent pas actuellement de répondre aux besoins (notamment du fait des contraintes liées à l'utilisation de ces dispositifs mais aussi de leur coût pour les usagers).

Les personnes malvoyantes sont très dépendantes de certains équipements d'accessibilité (bandes de guidage au sol, bornes sonores...). La question de l'entretien et du déploiement de ces équipements est donc cruciale pour leur mobilité. Par ailleurs, les sites internet affichant les horaires de transports ne sont pas accessibles aux personnes ayant un handicap visuel, alors que des normes d'accessibilité des sites internet existent.

Public(s) visé(s) :

Les personnes âgées et les personnes handicapées

Objectifs et résultats attendus :

- Soutenir et développer les dispositifs d'aide à la mobilité pour les personnes âgées et handicapées
- Renforcer l'accessibilité de la ville et des transports

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Recenser l'offre de transports et mieux communiquer (cf. fiche 1)	
Sous-action 1	Recenser l'offre de transports adaptée à la demande existante sur le département
Sous-action 2	Recenser l'offre de transport accessible aux personnes à mobilité réduite sur le département
Sous-action 3	Communiquer sur l'offre et les dispositifs existants auprès des personnes âgées et des personnes handicapées via la MDPH/les MDA
ACTION 2 : Favoriser les déplacements des personnes en établissement	
Sous-action 1	Encourager la mutualisation des déplacements organisés par les établissements et services médico-sociaux
Sous-action 2	Identifier la possibilité d'augmenter, en établissement pour personnes âgées et personnes handicapées, les moyens dévolus aux déplacements des résidents (investissements et charges)
ACTION 3 : Etudier les modalités d'une meilleure accessibilité des transports sur les territoires	
Sous-action 1	Inciter les AOT (autorité organisatrice de transport) à améliorer la coordination et le pilotage des différents dispositifs

Sous-action 2	Sensibiliser les collectivités sur la nécessité d'entretenir les dispositifs existants (bandes de guidage au sol, bornes sonores, feux tricolores équipés de bips) et de développer et étendre les zones d'implantation des équipements
Sous-action 3	Sensibiliser les AOT à la nécessité de respecter les normes existantes sur les sites officiels des transports, concernant la lisibilité des textes pour les personnes ayant un handicap visuel
ACTION 4 : Etudier les modalités d'une meilleure accessibilité financière pour les déplacements accompagnés	
Sous-action 1	Faire étudier par les caisses de retraite les possibilités de rendre le service Sortir Plus accessible aux personnes âgées de moins de 80 ans
Sous-action 2	Analyser la possibilité de créer un dispositif inspiré de Sortir Plus pour les personnes handicapées

Point de vigilance :

Indicateurs d'évaluation mesurant la mise en œuvre opérationnelle de l'action :

- Nombre de bénéficiaires de services de transport à la demande adaptés
- Nombre de structures développant des mutualisations autour des transports
- Mise aux normes des sites officiels de transport

Pilote / co-pilote(s) : Conseil départemental

Acteurs et partenaires associés :

MDPH, caisses de retraites et caisses de retraite complémentaire Agirc-Arrco et les acteurs responsables des transports (communes, intercommunalités, compagnies de transport, etc.), établissements et services pour personnes âgées et personnes handicapées



Fiche n° 25 : Favoriser l'accès à des logements adaptés

Rappel de la problématique :

L'aménagement et l'adaptation des logements des personnes âgées ou se heurte à trois freins principaux :

- le manque d'anticipation : les personnes âgées attendent souvent d'être très dépendantes pour aménager leur logement ou en chercher un autre.
- le coût de l'aménagement : les personnes âgées ou handicapées n'ont pas toujours les moyens de faire les travaux d'aménagement requis.
- la complexité des dossiers d'aide : le système de montage des dossiers est complexe, les délais sont longs (il faut souvent compter 5 à 6 mois) et la grande variété des aides rend le dispositif peu compréhensible.

Pour les dossiers de demande de subvention auprès de l'ANAH, un assistant à maîtrise d'ouvrage est toujours présent pour aider la personne à monter son dossier. Des commissions se réunissent chaque mois. En règle générale, il est recommandé de ne pas lancer de travaux avant le dépôt de demande de subvention. Cependant, les investissements urgents peuvent bénéficier d'une subvention a posteriori : en cas d'investissements urgents, il est possible de réaliser les investissements puis de déposer le dossier de financement en faisant une demande de dérogation. Les locataires peuvent bénéficier d'investissements d'autonomie ; les subventions ne sont pas réservées aux propriétaires.

Une expérimentation de labellisation de logements pour les personnes âgées est en cours, à l'initiative d'Hérault Habitat. Des logements dédiés aux personnes âgées sont labellisés sur des critères de proximité des commerces et des transports notamment. La loi ASV permettra de dédier des logements sociaux aux personnes âgées et cette expérimentation de labellisation pourrait servir de piste de travail

Public(s) visé(s) :

- Personnes âgées vivant à domicile
- Personnes handicapées vivant à domicile
- Intervenants intervenant au domicile

Objectifs et résultats attendus :

- Favoriser l'aménagement des logements inadaptés
- Permettre le maintien à domicile

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Mieux informer pour favoriser l'accès aux aides en matière d'adaptation et d'aménagement du logement	
Sous-action 1	Former les intervenants au domicile et en charge d'orienter les personnes âgées et handicapées à la connaissance des aides existantes en matière d'adaptation du logement
Sous-action 2	Développer la communication à destination des intervenants et du public (personnes âgées et handicapées) sur les critères d'éligibilité et de dérogation pour bénéficier d'une aide d'aménagement du logement
Sous-action 3	Réaliser une étude des freins / des motifs de recours trop partiel aux dispositifs existants en matière d'aménagement du logement
ACTION 2 : Faciliter le dépôt d'un dossier de demande de subventions	
Sous-action 1	Rendre les démarches plus lisibles pour les dossiers de financement de l'aménagement du logement
Sous-action 2	Elaborer un dossier commun entre les différentes aides à l'adaptation du logement - Recenser les différentes aides existantes - Réunir les différents porteurs d'aides pour identifier les modalités de création d'un dossier unique - Mieux coordonner les financements d'aménagement du logement via ce dossier unique

ACTION 3 : Généraliser la labellisation des logements adaptés aux personnes âgées et aux personnes handicapées

Sous-action 1	Développer l'expérimentation d'Hérault Habitat de labellisation de logements dédiés aux personnes âgées en l'étendant aux personnes handicapées - Point de vigilance : s'assurer d'une proximité de ces logements des transports et des commerces
---------------	--

Point de vigilance :

Indicateurs d'évaluation mesurant la mise en œuvre opérationnelle de l'action :

- Nombre de bénéficiaires d'aide à l'adaptation du logement
- Nombre de logements labellisés par Hérault Habitat

Pilote / co-pilote(s) : Conseil départemental

Acteurs et partenaires associés :

ANAH, Services intervenant à domicile, services du département, MDPH, bailleurs sociaux, DDSC, EPCI, Délégués des aides à la pierre, etc.



Fiche n° 26 : Développer l'offre en matière d'habitat intermédiaire

Rappel de la problématique :

L'offre de dispositifs intermédiaires entre le domicile et l'établissement pourrait être enrichie par le développement de modes d'habitat innovants, tant pour les personnes âgées que pour les personnes handicapées. Le fait de vivre en habitat partagé permet de rompre la solitude et éventuellement de mutualiser l'aide APA ou PCH.

Plusieurs expérimentations réussies peuvent être développées ou dupliquées sur le département :

- Un habitat partagé a été créé pour des personnes âgées en perte d'autonomie, en situation d'isolement et en capacité de communiquer. Le modèle retenu est celui de la colocation avec l'objectif de recréer du lien social. La structure a mis en place des activités, des repas en commun pour les 4 colocataires. Il y a une mutualisation des heures d'APA pour deux des colocataires ce qui permet une souplesse d'accompagnement.
- Une expérience réussie dans le Nord va être dupliquée à Sète pour les personnes handicapées. Il s'agit d'une colocation regroupant des personnes bénéficiaires de la PCH avec une mutualisation partielle de la PCH permettant de financer l'accompagnement des colocataires pour les repas. Cela permet aux colocataires ayant une légère perte d'autonomie de vivre en logement de façon assez autonome et de rompre la solitude.
- Un autre projet de colocation intergénérationnelle prévoit de faire vivre une personne âgée en compagnie d'un jeune de moins de 30 ans.
- Le modèle du béguinage (dans le Nord de la France et en Belgique à destination des personnes âgées : habitat collectif de plain-pied avec une accessibilité financière - le propriétaire est un bailleur social)

Par ailleurs, la loi d'adaptation de la société au vieillissement consacre notamment « résidences autonomie » pour désigner les formules d'habitat collectif dédiées aux personnes âgées (anciennement, logements-foyers). Avec la loi ASV, les résidences autonomie pourront bénéficier d'une aide du département appelée « forfait autonomie » au titre de l'exercice de leur mission de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées. Enfin, dans le cadre d'un projet d'établissement à visée intergénérationnelle, les résidences autonomie peuvent accueillir des personnes handicapées, des étudiants ou des jeunes travailleurs, dans des proportions inférieures ou égales à 15% de leur capacité d'accueil autorisée.

Public(s) visé(s) :

- Les personnes âgées et les personnes handicapées ne pouvant être maintenu à domicile seules et ne souhaitant pas entrer en établissement

Objectifs et résultats attendus :

- Proposer un habitat adapté aux personnes en situation de dépendance modérée

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Rechercher des projets d'habitat innovant	
Sous-action 1	Encourager les mairies à exercer leur droit de préemption pour les projets d'habitat innovant
Sous-action 2	Dupliquer les modèles de colocation et accompagner leur financement - Examiner la possibilité de mutualiser des aides APA et PCH pour plusieurs personnes âgées ou handicapées vivant en colocation (cf. <u>fiche n°19</u>)
Sous-action 3	Etudier la possibilité d'expérimenter sur un territoire le modèle du béguinage
ACTION 2 : Diversifier l'offre en développant des résidences autonomie	
Sous-action 1	Analyser et repérer les besoins des personnes autonomes/semi-autonomes par rapport à ce mode d'accueil par territoire
Sous-action 2	Etudier la programmation éventuelle de la création de résidences autonomies par territoire

Point de vigilance :

Indicateurs d'évaluation mesurant la mise en œuvre opérationnelle de l'action :

- Nombre de dispositifs/structures en matière d'habitat intermédiaire créés

Pilote / co-pilote(s) : Conseil départemental

Acteurs et partenaires associés :

Communes, EPCI, porteurs de projets d'habitat innovant, associations d'usagers



Fiche n° 27 : Favoriser l'accès aux soins pour les personnes âgées et les personnes handicapées

Rappel de la problématique :

La densité de professionnels de santé libéraux (généralistes et spécialistes) est élevée dans l'Hérault. Toutefois, un vieillissement de ces intervenants est constaté.

Les enjeux se situent autour de l'efficacité des dispositifs de prévention, de la démographie médicale (notamment en zone rurale) et de l'accès aux soins pour les personnes âgées et les personnes handicapées.

La télémédecine peut être envisagée comme une des solutions pour favoriser un meilleur accès aux soins en milieu rural pour les personnes âgées et handicapées. Les retours d'expérience mentionnent que la télémédecine fonctionne bien pour les plaies et cicatrisation et également pour les spécialités telles que la cardiologie et la chirurgie.

Public(s) visé(s) :

- Les personnes âgées et les personnes handicapées vivant à domicile et en établissement

Objectifs et résultats attendus :

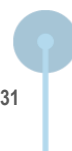
- Garantir l'accès aux dispositifs de droit commun en termes de prévention
- Améliorer l'accès aux soins,
- Réduire les délais d'accès aux soins
- Proposer un suivi de qualité pour les personnes âgées et handicapées

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Améliorer les politiques de prévention santé (campagnes de sensibilisation, dépistage, etc.)	
Sous-action 1	Cibler les politiques de prévention et les campagnes de dépistage à destination des personnes handicapées et âgées à domicile et en établissement
ACTION 2 : Développer et promouvoir la télémédecine	
Sous-action 1	Développer la télémédecine d'urgence
Sous-action 2	Promouvoir les consultations sous forme de télémédecine avec les médecins libéraux et les praticiens hospitaliers - Identifier des structures (hospitalières et médico-sociales) susceptibles de mettre en place / de participer à cette modalité d'intervention - Identifier les types de consultations pouvant être mises en place - Tendre à couvrir l'ensemble du territoire départemental par ce dispositif
ACTION 3 : Valoriser les partenariats entre ESMS et médecins traitants	
Sous-action 1	Promouvoir la contractualisation entre établissements et services médico-sociaux, dépourvus de médecins et d'IDE, avec des médecins traitants du territoire

Point de vigilance :

- La question du financement des transports de l'utilisateur jusqu'au lieu de télémédecine sera à prendre en considération.
- Le respect du secret médical devra être assuré y compris dans le cadre des partenariats entre ESMS et médecins traitants



Indicateurs d'évaluation mesurant la mise en œuvre opérationnelle de l'action :

- Nombre de personnes handicapées bénéficiant du dépistage prévu
- Nombre de personnes soignées dans le cadre de la télémedecine d'urgence
- Nombre de personnes soignées dans le cadre de la télémedecine
- Nombre de contrats passés entre ESMS et médecins traitants

Pilote / co-pilote(s) : ARS**Acteurs et partenaires associés :**

Conseil départemental, médecins libéraux et hospitaliers, ESMS, HAD, Groupements hospitaliers de territoire

Axe 7 : Piloter la mise en œuvre du schéma

Fiche n° 28 : Piloter la mise en œuvre du schéma tout au long de sa période de réalisation

Rappel de la problématique :

En sa qualité de chef de file de l'action sociale et médico-sociale, la Département assume la responsabilité de la mise en œuvre du schéma départemental de l'autonomie, avec l'ensemble des partenaires concernés et le CDCA (instance consultative de référence sur le champ de l'autonomie).

Le schéma étant conclu pour une durée de 5 ans et relevant de la mobilisation voire du pilotage de plusieurs partenaires, il semble important de suivre et de piloter la mise en œuvre des différentes actions tout au long de cette période et non uniquement à l'issue de ces 5 ans.

Public(s) visé(s) :

L'ensemble des pilotes et des partenaires impliqués dans les actions relatives à la mise en œuvre du schéma de l'autonomie

Objectifs et résultats attendus :

- Mobiliser l'ensemble des partenaires impliqués dans la mise en œuvre des actions du schéma, sur une base régulière
- Préparer et porter les choix de la politique départementale en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées à partir des orientations générales définies par le Département
- Réaliser les réajustements nécessaires en fonction des évolutions du contexte
- Faire du schéma un outil de pilotage opérationnel de la politique en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées pour le Département.

Modalités de mise en œuvre de la fiche :

ACTION 1 : Mettre en place des instances de pilotage et de suivi du schéma	
Sous-action 1	Mettre en place : - une instance de pilotage présidée par le Président du Département (ou son représentant) - une cellule opérationnelle de suivi, interne au Département - une commission partenariale de suivi du schéma
Sous-action 2	Préparer et animer les travaux de ces instances
ACTION 2 : Piloter la mise en œuvre du schéma via un tableau de bord	
Sous-action 1	Mettre en place un tableau de bord de suivi des orientations du schéma à partir des indicateurs de pilotage des fiches actions.
Sous-action 2	Présenter chaque année un tableau synthétique du niveau de réalisation et d'évaluation de la mise en œuvre du schéma à l'occasion de la réunion des instances de pilotage et de suivi

Point de vigilance :

Accorder une vigilance particulière à la communication sur l'avancement du schéma, tant auprès des intervenants, que des partenaires, que des associations représentant les usagers afin de favoriser une appropriation et une mobilisation autour du schéma

Indicateurs d'évaluation mesurant la mise en œuvre opérationnelle de l'action :

- Nombre de réunions des instances de suivi et de pilotage
- Réalisation d'une journée annuelle départementale de l'autonomie
- Tableau de bord de suivi des actions du schéma mis à jour trimestriellement/ semestriellement et communiqué à l'ensemble des pilotes

Pilote / co-pilote(s) : Conseil départemental

Acteurs et partenaires associés :

Au premier chef, Le CDCA qui constitue l'instance collégiale de consultation et de concertation auprès du Président du Conseil Départemental et qui pourra utilement s'appuyer sur l'expérience et les travaux antérieurs menés par le CODERPA.

Les autres acteurs de l'autonomie, dont la MDPH, l'ensemble des autres directions du Département, l'ARS, la CPAM, la DDCS, la CARSAT, la MSA, les collectivités locales, les associations représentant les usagers, l'ensemble des intervenants concernés (ESMS accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées), etc...

Annexes

ANNEXE REGLEMENTAIRE – PROGRAMMATION	136
ANNEXES DOCUMENTAIRES	138
ANNEXE 1 : ANALYSE DU QUESTIONNAIRE DESTINE AUX ACCUEILLANTS FAMILIAUX	138
ANNEXE 2 : ANALYSE DU QUESTIONNAIRE EN DIRECTION DES ETABLISSEMENTS ACCOMPAGNANT DES PERSONNES AGEES	153
ANNEXE 3 : ANALYSE DU QUESTIONNAIRE DESTINE AUX ETABLISSEMENTS ACCUEILLANT DES PERSONNES HANDICAPEES	173
ANNEXE 4 : ANALYSE DU QUESTIONNAIRE DESTINE AUX SERVICES PRENANT EN CHARGE DES PERSONNES AGEES ET/OU DES PERSONNES HANDICAPEES	191
ANNEXE 5 : ANALYSE DU QUESTIONNAIRE DESTINE AUX PERSONNES HANDICAPEES ET AUX PERSONNES AGEES.....	210
ANNEXE 6 : COMPTES RENDUS DES GROUPES DE TRAVAIL	255
ANNEXE 7 : GLOSSAIRE	325



Annexe réglementaire – programmation

Annexe relative à la programmation de l'offre d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux
(Article L 312-4 du code de l'action sociale et des familles)

AXE 3 Faire évoluer l'offre d'accueil

Type de structures	Public	Financier	nbre places
Foyer de vie (FDV) et Foyer d'accueil médicalisé (FAM)	PH CRETONS	CD34 - CD34 + ARS	70
Foyer hébergement (FH)	PH	CD34	22
Foyer de vie (FDV)	PH	CD34	40
Foyer d'accueil médicalisé (FAM)	PH	CD34 + ARS	40
Places personnes handicapées vieillissantes	PHV	CD34 / CD34 + ARS	130
Places Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) Pole d'Accompagnement et de soins Adaptés (PASA)	PA	ARS + CD34	60

AXE 4 Favoriser la coordination et les parcours des usagers

Type de structures	Public	Financier	nbre places
Section Annexe ESAT (PH)	PH	CD34	16
Favoriser le développement des SPASAD	PA/PH	CD34 + ARS	Sans objet



AXE 5 Permettre le maintien à domicile par une offre adaptée

Type de structures	Public	Financier	nbre places
Création places service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)	PH	CD34	30
Création places service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)	PH	CD34 + ARS	20
Structure d'urgence et répit / situations complexes PH (établissement d'accueil temporaire et d'urgence - EATU / FAM)	PH	CD34 + ARS	40
Création places accueil de jour	PA/PH	CD34 / CD34 + ARS	25
Sectoriser les interventions des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) par une restructuration de leur activité	PA/PH	CD34	sans objet
Evaluer les besoins de spécialisation de services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) sur des publics spécifiques	PA/PH	CD34	sans objet

AXE 6 Favoriser la vie sociale et l'insertion dans la société

Type de structures	Public	Financier	nbre places
Création de résidences autonomie	PA/PH	CD34	A étudier



Annexes documentaires

Annexe 1 : Analyse du questionnaire destiné aux accueillants familiaux

1. Présentation de la démarche et description du questionnaire

Dans le cadre de l'élaboration du schéma départemental de l'autonomie, les accueillants familiaux de personnes âgées et de personnes handicapées ont eu l'occasion de remplir un questionnaire.

Ce questionnaire a été diffusé par mail aux accueillants familiaux. Il pouvait être complété directement sur internet entre le 3 mai et le 6 juin 2016.

L'objectif de ce questionnaire, qui contenait principalement des questions fermées, était de **recueillir l'avis de ces acteurs sur la qualité des services rendus aux personnes âgées et aux personnes handicapées dans l'Hérault**. Plusieurs questions ouvertes leur permettaient également de s'exprimer librement et de formuler des propositions d'amélioration des dispositifs.

Ce questionnaire était composé de quatre parties :

- **Partie 1 : Profil de l'accueillant ;**
- **Partie 2 : Profil du public accueilli ;**
- **Partie 3 : Relations avec les autres acteurs ;**
- **Partie 4 : Avis général sur la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées.**

Les réponses ont été traitées de manière totalement **anonyme** par le cabinet Cekoïa Conseil, indépendant du Conseil départemental de l'Hérault.

2. Participation

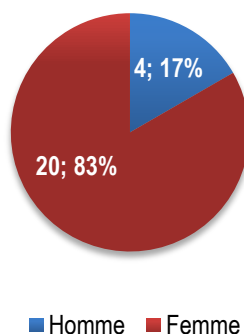
A l'échéance du délai de réponse, **27 accueillants familiaux** ont répondu au questionnaire de manière partielle (c'est-à-dire à certaines questions) ou totale (c'est-à-dire à l'ensemble des questions) **soit un taux de réponse de 28,1 %** (par rapport aux 96 accueillants familiaux contactés).



3. Présentation des accueillants familiaux

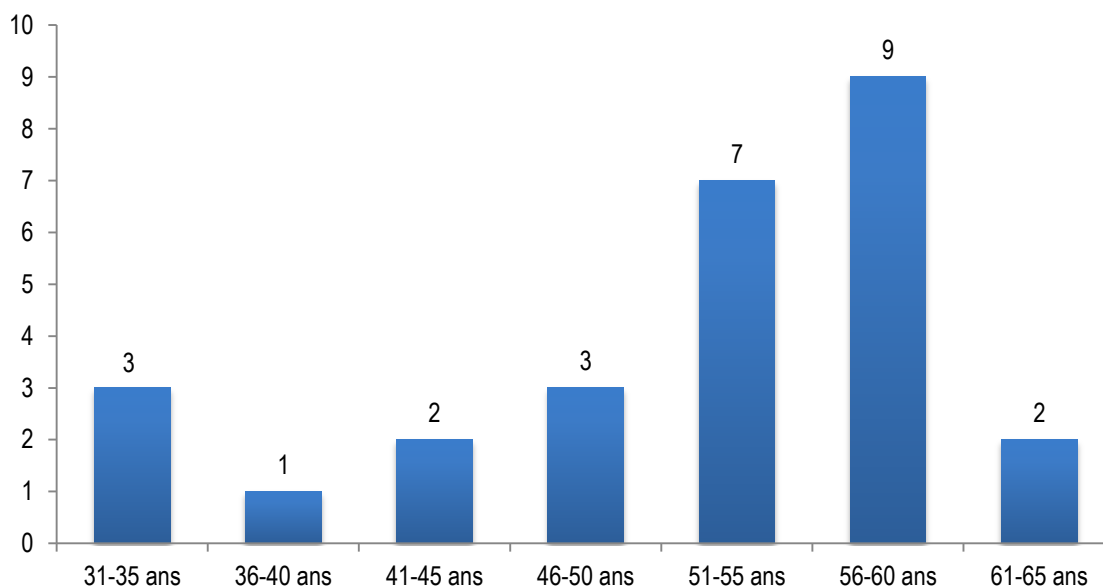
3.1 Profil des accueillants familiaux

Le sexe des accueillants familiaux



Les accueillants familiaux sont essentiellement des femmes (20 répondants sur 24, soit **83,3 %**).

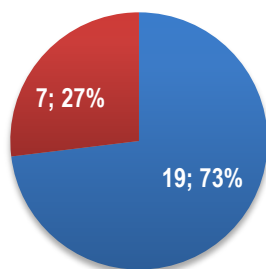
Age des accueillants familiaux



Les accueillants familiaux sont relativement âgés : les deux tiers d'entre eux ont entre 51 et 65 ans (18 personnes sur 27, soit 66,7 %). Un tiers d'entre eux a entre 30 et 50 ans (9 personnes sur 27, soit 33,3 %).

3.2 Situation familiale et personnes vivant chez l'accueillant familial

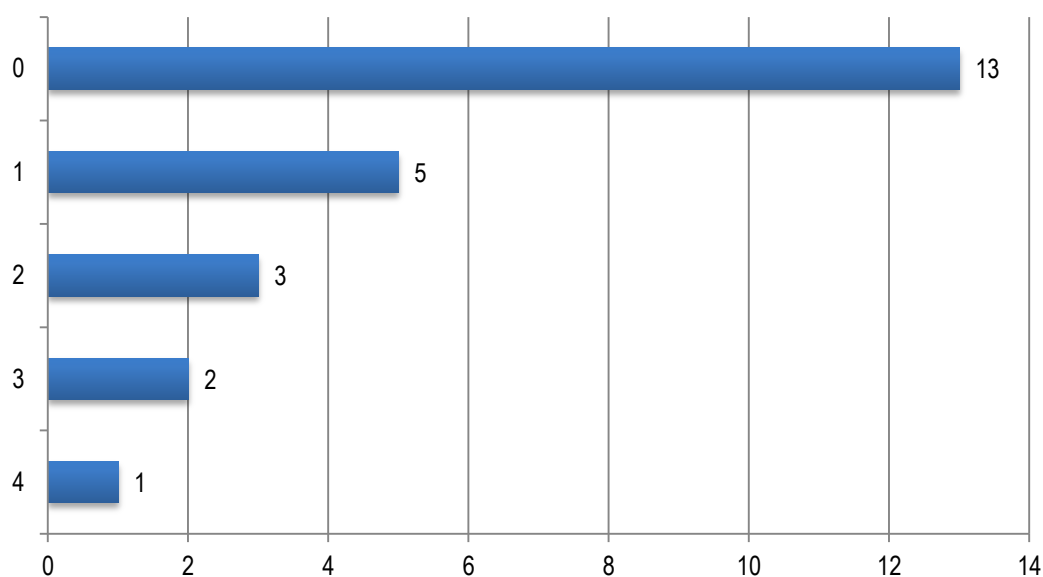
Situation familiale des accueillants familiaux



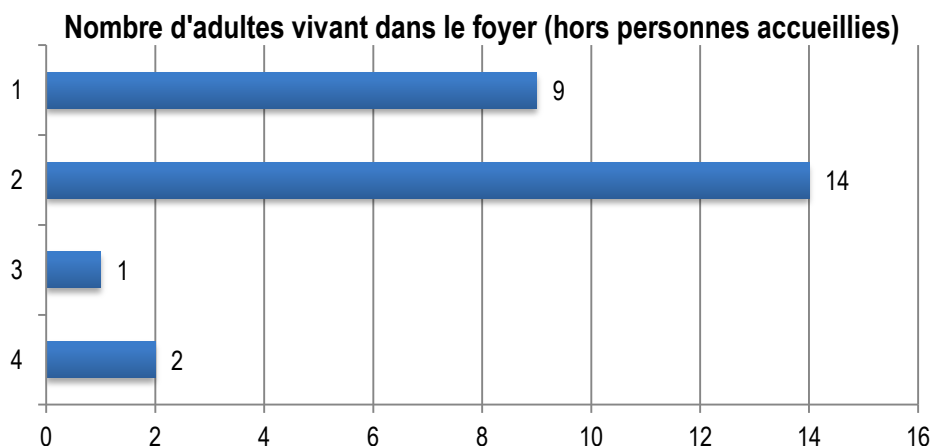
■ En couple ■ Vivant seul

Près des trois quarts des accueillants familiaux vit en couple (19 personnes sur 26, soit 73,1 %), tandis qu'un quart vit seul (7 personnes, soit 26,9 %).

Nombre d'enfants vivant dans le foyer



Plus de la moitié des accueillants familiaux n'a pas d'enfant vivant dans son foyer (13 personnes sur 24, soit 54,2 %). Un tiers des accueillants familiaux a 1 ou 2 enfants vivant au foyer (8 personnes sur 24, soit 33,3 %) et 3 accueillants familiaux ont 3 ou 4 enfants vivant au foyer (soit 12,5 %).



9 accueillants familiaux sur 26 (soit 34,6 %) vivent seuls avec la ou les personnes accueillies (sans compter les éventuels enfants).

14 accueillants familiaux (soit 53,8 %) vivent avec 1 seul autre adulte dans leur foyer, hors personnes accueillies.

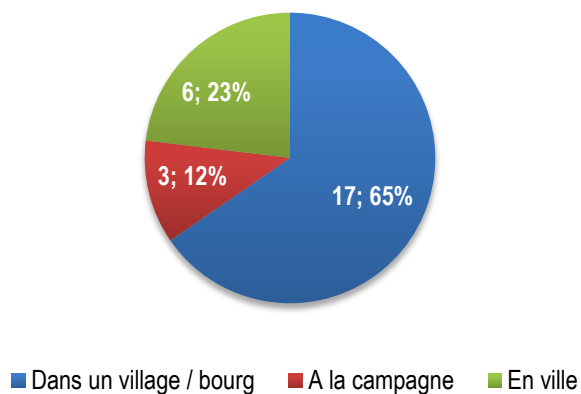
Enfin, le foyer de 3 accueillants familiaux est constitué de 3 ou 4 adultes, hors personnes accueillies.

3.3 Localisation du logement

Secteur de solidarité de résidence des accueillants familiaux :

Bédarieux	2
Béziers	11
Clermont l'Hérault	2
Montpellier	5
Saint Mathieu de Tréviers	3
Saint Pons de Thomières	1
Sète	2
Total	26

Localisation du logement de l'accueillant familial



Les deux tiers des accueillants familiaux résident dans un village ou dans un bourg (17 répondants sur 26, soit 65,4 %). Un quart d'entre eux réside en ville (6 sur 26, soit 23,1 %). Une faible minorité réside à la campagne (3 sur 26, soit 11,5 %).

4. La situation d'accueillant familial

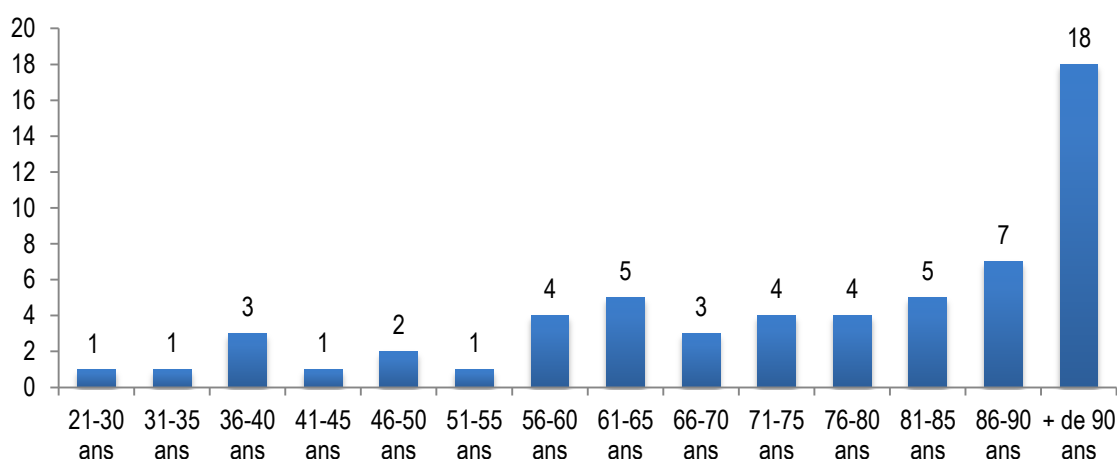
4.1 Un nombre de places assez limité

Les accueillants familiaux ayant répondu au questionnaire totalisent 57 places pour personnes âgées et 16 places pour personnes handicapées.

Au total, les accueillants familiaux ayant répondu accueillent 46 personnes âgées et 14 personnes handicapées. Chaque foyer accueille entre 0 et 3 personnes âgées et/ou entre 0 et 3 personnes handicapées.

4.2 Des personnes accueillies plutôt âgées

Age des personnes accueillies

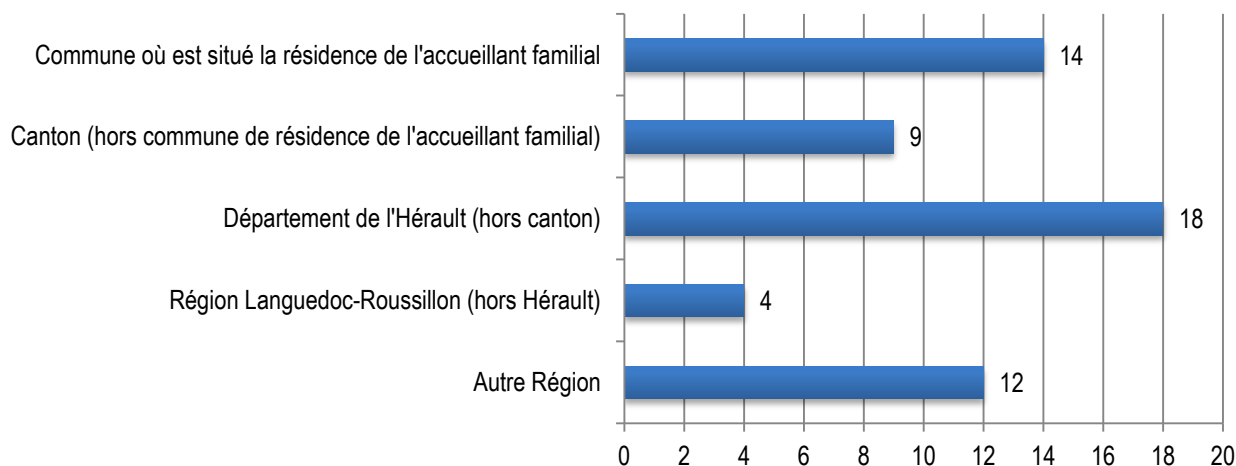


Sur 59 personnes accueillies :

- **30,5 % ont plus de 90 ans** (soit 18 personnes sur 59)
- **33,9 % ont entre 71 et 90 ans** (soit 20 sur 59)
- 22,0 % ont entre 51 et 70 ans (soit 13 sur 59)
- 13,6 % ont entre 21 et 50 ans (soit 8 sur 59)

4.3 Origine géographique des personnes accueillies

Origine géographique des personnes accueillies



71,9 % des personnes accueillies proviennent du Département de l'Hérault (soit 41 personnes sur 57).

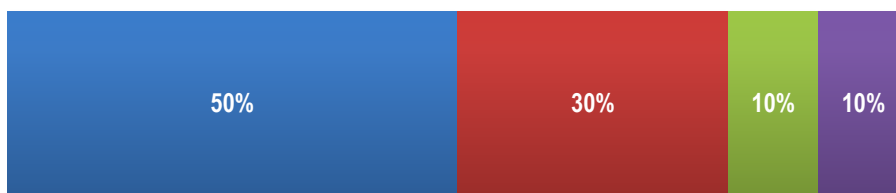
- 29,8 % des personnes accueillies proviennent de la commune où réside l'accueillant familial (soit 14 sur 57),
- 15,8 % proviennent d'une autre commune située sur le même canton (soit 9 sur 57)
- 31,6 % proviennent d'un autre canton de l'Hérault (soit 18 sur 57).

7,0 % des personnes accueillies proviennent d'un autre département de la Région Languedoc-Roussillon (soit 4 sur 57).

21,1 % des personnes accueillies proviennent d'une autre région.

4.4 Handicap et GIR des personnes accueillies

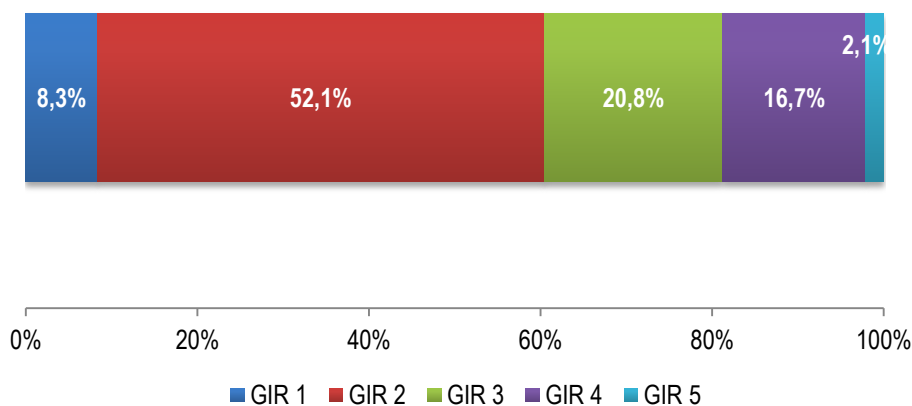
Type de handicap des personnes accueillies



■ Handicap mental ■ Handicap psychique ■ Polyhandicap ■ Cérébro-lésé

Parmi les personnes handicapées accueillies, 10 ont un handicap mental, 6 ont un handicap psychique, 2 ont un polyhandicap et 2 sont cérébro-lésées (plusieurs types de handicap possibles pour une même personne).

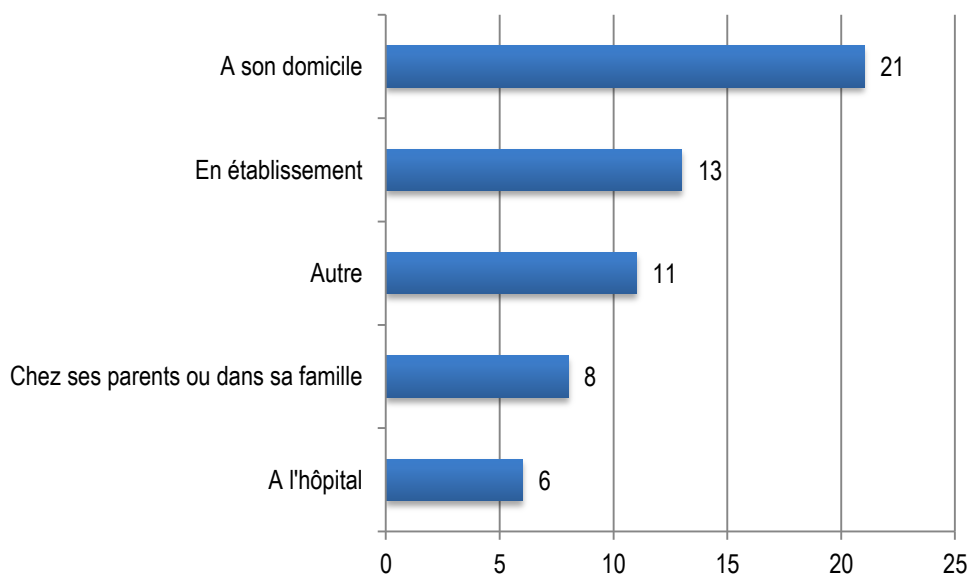
Niveau de dépendance des personnes accueillies



60,4 % des personnes âgées accueillies sont en GIR 1 ou 2 (soit 29 personnes sur 48) et 37,5 % sont en GIR 3 ou 4 (soit 18 sur 48). 1 seule personne âgée accueillie est en GIR 5.

4.5 Dernier lieu de vie de résident

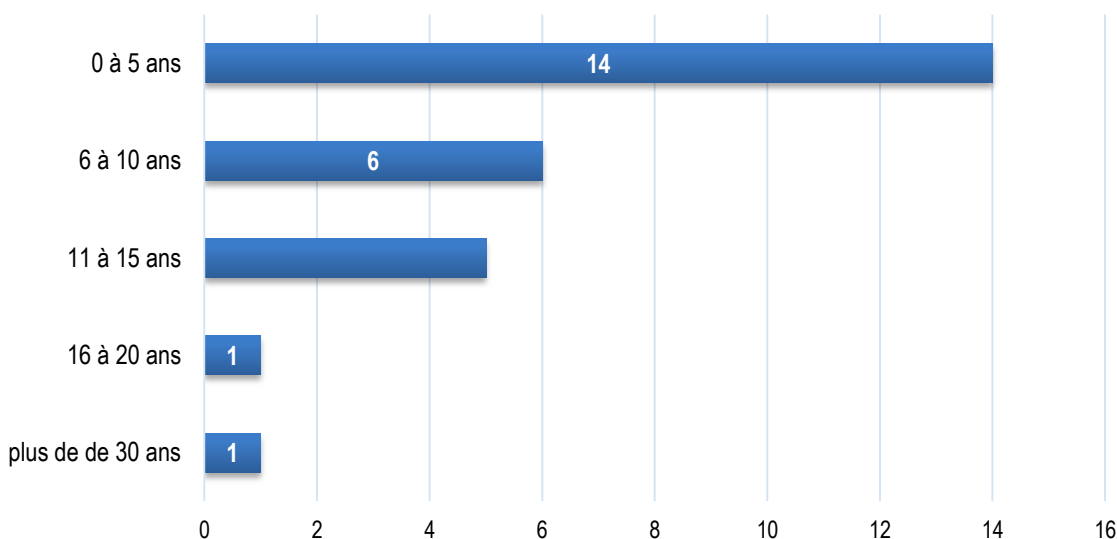
Dernier lieu de vie des résidents



Avant d'être hébergées chez un accueillant familial, presque la moitié des personnes accueillies résidait soit à son domicile (21 personnes sur 59, soit 35,6 %), soit chez ses parents ou dans sa famille (8 sur 59, soit 13,6 %). 22,0 % des personnes accueillies étaient en établissement (soit 13 personnes) et 10,2 % étaient à l'hôpital.

4.6 Une majorité d'accueillants familiaux agréés récemment

Durée depuis l'obtention de l'agrément d'accueillant familial

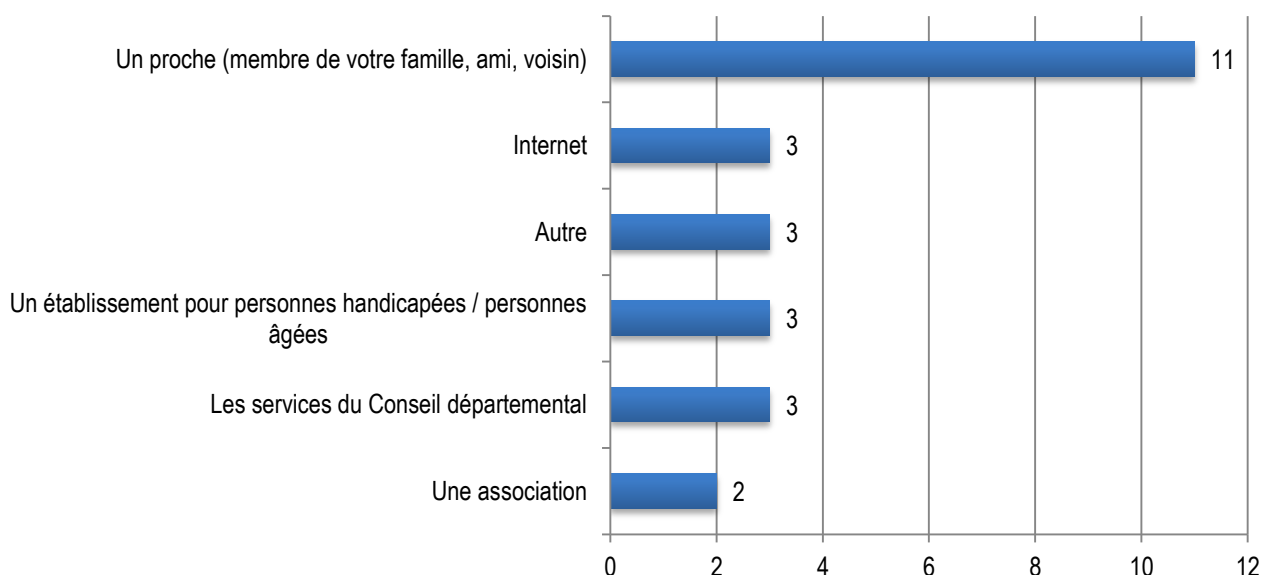


Plus de la moitié des accueillants familiaux ont obtenu leur agrément il y a 5 ans ou moins (14 sur 27, soit 51,9 %).

6 accueillants familiaux l'ont obtenu il y a 6 à 10 ans (soit 22,2 %) et 5 d'entre eux l'ont depuis 11 à 15 ans (soit 18,5 %).

4.7 Des accueillants familiaux principalement informés par les proches avant d'entrer dans ce métier

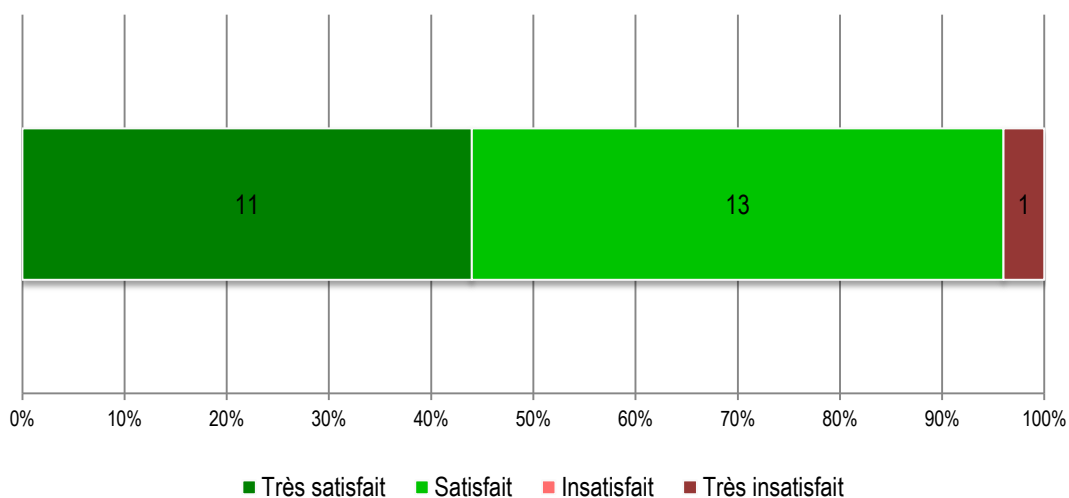
Modalité d'information de la possibilité de devenir accueillant familial



C'est **par un proche** que la plupart des accueillants familiaux ont été **informés de la possibilité de devenir accueillant familial** (11 répondants sur 26, soit 42,3 %). Les autres ont été informés par internet, par un établissement pour personnes handicapées / personnes âgées ou par les services du Conseil départemental (respectivement 3 répondants à chacune de ces catégories) ou par une association (2 répondants).

4.8 Une satisfaction quasi unanime sur le métier

Appréciation sur le métier d'accueillant familial

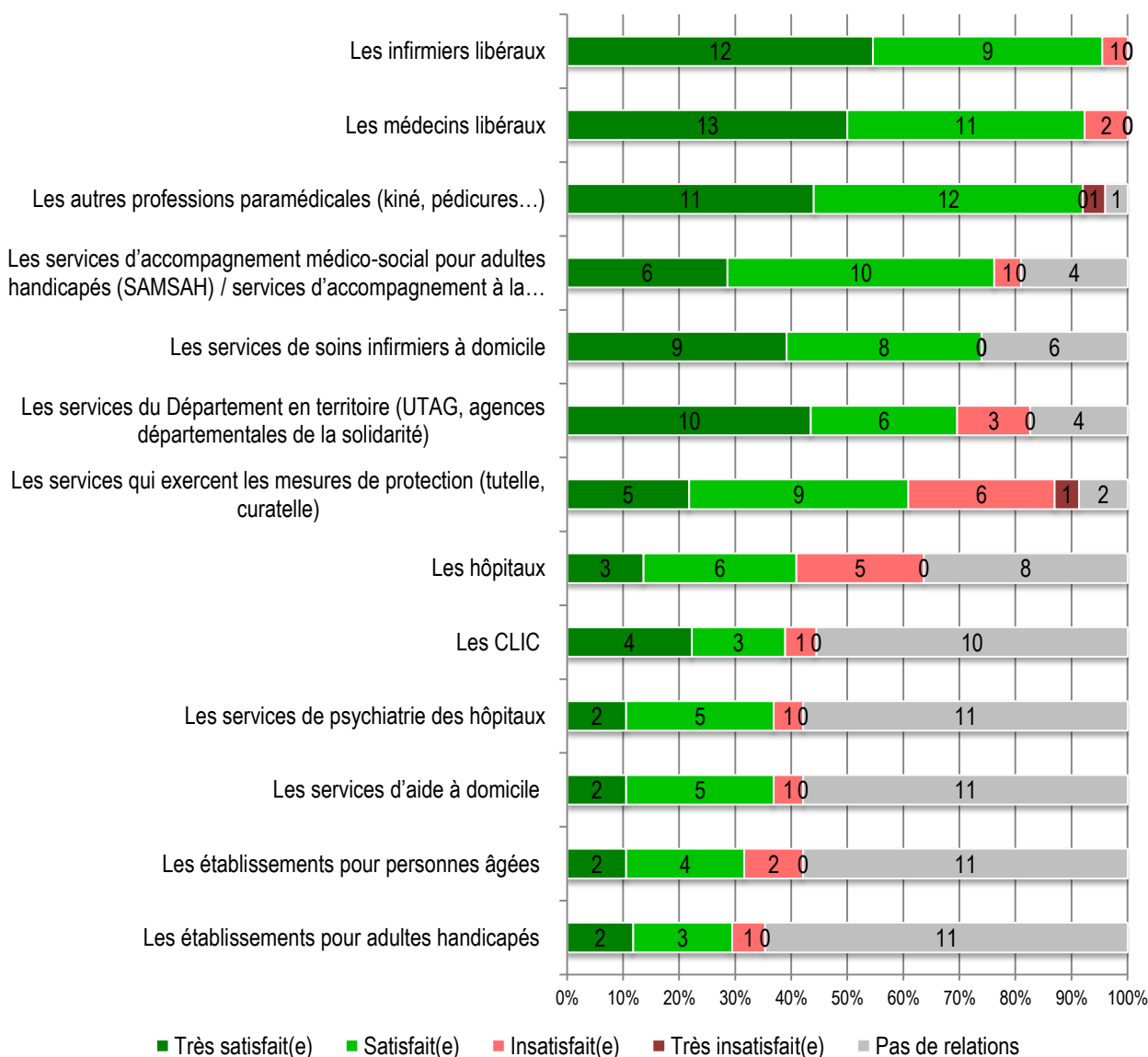


24 accueillants familiaux sur 25 se déclarent satisfaits ou très satisfaits de leur métier (soit **96,0 %**). Une seule personne est très insatisfaite du métier d'accueillant familial.

5. Les relations avec les autres acteurs / les partenaires

5.1 De bonnes relations dans l'ensemble avec les acteurs du territoire

Les relations avec les autres acteurs du territoire



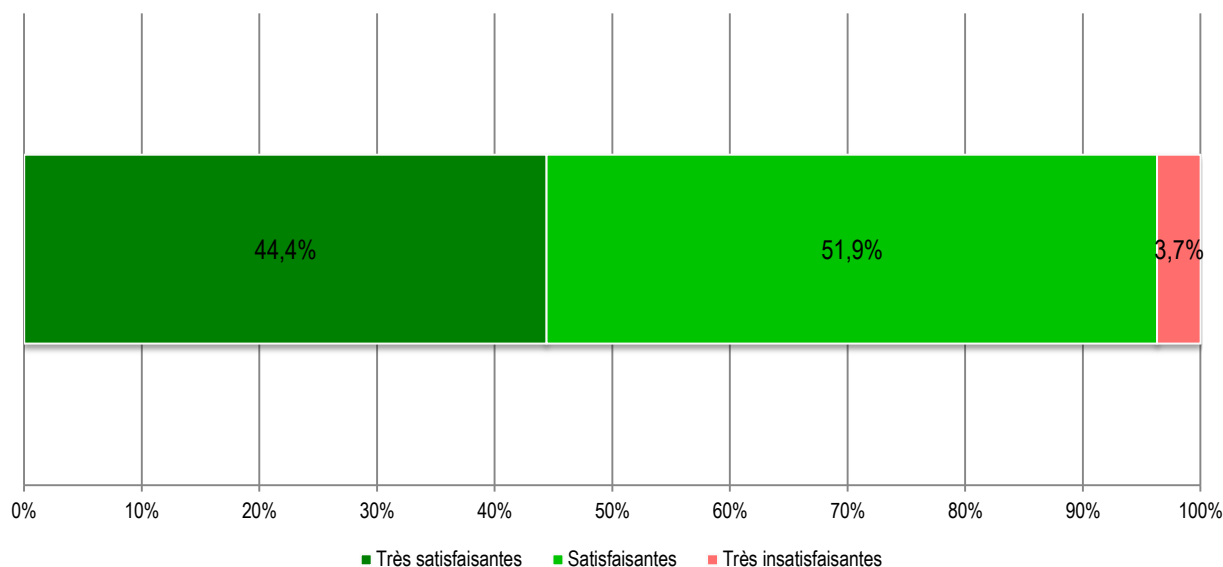
La majorité des accueillants familiaux ayant répondu sont satisfaits voire très satisfaits de leurs relations avec les autres acteurs et partenaires du territoire, particulièrement avec les infirmiers libéraux (95,5 % satisfaits ou très satisfaits), les médecins libéraux (92,3 %) et les autres professions paramédicales (kiné, pédicures...) (92,0 % satisfaits ou très satisfaits).

Les acteurs du territoire qui cristallisent le plus d'insatisfaction sont les **services qui exercent les mesures de protection (tutelle, curatelle)** (30,4 % insatisfaits ou très insatisfaits) et les **hôpitaux** (22,7 % insatisfaits ou très insatisfaits).

Les acteurs avec lesquels les accueillants familiaux ont **le moins de relations** sont les **établissements pour adultes handicapés** (64,7 % des accueillants familiaux n'ont pas de relations avec eux), les établissements pour personnes âgées, les services d'aide à domicile et les services de psychiatrie des hôpitaux (57,9 % pour chacun de ces acteurs) et les CLIC (55,6 %).

5.2 De très bonnes relations avec le Conseil départemental

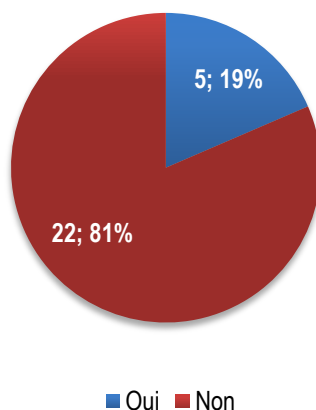
Relations avec le Conseil départemental



96,3 % des accueillants familiaux ont des relations satisfaisantes ou très satisfaisantes avec le Conseil départemental (soit 26 répondants sur 27). Seul un répondant fait part de mauvaises relations (« très insatisfaisantes ») avec le Conseil départemental.

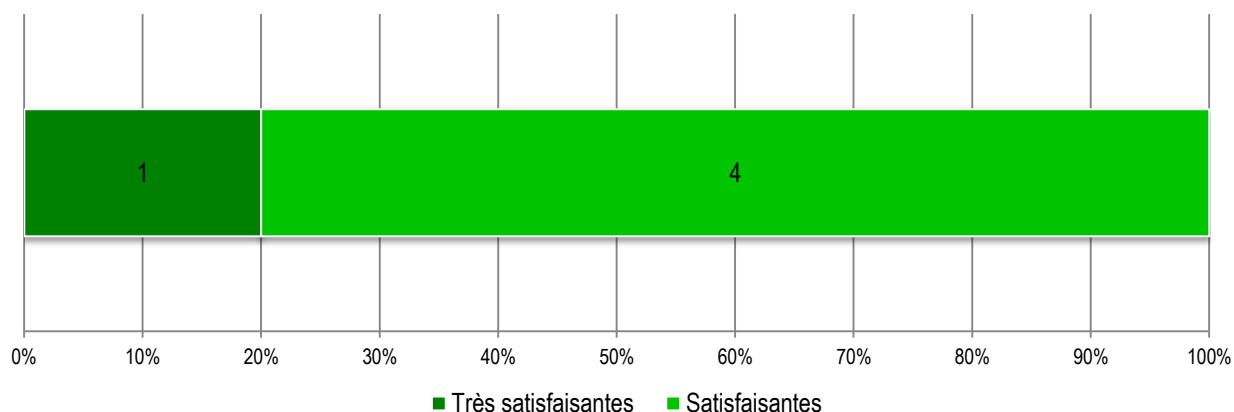
5.3 Un nombre limité de personnes en relation avec la MDPH, mais qui en sont satisfaites

Existence de relations avec la MDPH



La majorité des accueillants familiaux n'a pas de relations avec la MPDH (22 répondants sur 27, soit 81 %).

Evaluation des relations avec la MDPH



Les 5 personnes ayant déclaré avoir des relations avec la MDPH sont satisfaites (4 personnes) ou très satisfaite (1 personne) de ces relations.

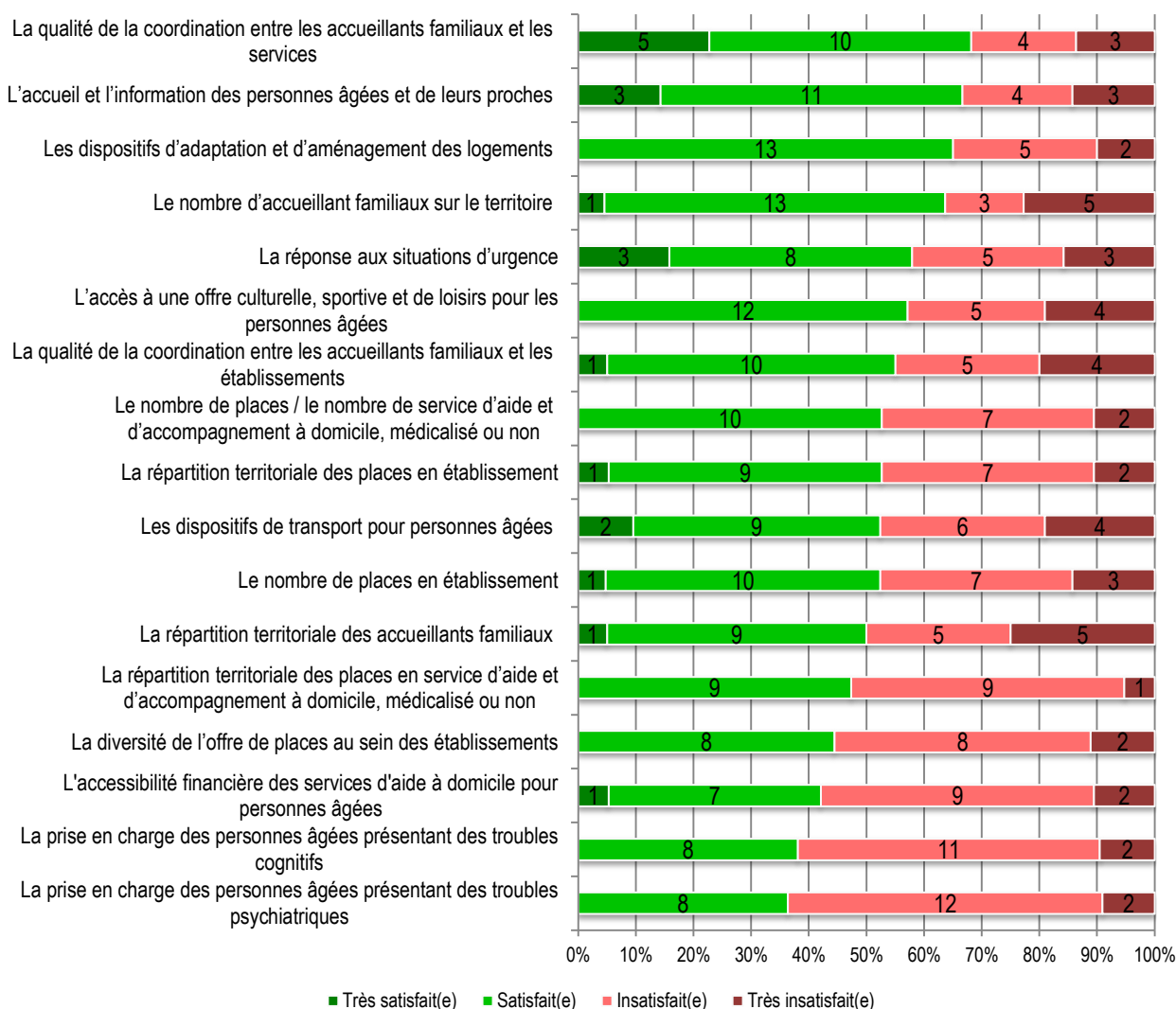
Les répondants familiaux avaient la possibilité de préciser la qualité de leurs relations avec les acteurs :

- Une personne souligne ses très bonnes relations avec le Conseil départemental, lequel s'occupe des accueillants familiaux et leur propose des formations.
- Une personne nouvelle dans la profession d'accueillant familial apprécie beaucoup le soutien et l'accompagnement très efficaces réalisés par une association et par le Conseil départemental.
- Un répondant est actuellement très satisfait de ses relations avec les organismes de tutelle, tout en reconnaissant que c'est rarement le cas.

6. Avis général sur la réponse aux besoins des personnes âgées dans le département de l'Hérault

6.1 Un système de prise en charge des personnes âgées qui satisfait moyennement

Niveau de satisfaction sur le système de prise en charge des personnes âgées dans le département



De manière générale, **les accueillants familiaux sont moyennement satisfaits du système de prise en charge des personnes âgées dans le département**. Cette insatisfaction est particulièrement forte en ce qui concerne :

- La prise en charge des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques (63,6 % insatisfaits ou très insatisfaits)
- La prise en charge des personnes âgées présentant des troubles cognitifs (61,9 % insatisfaits ou très insatisfaits)
- L'accessibilité financière des services d'aide à domicile pour personnes âgées (57,9 % insatisfaits ou très insatisfaits)
- La diversité de l'offre de places au sein des établissements (55,6 % insatisfaits ou très insatisfaits)
- La répartition territoriale des places en service d'aide et d'accompagnement à domicile, médicalisé ou non (52,6 % insatisfaits ou très insatisfaits)
- La répartition territoriale des accueillants familiaux (50,0 % d'insatisfaction, dont 25,0 % très insatisfaits)

Certains aspects de la politique départementale envers les personnes âgées sont considérés comme satisfaisants par les accueillants familiaux :

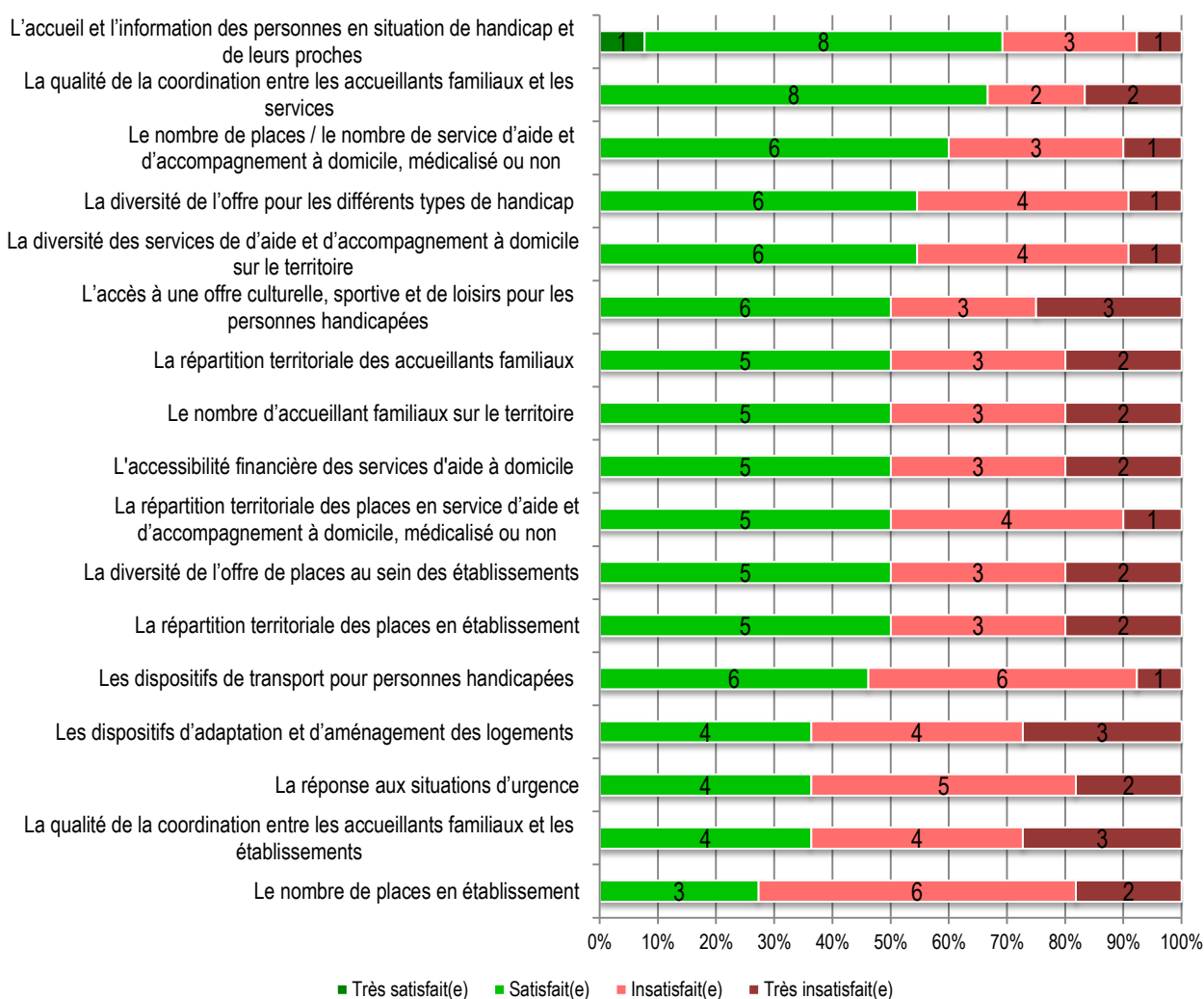
- La qualité de la coordination entre les accueillants familiaux et les services (68,2 % satisfaits ou très satisfaits)
- L'accueil et l'information des personnes âgées et de leurs proches (66,7 % satisfaits ou très satisfaits)
- Les dispositifs d'adaptation et d'aménagement des logements (65,0 % satisfaits ou très satisfaits)
- Le nombre d'accueillant familial sur le territoire (63,6 % satisfaits ou très satisfaits)

Certains éléments ressortent de la rubrique « commentaires » :

- Sur le territoire de l'Hérault, notamment sur Béziers et dans les petits villages alentours, la prise en charge pour les personnes désorientées n'est pas adaptée.
- La formation obligatoire du Conseil départemental, à destination des familles d'accueil, a permis à un accueillant familial de se créer un réseau et d'être en mesure d'orienter vers des personnes compétentes les membres de sa famille ainsi que les aidants en recherche de solution d'accueil.

6.2 Un système de prise en charge des personnes handicapées qui satisfait très moyennement

Niveau de satisfaction sur le système de prise en charge des personnes handicapées dans le département



De manière générale, **les accueillants familiaux sont moyennement satisfaits du système de prise en charge des personnes handicapées dans le département**. Cette insatisfaction est particulièrement forte en ce qui concerne :

- Le nombre de places en établissement (72,7 % insatisfaits ou très insatisfaits, soit 8 répondants sur 11)
- La qualité de la coordination entre les accueillants familiaux et les établissements (63,6 %, soit 7 sur 11)
- La réponse aux situations d'urgence (63,6 %, soit 7 sur 11)
- Les dispositifs d'adaptation et d'aménagement des logements (63,6 %, soit 7 sur 11)
- Les dispositifs de transport pour personnes handicapées (53,8 %, soit 7 sur 13)

Certains aspects de la politique départementale envers les personnes âgées sont considérés comme satisfaisants par les accueillants familiaux :

- L'accueil et l'information des personnes en situation de handicap et de leurs proches (69,2 % satisfaits ou très satisfaits, soit 9 sur 13)
- La qualité de la coordination entre les accueillants familiaux et les services (66,7 %, soit 8 sur 12)
- Le nombre de places / le nombre de service d'aide et d'accompagnement à domicile, médicalisé ou non (60,0 %, soit 6 sur 10)
- La diversité de l'offre pour les différents types de handicap (54,5 %, soit 6 sur 11)

Dans la rubrique « commentaires », un accueillant familial relève le manque d'associations adaptées aux activités du troisième âge avec handicap.

7. Propositions d'actions

Les propositions des accueillants familiaux sont les suivantes :

- **Développer l'accueil familial** pour compenser le manque actuel de places en famille d'accueil, notamment **en le faisant mieux connaître** auprès des centres médicaux, de Pôle emploi, etc. (6 occurrences).
- **Répertorier les places disponibles** en accueil familial **et les rendre accessibles** aux familles en recherche de places comme aux professionnels (2 occurrences).
- **Transmettre plus d'information** aux accueillants sur **les personnes accueillies avant qu'ils ne les reçoivent**, notamment le dossier médical ou psychiatrique, pour éviter les mauvaises surprises.
- Développer l'accueil de jour au sein des familles d'accueil en partenariat avec des établissements et des hôpitaux.



Annexe 2 : Analyse du questionnaire en direction des établissements accompagnant des personnes âgées

1. Présentation de la démarche et description du questionnaire

Dans le cadre de l'élaboration du schéma départemental de l'autonomie, les établissements accueillant des personnes âgées ont eu l'occasion de remplir un questionnaire.

Ce questionnaire a été diffusé par mail aux directeurs des établissements accompagnant des personnes âgées. Il pouvait être complété directement sur internet entre le 29 mai et le 7 juin 2016.

L'objectif de ce questionnaire, qui contenait principalement des questions fermées, était de **recueillir l'avis de ces acteurs sur la qualité des services rendus aux personnes âgées dans l'Hérault**. Plusieurs questions ouvertes leur permettaient également de s'exprimer librement et de formuler des propositions d'amélioration des dispositifs.

Ce questionnaire était composé de six parties :

- **Partie 1 : Présentation de l'établissement ;**
- **Partie 2 : Profil du public accueilli ;**
- **Partie 3 : Qualité de service ;**
- **Partie 4 : Relations avec les autres acteurs ;**
- **Partie 5 : Projets d'avenir**
- **Partie 6 : Avis général sur la prise en charge des personnes âgées.**

Les réponses ont été traitées de manière totalement **anonyme** par le cabinet Cekoïa Conseil, indépendant du Conseil départemental de l'Hérault.

2. Participation

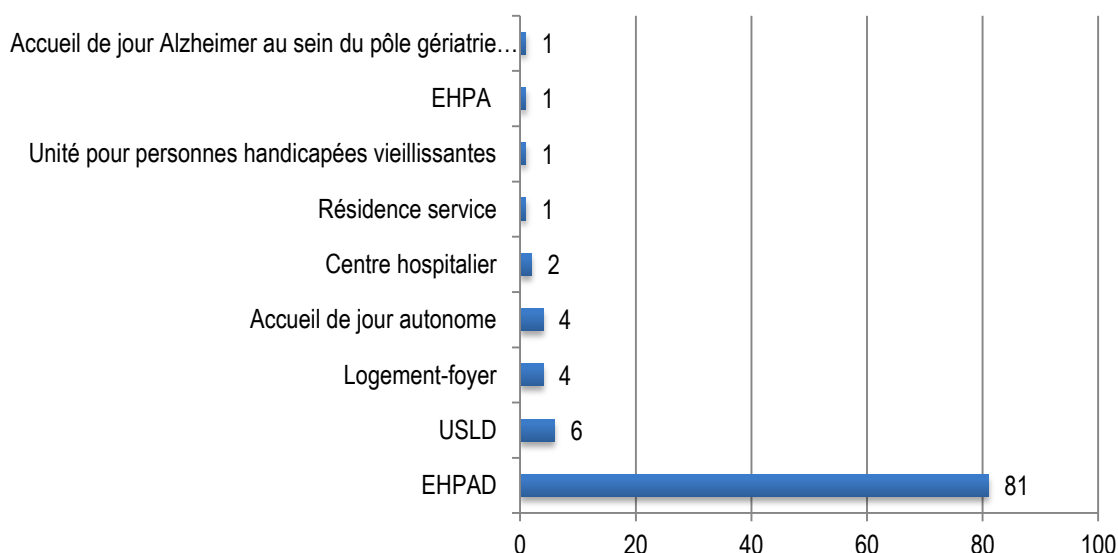
A l'échéance du délai de réponse, **101 établissements ont répondu au questionnaire de manière partielle** (c'est-à-dire à certaines questions) ou totale (c'est-à-dire à l'ensemble des questions) **soit un taux de réponse de 56,7 %** (par rapport au nombre d'établissements contactés).



3. Présentation des établissements

3.1 Profil des établissements répondants

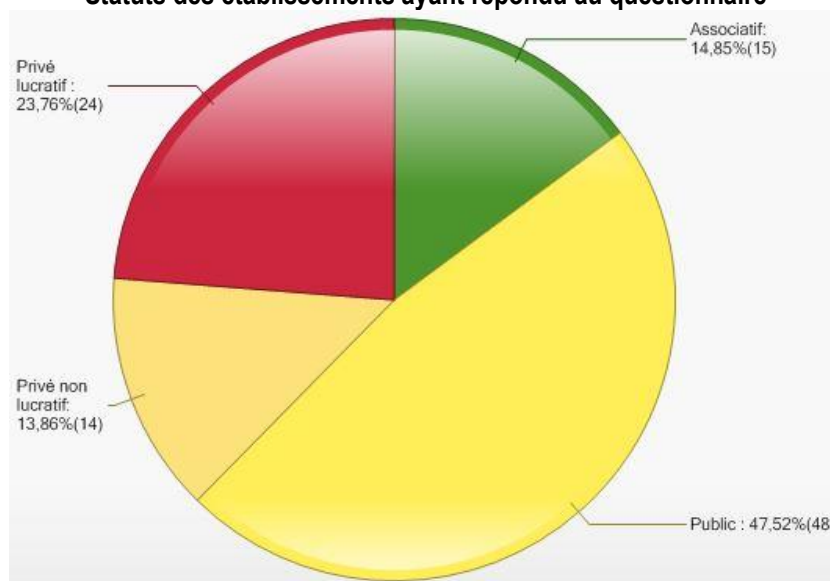
Répartition des répondants par type d'établissement



Sur les 101 établissements accueillant des personnes âgées qui ont répondu au questionnaire, **81 sont des EHPAD soit 80,2 %**. Les autres types d'établissements représentés parmi les répondants sont les USLD (6 % des répondants), les logements-foyers (4 %) et les accueils de jour autonomes (4 %) et les centres hospitaliers (2 %).

Les autres types d'établissements ayant répondu au questionnaire sont : un EHPA, une unité pour personnes handicapées vieillissantes, une résidence service ainsi qu'un accueil de jour Alzheimer au sein du pôle gériatrie d'un centre hospitalier.

Statuts des établissements ayant répondu au questionnaire



Parmi les 101 établissements ayant répondu au questionnaire, **48 sont publics**, 24 sont des établissements privés à but lucratif, 15 sont associatifs et 14 sont des établissements privés à but non lucratif.

Les établissements ayant répondu au questionnaire sont implantés sur 61 communes du département. **16 d'entre eux sont à Montpellier, 6 à Béziers, 5 à Sète et 4 à Frontignan.**

3.2 Un grand nombre de places autorisées et un bon taux d'occupation moyen

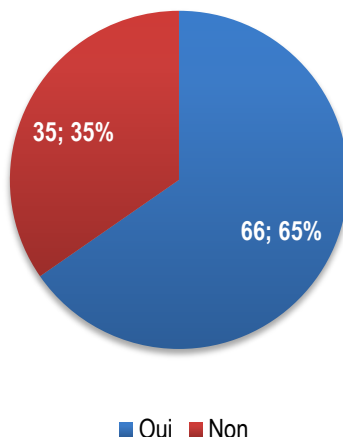
Les établissements ayant répondu au questionnaire **totalisent 6 654 places autorisées**. En moyenne chaque établissement dispose d'environ 67 places. Le maximum de places autorisées par établissement est de 210 et le minimum de 10.

En 2015, le **taux d'occupation par rapport aux places autorisées moyen des établissements est de 94,5 %**, avec un minium à 48 % et un maximum à 140 %.



3.3 Une majorité d'établissements habilités à l'aide sociale

Habilitation à l'aide sociale des établissements



Sur les 101 établissements répondants, **66 sont habilités à l'aide sociale**. Ces établissements habilités comptent en moyenne 66,4 places habilités à l'aide sociale pour un total de 4 117 places. Parmi les répondants, **le maximum de places habilitées est de 210 et le minimum de 7**.

3.4 De nombreuses places d'accueil pour personnes désorientées

Au total, **2 496 personnes désorientées sont accueillies dans 74 établissements** (sur les 101 répondants). En moyenne, 33 personnes sont accueillies par établissement, avec un minimum de 1 et un maximum de 83 personnes désorientées accueillies. 27 établissements ont indiqué ne pas accueillir de personnes désorientées.

40 établissements disposent de places en unité de vie protégée, pour un total de 581 places. En moyenne, ces établissements disposent d'environ 15 places en unité de vie protégée, avec un maximum de 35 places et un minimum de 10 places.

4 établissements ont des places en unité d'hébergement renforcée, avec un total de 56 places. 3 établissements disposent de 12 places et un établissement compte 20 places.

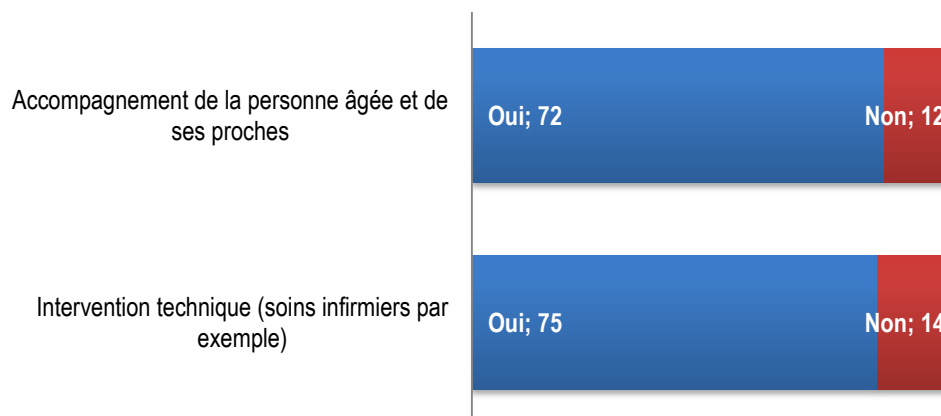
Sur les 101 établissements répondants, 18 disposent de places en pôle d'activité et de soins adaptés (PASA), pour un total de 252 places. Ainsi, chaque établissement dispose d'en moyenne 14 places avec un maximum de 22 places et un minimum de 12 places.

3.5 Un faible nombre de personnes prises en charge par l'hospitalisation à domicile au sein des établissements

Sur les 101 établissements ayant répondu au questionnaire, 20 indiquent accueillir des personnes prises en charges par l'hospitalisation à domicile. Au total, 59 personnes âgées accueillies en établissement sont suivies par un service d'HAD. Un établissement accueille 29 personnes suivies par un service d'HAD, 5 établissements en accueillent 2 et 14 établissements n'en accueillent qu'une.

3.6 La mise en place de mesures d'accompagnement en fin de vie dans la majorité des structures

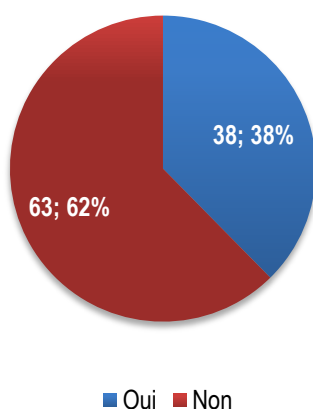
Mise en place d'un accompagnement en fin de vie



Parmi les 101 établissements répondants, 75 indiquent avoir mis en place un accompagnement en fin de vie via une intervention technique (soins infirmiers par exemple). De plus, 72 indiquent avoir mis en place un accompagnement de la personne âgée et de ses proches.

3.7 Une utilisation satisfaisante des places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour

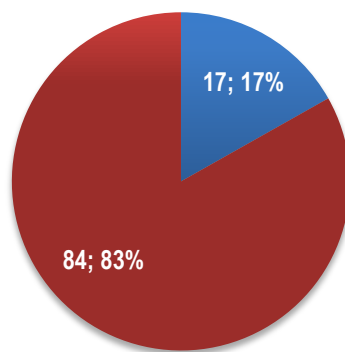
Etablissements qui proposent des places d'hébergement temporaire



Parmi les 101 établissements ayant répondu, **38 disposent de places d'hébergement temporaire pour un total de 180 places autorisées** soit un peu moins de 5 places par établissement en moyenne. **Un établissement propose 91 places d'hébergement temporaire et 37 établissements proposent de 1 à 5 places.**

Le taux d'occupation moyen en 2015 de ces places d'hébergement temporaire est de 60 %, avec un maximum de 250 % et un minimum de 2 %.

Etablissements qui proposent un accueil de jour

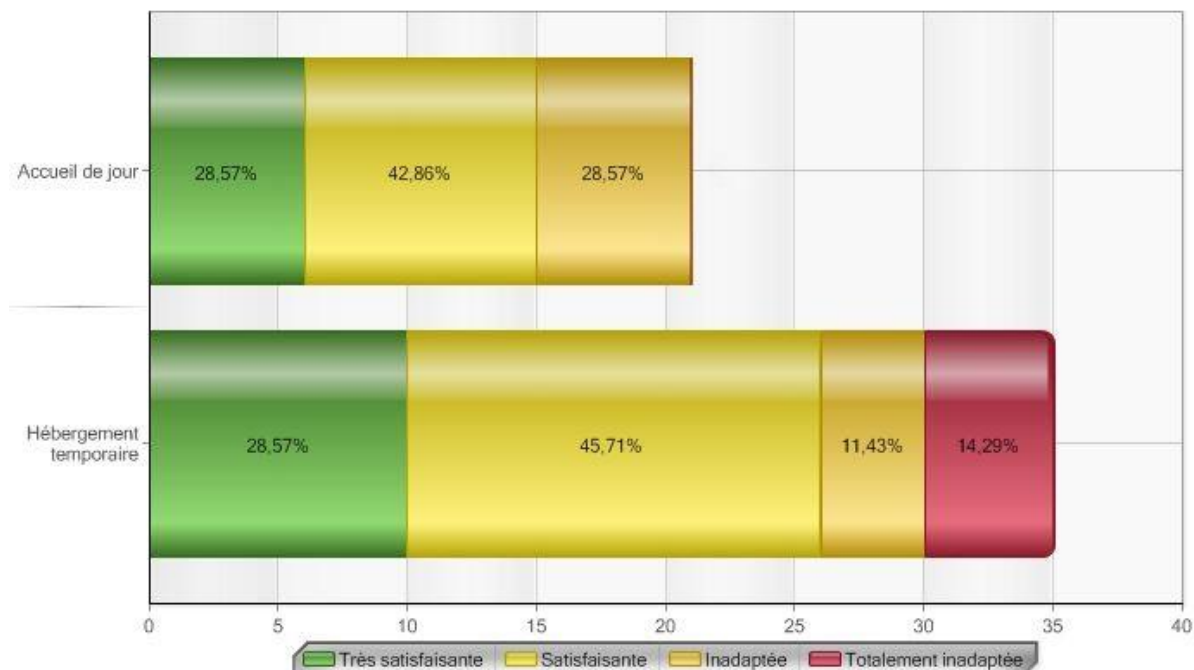


■ Oui ■ Non

Parmi les répondants, **17 établissements proposent un accueil de jour au sein de leur structure pour un total de 413 places autorisées soit environ 8 places par établissement en moyenne**. La majorité des établissements (14 soit 82%) proposent entre 2 et 10 places, les autres proposent entre 15 et 25 places.

Le taux d'occupation moyen en 2015 de ces places d'accueil de jour est de 50 %, avec un maximum de 90 % et un minimum de 10 %.

Utilisation de ces places rapport aux publics cibles de ces dispositifs

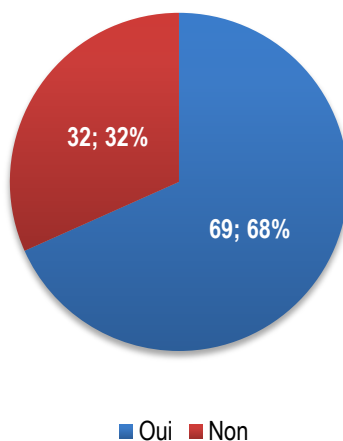


Parmi les établissements qui proposent des places d'accueil de jour, **plus de 70 % trouvent l'utilisation de ces places par rapport aux publics cibles de ces dispositifs satisfaisante ou très satisfaisante**, 30 % la trouve inadaptée.

De la même manière, environ **3 établissements sur 4 (74 %)** trouvent l'utilisation des places d'hébergement temporaire satisfaisante ou très satisfaisante et 14% la trouve totalement inadaptée.

3.8 De nombreuses personnes sur liste d'attente

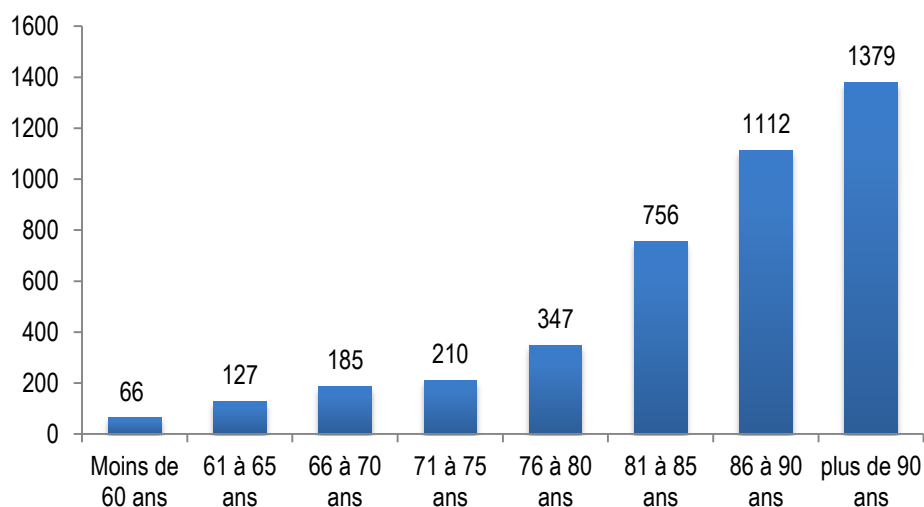
Etablissements qui possèdent une liste d'attente



Parmi les 101 établissements ayant répondu au questionnaire, 69 possèdent une liste d'attente. Au 31 mars 2016, 1 384 personnes sont inscrites sur ces listes d'attente soit **environ 20 personnes par établissement**. Pour 42 de ces établissements (**60 %**), le nombre de personnes inscrites est inférieur à 20, 5 établissements ont plus de 50 personnes sur leur liste d'attente.

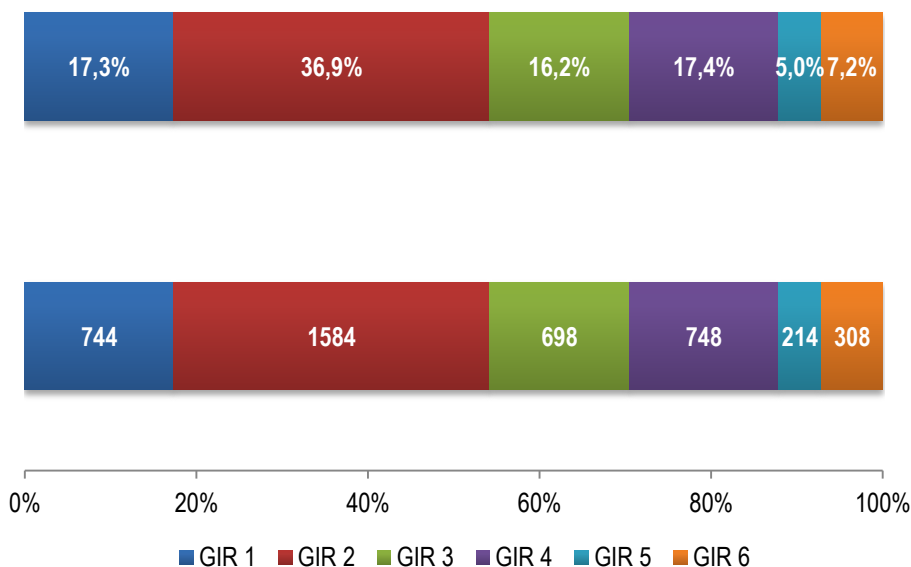
4. Profil des personnes accueillies

Age des personnes accueillies au sein de l'établissement



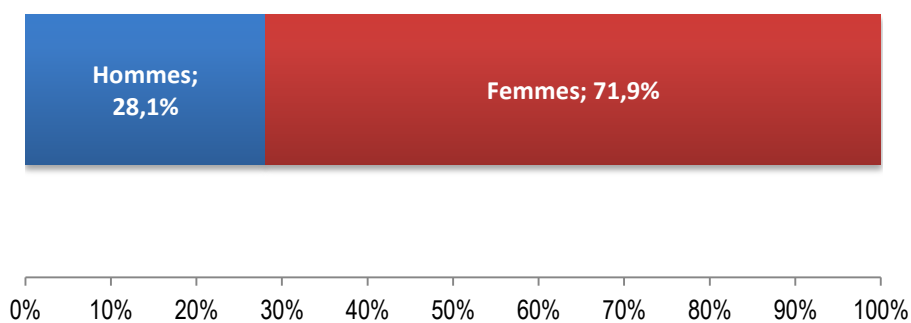
Environ 1 personne sur 3 accueillie au sein des établissements ayant répondu au questionnaire a plus de 90 ans et 78 % ont plus de 81 ans. Seuls 9 % ont moins de 70 ans.

Niveau de dépendance des résidents



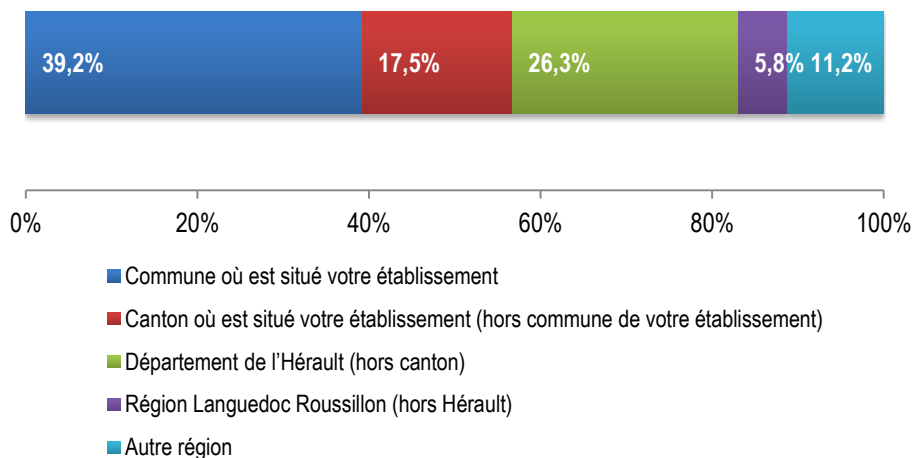
Parmi les résidents des établissements qui ont répondu, 54 % sont en GIR 1 ou GIR 2 dont 37 % en GIR 2. 12, 2 % d'entre eux sont en GIR 5 ou GIR 6.

Sexe des résidents



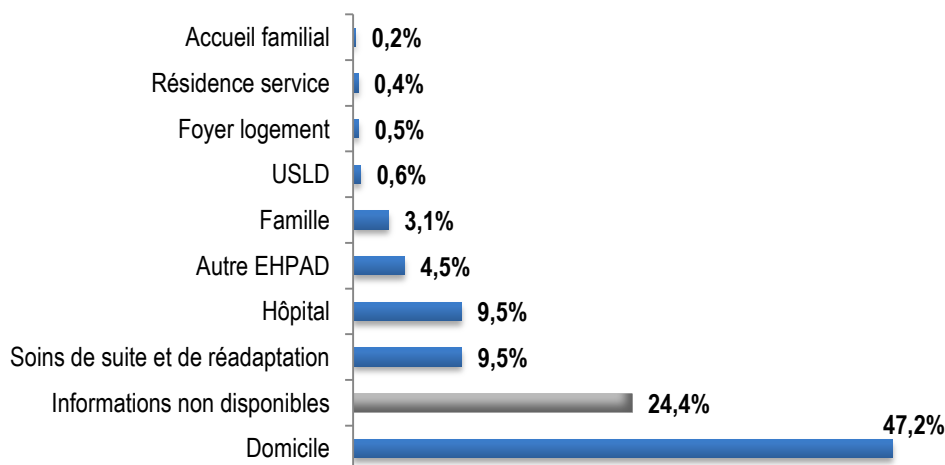
Parmi les résidents, 72 % sont des femmes et 28 % sont des hommes.

Origine géographique des résidents



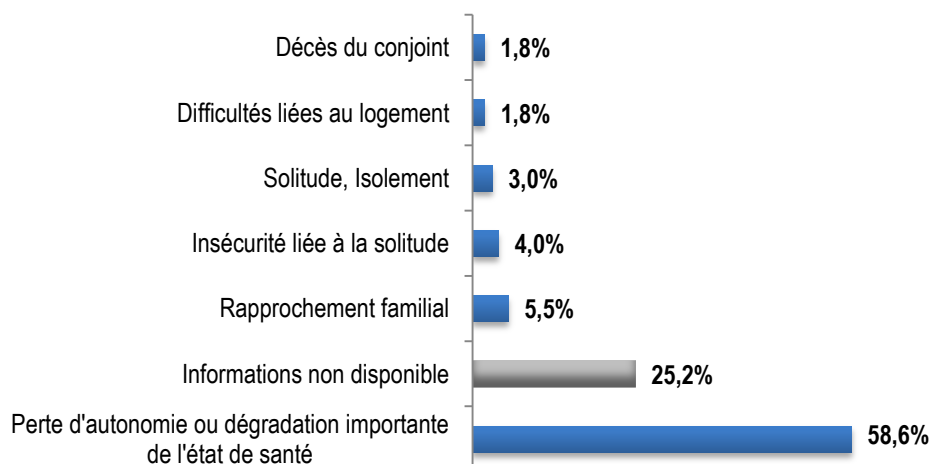
Près de **40 % des résidents sont originaires de la commune où est situé leur établissement** et 18 % du canton où est situé leur établissement. A noter cependant que **17 % des résidents sont originaires d'un autre département de la région ou bien d'une autre région.**

Dernier lieu de vie des résidents



Le dernier lieu de vie d'une grande majorité des résidents (47,2 %) est leur domicile. Viennent ensuite les soins de suite et de réadaptation (9,5 %) et l'hôpital (9,5 %) A noter que pour 1 résident sur 4, les informations sur le dernier lieu de vie avant l'entrée en établissement ne sont pas disponibles.

Motif principal d'entrée dans l'établissement



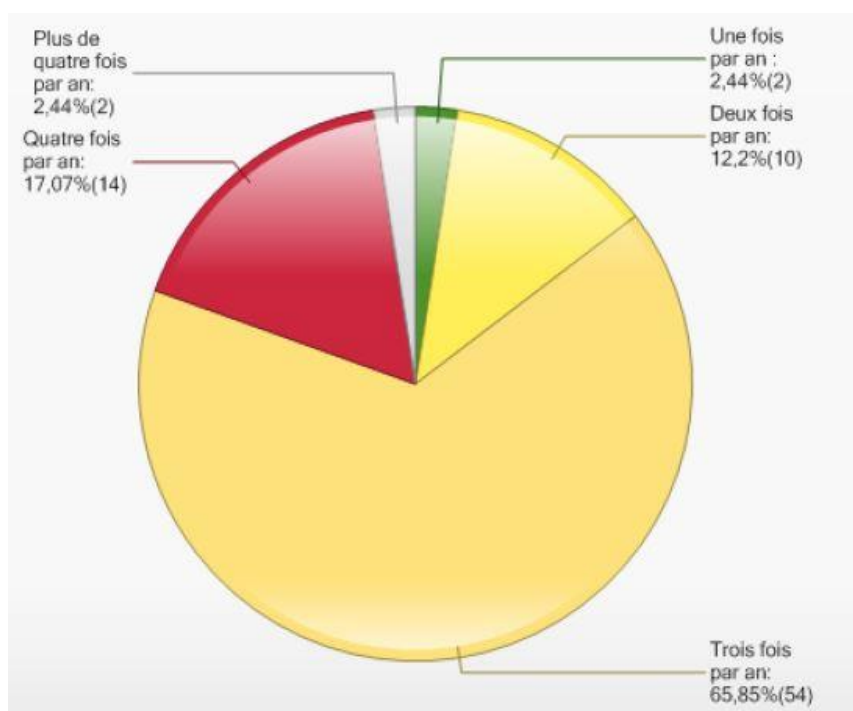
La majorité des résidents (58,6 %) sont entrés dans l'établissement suite à une perte d'autonomie ou à une dégradation importante de l'état de santé. Les autres motifs d'entrée sont le rapprochement familial (5,5 % des résidents), l'insécurité liée à la solitude (4 %) ou encore la solitude ou l'isolement (3 %). A noter que pour 1 résident sur 4, les informations sur le motif d'entrée dans l'établissement ne sont pas disponibles.

5. Qualité de service

5.1 Une majorité d'établissement disposant d'un projet d'établissement

Les 87 établissements ayant répondu à la question, ont élaboré un projet d'établissement. **71 d'entre eux ont réactualisé ce projet d'établissement depuis moins de 5 ans.**

5.2 Des conseils à la vie sociale qui se réunissent régulièrement



82 des 87 établissements ayant répondu à la question ont mis en place un conseil à la vie sociale, **soit 94 % des répondants**.

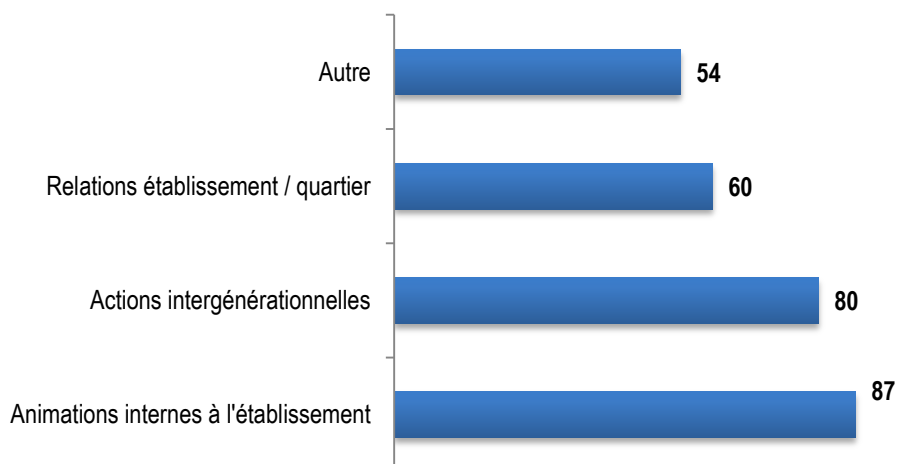
Dans 82 % des établissements interrogés, ce conseil de la vie sociale se réunit trois ou quatre fois par an et pour seulement 2,4 %, moins de deux fois par an.

5.3 De nombreux dispositifs permettant d'améliorer la qualité de service

La mise en place des outils de la loi 2002-2 :

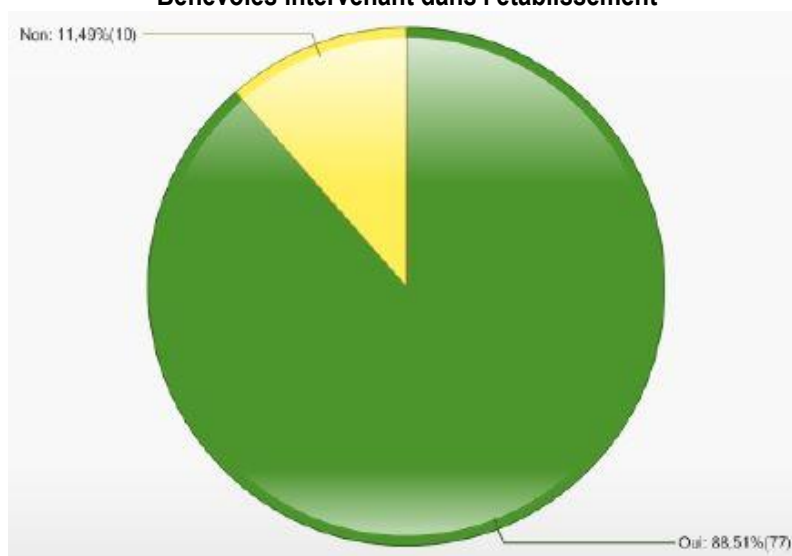
- 83 établissements sur les 87 ayant répondu, ont mis en place un livret d'accueil, **soit 95 % des répondants**
- 82 établissements sur les 86 ayant répondu, ont mis en place un contrat de séjour / document individuel de prise en charge **soit 95 % des répondants**
- **86 établissements sur 87** ayant répondu ont mis en place un règlement de fonctionnement, soit 99 %
- **92 % des établissements répondants (78 sur 85)** ont mis en place un dispositif de recueil des plaintes

Types d'actions d'animation proposées



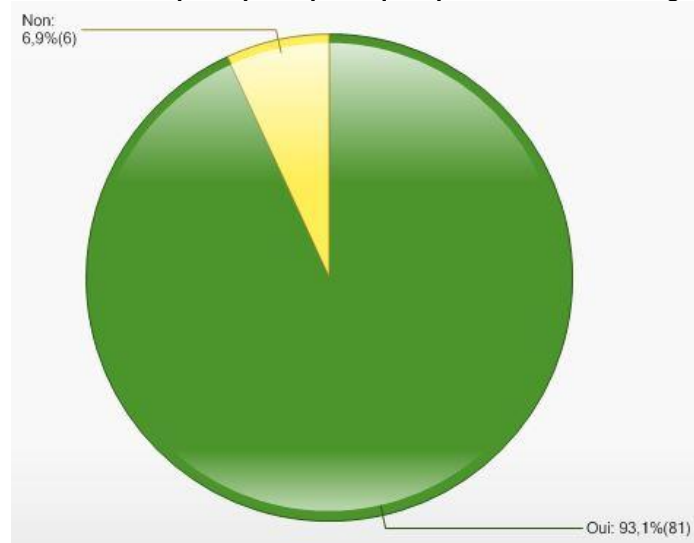
Tous les établissements ayant répondu (88) ont mis en place des actions d'animation. La majorité des établissements (87) ont mis en place des animations internes à l'établissement ainsi que des actions intergénérationnelles (80 établissements). 60 établissements ont lié des relations avec les acteurs de leur quartier (visite du marché par exemple).

Bénévoles intervenant dans l'établissement



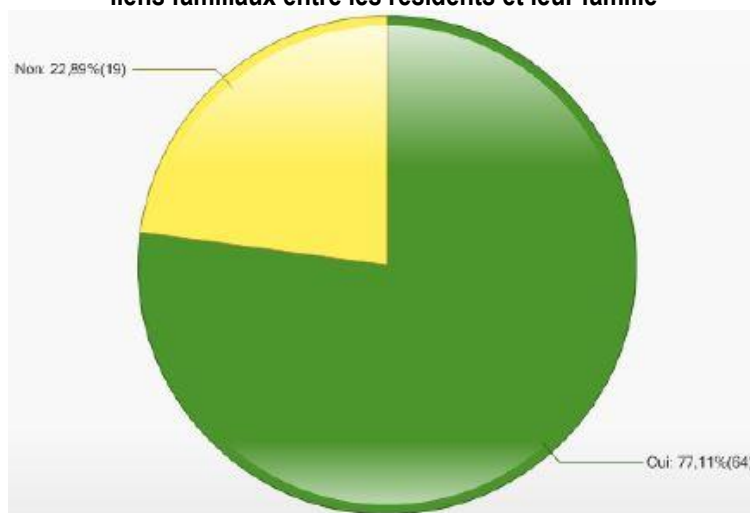
Des bénévoles interviennent dans la majorité des établissements (77 sur 87 soit 88 %).

Animations thérapeutiques spécifiques pour les troubles cognitifs



Sur les 87 établissements ayant répondu à la question, 81 ont mis en place des animations thérapeutiques spécifiques pour les troubles cognitifs, soit 93 %.

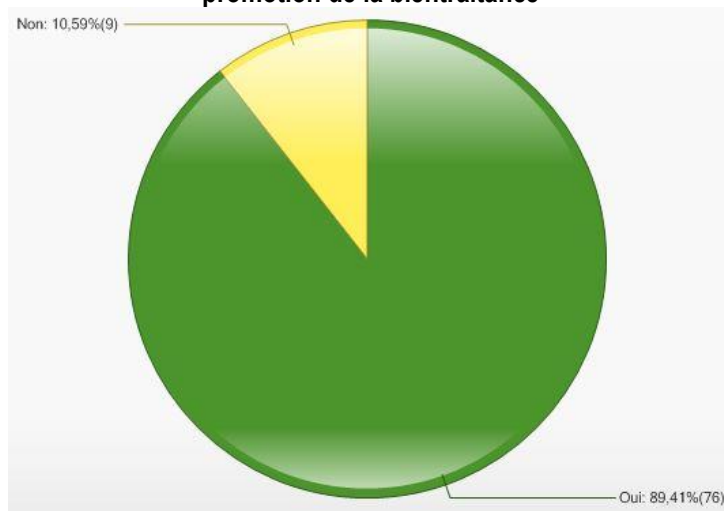
Actions permettant de favoriser le maintien des liens familiaux entre les résidents et leur famille



64 des 83 établissements ayant répondu à la question ont mis en place des actions permettant de favoriser le maintien des liens familiaux entre les résidents et leur famille. Des actions très variées ont été mises en place, parmi lesquelles :

- Fêtes régulières (par saison, grands événements...)
- Gouters, apéritifs et sorties communes
- Participation des familles aux projets de vie
- Repas communs

Actions de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance



76 établissements sur les 85 ayant répondu ont mis en place des actions de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance, **soit 90 % des répondants**.

5.4 Des évaluations, internes comme externes, qui ont porté leurs fruits en termes de démarche qualité

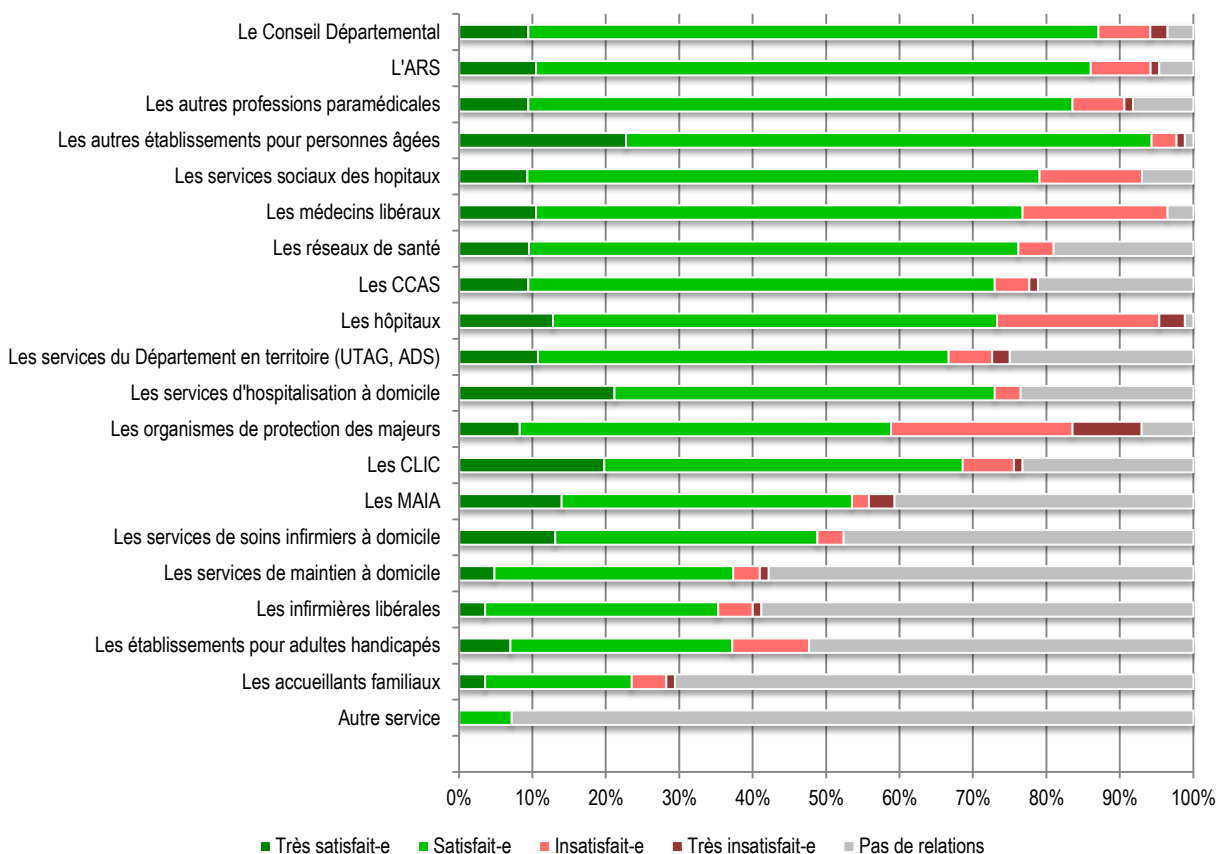
Sur les 85 établissements ayant répondu, **80 ont procédé à une évaluation interne**. Suite à cette évaluation, **91 % ont développé une démarche qualité** (plan de conduite du changement).

78 établissements ont réalisé une évaluation externe, soit 91 % des établissements ayant répondu à la question. Comme pour les évaluations internes, cette démarche a abouti à la mise en place d'un plan de conduite du changement **pour 90 % des établissements**. A noter que parmi les 8 établissements n'ayant pas procédé à une évaluation externe, 4 en ont programmé une.



6. Relations avec les autres acteurs et les partenaires

Les relations avec les autres acteurs du territoire



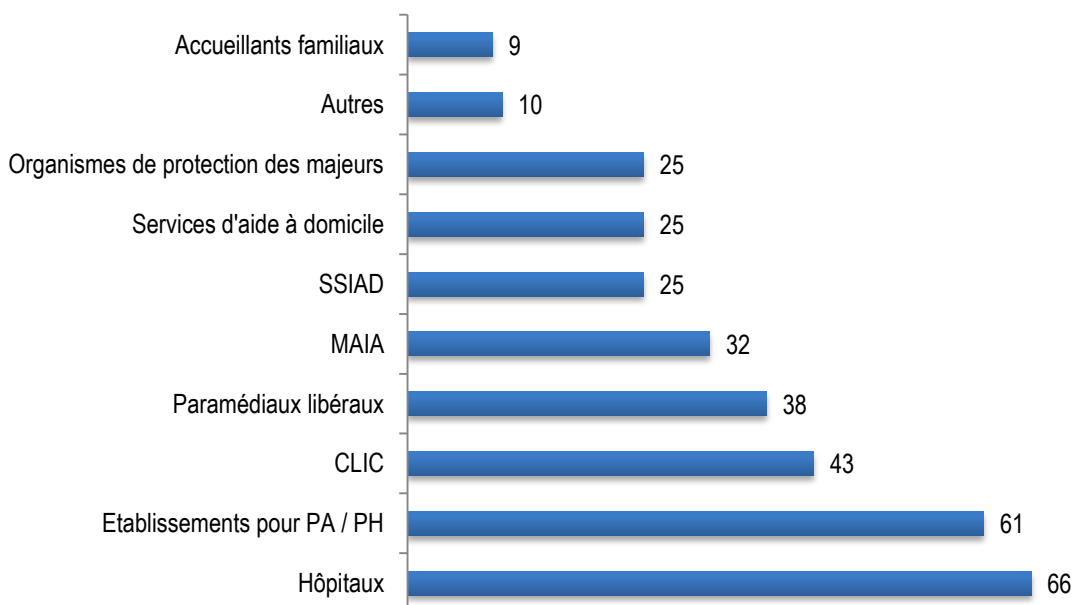
La grande majorité des établissements ayant répondu sont satisfaits voire très satisfaits de leurs relations avec les autres acteurs du territoire, particulièrement avec les autres établissements pour personnes âgées (94 % satisfaits ou très satisfaits), l'ARS (86 % satisfaits ou très satisfaits) ou encore avec les autres professions paramédicales (83 % satisfaits ou très satisfaits) et le Conseil départemental (87 % satisfaits ou très satisfaits).

Les acteurs du territoire qui cristallisent le plus d'insatisfaction sont les hôpitaux (25 % insatisfaits ou très insatisfaits), les organismes de protection des majeurs (35 % d'insatisfaits dont 10 % très insatisfaits) ainsi que les médecins libéraux (20 % insatisfaits ou très insatisfaits).

Les acteurs avec lesquels les établissements ont lié le moins de relation sont les accueillants familiaux (70 % des répondants indiquent ne pas avoir de relations), les infirmières libérales (59 %) et les services de maintien à domicile (58 %).

A noter que dans la rubrique « autre service », les répondants ont indiqué avoir très peu de relation avec la CAF.

Liens ou projets de liens avec les partenaires



Les partenaires privilégiés par les répondants pour développer des collaborations ou avec lesquels des collaborations sont déjà effectives sont les hôpitaux (66 réponses) ; les établissements pour personnes âgées ou personnes handicapées (61 réponses) ainsi que les CLIC (43 réponses). Les partenaires les moins sollicités sont les accueillants familiaux.

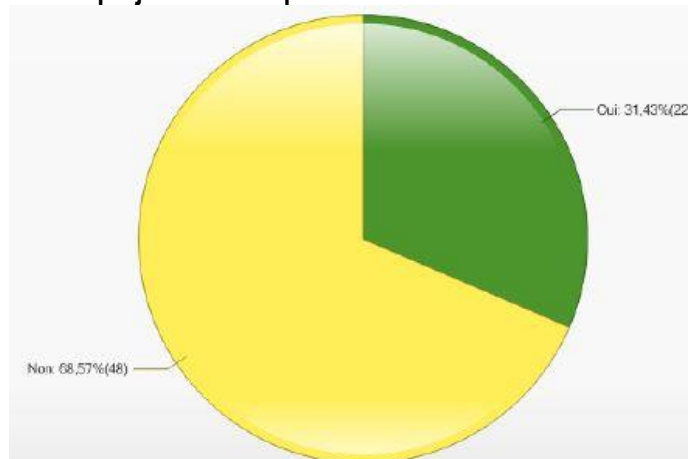
7. Projets d'avenir

La moitié des répondants (38 sur 75) envisagent de développer des solutions innovantes pour leur établissement à l'avenir, par exemple :

- Accueil de jour et PASA intégrés
- Alternatives domicile / EHPAD par le GECOH
- Développement de la télémédecine
- Projet d'un jardin thérapeutique ouvert à des partenaires extérieurs
- Ouvrir un secteur pour personnes handicapées vieillissantes.

A noter que de très nombreux projets d'avenir ont été listés dans la rubrique commentaire, la liste ci-dessus n'est pas exhaustive.

Autres projets d'avenir pertinents dans le cadre du schéma

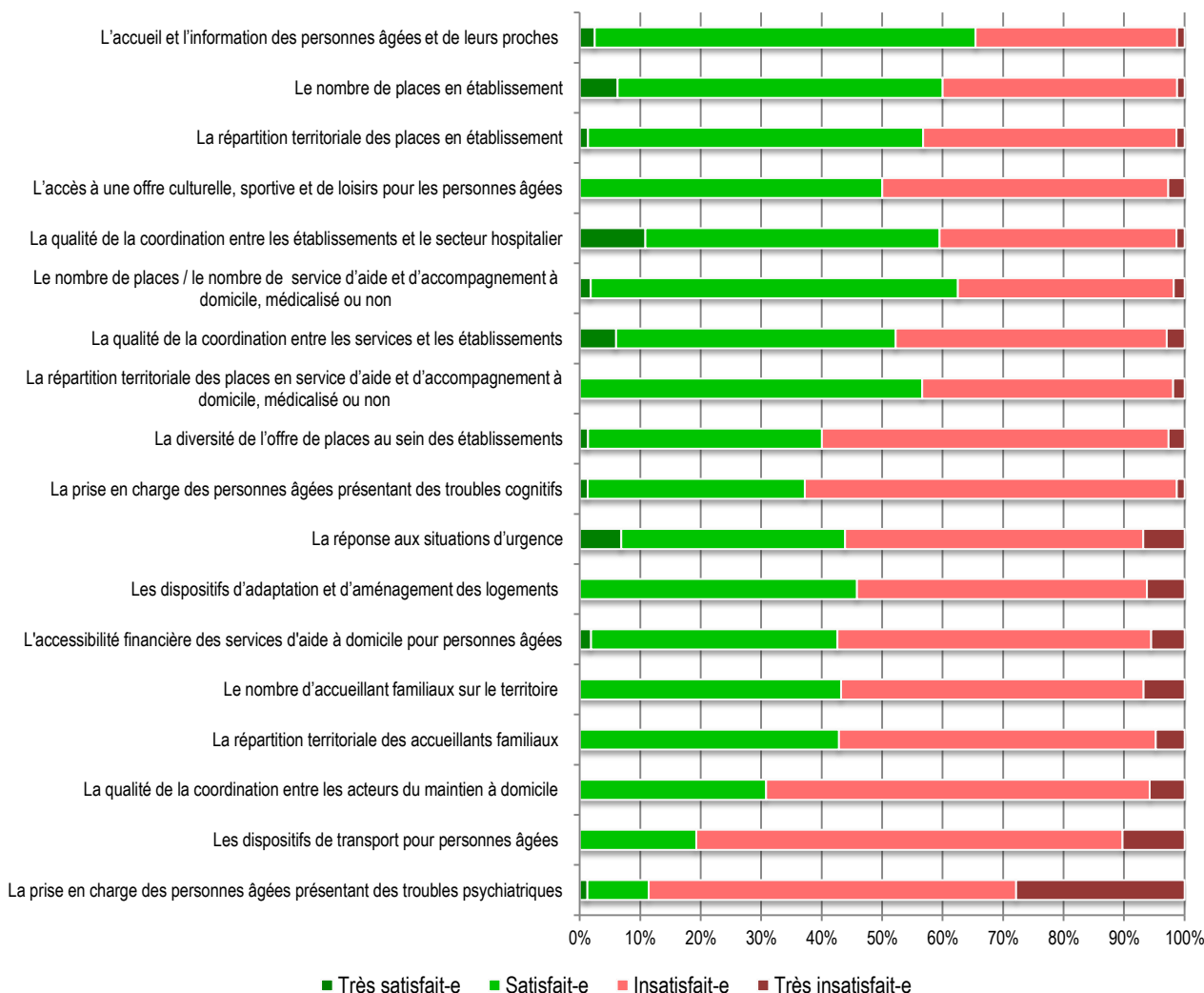


Une majorité de répondants (68 %) n'a pas d'autres projets pertinents dans le cadre du schéma à mettre en avant. Parmi ceux qui ont répondu oui, quelques exemples de projets issus de la catégorie commentaire :

- Différents types d'accueil de nuit (baluchonnage, Alzheimer)
- Adaptation des chambres avec des rails plafonniers
- Création d'une UHR
- Unité pour adultes vieillissants (deux occurrences)

8. Avis général sur la politique PA

Niveau de satisfaction sur le système de prise en charge des personnes âgées dans le département



De manière générale, **les établissements sont moyennement satisfaits du système de prise en charge des personnes âgées dans le département**. Cette insatisfaction est particulièrement forte en ce qui concerne :

- La prise en charge des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques (88 % d'insatisfaction dont 27 % de très insatisfaits)
- Les dispositifs de transport pour personnes âgées (81 % d'insatisfaction)
- La qualité de coordination entre les acteurs du maintien à domicile (69 % d'insatisfaction)

A noter que certains aspects de la politique départementale envers les personnes âgées sont considérés comme plutôt satisfaisants par les établissements :

- La qualité de la coordination entre les établissements et le secteur hospitalier (59 % de satisfaction donc 10 de très satisfaits)
- L'accueil et l'information des personnes âgées et de leurs proches (65 % de satisfaction)
- Le nombre de places / le nombre de services d'aide et d'accompagnement à domicile, médicalisé ou non (62 % de satisfaction)

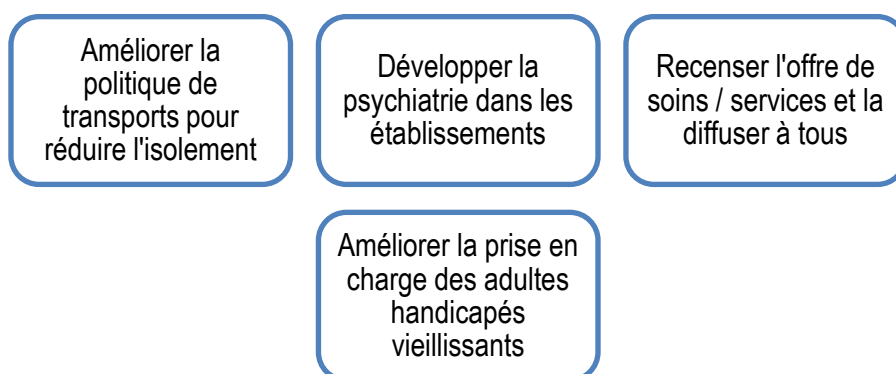
Certains éléments ressortent de la rubrique « commentaires » :

- Le besoin d'un PASA / d'une UHR sur le bassin agathois
- Les difficultés de traitement des situations d'urgence
- Besoin d'un annuaire récapitulant toutes les places disponibles sur le département

9. Propositions d'actions

9.1 Synthèse des propositions d'action

Plusieurs grandes thématiques ressortent des propositions d'action :



9.2 Liste des propositions :

- Développer le lien entre le domicile et l'accueil en EHPAD
- Développer l'accueil de jour et les séjours temporaires pour soutenir les aidants
- Mise en place d'un service géronto-psychiatrique et création d'une permanence psy dans les EHPAD
- Présence d'une IDE la nuit
- Création d'un PASA ou d'une UHR sur le territoire Agathois (x2)
- Augmenter le nombre de places en secteur protégé et proposer des solutions d'accueil pour les personnes âgées relevant de la psychiatrie.
- Informer les partenaires sur l'intégralité des dispositifs existants
- Créer des dispositifs d'accueil pour les personnes atteintes de troubles cognitifs afin d'aider les aidants familiaux en cas de situation d'urgence
- Des actions portant sur la prise en charge du handicap et des adultes handicapés vieillissants nécessitant une prise en charge psychiatrique.
- Laisser plus de liberté aux établissements pour accueillir des personnes en accueil temporaire lorsque les structures ont des chambres disponibles (nombre de places par établissement figé).
- Améliorer les dispositifs de transports adaptés pour les personnes âgées
- Permettre aux établissements d'atteindre la taille critique au sens économique (80 lits), dans le cas contraire les établissements vont être affaiblis au fil du temps et leur exploitation va se dégrader mécaniquement.

- Recenser et rendre lisible les dispositifs à domicile et institutionnel, développer des outils de communication et de partage des dossiers relatifs à la prise en charge des personnes âgées, mieux coordonner les parcours personnes âgées
- Favoriser les transports car les résidents sont très isolés

Annexe 3 : Analyse du questionnaire destiné aux établissements accueillant des personnes handicapées

1. Présentation de la démarche et description du questionnaire

Dans le cadre de l'élaboration du schéma départemental de l'autonomie, les établissements accueillant des personnes handicapées ont eu l'occasion de remplir un questionnaire.

Ce questionnaire a été diffusé par mail aux directeurs des établissements accompagnant des personnes handicapées. Il pouvait être complété directement sur internet entre le 29 mai et le 7 juin 2016.

L'objectif de ce questionnaire, qui contenait principalement des questions fermées, était de **recueillir l'avis de ces acteurs sur la qualité des services rendus aux personnes handicapées dans l'Hérault**. Plusieurs questions ouvertes leur permettaient également de s'exprimer librement et de formuler des propositions d'amélioration des dispositifs.

Ce questionnaire était composé de six parties :

- **Partie 1 : Présentation de l'établissement ;**
- **Partie 2 : Profil du public accueilli ;**
- **Partie 3 : Qualité de service ;**
- **Partie 4 : Relations avec les autres acteurs ;**
- **Partie 5 : Projets d'avenir**
- **Partie 6 : Avis général sur la prise en charge des personnes handicapées.**

Les réponses ont été traitées de manière totalement **anonyme** par le cabinet Cekoïa Conseil, indépendant du Conseil départemental de l'Hérault.

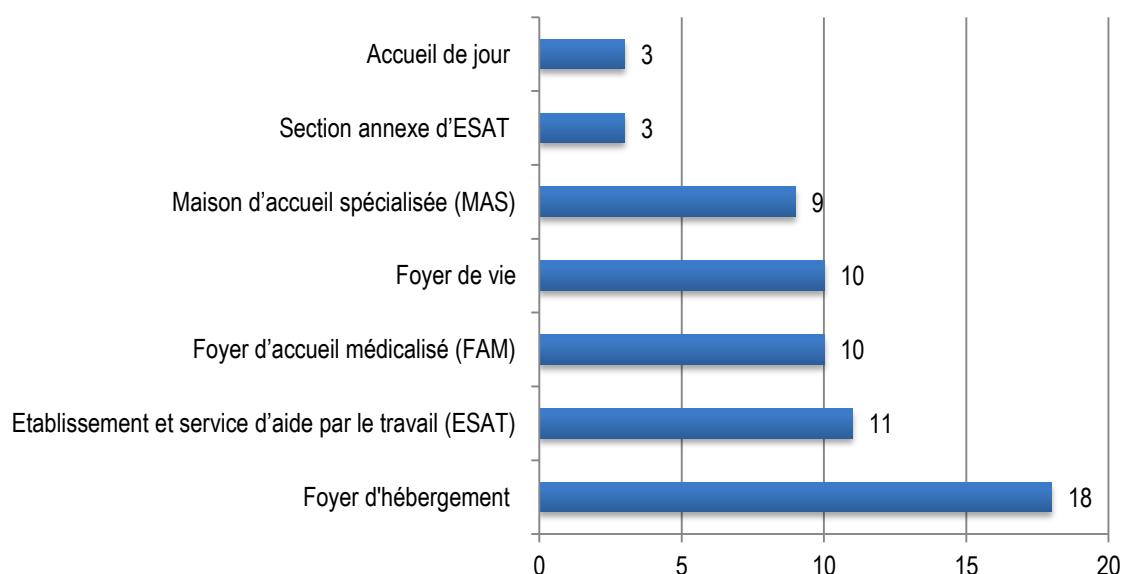
2. Participation

65 établissements ont répondu au questionnaire de manière partielle (c'est-à-dire à certaines questions) ou totale (c'est-à-dire à l'ensemble des questions) soit un taux de réponse de 71,4 % (par rapport au nombre d'établissements contactés).

3. Présentation des établissements

3.1 Une majorité de foyers et d'ESAT

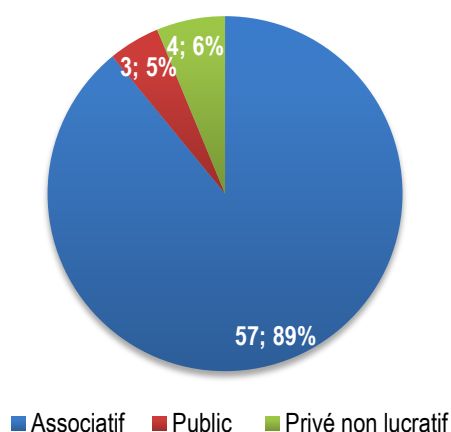
Répartition des répondants par type d'établissement



Sur les 64 établissements accueillant des personnes handicapées qui ont répondu au questionnaire, **18 sont des foyers d'hébergement soit 28,1 %**. Les autres types d'établissements les plus représentés parmi les répondants sont les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) (soit 17,2 %), les foyers de vie et les foyers d'accueil médicalisés (FAM) (respectivement 15,6 % des répondants pour chaque type de structure), ainsi que les Maisons d'accueil spécialisées (MAS) (14,1 %).

Les autres établissements ayant répondu au questionnaire sont les Sections annexes d'ESAT et les accueils de jour.

Statut des établissements ayant répondu au questionnaire

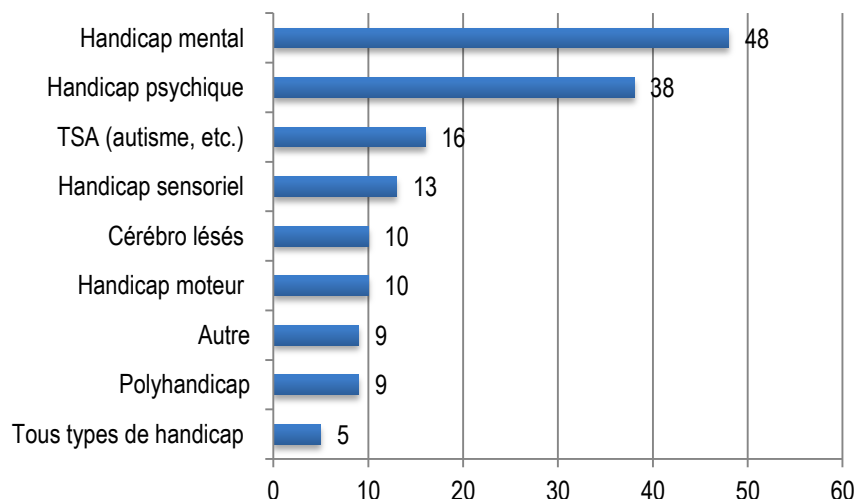


Sur 64 établissements répondants 57 sont associatifs (soit 89,1 %), 4 sont des établissements privés non lucratifs et 3 sont des établissements publics.

Les établissements ayant répondu au questionnaire sont implantés sur 22 communes du département. **23 d'entre eux sont à Montpellier (soit 37,1 % des répondants)**, 6 à Béziers, 4 à Saint-Geniès-de-Varensal, 3 à Lunel et 3 à Vendres.

3.2 De nombreux types de handicap accompagnés

Les types de handicaps accompagnés dans les structures



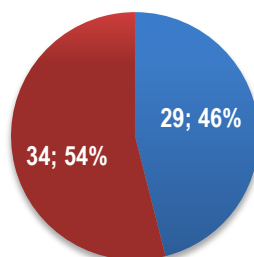
Les établissements accompagnent surtout les personnes présentant un handicap mental (48 établissements) et un handicap psychique (38 établissements). Viennent ensuite les établissements qui accompagnent des personnes avec des TSA (16 établissements) et des personnes présentant un handicap sensoriel (13 établissements).

3.3 Un taux d'occupation des places relativement élevé

Les établissements ayant répondu au questionnaire totalisent **2 679 places autorisées**. En moyenne, chaque établissement dispose d'environ 42 places. Le maximum de places autorisées par établissement est de 155 et le minimum de 8. En 2015, le **taux d'occupation par rapport aux places autorisées moyen** des établissements est de **87,4 %**, avec un minimum à 40 % et un maximum à 104,8 %.

3.4 Un nombre de places limité en hébergement temporaire et en accueil de jour

Etablissements qui proposent de l'hébergement temporaire



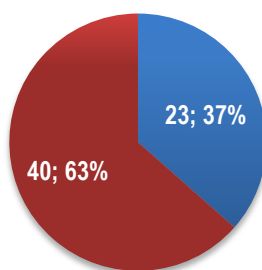
■ Oui ■ Non

Sur 63 établissements répondants, **29 établissements proposent des places d'hébergement temporaire soit 46 %**. A contrario, 34 établissements indiquent ne pas proposer d'hébergement temporaire soit 54,0 %.

Les 28 établissements ayant répondu à cette question totalisent **46 places d'hébergement temporaire autorisées**. En moyenne chaque établissement dispose de 1,6 place. Le maximum de places autorisées est de 4 et le minimum est de 1.

En 2015 le **taux d'occupation par rapport aux places autorisées moyen** des établissements est de **71,0 %**, avec un minimum à 2 % et un maximum à 100 %.

Etablissements qui proposent des places d'accueil de jour



■ Oui ■ Non

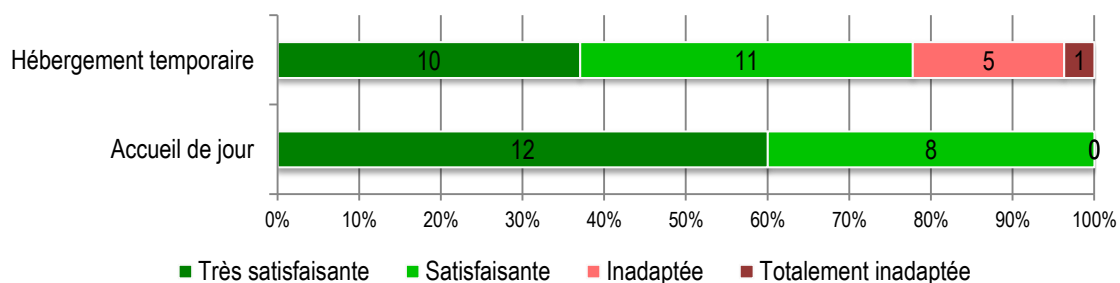
Sur 63 répondants, **seuls 23 établissements (soit 36,5 %) proposent des places d'accueil de jour**.

Les 22 établissements proposant des places d'accueil de jour et ayant précisé le nombre de places, **totalisent 428 places d'accueil de jour autorisées**. En moyenne, chaque établissement dispose d'environ 20 places. Le maximum de places autorisées par établissement est de 84 et le minimum est de 1.

En 2015, le **taux d'occupation par rapport aux places autorisées moyen** des établissements est de **91,9 %**, avec un minimum à 69,0 % et un maximum à 116,1 %.

3.5 Une utilisation satisfaisante des dispositifs d'hébergement temporaire et d'accueil de jour

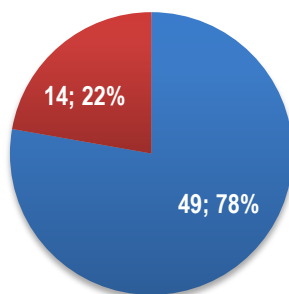
Evaluation de l'utilisation des places par rapport aux publics cibles pour les dispositifs d'hébergement temporaire et d'accueil de jour



77,8 % des établissements sont satisfaits de l'utilisation des places d'hébergement temporaire (21 satisfaits ou très satisfaits sur 27 répondants) et 100 % des établissements sont satisfaits de l'utilisation des places d'accueil de jour.

3.6 Une forte majorité d'établissements qui dispose d'une liste d'attente

Etablissements qui possèdent une liste d'attente



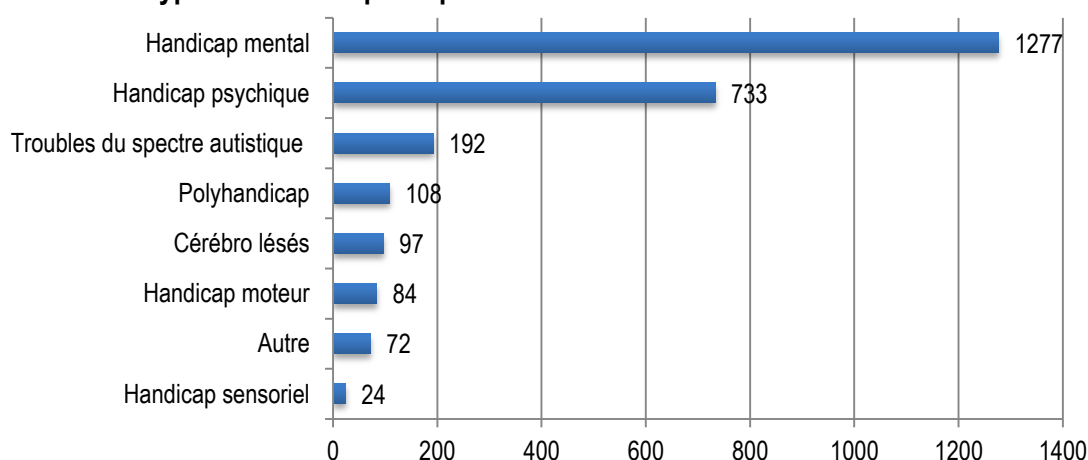
■ Oui ■ Non

Plus des 3/4 des établissements possèdent une liste d'attente (49 établissements sur 63 répondants soit 77,8 %), représentant un total de 692 personnes en liste d'attente.

En moyenne, 15,4 personnes étaient inscrites sur liste d'attente de chaque établissement au 31 mars 2016. Le nombre maximum de personnes sur liste d'attente est de 75 et le minimum est de 2 personnes.

4. Profil des personnes accueillies

Types de handicap des personnes accueillies en établissement



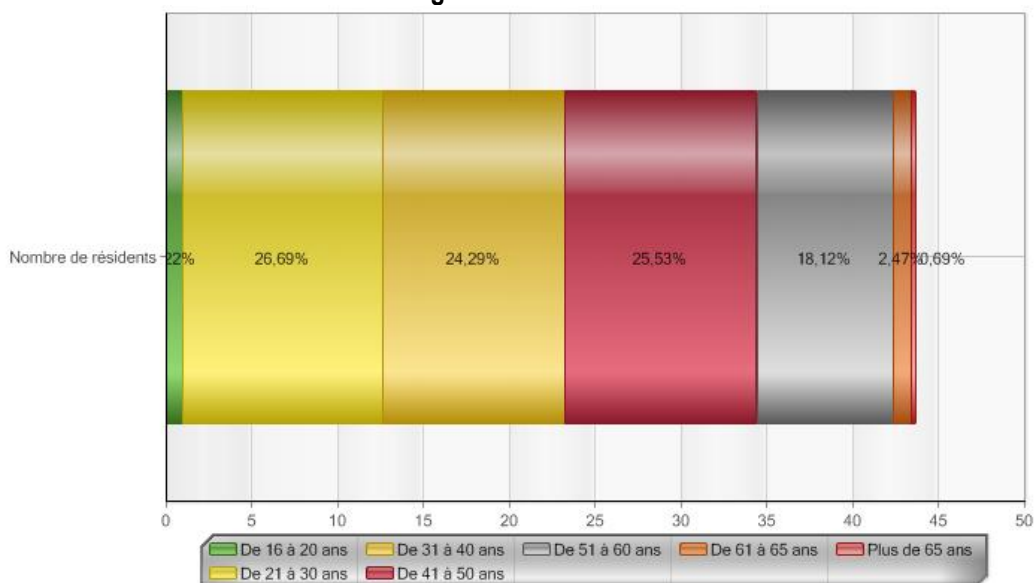
Les personnes accueillies ou accompagnées relèvent principalement de deux types de handicap :

- **handicap mental** (1 277 personnes soit 49 %)
- **handicap psychique** (733 personnes soit 28 %)

Les autres types de handicap représentés sont :

- les troubles du spectre autistique (192 personnes soit 8 %)
- le polyhandicap (108 personnes soit 4 %),
- les cérébro-lésés : (97 personnes soit 4 %),
- ou encore le handicap moteur, le handicap sensoriel

Age des résidents

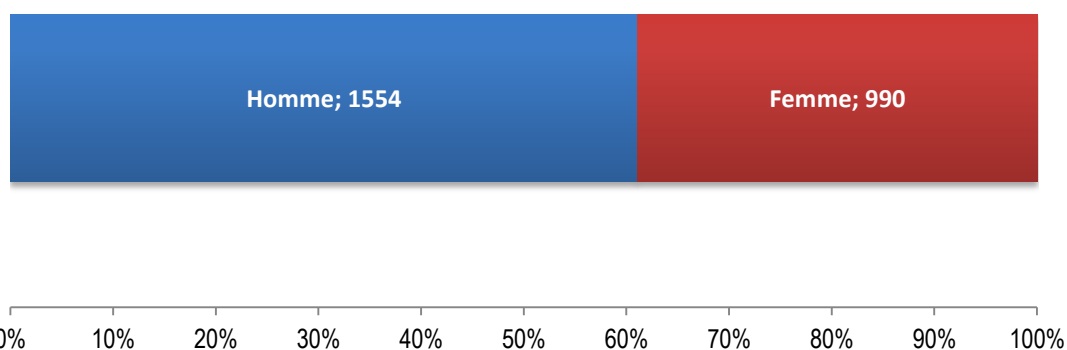


La très grande majorité des résidents a entre 21 et 50 ans (1972 personnes, soit 78,7 %)

Une part relativement importante a plus de 50 ans (501 personnes, soit 20,0 %)

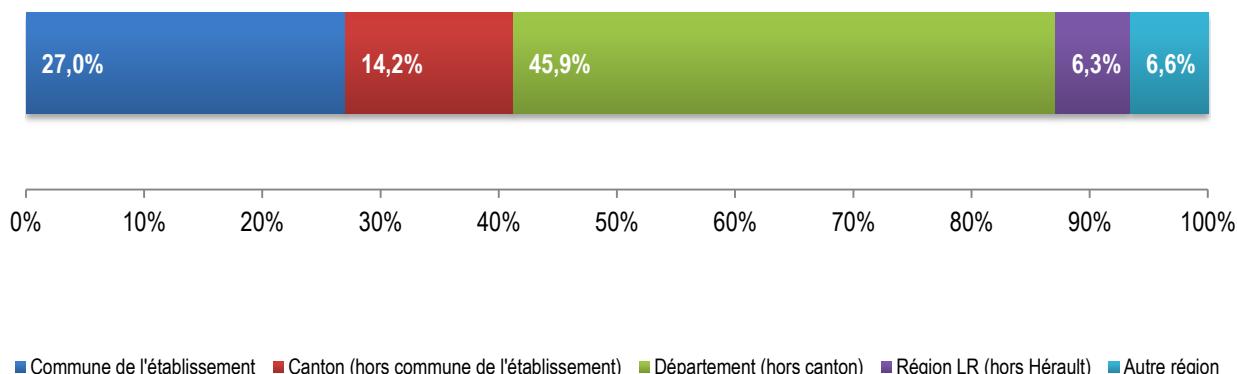
Les résidents ayant entre 16 et 20 ans sont très peu nombreux : 32 personnes sur 2505, soit 1,3 %

Sexe des aidants



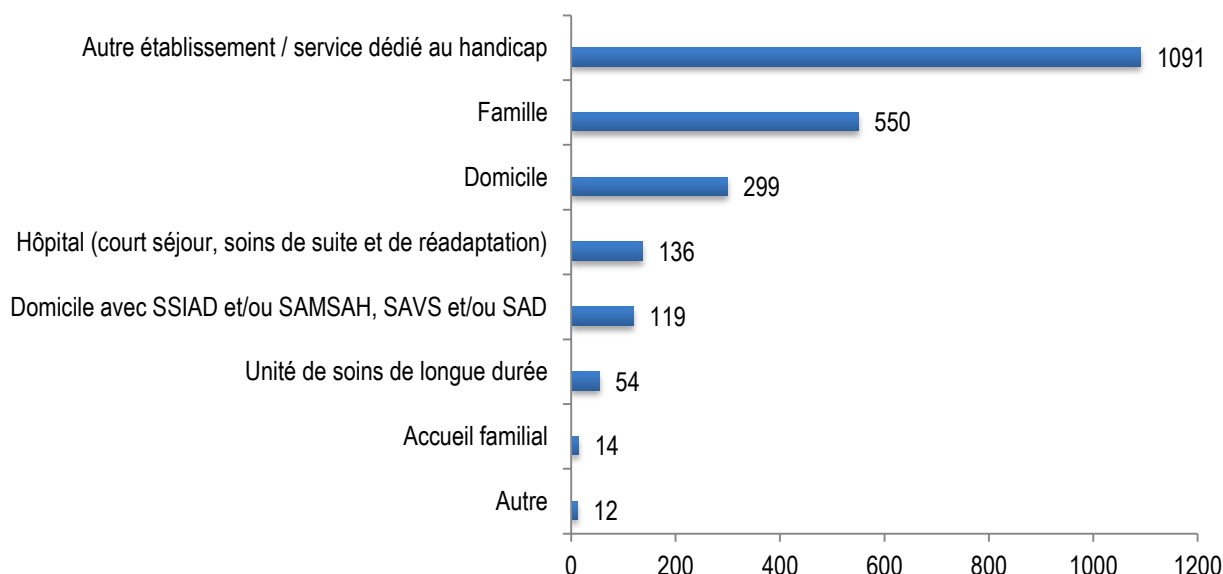
Les établissements accueillent majoritairement des hommes (1554 personnes sur 2544, soit 61,1 %).

Origine géographique des résidents



Les résidents proviennent de la commune où se trouve l'établissement pour 39,2 % d'entre eux (soit 1430 personnes sur 3648), et de l'Hérault sur un autre canton que celui de l'établissement pour 26,3 % d'entre eux (soit 961 personnes).

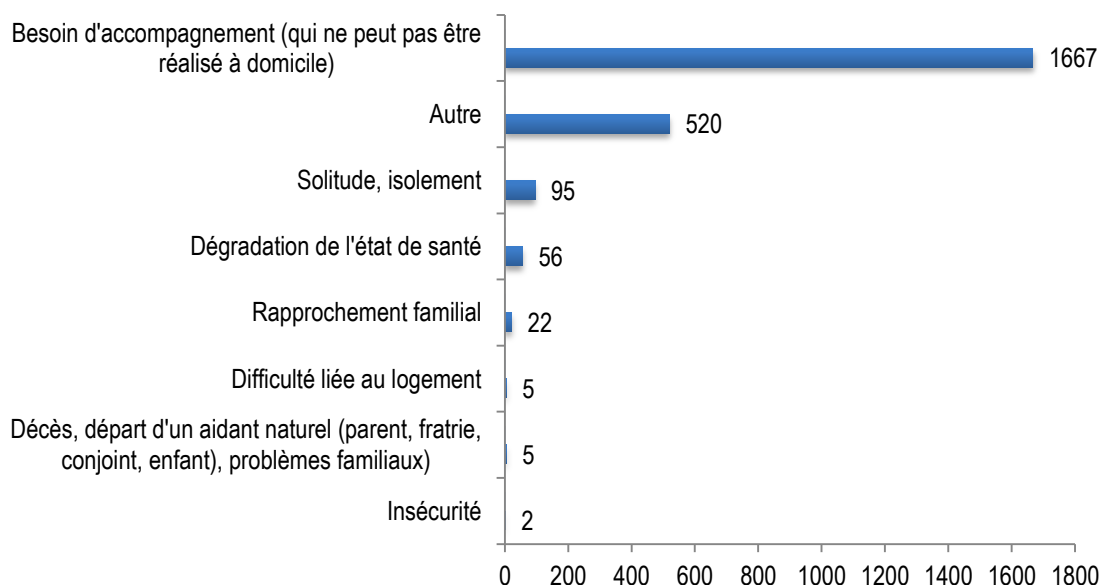
Dernier lieu de vie des résidents



Avant leur entrée dans l'établissement ou en complément de l'accueil de jour, les résidents vivaient/vivent :

- Pour 48,0 % dans un « autre établissement / service dédié au handicap » (soit 1091 personnes sur 2275)
- Pour 24,2 % dans leur famille (soit 550 personnes)
- Pour 13,1 % à domicile (soit 299 personnes)
- Pour 6,0 % à l'hôpital (soit 136 personnes)
- Pour 5,2 % à domicile avec un suivi par SSIAD et/ou un SAMSAH, et/ou un SAVS et/ou un SAD (soit 119 personnes)
- Pour 2,4 % dans une unité de soins de longue durée (soit 54 personnes)
- Pour 0,6 % chez un accueillant familial (soit 14 personnes)

Motif principal d'entrée dans l'établissement



La **grande majorité des résidents (70,3 %)** sont entrés dans un établissement parce qu'ils avaient un **besoin d'accompagnement qui ne pouvait pas être réalisé à domicile** (1667 personnes sur 2372). Les motifs qui viennent ensuite sont la solitude et l'isolement (95 personnes soit 4,0 %), ainsi que la dégradation de l'état de santé (56 personnes soit 2,4 %). Les autres motifs concernent moins de 1 % des résidents.

5. Qualité du service

5.1 Une majorité d'établissement disposant d'un projet d'établissement

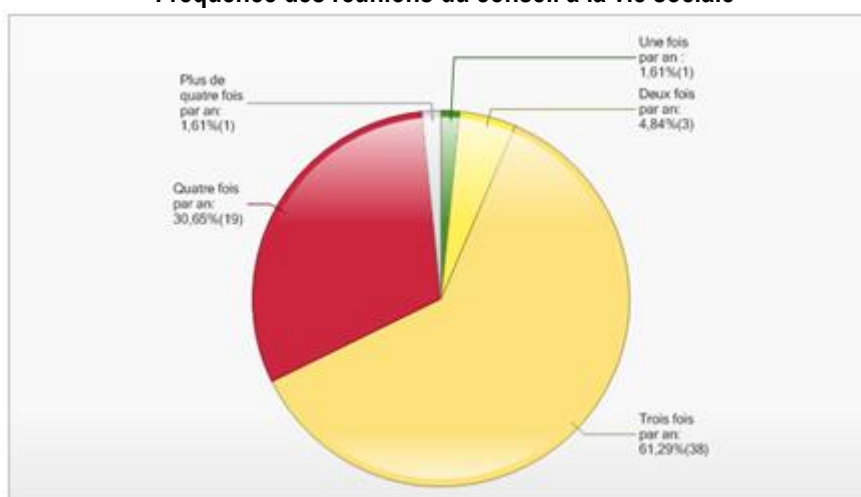
95,2 % des établissements ont élaboré un projet d'établissement (soit 60 établissements sur 63).

79,0 % des établissements ont réactualisé ce projet depuis moins de 5 ans (soit 49 établissements sur 62).

5.2 Des conseils à la vie sociale qui se réunissent régulièrement

100 % des établissements ont mis en place un conseil à la vie sociale (62 répondants sur 62).

Fréquence des réunions du conseil à la vie sociale



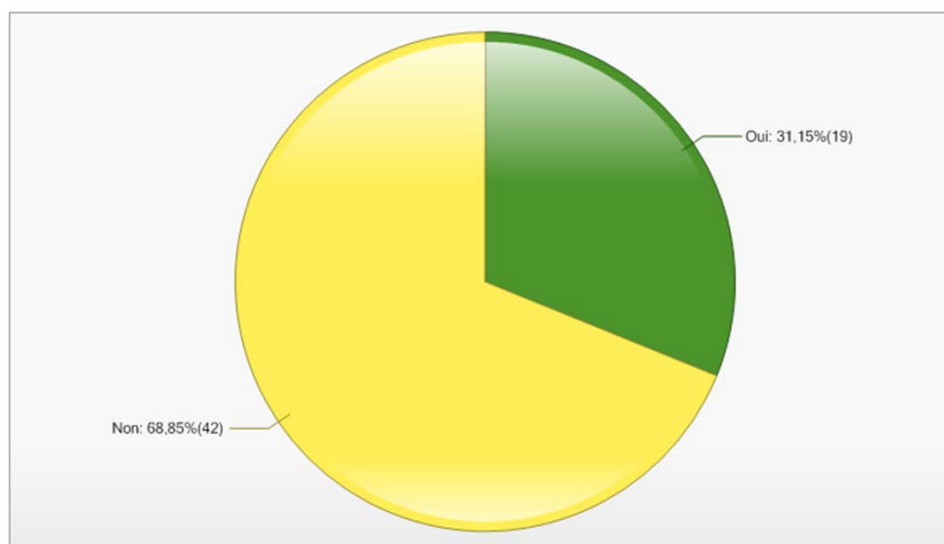
Les conseils à la vie sociale se réunissent environ tous les trimestres :

- **92 % des conseils se réunissent 3 ou quatre fois par an** (soit 57 conseils sur 62)
 - o 61,3 % se réunissent trois fois par an (soit 38 conseils).
 - o 30,7 % se réunissent quatre fois par an (soit 19 conseils).

5.3 De nombreux dispositifs permettant d'améliorer la qualité du service

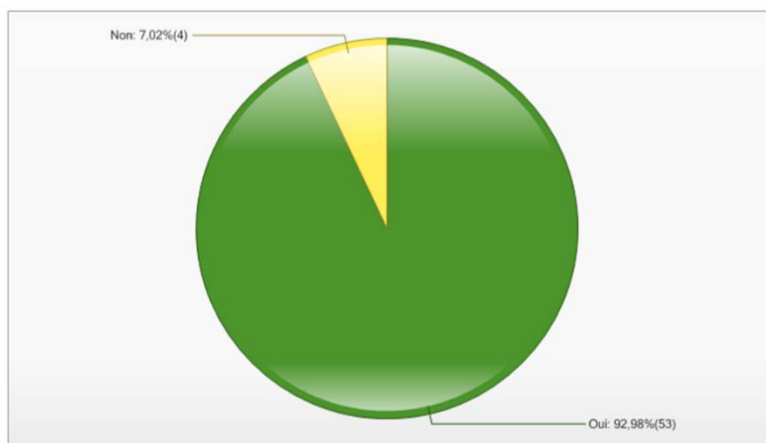
Les établissements ont presque tous mis en place un **livret d'accueil** (96,7 %, soit 58 établissements sur 60 ayant répondu). Tous ont mis en place un **contrat de séjour** (100 %), un **document individuel de prise en charge** (100 %) et un **règlement de fonctionnement** (100 %). En revanche, seuls 54,2 % ont mis en place un dispositif de recueil des plaintes (soit 32 établissements sur 59).

Bénévoles intervenant dans l'établissement



Des bénévoles interviennent **dans un tiers des établissements** (soit 19 sur 61 soit **31,2 %**).

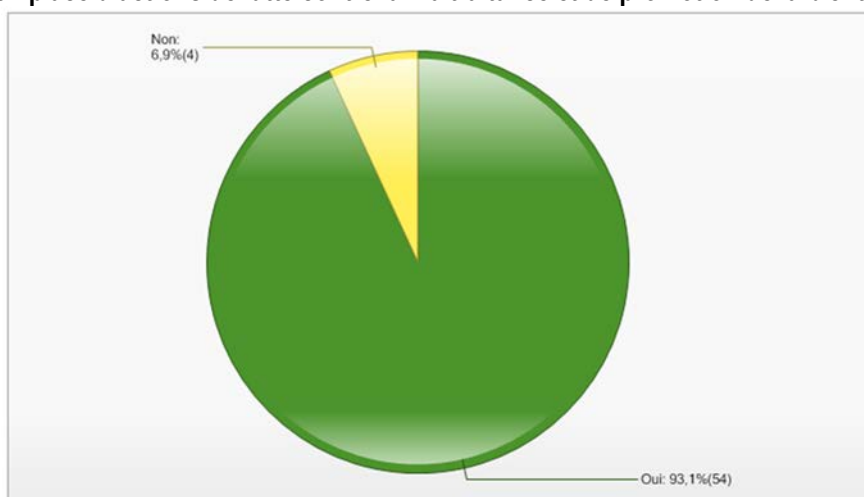
Actions permettant de favoriser le maintien des liens familiaux entre les résidents et leur famille



La quasi-totalité des établissements a mis en place des actions permettant de favoriser le maintien des liens familiaux entre les résidents et leur famille (93,0 % soit 53 établissements sur 57), par exemple :

- **les visites, rencontres et réunions d'information** (28 établissements)
- **l'invitation des familles à des animations**, temps récréatifs, fêtes et portes ouvertes (17 établissements)
- **la sortie des résidents dans leur famille** le week-end, le soir, pendant les vacances... (13 établissements)
- **l'association de la famille au projet personnalisé** (PP) ou l'invitation à sa restitution (11 établissements)
- **la médiation** par un psychologue ou une équipe pluridisciplinaire en cas de relations difficiles (6 établissements)
- les liens téléphoniques (5 établissements)
- la mise à disposition d'un lieu dédié aux familles (3 établissements)
- un interlocuteur privilégié (coordinateur médico-social) (2 établissements)
- le cahier de liaison (2 établissements)
- un café social (2 établissements)
- l'aménagement des horaires (du lever notamment) en fonction des familles (1 établissement)
- l'accompagnement à la correspondance écrite (1 établissement)
- la participation des familles à une enquête satisfaction (1 établissement)

Mise en place d'actions de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance



54 établissements sur les 58 ayant répondu ont mis en place des actions de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance, soit **93,1 % des répondants**.

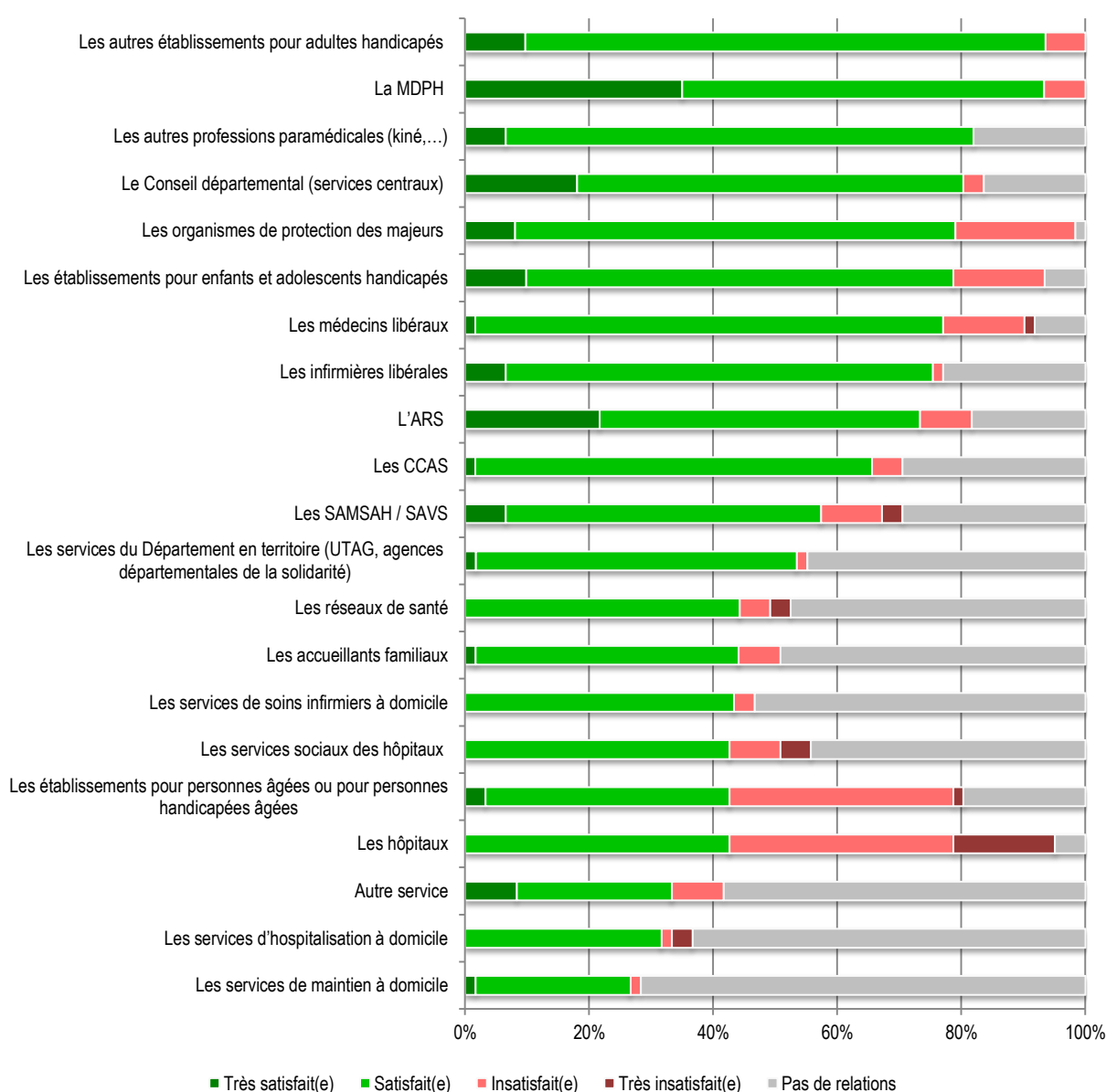
5.4 Des évaluations, internes comme externes, qui ont porté leur fruit en termes de démarche qualité

58 établissements sur 61 ayant répondu ont mis en place une **évaluation interne**, soit **95,1 %**. Suite à cette évaluation, **93,4 % ont développé une démarche qualité** (plan de conduite du changement).

59 établissements ont réalisé une **évaluation externe**, soit 93,7 % des établissements ayant répondu à la question. Cette démarche a abouti à la mise en place d'un plan de conduite du changement pour **87,9 % des établissements** (soit 51 établissements). A noter que parmi les 4 établissements n'ayant pas réalisé d'évaluation externe, 3 en ont programmé une.

6. Relations avec les autres acteurs et les partenaires

Les relations avec les autres acteurs du territoire



La très grande majorité des établissements ayant répondu sont satisfaits voire très satisfaits de leurs relations avec les autres acteurs du territoire, particulièrement avec les autres établissements pour adultes handicapés (93,5 %

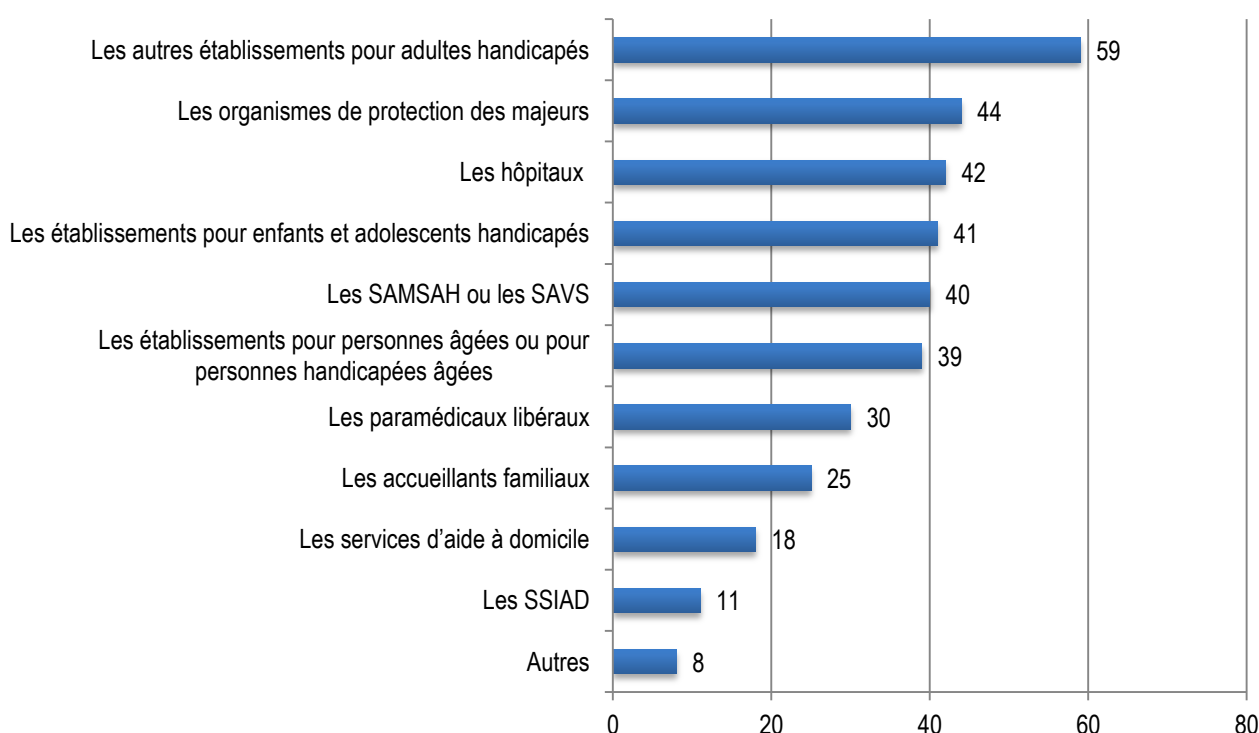
de satisfaits ou très satisfaits), la MDPH (93,3 % de satisfaits ou très satisfaits), les autres professions paramédicales telles que les kinés (82,0 % de satisfaits ou très satisfaits) et les services centraux du Conseil départemental (80,3 % de satisfaits ou très satisfaits).

Les acteurs du territoire qui cristallisent **le plus d'insatisfaction** sont **les hôpitaux** (52,5 % d'insatisfaits ou très insatisfaits) et **les établissements pour personnes âgées ou pour personnes handicapées âgées** (37,7 % d'insatisfaits ou très insatisfaits).

Les acteurs avec lesquels les établissements ont le moins de relations sont les **services de maintien à domicile** (71,7 % des répondants indiquent ne pas avoir de relations avec eux), **les services d'hospitalisation à domicile** (63,3 %) et les **services de soins infirmiers à domicile** (53,3 %)

A noter que dans la rubrique « Autre service », deux établissements mentionnent « de grandes difficultés avec la CAF ». Un établissement indique avoir des relations avec l'ARESAT (association régionale des ESAT), un autre avec l'UEROS Castelnau le Lez et un autre avec différents partenaires dans les domaines culturels et loisirs ainsi que les mairies et une école primaire.

Liens ou projets de liens avec les partenaires



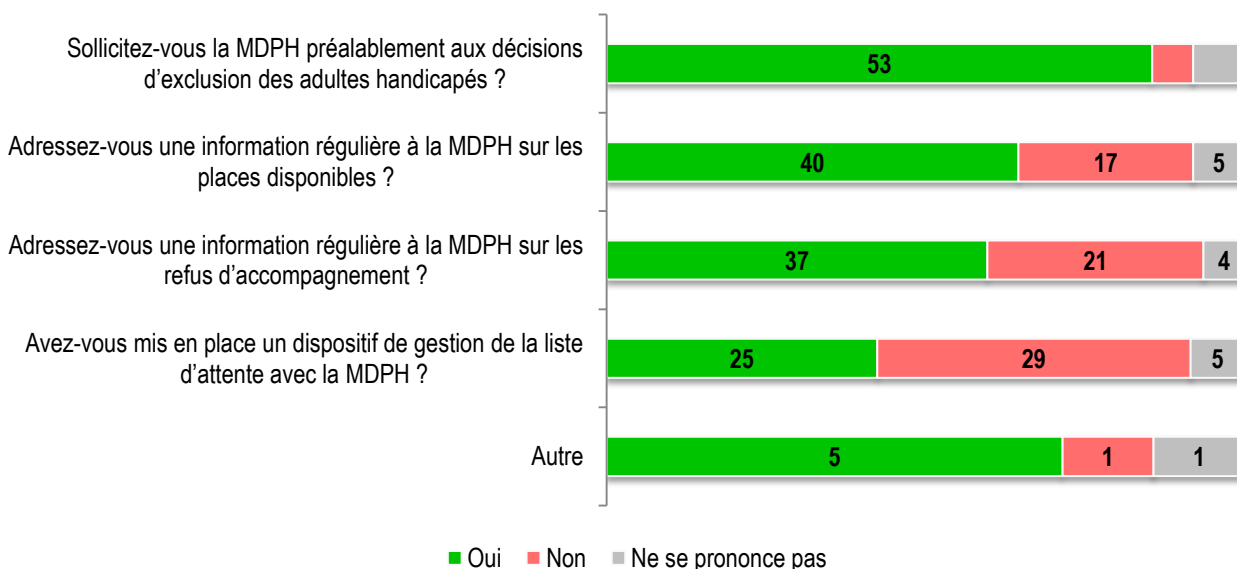
Les partenaires privilégiés par les répondants pour développer des collaborations ou pour avec lesquels des collaborations sont déjà effectives sont surtout les **autres établissements pour adultes handicapés** (59 réponses). Viennent ensuite les organismes de protection des majeurs (44), les hôpitaux (42), les établissements pour enfants et adolescents (41), les SAMSAH et les SAVS (40) et les établissements pour personnes âgées ou pour personnes handicapées âgées (39). Les partenaires les moins sollicités sont les SSIAD (11).

Dans les commentaires, les établissements ont pu apporter des précisions sur leurs relations avec les autres acteurs et avec leurs partenaires :

- **30 établissements nouent des partenariats** de façon informelle ou au moyen d'une convention avec d'autres acteurs : EHPAD, IME, services d'aide à domicile, SAVS, CHU, ESMS...

- 7 établissements mentionnent **la réalisation ou l'organisation de stages**
- **3 établissements mutualisent** des activités, des équipements ou encore des actions de formation avec leurs partenaires.

Coordination mise en place avec la MDPH



La majorité des établissements a mis en place une coordination avec la MDPH :

- 53 établissements sollicitent la MDPH préalablement aux décisions d'exclusion des adultes handicapés (soit 85,5 % des établissements répondants)
- 40 établissements adressent une information régulière à la MDPH sur les places disponibles (soit 64,5 %)
- 37 établissements adressent une information régulière à la MDPH sur les refus d'accompagnement (soit 59,7 %)
- 25 établissements ont mis en place un dispositif de gestion de la liste d'attente avec la MDPH (soit 42,4 %)

Cinq établissements ayant répondu « Autre » ont précisé leurs réponses :

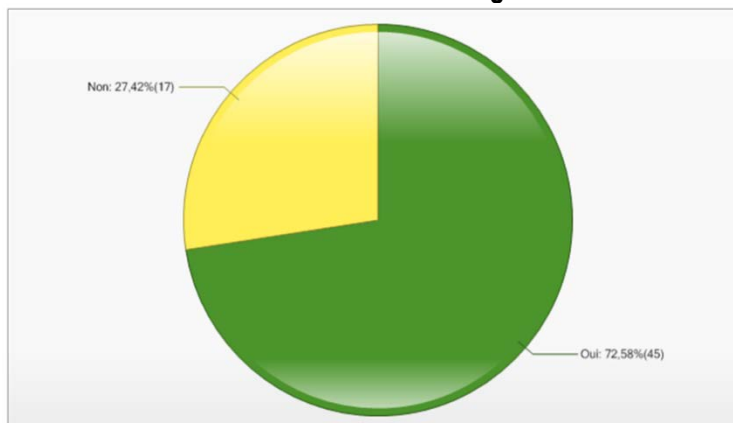
- 2 établissements signalent les situations à risque à la MDPH, et l'un d'eux répond aux sollicitations de la MDPH vis-à-vis de situations critiques (évaluation, accueil d'urgence ponctuel)
- 1 établissement informe la MDPH lorsqu'il a des places disponibles et lorsqu'il sait que des personnes sont en attente de la notification d'orientation.
- 1 établissement suit les dossiers en cours de renouvellement et nouveaux entrants, et réalise des informations sur les sorties.
- 1 établissement participe aux réunions FAM/MAS organisées par la MDPH.

Par ailleurs, les établissements ont eu la possibilité d'ajouter des commentaires :

- 3 établissements mentionnent les « **fiches navettes** » qui permettent à la MDPH d'avoir un suivi des personnes bénéficiant d'une notification d'orientation en établissement. Les « fiches navettes » sont **remplacées** depuis janvier 2016 **par le logiciel SARAH** (3 mentions dans les commentaires).
- 2 établissements indiquent que la MDPH organise des **rencontres FAM / MAS** très constructives en termes de réseau.
- 1 établissement procède à une instruction à charge ou à décharge *via* des rapports et lettres argumentées.
- 1 établissement a peu de communication avec la MDPH sur les flux car les personnes accompagnées se déplacent peu.

7. Projets d'avenir

Des solutions innovantes sont envisagées dans l'avenir

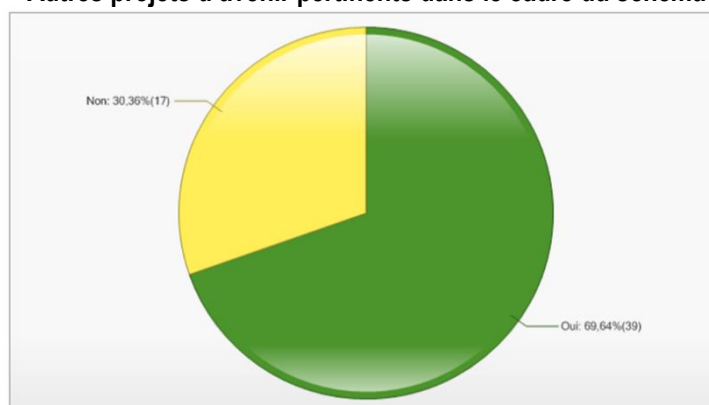


Près des 3/4 des établissements envisagent de développer des solutions innovantes pour leur établissement à l'avenir (45 établissements sur 62 soit 72,6 %), par exemple :

- Améliorer l'utilisation de l'informatique par et pour les résidents (4 établissements)
- Créer un SAMSAH (3 établissements)
- Favoriser les parcours d'insertion quand c'est possible (démarche plateforme avec multi-agrément spécialisés handicap psychique)
- Mettre en place de nouveaux dispositifs d'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes (plateforme) avec un EHPAD
- Développer une solution d'hébergement pour personnes en situation de handicap vieillissantes
- Développer un lieu de vie autonome près du foyer de vie (FDV)
- Partager les locaux avec d'autres établissements ou associations autour d'activités : relaxation, art créatif, rencontres, partage...

A noter que de très nombreux projets ont été listés dans la rubrique commentaire ; la liste ci-dessus n'est pas exhaustive.

Autres projets d'avenir pertinents dans le cadre du schéma



Plus des deux tiers des établissements ayant répondu à la question (39 établissements sur 56, soit 69,6 %) ont d'autres types de projet qu'il leur semble pertinent de présenter dans le cadre du schéma autonomie, notamment :

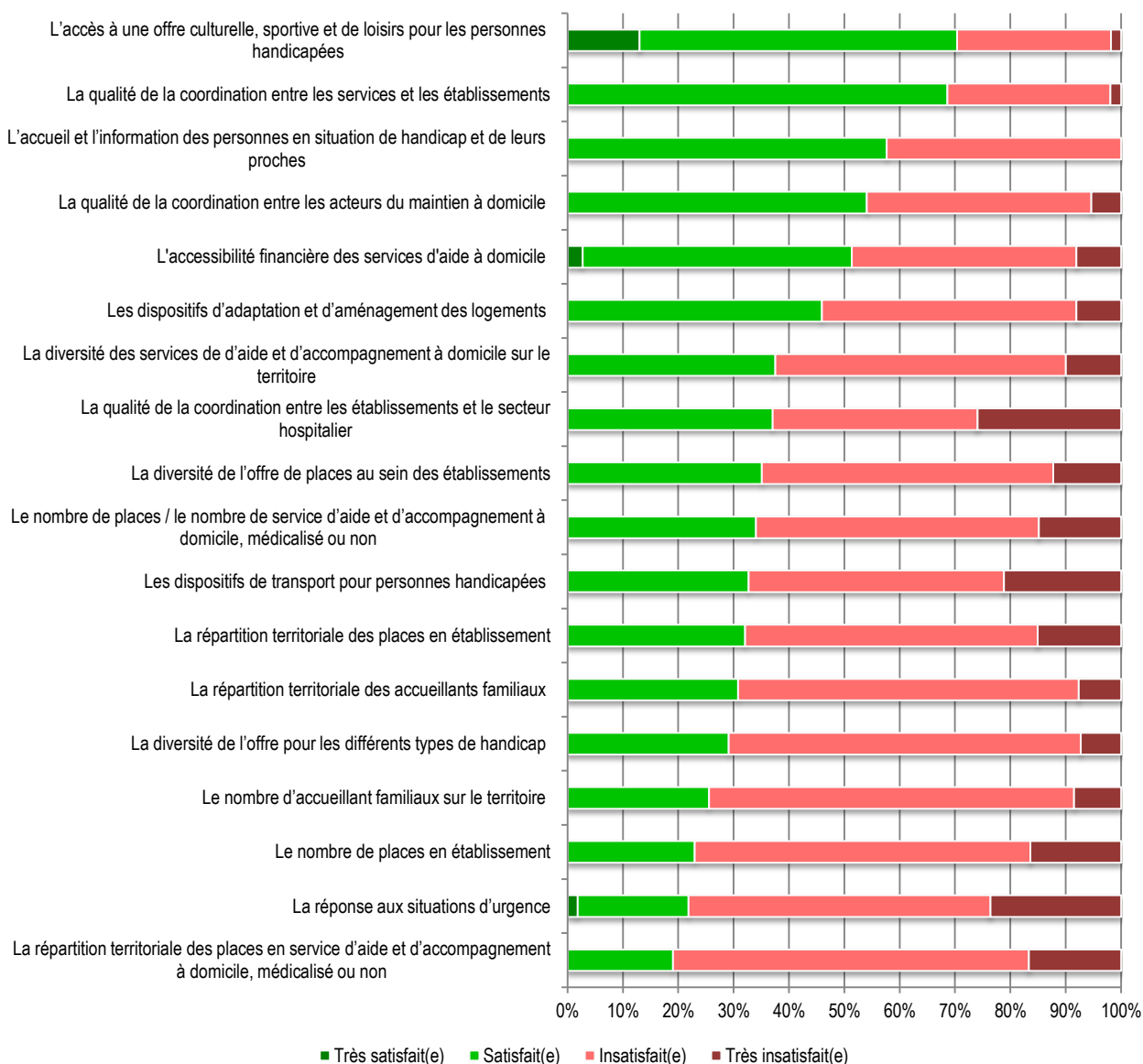
- **Développer l'offre de places** par une diversification des types de structures (UPHV adossé à des ESMS handicap, appartement thérapeutique adossé au FAM, habitats regroupés, habitats intégrés...)
- **Création de différents services** : SAESAT, SAMSAH, SAVS...

- Mixage des dispositifs, par exemple SAMSAH et EHPAD.
- Création de structures de répit pour les aidants
- Création de sections annexes pour les travailleurs d'ESAT.
- Création d'une structure d'accueil temporaire « multi agrément ».
- Optimisation de l'accueil temporaire avec des modes d'intervention en alternance entre le domicile, les aidants et les institutions.
- Création d'unités de vie transitoires pour personnes handicapées pour s'essayer à la vie autonome de façon souple.
- Collaboration avec des auto-écoles pour accès à la conduite (BSR ou autres)
- Optimiser sur un territoire donné l'offre des FDV (accès à la culture, activité motricité, artistique...) comme un vecteur de lien social, de prévention, etc.
- Ouverture de la MAS vers l'extérieur : ½ journée ou séjour de 2 jours à l'extérieur pour réaliser des activités avec d'autres établissements recevant des adultes handicapés.



8. Avis général sur la politique en direction des personnes handicapées

Niveau de satisfaction sur le système de prise en charge des personnes handicapées dans le département



De manière générale, **les établissements sont moyennement satisfaits du système de prise en charge des personnes handicapées dans le département**. Cette insatisfaction est particulièrement forte en ce qui concerne :

- La répartition territoriale des places en service d'aide et d'accompagnement à domicile, médicalisé ou non (81,0 % d'insatisfaits ou très insatisfaits)
- La réponse aux situations d'urgence (78,2 % d'insatisfaits ou très insatisfaits)
- Le nombre de places en hébergement (77,0 % d'insatisfaits ou très insatisfaits)
- Le nombre d'accueillants familiaux sur le territoire (d'insatisfaits ou très insatisfaits)
- La diversité de l'offre pour les différents types de handicap (70,9 % d'insatisfaits ou très insatisfaits)

Certains aspects de la politique départementale envers les personnes handicapées sont considérés comme plutôt satisfaisants par une majorité d'établissements :

- L'accès à une offre culturelle, sportive et de loisirs pour les personnes handicapées (70,4 % de satisfaits ou très satisfaits)
- La qualité de la coordination entre les services et les établissements (68,6 % de satisfaits ou très satisfaits)
- L'accueil et l'information des personnes en situation de handicap et de leurs proches (57,6 % de satisfaits ou très satisfaits)

Avis général sur la prise en charge des personnes adultes en situation de handicap dans le département de l'Hérault :

- Cloisonnement trop important, manque de coordination entre acteurs
- Répartition différente selon territoire urbain / semi-urbain
- Manque d'information
- Manque de places dans les établissements (EHPAD, MAS), services (SAMSAH), notamment à l'Ouest du Département
- Mauvaise articulation entre les dispositifs sanitaires et médico-sociaux
- Peu de réponses aux situations d'urgence, peu visibles
- Dispositifs d'adaptation des logements peu satisfaisants pour les aménagements « lourds » (accessibilité structurelle, financement des investissements)
- Certaines associations refusent de travailler avec un public en situation de handicap psychique

9. Propositions d'actions

Les principales actions à proposer dans le cadre du schéma départemental de l'autonomie 2017-2021 proposées par les répondants sont les suivantes :

- La majorité des répondants sollicitent la **création de places supplémentaires** dans les structures existantes (SAVS, FAM, MAS, ...) **et/ou de nouvelles structures** (SAMSAH...), notamment sur l'Ouest du Département. Un établissement propose de favoriser la création de petites structures de type « appartements thérapeutiques ».
- Plusieurs répondants demandent à renforcer et **fluidifier les parcours** entre les différentes structures d'accompagnement, et d'améliorer les dispositifs d'accompagnement.
- Un certain nombre d'établissements souhaite également une **amélioration de la coordination entre les acteurs** afin de prévenir le risque des ruptures des parcours de vie.
- La réponse aux situations d'urgence (2 demandes)
- Développer les échanges inter-établissements de façon à tendre vers une offre de service plus étoffée
- Améliorer l'accueil des personnes handicapées vieillissantes (création de places de SA-ESAT, renforcer l'accompagnement)



Annexe 4 : Analyse du questionnaire destiné aux services prenant en charge des personnes âgées et/ou des personnes handicapées

1. Présentation de la démarche et description du questionnaire

Dans le cadre de l'élaboration du schéma départemental de l'autonomie, les services accompagnant des personnes âgées et/ou des personnes handicapées ont eu l'occasion de remplir un questionnaire.

Ce questionnaire a été diffusé par mail aux directeurs des services. Il pouvait être complété directement sur internet entre le 29 mai et le 7 juin 2016.

L'objectif de ce questionnaire, qui contenait principalement des questions fermées, était de **recueillir l'avis de ces acteurs sur la qualité des services rendus aux personnes âgées dans l'Hérault**. Plusieurs questions ouvertes leur permettaient également de s'exprimer librement et de formuler des propositions d'amélioration des dispositifs.

Ce questionnaire était composé de six parties :

- **Partie 1 : Présentation du service ;**
- **Partie 2 : Profil du public accueilli ;**
- **Partie 3 : Qualité de service ;**
- **Partie 4 : Relations avec les autres acteurs ;**
- **Partie 5 : Projets d'avenir**
- **Partie 6 : Avis général sur la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées.**

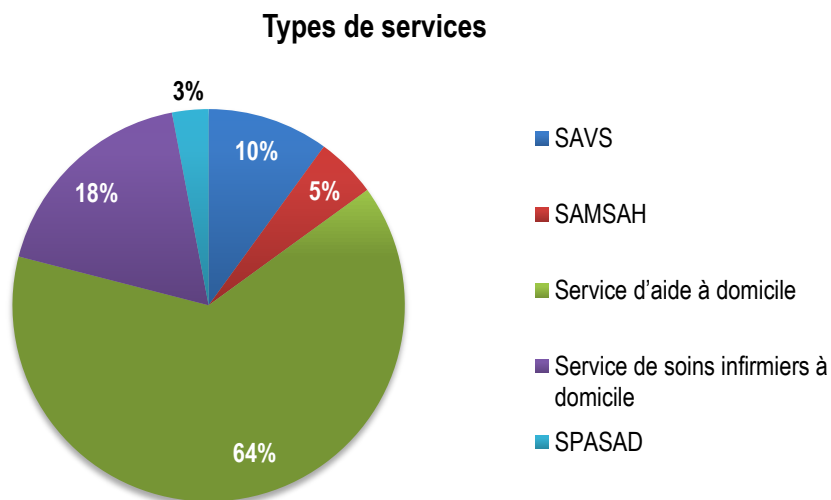
Les réponses ont été traitées de manière totalement **anonyme** par le cabinet Cekoïa Conseil, indépendant du Conseil départemental de l'Hérault.

2. Participation

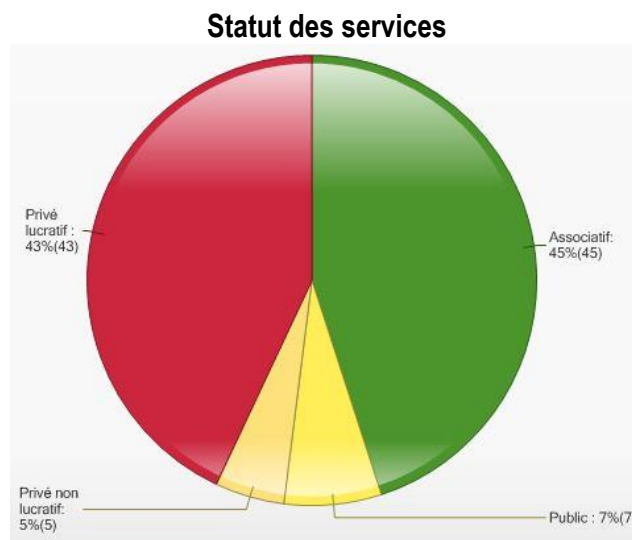
A l'échéance du délai de réponse, **100 services ont répondu au questionnaire de manière partielle** (c'est-à-dire à certaines questions) ou totale (c'est-à-dire à l'ensemble des questions) soit un taux de réponse de 45,26 % (par rapport au nombre de services contactés).

3. Présentation des services

3.1 Une grande part de services d'aide à domicile

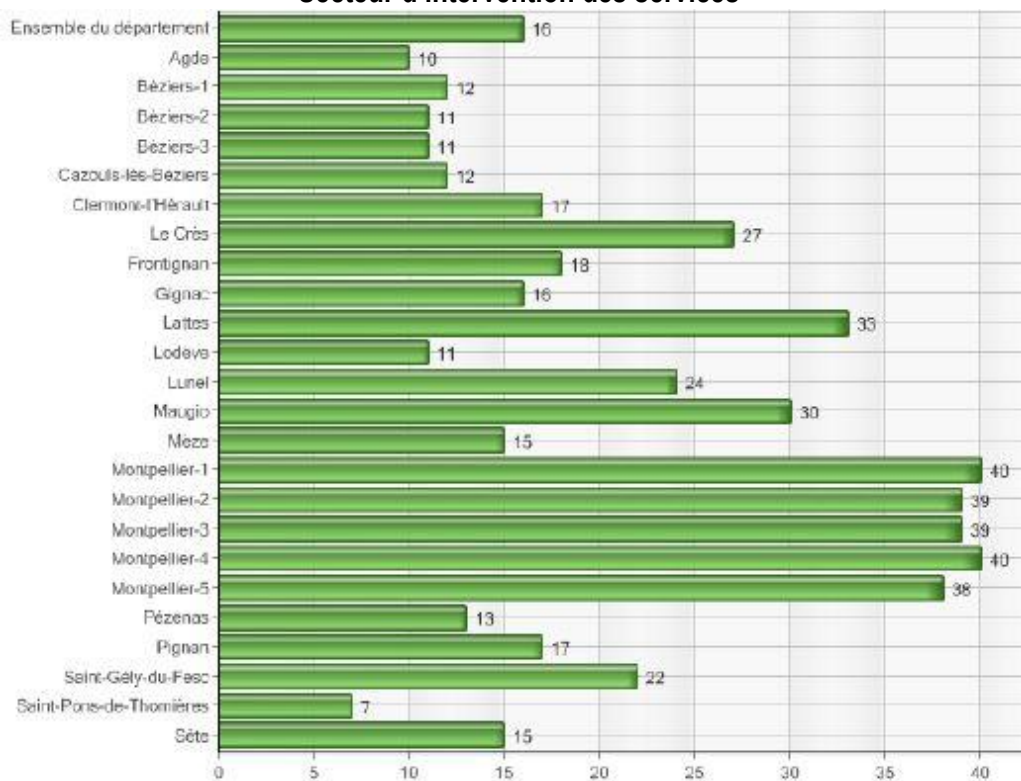


Parmi les 100 services ayant répondu au questionnaire, **64 sont des services à domicile**, 18 des services de soins infirmiers à domicile, 10 des SAVS, 5 des SAMSAH et 3 des SPASAD.



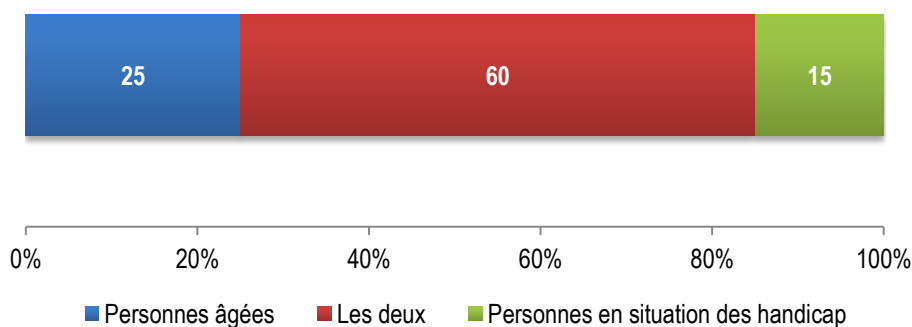
Une grande majorité des 100 services ayant répondu au questionnaire a un statut associatif (45 répondants) ou privé lucratif (43 répondants). Le reste des répondants se divise en 7 services à statut public et 5 services privés non lucratifs.

Secteur d'intervention des services



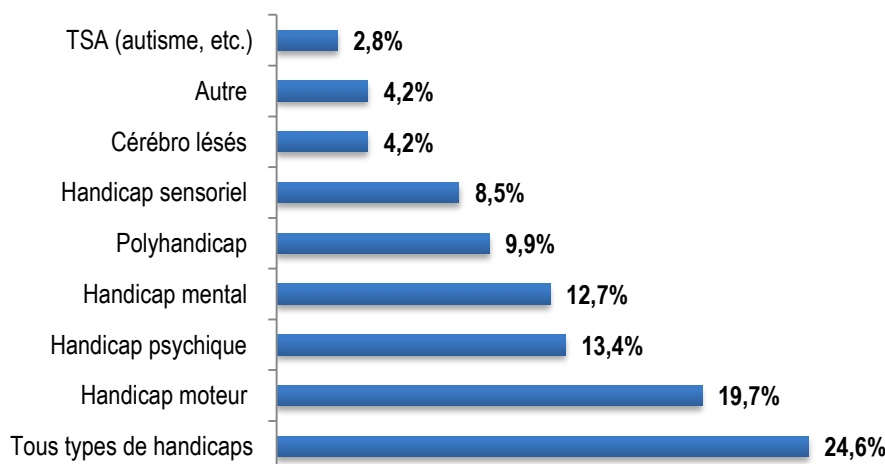
Une part importante des services ayant répondu au questionnaire intervient sur le secteur de Montpellier (36,7 % des répondants interviennent au moins sur l'un des 5 cantons de la ville).

Publics accompagnés par les services



Sur les 100 services ayant répondu au questionnaire, 15 n'accompagnent que des personnes en situation de handicap, 25 n'accompagnent que des personnes âgées et 60 accompagnent ces deux types de publics.

Types de handicap des personnes accompagnées



35 services parmi les répondants accompagnent des personnes avec tous types de handicaps soit 24,6 % des services ayant répondu à la question. 28 services indiquent accompagner des personnes présentant un handicap moteur (19,7 %) et 19 indiquent accompagner des personnes présentant un handicap psychique (13,4 %).

3.2 Un taux d'occupation PA-PH des services élevé

Les 18 SSIAD ayant répondu à la question totalisent **683 places autorisées pour les personnes âgées** soit une moyenne de 38 places par service, un minimum de 20 places et un maximum de 110 places.

8 d'entre eux accompagnent 379 personnes âgées au total soit une moyenne de 47 personnes par services avec un minimum de 26 personnes et un maximum de 102 personnes.

Les 19 SSIAD, SAMSAH et SAVS ayant répondu à la question totalisent **680 places autorisées pour les personnes handicapées** soit une moyenne de 36 places par service, un minimum de 2 places et un maximum de 166 places.

17 d'entre eux accueillent 1 121 personnes handicapées au total soit une moyenne de 66 personnes par services avec un minimum de 3 personnes et un maximum de 235 personnes.

Le taux d'occupation moyen (PA et PH) de ces services est de 95,1 % avec un minimum de 65 % et un maximum de 101,7 %.

3.3 Un nombre d'heures de suivi auprès des personnes âgées plus élevés pour les services d'aide à domicile

Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2015, les 51 services d'aide à domicile ayant répondu totalisent 4 921 082 heures de suivi effectuées auprès de personnes âgées soit une moyenne de 96 491 heures par service avec un minimum de 2 heures et un maximum de 1 706 076 heures.

Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2015, les 44 services d'aide à domicile ayant répondu totalisent 747 500 heures de suivi effectuées auprès de personnes handicapées soit une moyenne de 16 988 heures par service avec un minimum de 3 heures et un maximum de 215 754 heures.

3.4 Nombre de personnes accompagnées au 31 mars 2016

Au 31 mars 2016, 34 042 personnes âgées sont accompagnées par 75 services répondants soit environ 454 personnes par services avec un minimum de 1 personne accompagnée et un maximum de 12 094 personnes. **A noter que 49 services sur 75 (65,3 %) accompagnent moins de 100 personnes.**

Au 31 mars 2016, 2 347 personnes handicapées sont accompagnées par 67 services répondants soit environ 35 personnes par services avec un minimum de 1 personne accompagnée et un maximum de 523 personnes. **A noter que 34 services sur 67 (55,2 %) accompagnent moins de 10 personnes.**

Nature de l'accompagnement et du suivi



Les types d'accompagnement les plus représentés parmi les 100 services répondants sont l'aide à la personne (74 services), l'accompagnement dans la vie sociale et les démarches administratives (68 services) ainsi que l'aide-ménagère (65 services).

20 répondants ont indiqué suivre ou accompagner les usagers par d'autres modalités :

- Jardinage (x2)
- Accès aux soins
- Médiation
- Prévention des difficultés
- Réadaptation et compensation du handicap

- Recherche de logement
- Soins animaux
- Soins de base et relationnels
- Soins esthétiques à domicile
- Accompagnement à la santé
- Accompagnement à l'accès au logement ou au relogement
- Accompagnement aux courses
- Accompagnement médical
- Accompagnements médicaux et soutien psy
- Coordination des soins
- Coordination médicale et accès au logement
- Equipe spécialisée Alzheimer
- Garde d'enfants

3.5 Une continuité de service importante

Sur les 99 services ayant répondu à la question, **85 assurent une continuité d'intervention** le week-end et les jours fériés.

Seuls 11 services parmi les 98 répondants ont des périodes de fermeture du service, **ainsi 88% (87 répondants) ne ferment jamais.**

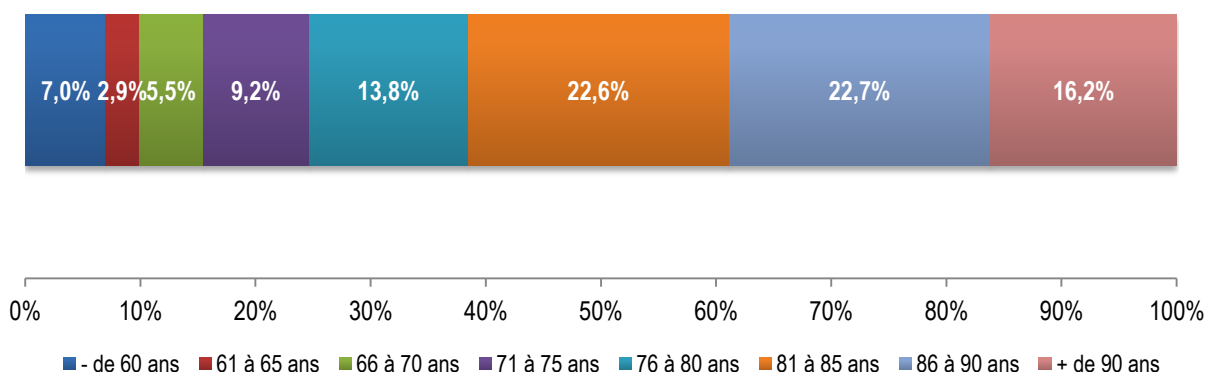
79 des 99 services (80 %) ayant répondu indiquent ne pas disposer d'une liste d'attente.

- 76 personnes âgées figurent sur les listes de 7 services soit une moyenne de 7,6 personnes par liste et par service avec un minimum de 1 personne et un maximum de 27 personnes.
- 190 personnes handicapées sont inscrites sur les listes de 11 services soit une moyenne de 17 personnes par liste avec un minimum de 1 personne et un maximum de 47 personnes.

4. Profil des personnes accompagnées

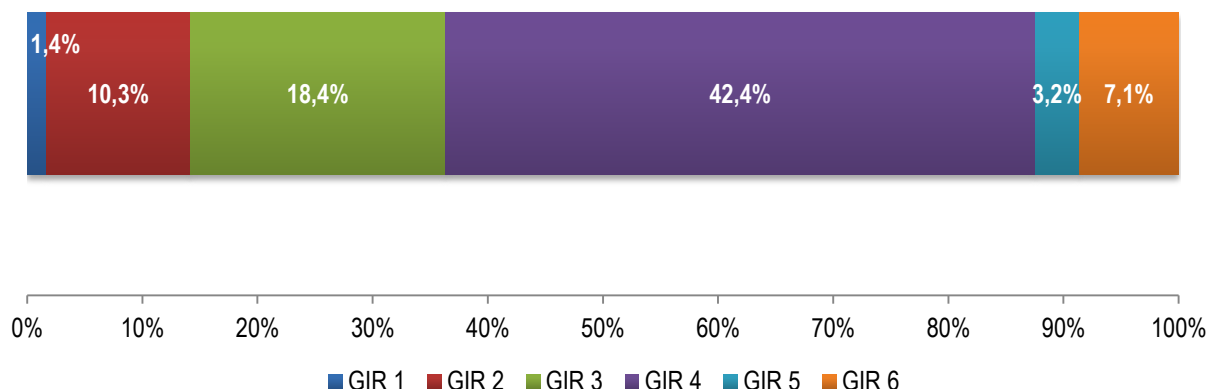
4.1 De nombreuses personnes âgées accompagnées au-delà de 80 ans.

Age des personnes âgées accompagnées (31/03/2016)



Une grande majorité des 19 208 personnes âgées accompagnées a plus de 81 ans (11 819 soit 61,5 %). Seuls 15,4 % (2965 personnes) des personnes accompagnées ont moins de 70 ans. **A noter que 16,2 % des personnes accompagnées ont plus de 90 ans.**

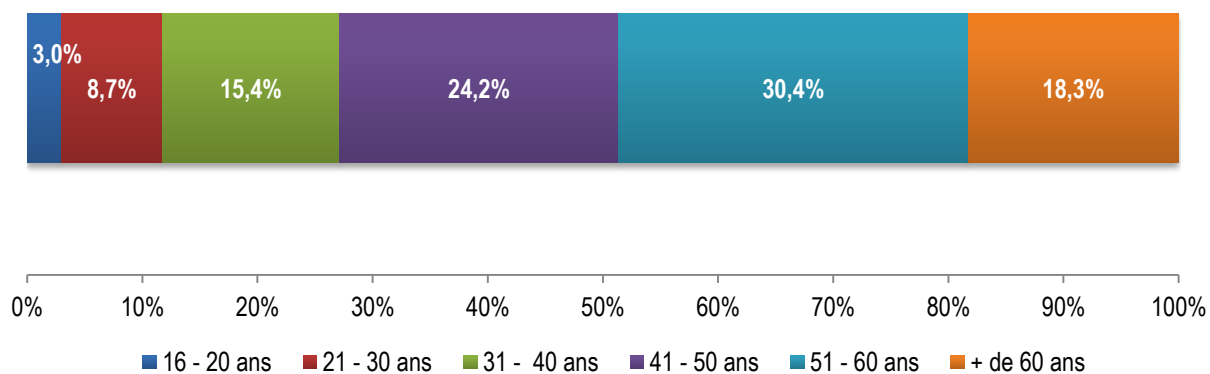
Niveau de dépendance des personnes âgées accompagnées (31/03/2016)



42,4 % des personnes accompagnées sont en GIR 4 et 18,4 % sont en GIR 3, mais seulement 11,7 % sont en GIR 1 ou 2.

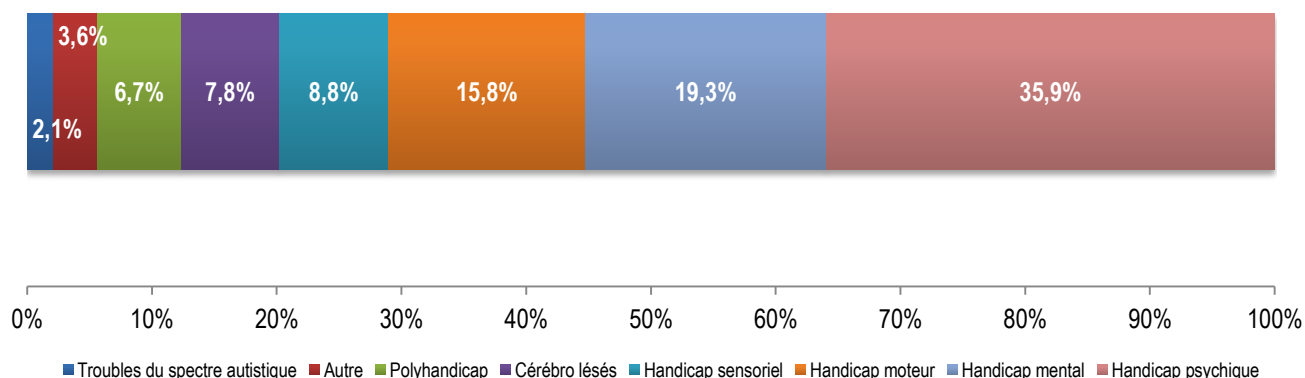
4.2 Une majorité de personnes handicapées accompagnées ayant entre 40 et 60 ans avec des handicaps psychique ou mental

Age des personnes handicapées accompagnées (31/03/2016)



Sur les 1 466 personnes handicapées accompagnées, 800 ont entre 41 ans et 60 ans soit 54,6 %. Seulement 172 personnes accompagnées ont moins de 30 ans (soit 11,7 %).

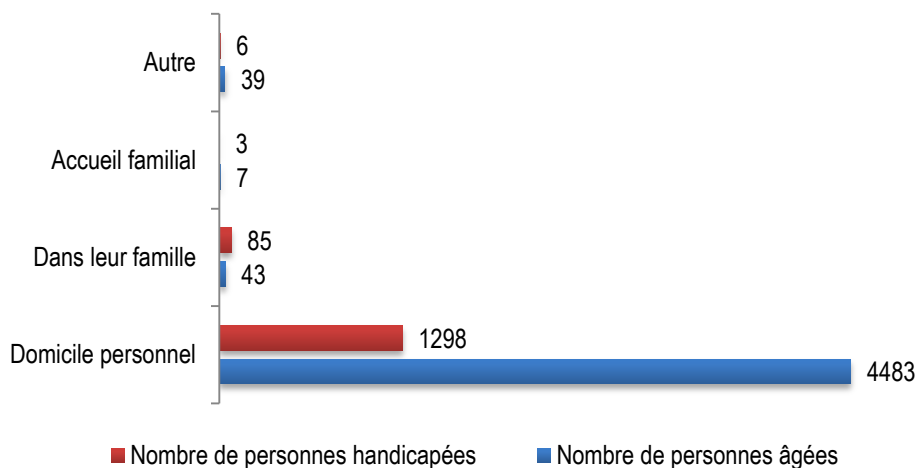
Type de handicap des personnes accompagnées (31/03/2016)



Les types de handicap les plus représentés parmi les personnes accompagnées sont le handicap psychique (454 personnes soit 35,9 %), le handicap mental (244 personnes soit 19,3 %) ainsi que le handicap moteur (199 personnes soit 15,8 %).

4.3 Une très grande majorité de personnes accompagnées vivant dans leur domicile personnel

Lieu de vie des personnes accompagnées

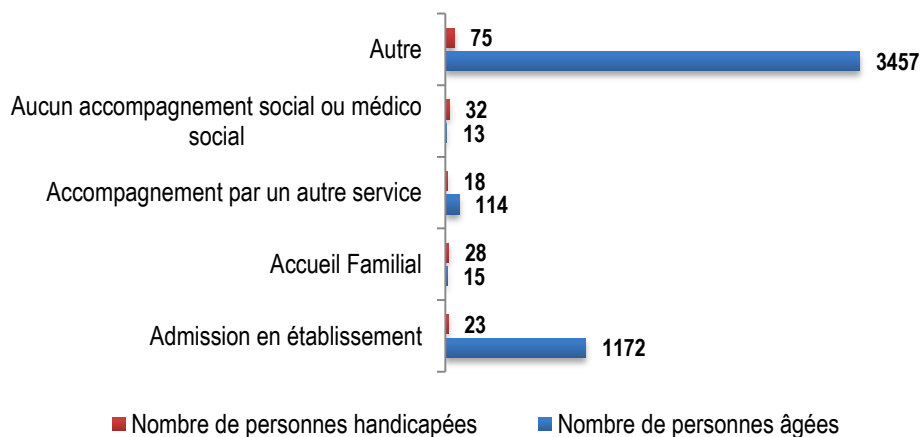


Sur les 5 964 personnes accompagnées, 5 781 vivent à leur domicile personnel soit 97 % des personnes accompagnées. Parmi les 128 personnes vivant dans leur famille, 85 sont des personnes handicapées soit 66,4 %.

4.4 Des sorties de dispositif majoritairement vers les établissements

Au total, 7 057 personnes sont sorties des 59 services ayant répondu à la question en 2015 soit une moyenne de 119 personnes par service avec un minimum de 1 personne et un maximum de 3 524 personnes. A noter que dans **42 services (71 %) il y a eu moins de 20 sorties**.

Orientations vers d'autres types de prise en charge du 1er janvier au 31 décembre 2015



La majorité des orientations vers d'autres types de prise en charge (4 771 soit 96,4 %) a été réalisée pour des personnes âgées. **Une part importante de ces orientations (1 195 soit une orientation sur 4) a été réalisée vers une admission en établissement.**

5. Qualité de service

5.1 Une majorité de services disposant d'un projet de service réactualisé

Sur les 87 établissements répondants, **76 ont élaboré un projet de service soit 87 %**.

Sur les 83 établissements ayant répondu à la question, 64 indiquent avoir réactualisé ce projet depuis moins de 5 ans, soit 77 % des répondants.

5.2 De nombreux dispositifs permettant d'améliorer la qualité de service

La mise en place des outils de la loi 2002-2 :

- **99 % (88 sur 89)** des services ont mis en place un **livret d'accueil**
- **99 % (85 sur 86)** des services ont mis en place un **document individuel de prise en charge**
- **98 % (85 sur 87)** des services ont mis en place un **règlement de fonctionnement**
- **94 % (79 sur 84)** des services ont mis en place un **dispositif de remontée des plaintes**
- **89 % (76 sur 85)** des services ont mis en place un **dispositif de prévention, de signalement et de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance**

5.3 De nombreux services ayant réalisé une évaluation interne

Sur les 85 services ayant répondu à la question, **62 ont réalisé une évaluation interne soit 73 % des répondants**.

86 % des services (66 sur 77) ont mis en place une démarche qualité suite à leur dernière évaluation interne.

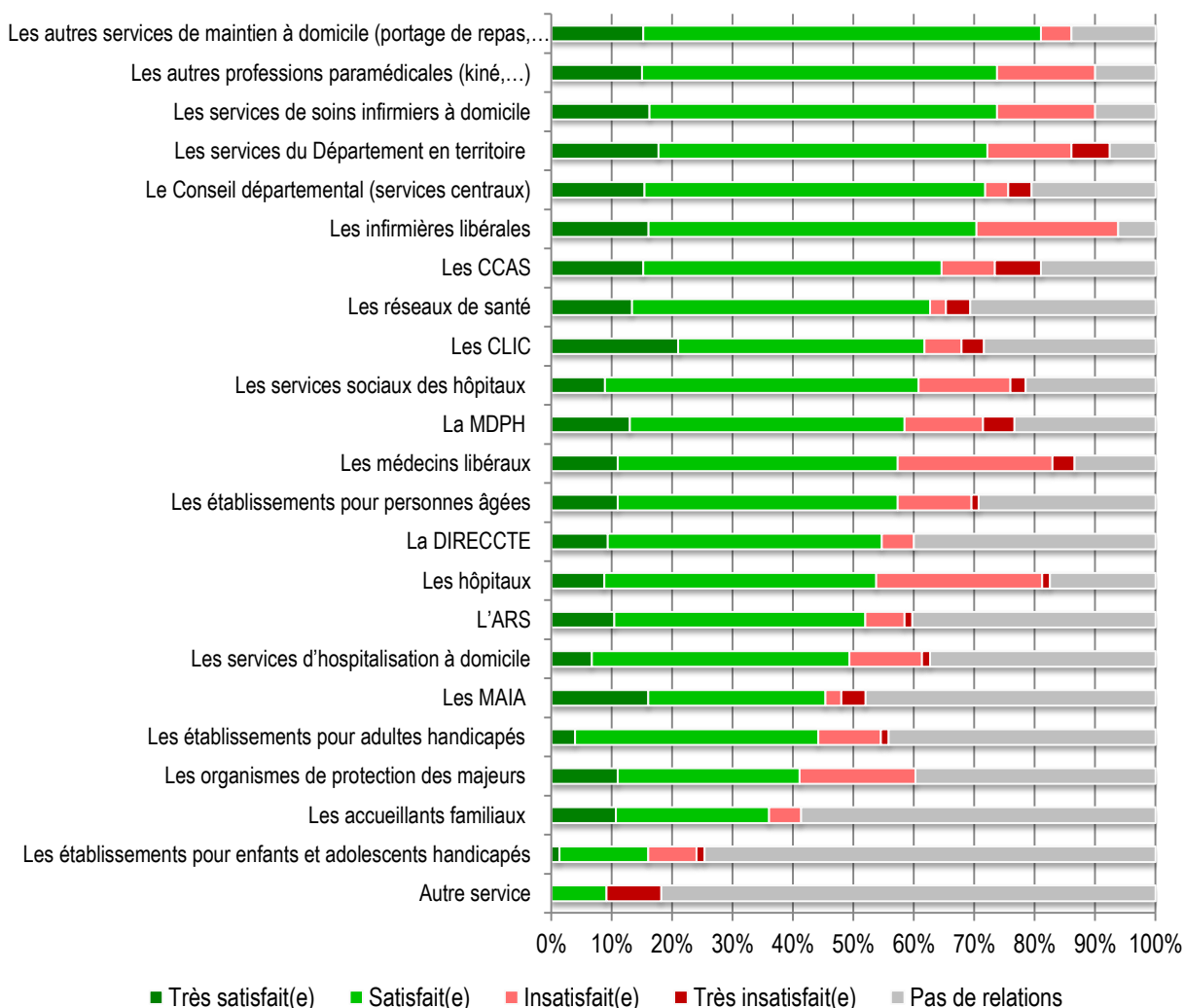
Un peu plus d'un service sur deux (47 sur 87 soit 54 %) ont réalisé une évaluation externe. Suite à cette évaluation **41 de ces 47 services ont mis en place un plan de conduite du changement soit 90 %**.

Parmi les 40 services n'ayant pas réalisé d'évaluation externe, 18 en ont programmé une soit 45 % des répondants.



6. Relations avec les autres acteurs / les partenaires

Relations avec les autres acteurs du territoire



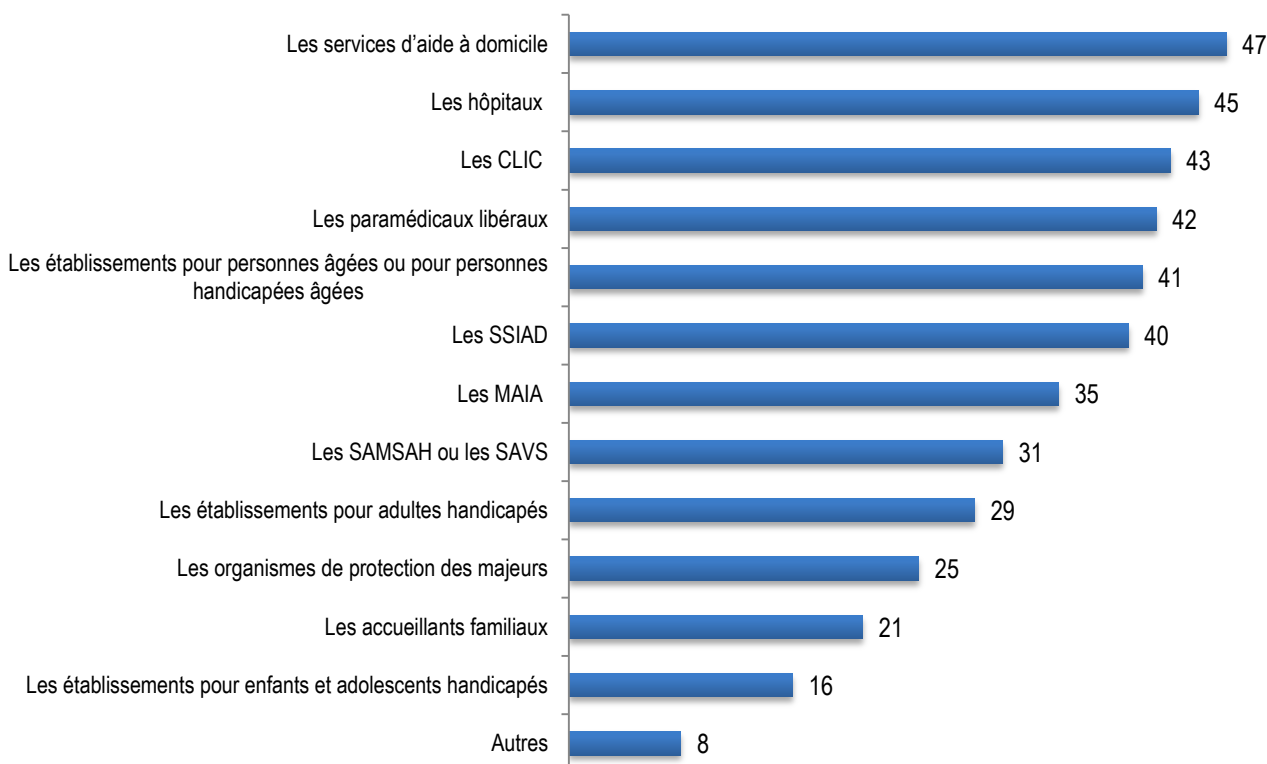
De manière générale, les services accompagnant des personnes âgées et handicapées sont satisfaits de leurs relations avec les autres acteurs du territoire, particulièrement les autres services de maintien à domicile (81 % très satisfaits ou satisfaits), les autres professions paramédicales et les services de soins infirmiers à domicile (74 % très satisfaits ou satisfaits) ainsi que les services du Département en territoire ou le Conseil Départemental (72 % très satisfaits ou satisfaits).

Les acteurs qui cristallisent le plus d'insatisfaction sont les hôpitaux et les médecins libéraux (29 % insatisfaits ou très insatisfaits) ainsi que les infirmiers libéraux (23 % insatisfaits ou très insatisfaits).

A noter qu'une majorité de services indiquent ne pas avoir de relation avec les établissements pour enfants et adolescents handicapés (75 %) et les accueillants familiaux (58 %).

Les autres services indiqués dans la rubrique commentaire sont l'AGEFIPH, la CARSAT et les secteurs psychiatriques publics et privés.

Collaborations actuelles ou futures



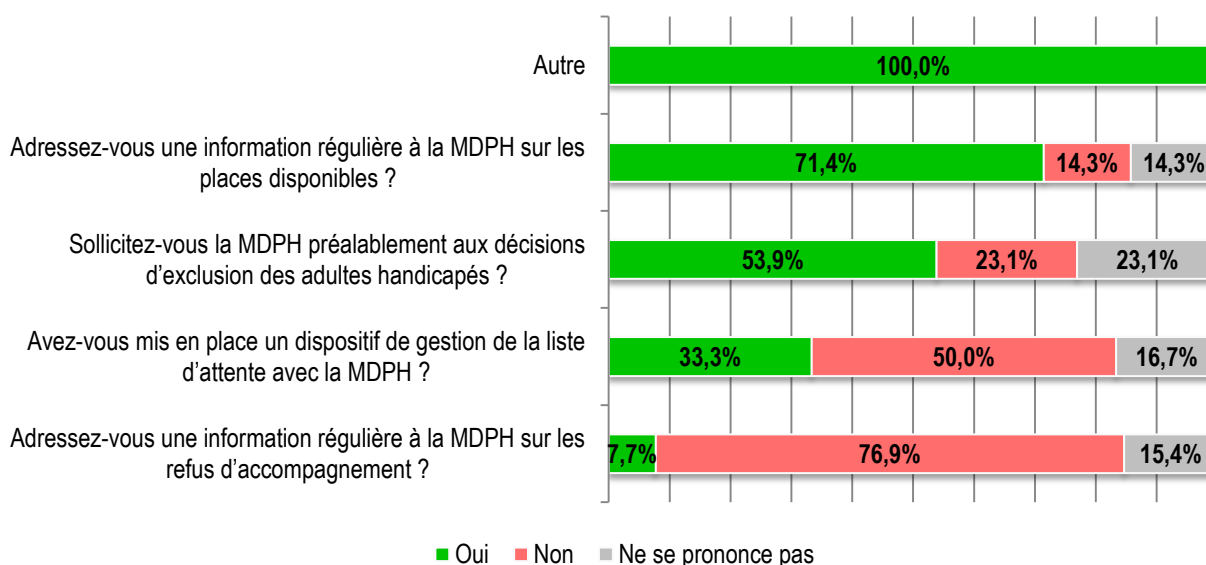
Un nombre important (47) de services indiquent collaborer ou vouloir collaborer avec les services d'aide à domicile. Les autres collaborations ou projets de collaborations concernent les hôpitaux (45 réponses), les CLIC (43 réponses) ou encore les paramédicaux libéraux.

Dans la partie commentaire, les services précisent les types de collaboration :

- Aide au retour après hospitalisation (x2)
- Continuité du service, mutualisation (x2)
- Convention de partenariat (x10)
- Coordination (x3)
- Développement des accueils temporaires / Assurer la qualité du lien domicile/établissement, et le retour à domicile le cas échéant
- Collaboration avec la MAIA afin nous aider sur des situations problématiques de certaines personnes âgées.
- Evénements
- Groupes de travail, création de projets communs
- Mise en place d'une collaboration avec divers cabinets d'infirmiers et kinés couvrant l'ensemble de notre territoire afin de proposer une offre complète (aide et soins à domicile)
- Organisation d'une manifestation annuelle autour d'un petit déjeuner invitant les professionnels de ses structures pour créer du lien.
- Un Conseil Local de Santé Mentale
- Prêt de personnels en cas d'urgence afin de maintenir le service
- SPASAD (x2)
- Travail en réseau

6.1 Des SAVS / SAMSAH qui collaborent avec la MDPH

Collaborations avec la MDPH (SAVS / SAMSAH)



Parmi les 14 SAVS / SAMSAH ayant répondu, 10 indiquent adresser une information régulière à la MDPH sur les places disponibles soit 71,4 %. 53,9 % indiquent solliciter la MDPH préalablement aux décisions d'exclusion (7 sur 13). Au contraire, un service sur deux (6 sur 12) indique ne pas avoir mis en place un dispositif de gestion de la liste d'attente avec la MDPH et 76,9 % (10 sur 13) indiquent ne pas adresser régulièrement d'information à la MDPH sur les refus d'accompagnement.

Le service ayant indiqué « autre » a précisé la collaboration suivante : sollicitation de double notification pour des personnes déficientes visuelles avec handicap associé.

6.2 Peu de coordination entre la MDPH et les SSIAD / SAD et SPASAD

Sur les 41 SAD ayant répondu à la question, 37 d'entre eux indiquent ne pas avoir mis en place de coordination avec la MDPH soit 90 %.

Au niveau des SSIAD, 57 % (8 sur 14) indiquent ne pas avoir mis en place de coordination avec la MDPH/

Les 3 SPASAD ayant répondu à la question indiquent ne pas avoir mis en place de coordination avec la MDPH.

Les services ont précisé leurs réponses dans la partie commentaires :

- Courrier à postériori des décisions d'exclusions
- Difficile de rentrer en contact avec le bon interlocuteur, au-delà du suivi administratif des dossiers
- Gestion en direct avec la MDPH des situations complexes. Très bonne collaboration.
- La MDPH fonctionne de façon opaque et ne fait aucun effort vis à vis des entreprises agréées non tarifées
- Le Conseil Départemental nous a adressé le 27/06/2014 un nouveau cahier des charges (des missions, du fonctionnement et de l'organisation de nos services) et nous demande de travailler en file active.
- Le maillage du réseau est difficile à mettre en place
- Le nombre de personnes accompagnées étant supérieur au nombre de places financées (file active avec entrées et sorties permanentes) la gestion de la liste de d'attente se fait sur une période courte dans le temps (moins d'un an)
- Le SAVS effectue également le suivi social de personnes PA/PH en familles d'accueil par convention avec le CD 34 (116 PA et 45 PH en 2015).

- Nous aimerions mettre en place une coordination avec la MDPH
- Nous attendons la mise en place du logiciel SARAH pour améliorer la transmission des informations (x2)
- Refus de nous recevoir. Nous sommes en contact uniquement avec la comptabilité.
- Relations régulières avec différents services de la MDPH pour l'accompagnement, l'évaluation PCH, les situations complexes.

7. Projets d'avenir

Sur les 75 services répondants, 43 indiquent envisager développer des solutions innovantes dans l'avenir soit 57 %. En synthèse, le détail de ces projets, indiqué dans la section « commentaires » :

- Accompagnement et mise en place d'activités hebdomadaires d'aquagym adaptées aux personnes âgées
- Accompagnement et mise en place d'activités culturelles et récréatives pour les personnes âgées en situation d'isolement pour développer le lien social et l'accès à la culture (théâtre, cinéma, spectacles, goûters, etc...)
- Mise en réseau informatique des différentes antennes du SAVS pour un accès simplifié et sécurisé au dossier de l'utilisateur ainsi qu'une meilleure coordination interservices
- Sécurisation des personnes: téléassistance, domotique (chemin lumineux, détecteurs de chutes, etc...)
- Appartement tremplin situé dans le projet plus global d'Unité de Logement et Services de l'Association GIHP.
- Développer les réponses pour accompagner et permettre les parcours de vie diversifiés
- Développer les réponses pour accompagner et permettre les parcours des personnes un peu plus fragiles
- Développer une offre d'habitat partagé sur le territoire Cœur d'Hérault
- Équipe de prévention et de réadaptation
- Extension des horaires (semaine, week-end et jours fériés) à compter du 1er juillet 2016.
- Formation innovante pour aidant familial
- Moderniser le maintien à domicile
- Développement de la télégestion mobile avec un CRM performant
- "Maison Partagée" sur la commune de Saint Jean de Védas
- Appel à projet ARS : Création d'un SPASAD
- Réflexion sur la création d'un GEM

52 répondants sur 71 indiquent de pas avoir d'autres projets pertinents à présenter dans le cadre du schéma de l'autonomie. Les 19 autres ont précisé leurs projets dans la section commentaires :

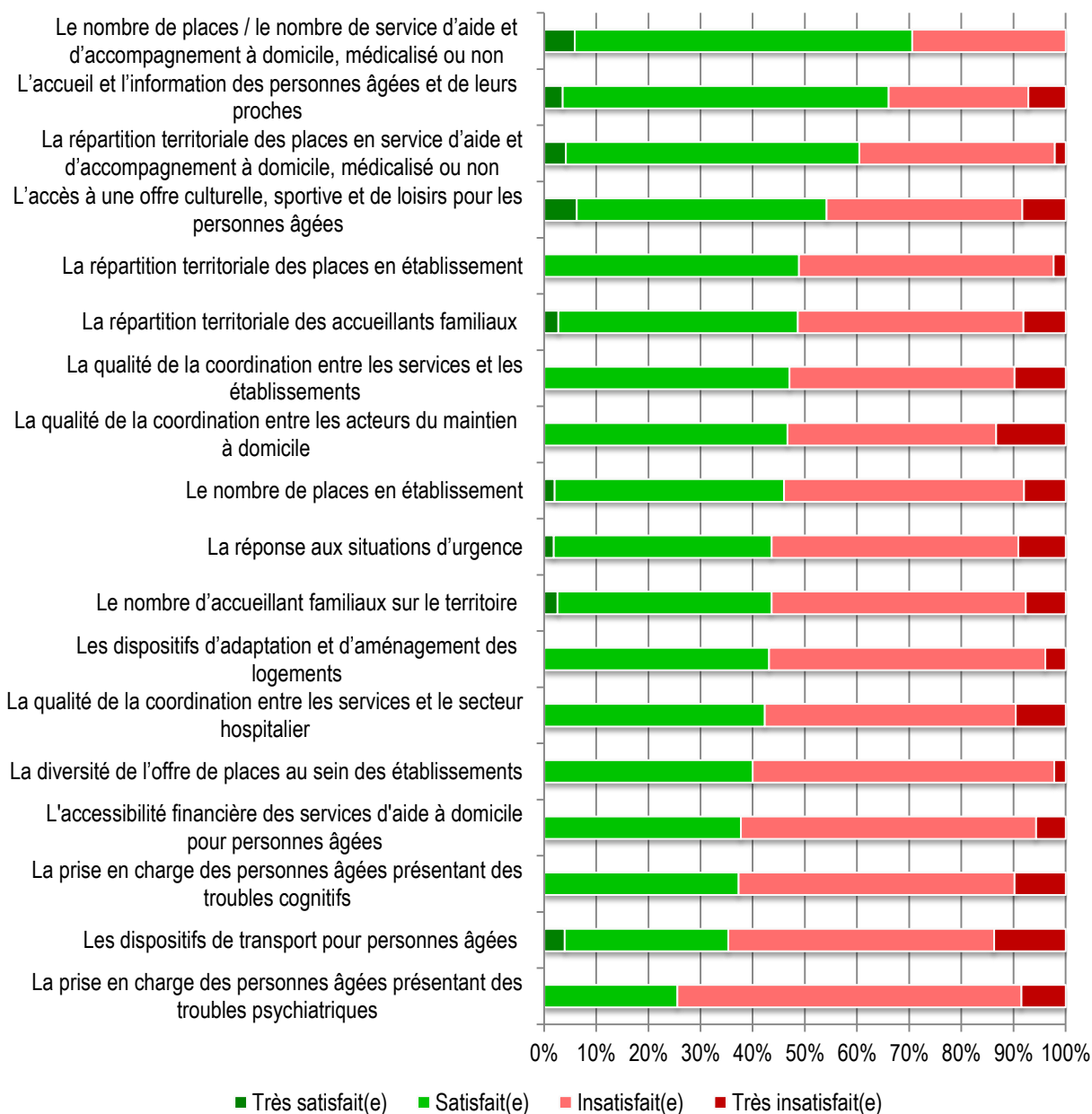
- Création d'un SAMSAH généraliste sur la moitié Ouest du département par extension et transformation de places SAVS - Télémédecine
- Développer l'accessibilité aux prestations PCH pour les personnes en situation de handicap psychique.
- Développer les familles d'accueils - promouvoir l'adaptation des rythmes des ESAT (temps partiel) pour qu'ils s'adaptent à l'accueil des personnes en situation de handicap psychique
- Centre d'apprentissage à la vie autonome avec différentes formules visant à développer des compétences à la gestion de la vie quotidienne et sociale dans un logement hors établissement
- Création de SAMSAH PHV Polyvalence du SAVS en matière d'accompagnement Création de pôle de compétences et de prestations externalisées
- Développer de l'habitat partagé (x3)
- Atelier nutrition
- Ouverture prochaine dans les Bouches du Rhône d'une nouvelle agence puis dans d'autres départements réflexion sur la création d'un SAMSAH et éventuellement un accueil en journée type ATO



8. Avis général sur les politiques PA et PH

8.1 Des services globalement peu satisfaits du système de prise en charge des personnes âgées

Avis général sur le système de prise en charge des personnes âgées



Globalement, les services ayant répondu à la question sont moyennement satisfaits du système de prise en charge des personnes âgées dans le département. Les sujets qui génèrent le plus d'insatisfaction sont :

- La prise en charge des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques avec **75 % de répondants insatisfaits ou très insatisfaits**
- Les dispositifs de transport pour personnes âgées avec **65 % de taux d'insatisfaction et notamment 14 % de répondants très insatisfaits**
- La prise en charge des personnes âgées présentant des troubles cognitifs avec **63 % d'insatisfaits ou de très insatisfaits**

Cependant, certains aspects du système de prise en charge des personnes âgées sont considérés comme satisfaisants par les services :

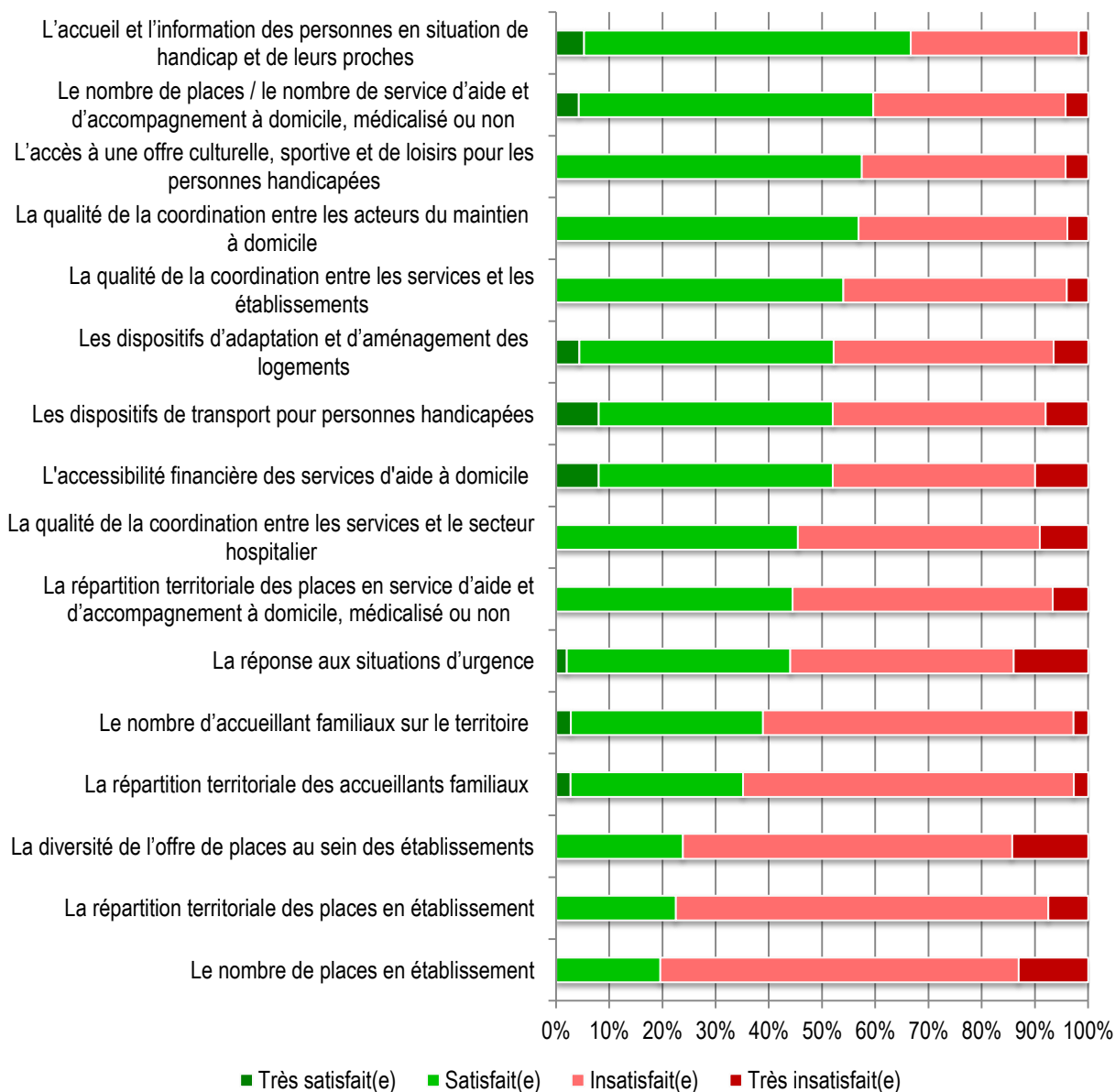
- La répartition territoriale des places en service d'aide et d'accompagnement à domicile avec **70 % de satisfaits ou très satisfaits**
- L'accueil et l'information des personnes âgées et de leurs proches avec **66 % de satisfaction**
- Le nombre de places / le nombre de service d'aide et d'accompagnement à domicile avec **60 % de satisfaction**

Des éléments complémentaires sont apportés dans la section commentaire :

- Le maintien à domicile des personnes âgées n'est pas une priorité
- Davantage de communication concernant l'offre de loisirs pour les personnes âgées. Presse, télévision, radio devraient consacrer une rubrique spéciale loisirs pour le public.
- Il est très difficile de coordonner les actes auprès de PA à domicile (infirmiers, kiné, ...).
- Les personnes âgées que nous suivons au titre du handicap psychique rencontrent les plus grandes difficultés à intégrer un EHPAD (plateau technique inadapté et le plus souvent refus d'admission)

8.2 Des services moyennement satisfaits par la réponse aux besoins des personnes handicapées dans le Département

Avis général sur la réponse aux besoins des personnes adultes en situation de handicap



De manière générale, les services sont peu satisfaits de la réponse aux besoins des personnes adultes en situation de handicap dans l'Hérault. Les sujets qui génèrent le plus d'insatisfaction sont :

- Le nombre de places en établissement **avec 80 % d'insatisfaction dont 13 % de très insatisfaits**
- La répartition territoriale des places en établissement **avec 77 % d'insatisfaction**
- La diversité de l'offre de places au sein des établissements **avec 76 % d'insatisfaction dont 14 % de très insatisfaits**

Cependant, certains aspects du système de prise en charge des personnes âgées sont considérés comme satisfaisants par les services :

- L'accès à une offre culturelle, sportive et de loisirs pour les personnes handicapées **avec 57 % de satisfaction**

- Le nombre de places / le nombre de service d'aide et d'accompagnement à domicile, médicalisé ou non avec **59 % de satisfaction**
- L'accueil et l'information des personnes en situation de handicap et de leurs proches avec **66 % de satisfaction**

Des éléments complémentaires sont apportés dans la section commentaire :

- Absence totale de SAMSAH généraliste sur l'Ouest Héraultais
- Dispositifs de transports insatisfaisants sur les zones rurales
- Délais des dispositifs d'adaptation et d'aménagement des logements trop long.
- Pour les offres culturelles l'accès est difficile dans les hauts cantons (budget, transport et offre).
- L'accès au transport est compliqué sur le territoire des hauts cantons ce qui entraîne des problèmes d'accès aux soins
- Des répartitions géographiques très inégales
- Difficulté dans l'accompagnement qualitatif des personnes handicapées car la PCH est une prestation d'aide humaine et ne couvre pas l'entretien du logement
- Manque de coordination et d'échanges pertinents freinant la continuité et l'articulation entre projets de vie et projets de soins : absence d'un Conseil Local de Santé Mentale regrettable sur l'agglomération de Montpellier
- De grandes difficultés à trouver des places d'hébergement en foyer pour des personnes qui cumulent plusieurs types de handicaps.
- Plus de communication concernant les loisirs

9. Propositions d'actions pour le schéma

Améliorer la politique de transports pour réduire l'isolement

Recenser l'offre de soins / services et la diffuser à tous

Améliorer la prise en charge des adultes handicapés vieillissants

Créer de nouvelles structures / nouvelles places

Faciliter les parcours d'insertion

Développer le soutien aux aidants familiaux

- Améliorer la couverture territoriale des transports adaptés
- Favoriser le développement et l'accès aux activités culturelles, sportives et de loisirs sur les territoires ruraux
- Prendre en compte la survenue du handicap visuel sur des personnes âgées (pas uniquement le vieillissement des personnes handicapées)
- Favoriser la formation des aidants professionnels (SAP et SIAD) à la connaissance du handicap
- Favoriser la formation des professionnels d'EHPAD aux handicaps sensoriels (DA-DV)
- Créer un SAMSAH généraliste par extension et transformation de places de SAVS sur l'Ouest Héraultais
- Développer l'accueil de jour pour les PA et PH
- Créer 2 résidences accueil (Béziers et Cœur d'Hérault)
- Créer un ESAT et une SAESAT dans le Pays Cœur d'Hérault - Créer un GEM dans le Pays Cœur d'Hérault
- Créer des unités PHV adossées à des ESSMS handicap

- Avoir une meilleure coordination entre les différents acteurs du domicile et services hospitalier
- Aider les aidants familiaux dans leurs recherches d'établissements d'accueil (plus d'accompagnement auprès d'eux)
- Créer plus de places en FAM et MAS handicap moteur
- Développer des places SSIAD spécifiques aux PH
- Soutenir et développer des solutions facilitant les parcours d'insertion,
- Partir d'un audit des besoins pour adapter les réponses en place et développer des dispositifs complémentaires
- Donner toute transparence aux données en termes d'orientation CDA et de réponse effectivement mises en œuvre. Exiger des établissements de communiquer ces données et leur en faire un retour.
- Affirmer la volonté d'un partenariat de la part du Conseil Départemental entre les services UTAG et les structures d'aide et de soins à domicile.
- Voir le Conseil Départemental encourager les structures du domicile qui mettent en place des services innovants (aide itinérante de soirée personnalisée à inclure dans les plans d'aide APA).
- Renforcer le soutien aux aidants familiaux
- Revaloriser les métiers du domicile
- Mettre en place une convergence tarifaire avec un cahier des charges commun
- Améliorer la lisibilité de l'offre
- Développer une prise en charge plus adaptée des handicapés vieillissants Poursuivre toutes les actions du précédent schéma et les pérenniser
- Faciliter les démarches, informer d'avantage les personnes sur leur droits, accentuer le partenariat entre toutes les structures
- Favoriser le choix de vie des usagers à domicile avec l'attribution de PCH à la hauteur des besoins des personnes en situation de handicap et créer des lieux d'accueil de répit pour les personnes lourdement handicapées qui sont à charge de leur famille.
- Créer un CLSM (Conseil Local de Santé Mentale)
- Revaloriser les budgets SSIAD en adéquation avec l'augmentation des coûts infirmiers dus à la l'augmentation des tarifs des soins selon la nomenclature infirmière et dus aux prescriptions médicales grandissantes fonction de l'avancée en âge des patients.
- Harmoniser les tarifs APA entre les différents prestataires d'aide à domicile qui travaillent tous à une même exigence de qualité et qui supportent les mêmes frais de fonctionnement.



Annexe 5 : Analyse du questionnaire destiné aux personnes handicapées et aux personnes âgées

1. Présentation de la démarche et description du questionnaire

Dans le cadre de l'élaboration du schéma départemental de l'autonomie, les personnes âgées et personnes handicapées ont eu l'occasion de remplir un questionnaire.

Ce questionnaire a été relayé par les différents acteurs intervenant auprès des personnes âgées et personnes handicapées vivant à domicile, en accueil familial et en établissement. Il pouvait être complété directement sur internet entre le 3 mai et le 18 juillet 2016.

L'objectif de ce questionnaire, qui contenait principalement des questions fermées, était de **recueillir l'avis de ces personnes sur la qualité des services rendus aux personnes âgées et aux personnes handicapées dans l'Hérault**. Plusieurs questions ouvertes leur permettaient également de s'exprimer librement et de formuler des propositions d'amélioration des dispositifs.

Ce questionnaire était composé :

- d'un préambule
- d'un questionnaire à l'attention des personnes âgées (PA)
- d'un questionnaire à l'attention des personnes handicapées (PH)

Chacun des questionnaires (PA puis PH) était composé de six parties communes :

- **Présentation des personnes concernées**
- **Connaissance de la MDPH** (*Pour les personnes handicapées seulement*)
- **Vie à domicile**
- **Les attentes des personnes vivant à domicile par rapport à leur situation**
- **Vie en établissement / en accueil familial**
- **Les attentes des personnes vivant en établissement / en accueil familial par rapport à leur situation**
- **L'accès à la vie sociale des personnes concernées**
- **Conclusion**

Les réponses ont été traitées de manière totalement **anonyme** par le cabinet Cekoïa Conseil, indépendant du Conseil départemental de l'Hérault.

*Nota : pour simplifier la lecture de ce document, **on entendra par « répondants » les personnes âgées ou handicapées concernées par le questionnaire**, qu'elles aient répondu elles-mêmes au questionnaire ou non (aide d'un tiers).*

2. Participation

591 personnes âgées ou handicapées ont répondu au questionnaire de manière partielle (c'est-à-dire à certaines questions) ou totale (c'est-à-dire à l'ensemble des questions).



3. Préambule

50,1 % des personnes ayant rempli le questionnaire sont des membres de la famille (soit 298 personnes sur 582), 32,8 % sont la personne directement concernée (soit 191 personnes), 12,5 % sont des professionnels et 3,4 % sont d'autres personnes : une secrétaire, président d'association, des tuteurs, un voisin, etc.

Rappel : pour simplifier la lecture de ce document, on entendra par « répondants » les personnes âgées ou handicapées concernées par le questionnaire, qu'elles aient répondu elles-mêmes au questionnaire ou qu'elles se soient fait aider.

Les répondants sont **des personnes âgées pour 54,8 %** (soit 320 personnes) et **des personnes handicapées pour 45,2 %** (soit 264 personnes).

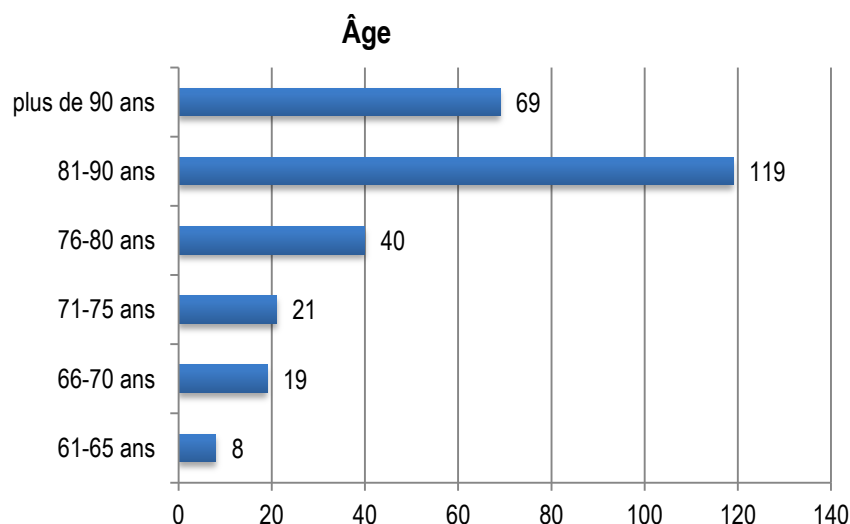
4. Questionnaire à destination des personnes âgées

4.1 Présentation des personnes âgées

4.1.1 Caractéristiques sociologiques des personnes âgées

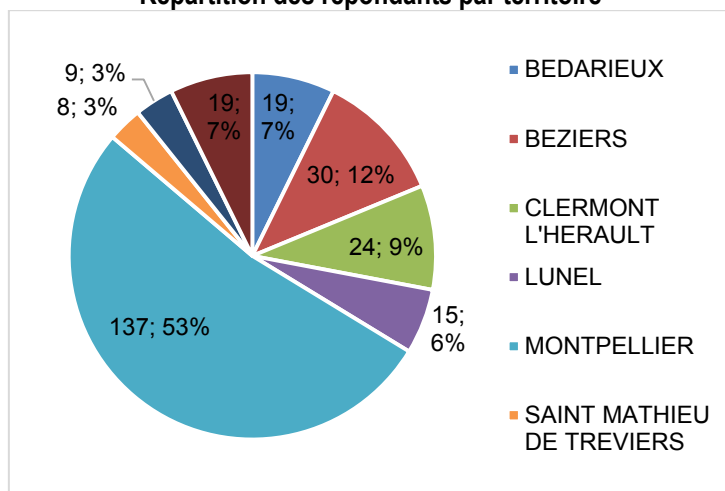
Les répondants sont **essentiellement des femmes (70,5 % soit 198 personnes)**. Seuls 29,5 % sont des hommes (soit 83 personnes).

Parmi les répondants, 38,9 % sont des personnes seules (soit 105 personnes) et **37,1 % sont veufs** (soit 73 personnes). Seuls 27,0 % sont en couple (soit 92 personnes).



Plus des **deux tiers des répondants ont plus de 80 ans** (68,1 % soit 188 personnes).

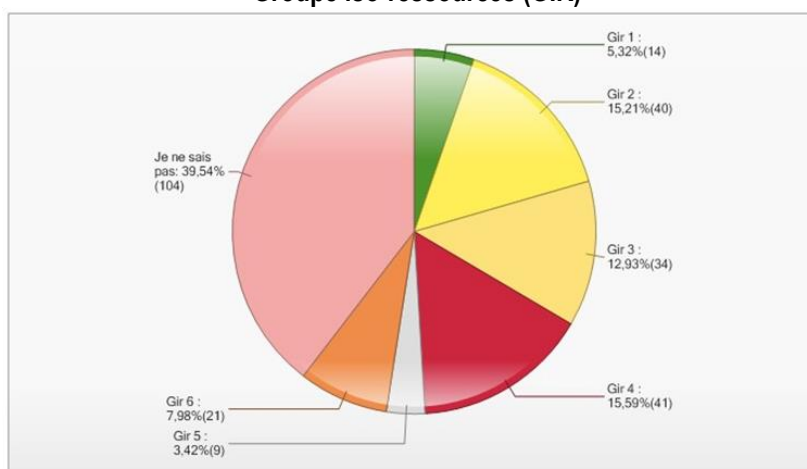
Répartition des répondants par territoire⁸



53 % des répondants (soit 137 personnes) habitent sur une des communes du territoire de **Montpellier** et 12 % (soit 30 personnes) sur une des communes du territoire de **Béziers**.

4.1.2 Caractéristiques liées à l'autonomie des personnes âgées

Groupe iso-ressources (GIR)

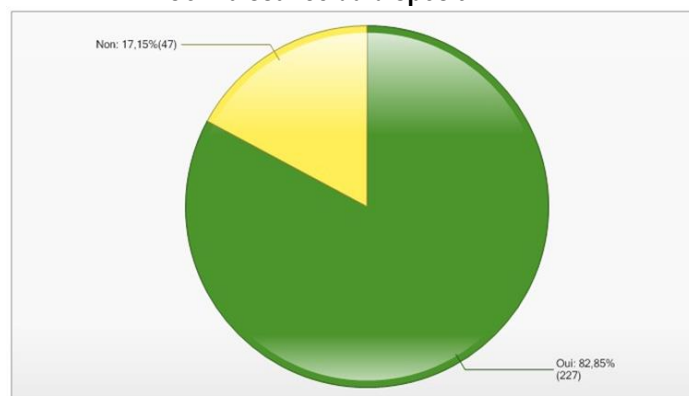


Près de 40 % des répondants (soit 104 personnes) **ne connaissent pas leur niveau de dépendance**. Par ailleurs, 20,5% des répondants sont en GIR 1 ou 2. Seuls 11,4 % des répondants sont en GIR 5 ou 6.

⁸ Nouveaux territoires de solidarité du Conseil départemental

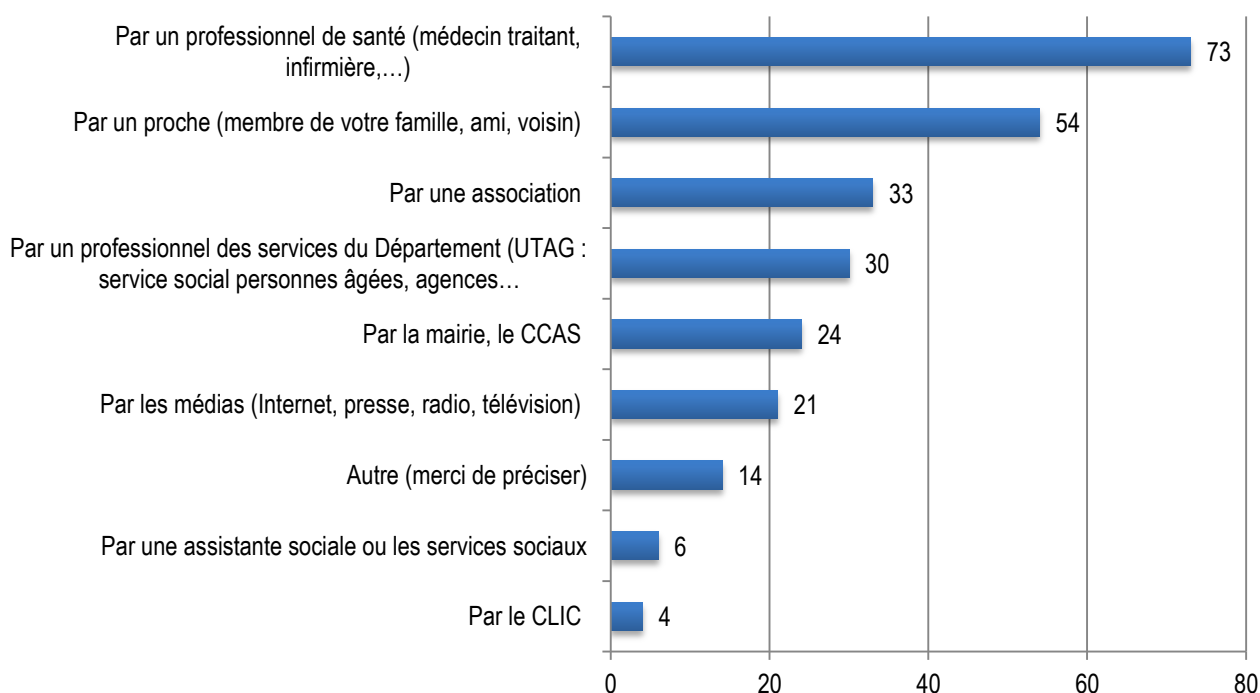
4.1.3 Perception du dispositif APA

Connaissance du dispositif APA :



Une très grande majorité des répondants (227 personnes soit 82,6 %) connaît le dispositif de l'Allocation personnalisée pour l'autonomie (APA).

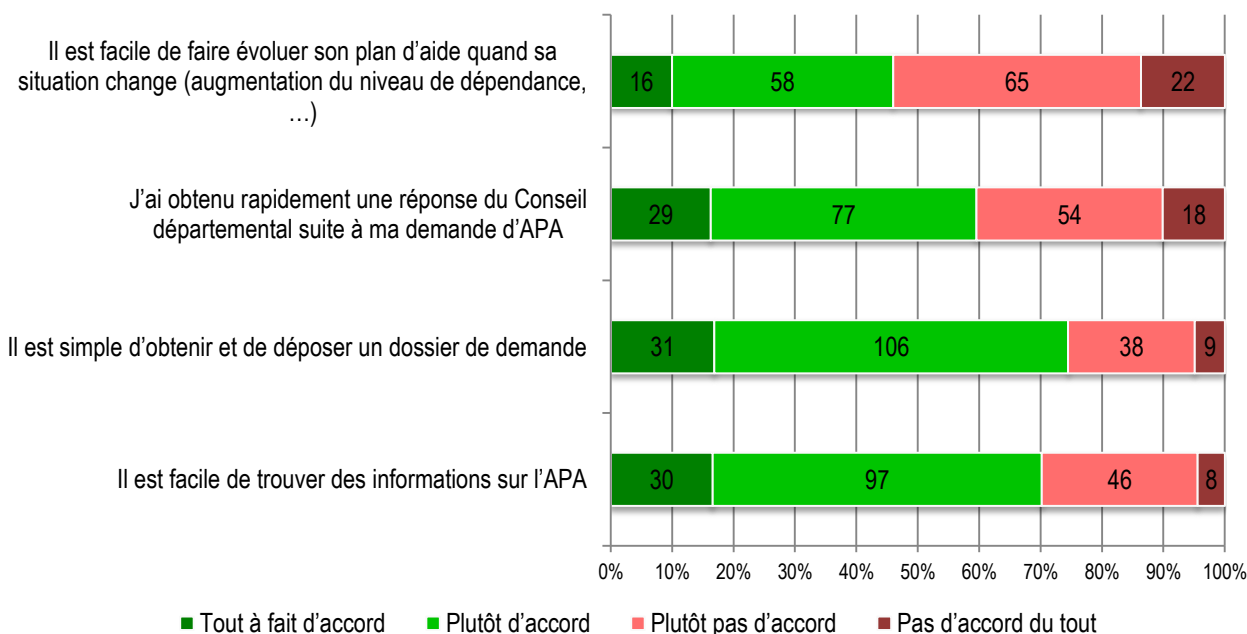
Modalité de connaissance de l'APA



Les personnes ayant eu connaissance de l'APA en ont principalement été informées par **un professionnel de santé** (médecin traitant, infirmière...) pour 28,2 % (soit 73 personnes) par **un proche** (membre de la famille, ami, voisin) pour 18,9 % (soit 49 personnes), par **une association** pour 12,4 % (soit 32 personnes) ou encore par un professionnel des services du Département (UTAG : service social personnes âgées, agences départementales de solidarité) pour 11,6 % (soit 30 personnes).

Les deux tiers des répondants bénéficient de l'APA (64,9 % soit 172 personnes).

Avis des bénéficiaires de l'APA sur ce dispositif



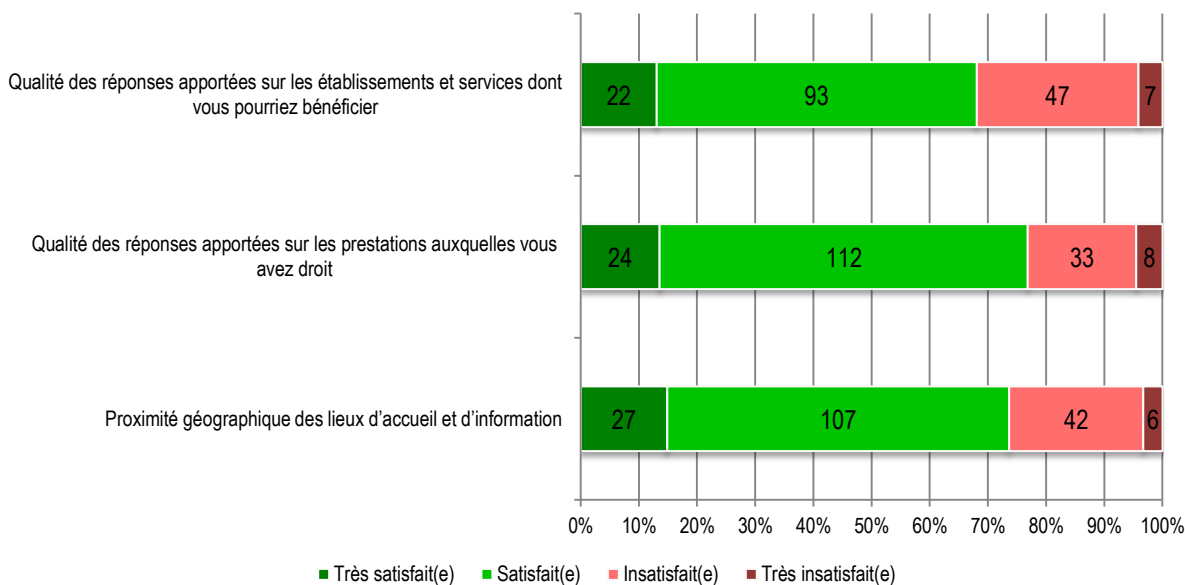
Pour 74,5 % des bénéficiaires de l'APA, il est simple d'obtenir et de déposer un dossier de demande d'APA et pour 70,2 % d'entre eux il est facile de trouver des informations sur l'APA (soit 127 personnes).

Ils sont 59,6 % à avoir obtenu rapidement une réponse du Conseil départemental suite à leur demande d'APA.

En revanche, seuls 46 % des répondants trouvent facile de faire évoluer leur plan d'aide quand leur situation change (augmentation du niveau de dépendance, etc.).

4.1.4 Une satisfaction relativement élevée concernant l'accueil et l'information

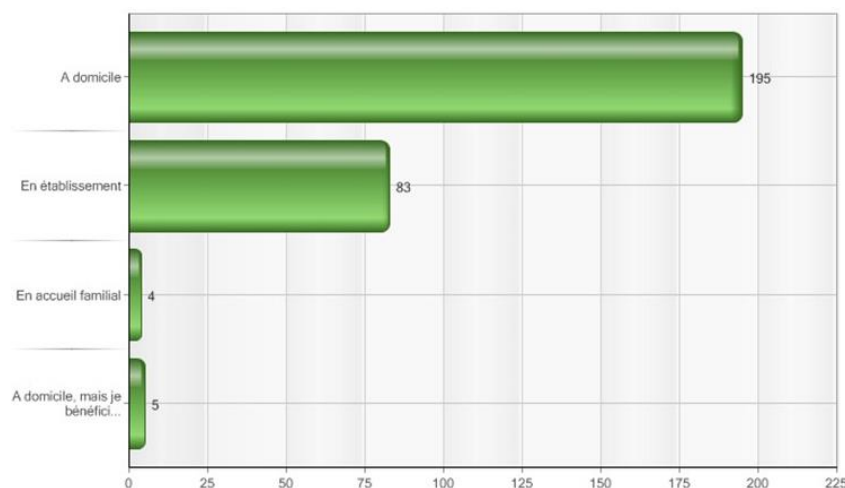
Satisfaction sur les dispositifs d'accueil et d'information



Les répondants sont **satisfaits de la qualité des réponses** apportées par les dispositifs d'accueil et d'information (CLIC...) **sur les établissements et services dont ils pourraient bénéficier** (115 satisfaits et très satisfaits sur 169 répondants soit 68 %) et **sur les prestations auxquelles ils ont droit** (136 satisfaits et très satisfaits sur 177 soit 76,8 %). En outre, la proximité géographique des lieux d'accueil et d'information convient à la très grande majorité des répondants (134 satisfaits ou très satisfaits sur 182 soit 73,6 %).

4.1.5 Une majorité des répondants vivant à domicile

Lieu de résidence

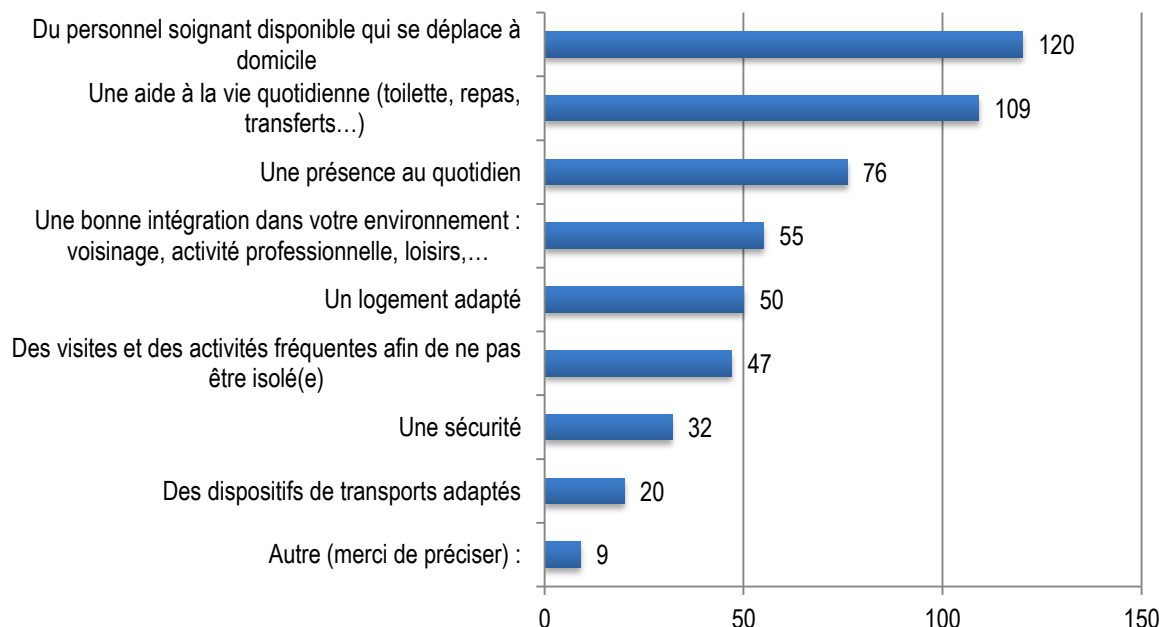


Plus des deux tiers des répondants **vivent à domicile** (195 personnes sur 287 soit 67,9 %). **28,9 % vivent en établissement** (soit 83 personnes). 4 sont en accueil familial et 5 résident à domicile, mais avec un accueil de jour en établissement.

4.2 Vie à domicile

4.2.1 La qualité de vie à domicile

Éléments contribuant à la qualité de vie à domicile



Les quatre éléments qui contribuent le plus à la qualité de vie à domicile sont (par ordre d'importance) :

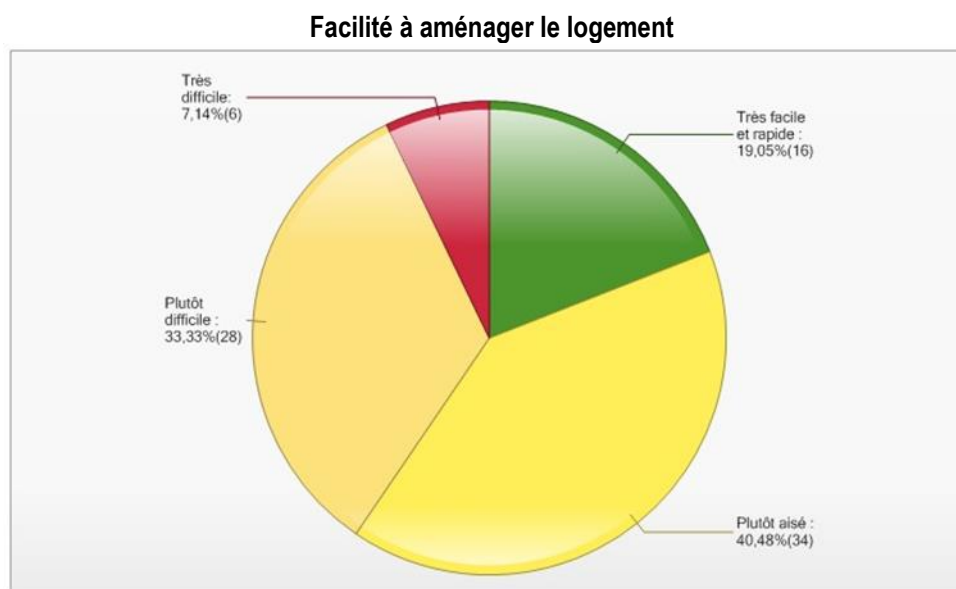
- du **personnel soignant disponible qui se déplace à domicile** (120 réponses),
- **une aide à la vie quotidienne** (toilette, repas, transferts...) (109),
- **une présence au quotidien** (76).

Parmi les autres éléments contribuant à la qualité de vie à domicile, 4 personnes mentionnent l'entourage familial et d'autres mentionnent l'aide aux courses, l'aide aux déplacements, l'aide financière et l'accueil de jour de proximité.

La moitié des répondants vit à domicile avec l'aide d'un membre de sa famille (89 personnes sur 179 soit 49,7 %).

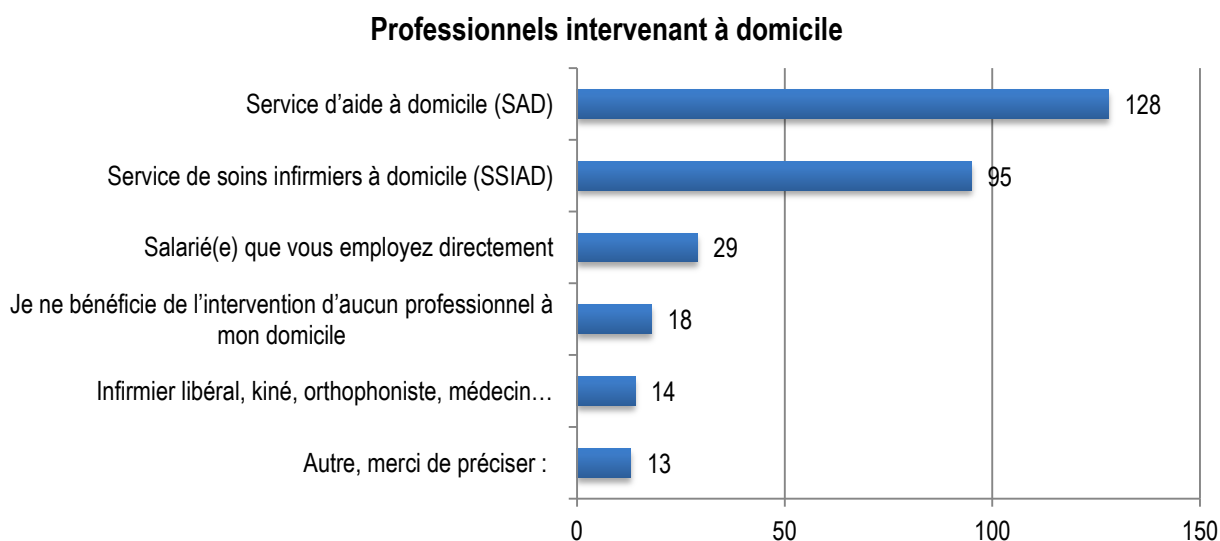
4.2.2 L'aménagement du logement

Près de la moitié des répondants ont aménagé leur logement pour leur permettre de rester à domicile (84 personnes sur 182 soit 46,2 %).



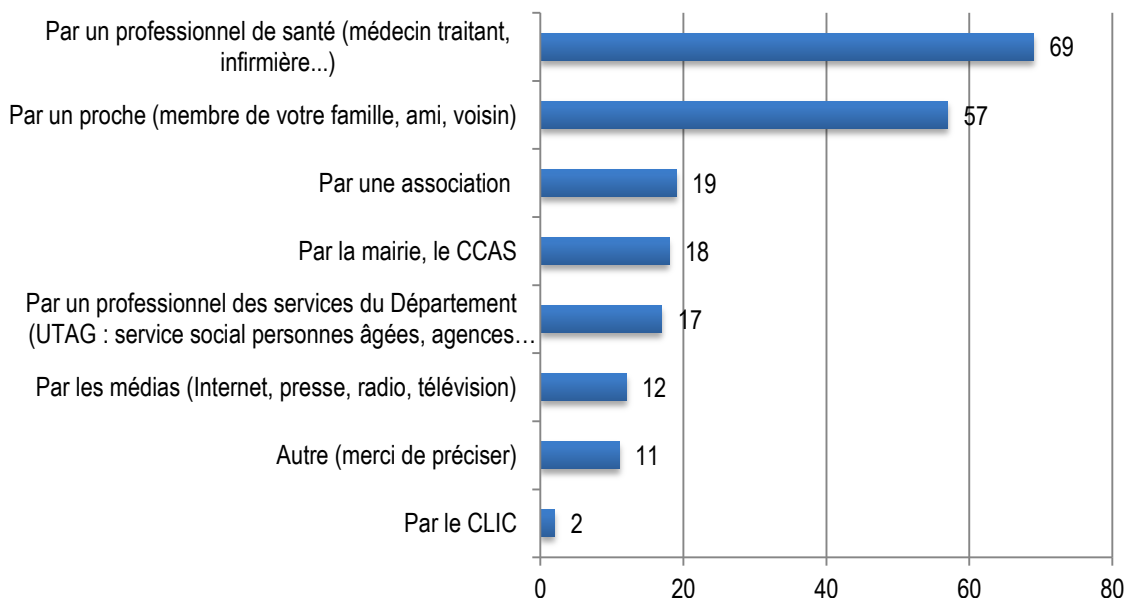
L'aménagement du logement a été « plutôt aisé » ou « très facile et rapide » dans 59,5 % des cas (soit 50 personnes sur 84). Il s'est révélé « plutôt difficile » dans 33,3 % des cas (soit 28 personnes) et « très difficile » dans 7,1 % des cas (6 personnes).

4.2.3 Les professionnels intervenant à domicile



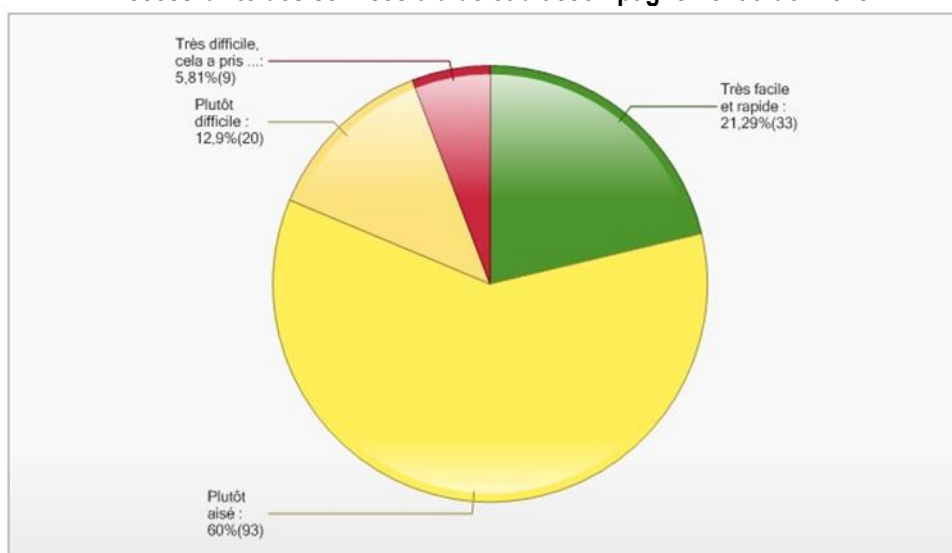
Les professionnels intervenant à domicile chez le plus grand nombre de répondants sont les **Services d'aide à domicile (SAD)** (128 réponses) et les **Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)** (95 réponses). Seuls 18 répondants ne bénéficient de l'intervention d'aucun professionnel à leur domicile.

Modalité de connaissance de ce (ces) service(s) d'aide ou d'accompagnement à domicile



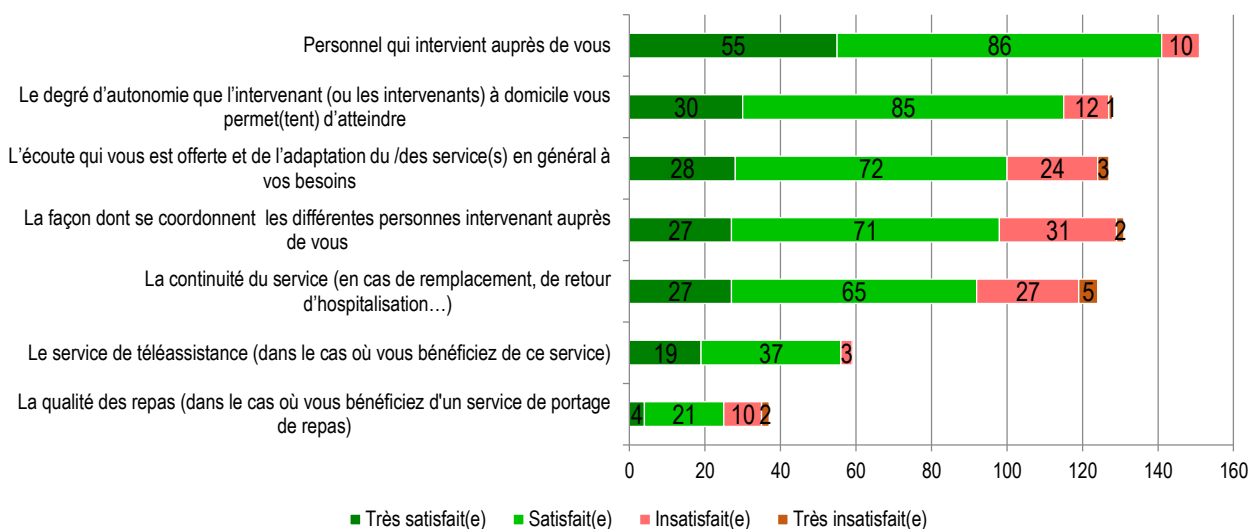
Ce sont essentiellement **les professionnels de santé** (69 réponses) et **les proches** (57 réponses) qui ont permis aux répondants d'avoir connaissance des services d'aide ou d'accompagnement à domicile. Les associations (19 réponses), les mairies et les CCAS (18 réponses) et les professionnels des services du Département (17 réponses) sont également des acteurs qui permettent de faire connaître ces services.

Accessibilité des services d'aide et d'accompagnement à domicile



La très grande majorité des répondants trouve l'accès aux services d'aide et d'accompagnement à domicile « très facile et rapide » (33 réponses soit 22,3 %) ou « plutôt aisé » (93 réponses soit 60 %). Moins de 20 % estiment que ces services sont plutôt difficiles ou très difficiles d'accès.

Satisfaction relative aux intervenants à domicile



Le personnel qui intervient à domicile apporte satisfaction dans la quasi-totalité des cas (93,4 % de satisfaits ou très satisfaits, soit 141 personnes sur 151). Les répondants sont aussi **très largement satisfaits** (89,8 % de satisfaits ou très satisfaits, soit 115 réponses sur 128) **du degré d'autonomie que l'intervenant à domicile leur permet d'atteindre**.

78,7 % sont satisfaits ou très satisfaits de l'écoute qui leur est offerte et de l'adaptation du/des services(s) en général par rapport à leurs besoins (100 personnes sur 127).

Le portage des repas est assez peu utilisé. **32,4 % des personnes bénéficiant du portage des repas sont insatisfaites ou très insatisfaites de la qualité des repas** (soit 12 personnes sur 37).

Pour la majorité des personnes interrogées (62,58 % soit 97 personnes) **l'intervention du ou des service(s) d'aide à domicile correspond dans l'ensemble à leurs besoins et attentes spécifiques**. Elle correspond tout à fait pour 23,23 % d'entre elles (soit 36 personnes). Elle ne correspond « pas vraiment » aux besoins et attentes de 12,9 % des personnes et « pas du tout » à 1,3 % d'entre elles.

Les répondants avaient la possibilité d'explicitier leur réponse à la question précédente :

- 10 personnes se plaignent de la **fréquence des changements de personnel** qui déstabilisent les personnes âgées et empêchent les aidants de s'organiser.
- 3 personnes saluent le dévouement de leurs auxiliaires de vie.
- Il y a un manque de contrôle de ces services lorsque la famille n'habite pas sur place.

4.3 Les attentes des personnes âgées vivant à domicile par rapport à leur situation

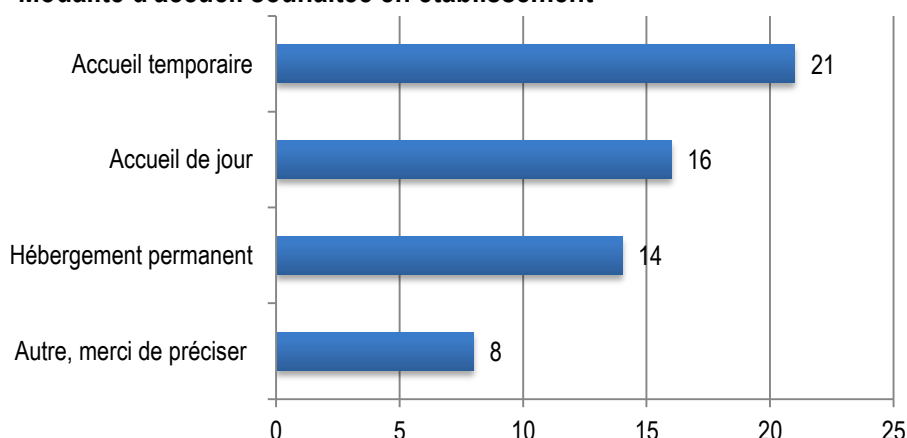
4.3.1 La vie à domicile correspond aux besoins et aux attentes d'une très grande majorité de personnes âgées

Pour plus de 90 % des répondants (soit 160 personnes), la vie à domicile correspond aujourd'hui à leurs besoins et à leurs attentes.

79,2 % des répondants ne seraient pas intéressés par un hébergement en établissement.

Les personnes intéressées par un hébergement en établissement (20,8 % des répondants soit 36 personnes sur 173) étaient invitées à préciser les modalités sous lesquelles elles souhaiteraient pouvoir aller en établissement :

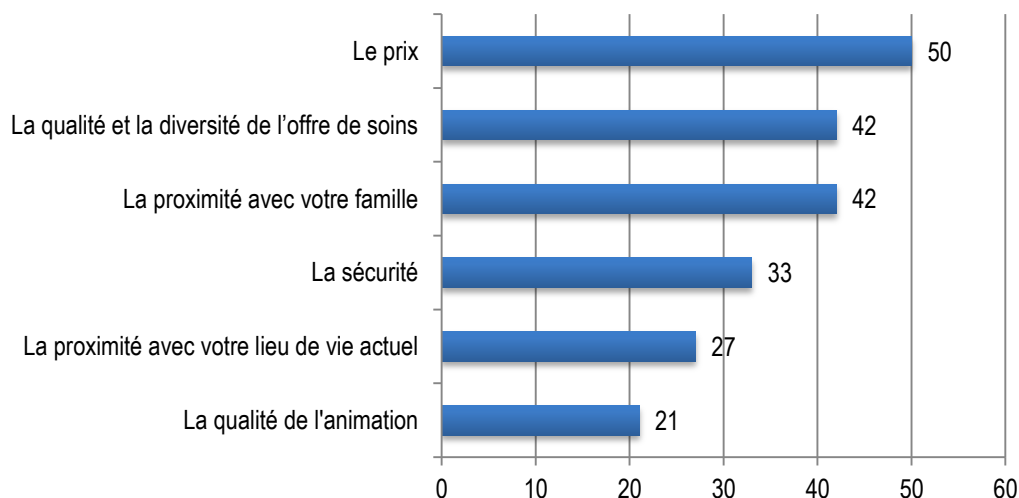
Modalité d'accueil souhaitée en établissement



62,7 % des répondants intéressés par un hébergement en établissement **souhaitent aller soit en accueil temporaire** (21 réponses sur 59 soit 35,6 %) **soit en accueil de jour** (16 réponses soit 27,1 %). Seuls 23,7 % aimeraient aller en hébergement permanent (soit 14 réponses sur 59).

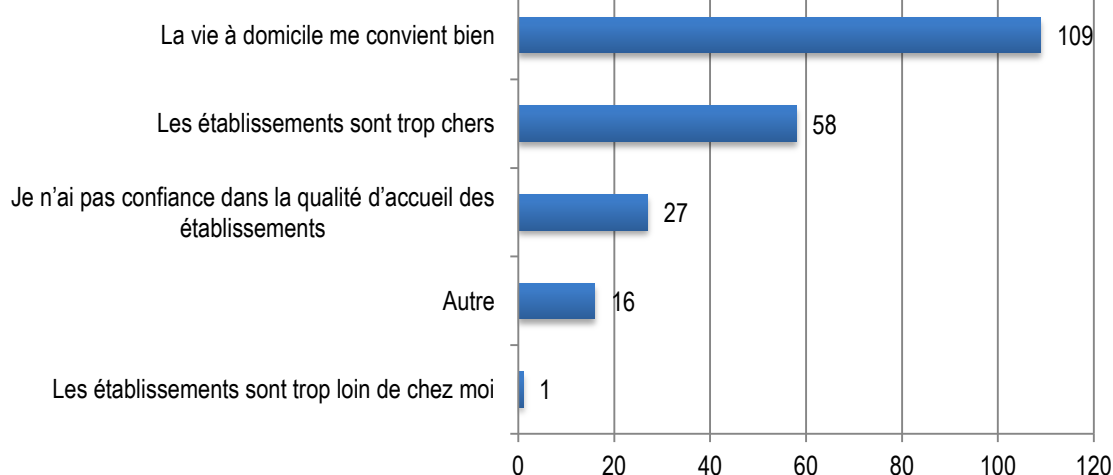
Une personne indique dans les commentaires qu'elle envisage un hébergement permanent « le plus tard possible », et une autre uniquement « si la situation à domicile devient ingérable » ; une autre enfin souhaite bénéficier d'activités souples de proximité.

Éléments recherchés dans un établissement



Les personnes intéressées par un établissement recherchent principalement **le prix (50 réponses)**, **la qualité et la diversité de l'offre de soins (42 réponses)** et **la proximité avec la famille (42)**.

Raisons pour lesquelles les répondants ne souhaitent pas aller en établissement



Les personnes ne souhaitant pas aller en établissement mettent en avant le fait que la vie à domicile leur convient bien (109 réponses), que les établissements sont trop chers (58 réponses) et qu'elles n'ont pas confiance dans la qualité d'accueil des établissements (27 réponses).

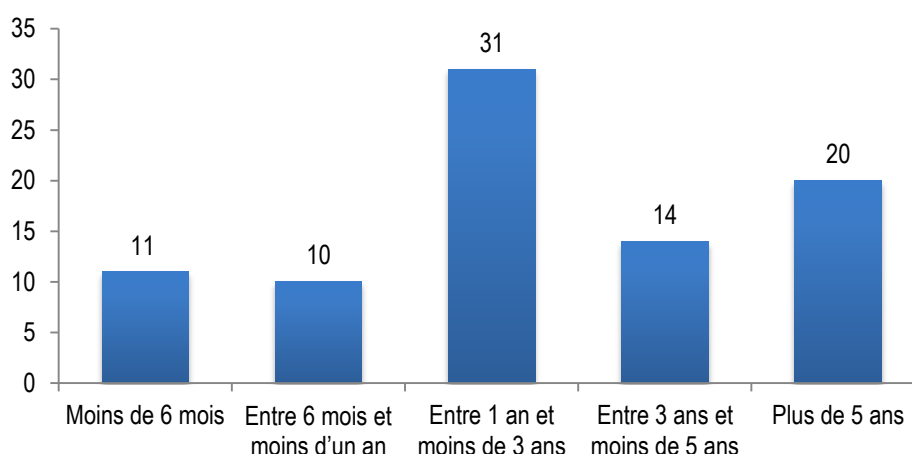
Les personnes ayant répondu « Autre » ont été invitées à compléter leur réponse dans les commentaires. 5 personnes préfèrent rester chez elles aussi longtemps que possible, tant qu'elles sont suffisamment valides. Une personne déplore la mauvaise qualité de la nourriture dans les EHPAD et une autre l'existence de « maltraitance déguisée » en maison de retraite (manque d'attention aux personnes âgées). Un répondant met en avant la possibilité d'accueillir chez soi sa famille. Un autre indique qu'il est très difficile de trouver un établissement apte à recevoir une personne âgée lourdement handicapée.

Par ailleurs, seulement 6,79 % des répondants (soit 11 personnes) seraient intéressés par un hébergement en famille d'accueil.

4.4 Vie en établissement / en accueil familial

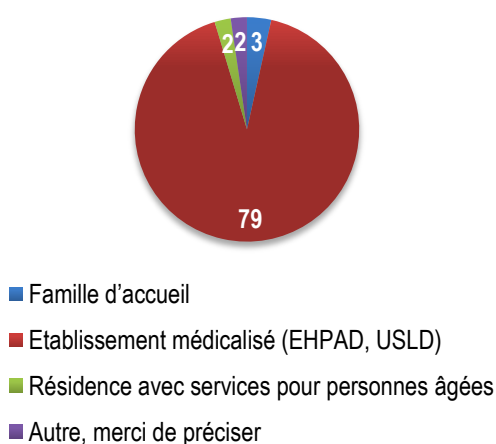
4.4.1 Caractéristiques de l'hébergement en établissement ou en accueil familial

Durée depuis laquelle les personnes vivent en établissement / en accueil familial



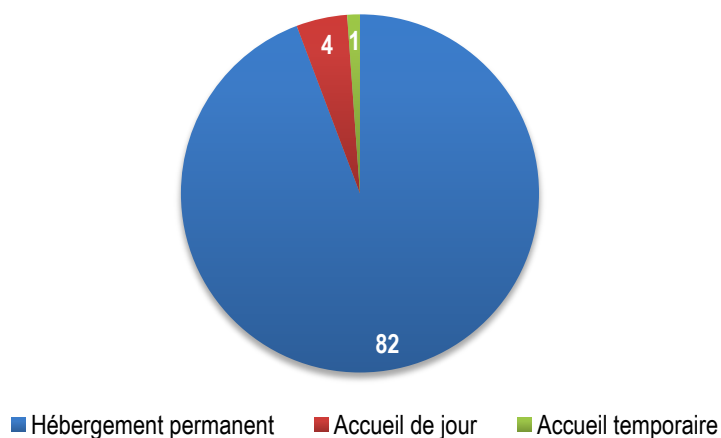
39,5 % des répondants vit ou se rend en établissement ou en accueil familial depuis trois ans et plus (34 personnes sur 86). 36,1 % y vit ou s'y rend depuis 1 à moins de 3 ans (31 personnes). Un quart des répondants y vit ou s'y rend depuis moins d'un an (21 sur 86 soit 24,4 %).

Mode d'hébergement des personnes résidant en établissement ou en accueil familial



Les personnes sont **très majoritairement en établissement médicalisé** (EHPAD, USLD) (79 personnes sur 86, soit **89,5 %**). Trois personnes résident dans une famille d'accueil et deux dans une résidence avec services pour personnes âgées. Une personne réside chez un de ses enfants et une autre se rend à l'accueil de jour « Ciel bleu » pour les personnes atteintes d'Alzheimer. Aucun répondant ne réside dans un établissement non médicalisé (logement-foyer).

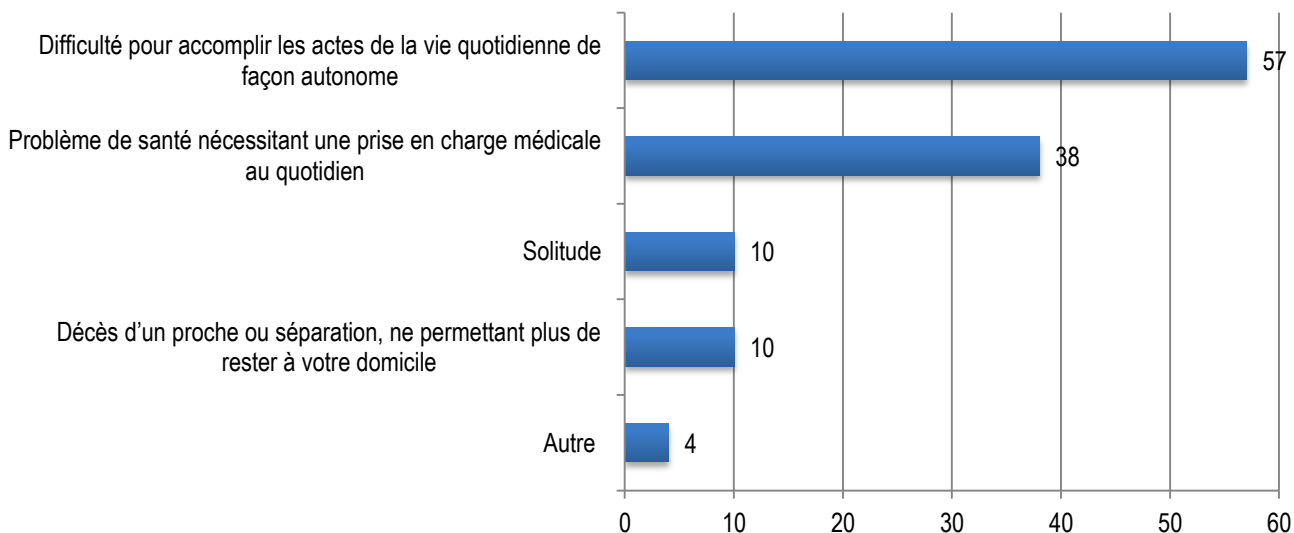
Mode d'accueil des personnes résidant en établissement ou en accueil familial



La quasi-totalité des personnes qui vivent ou se rendent en établissement ou en accueil familial sont accueillies en hébergement permanent. Quatre sont accueillies en accueil de jour et une en accueil temporaire.

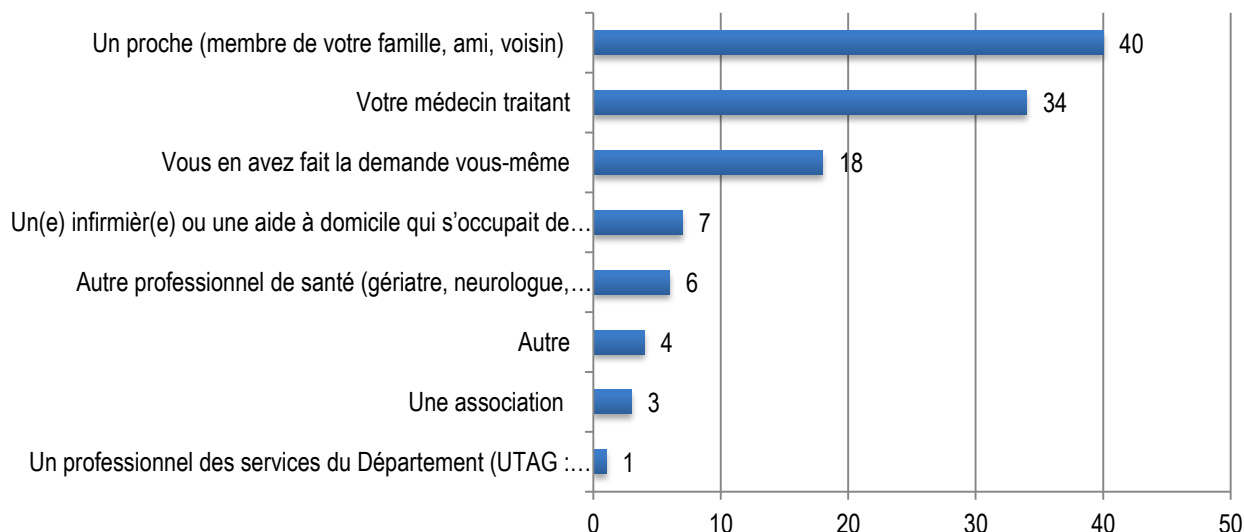
4.4.2 Contexte de l'arrivée dans l'établissement / en famille d'accueil

Raison de l'arrivée dans l'établissement / en famille d'accueil



Les deux principaux facteurs qui ont conduit les personnes à **entrer en établissement ou en famille d'accueil** sont **la perte d'autonomie** : la difficulté pour accomplir les actes de la vie quotidienne de façon autonome (57 réponses sur 119) et **les problèmes de santé** nécessitant une prise en charge médicale au quotidien (38 réponses). Viennent ensuite la solitude (10 réponses) et le décès d'un proche ou une séparation ne permettant plus de rester vivre à domicile.

Personne ayant conseillé d'entrer en établissement d'hébergement pour personnes âgées ou en famille d'accueil



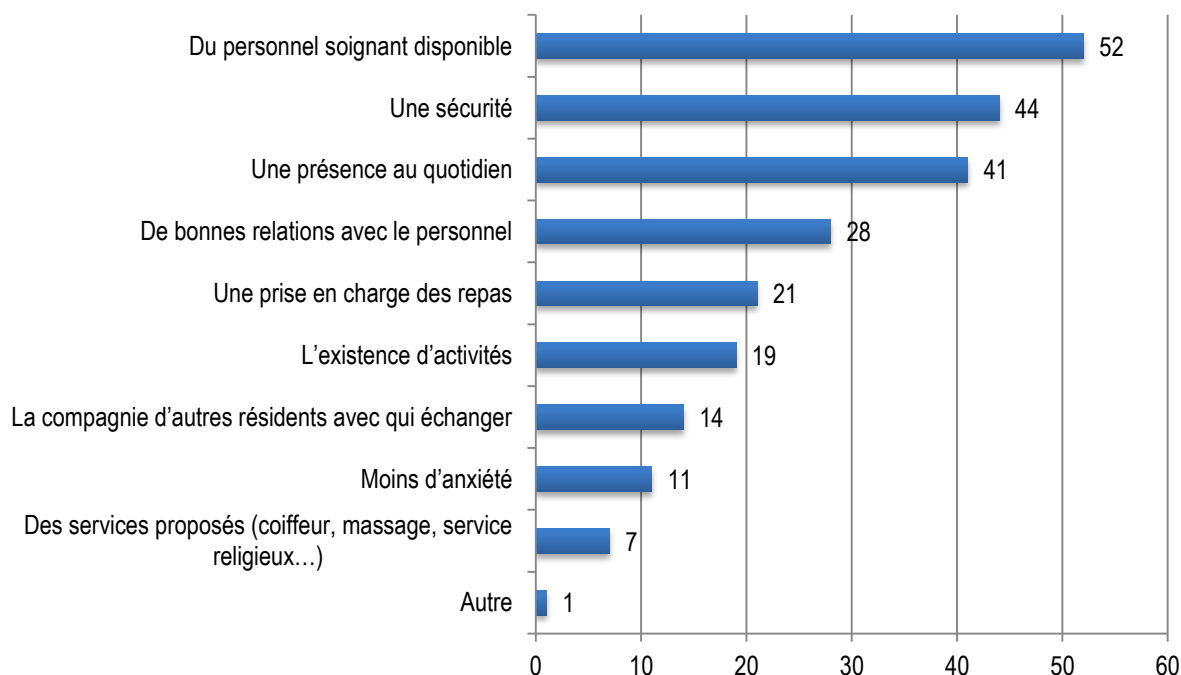
Les **personnes** étant **entrées en établissement d'hébergement pour personnes âgées ou en famille d'accueil** y sont entrées majoritairement **sur le conseil d'un proche** (membre de la famille, ami, voisin) (40 réponses) ou sur le conseil de leur **médecin traitant** (34 réponses). 18 personnes ont fait la demande elle-même.

4.4.3 Satisfaction relative à la vie en établissement/en famille d'accueil

96,5 % des répondants sont satisfaits ou très satisfaits de l'accueil qui leur a été réservé à leur arrivée en établissement ou en famille d'accueil (83 sur 86) dont la moitié sont « très satisfaits » (42 sur 86 soit 48,8 %). Une personne est insatisfaite et deux sont très insatisfaites.

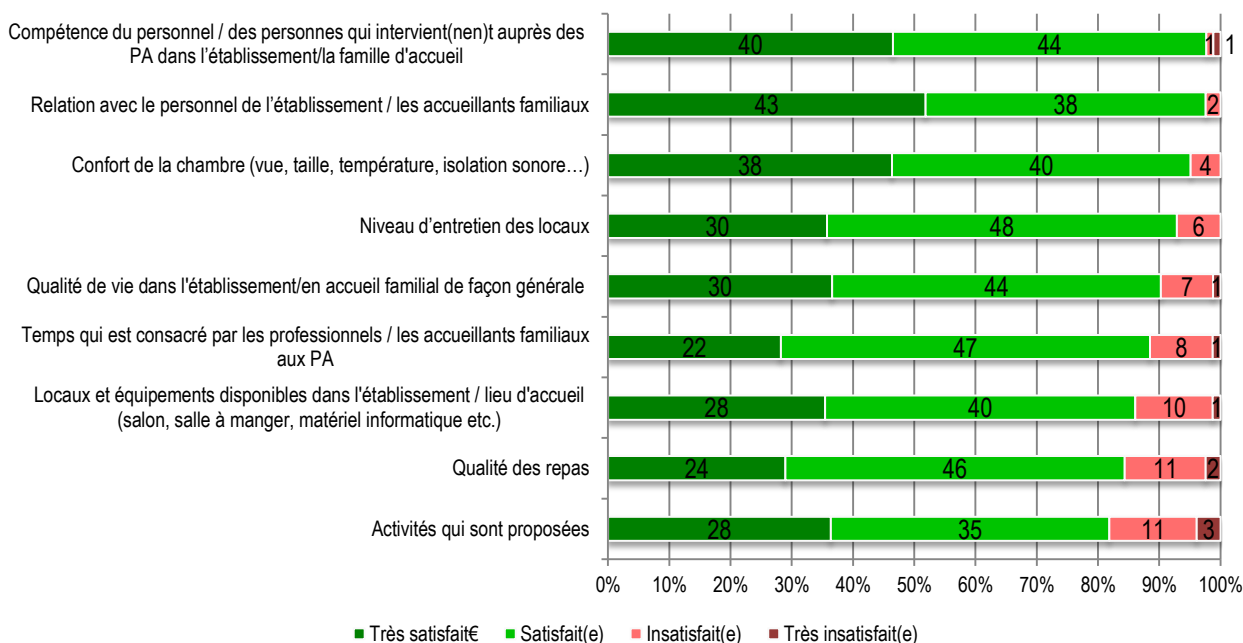
L'accès à l'établissement ou à la famille d'accueil a été « très facile et rapide » pour 36,9 % des personnes (soit 31 sur 84) et « plutôt aisé » pour 48,8 % (soit 41 sur 84), soit un total de réponses positives de 85,7 %. A contrario, environ 15 % des personnes ont trouvé l'accès à l'établissement ou à la famille d'accueil « plutôt difficile » ou « très difficile » (respectivement 9,5 % et 4,8 %).

Éléments contribuant à la qualité de vie en établissement / famille d'accueil



Selon les répondants, les **éléments contribuant le plus à la qualité de vie en établissement ou en famille d'accueil** sont la présence de **personnel soignant disponible** (52 réponses), la **sécurité** (44) et la **présence d'autres personnes au quotidien** (41). Viennent ensuite les bonnes relations avec le personnel (28), la prise en charge des repas (21) et l'existence d'activités (19).

Satisfaction par rapport à la prise en charge actuelle en structure d'hébergement / en famille d'accueil



La très grande majorité des personnes âgées ayant répondu est satisfaite voire très satisfaite de sa prise en charge actuelle en structure d'hébergement. Les éléments qui recueillent la plus large satisfaction des usagers sont **la compétence du personnel ou des personnes qui interviennent auprès d'eux dans l'établissement ou la famille d'accueil** (97,7 % satisfaits ou très satisfaits, soit 84 sur 86 -dont 40 très satisfaits), **la relation qu'ils ont avec le personnel** de l'établissement ou les accueillants familiaux (97,6 % satisfaits ou très satisfaits, soit 81 sur 83 -dont 43 très satisfaits) et **le confort de leur chambre** (95,1 % satisfaits ou très satisfaits, soit 78 sur 82 -dont 38 très satisfaits).

Les éléments procurant une **moindre satisfaction** sont les **activités proposées** (18,2 % insatisfaits ou très insatisfaits, soit 14 sur 77), la **qualité des repas** (15,7 % insatisfaits ou très insatisfaits, soit 13 sur 83) et les **locaux et équipements** disponibles dans l'établissement ou le lieu d'accueil (salon, salle à manger, matériel informatique) (13,9 % insatisfaits ou très insatisfaits, soit 11 sur 79).

4.5 Les attentes des personnes âgées en établissement / en accueil familial par rapport à leur situation

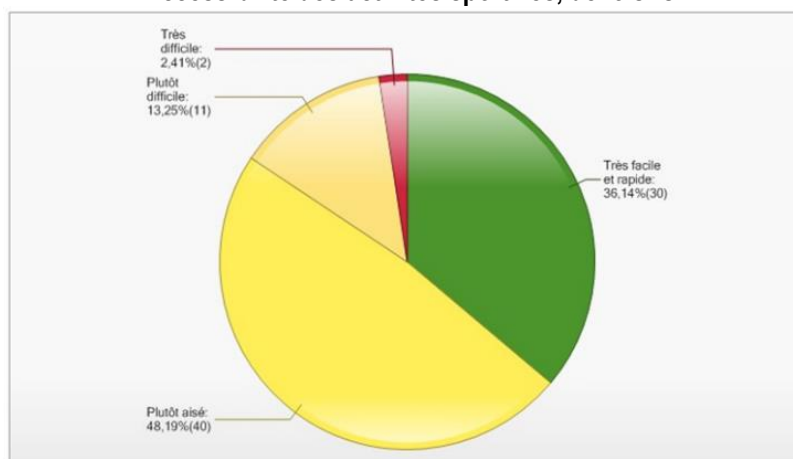
Pour la très grande majorité des répondants (75 personnes sur 87, soit 86,2 %), la vie dans le lieu d'accueil actuel correspond à leurs besoins et attentes. 12 personnes (soit 13,8 %) indiquent que leur lieu d'accueil actuel ne leur convient pas. Seules 5 envisagent de changer de mode d'hébergement

4.6 L'accès à la vie sociale des personnes âgées

4.6.1 La pratique d'activités sportives et loisirs

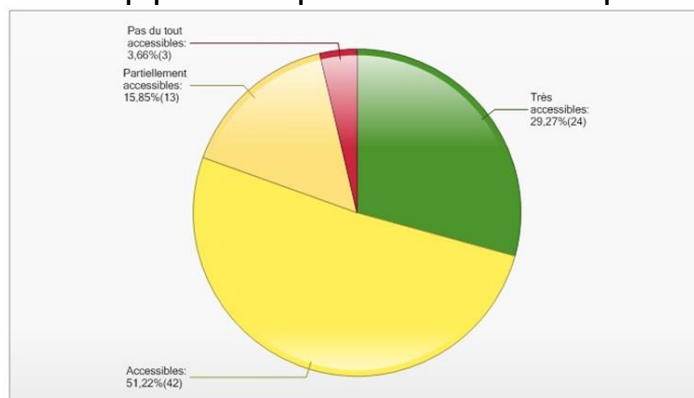
Près d'un tiers des répondants pratique des activités sportives ou des loisirs (81 sur 262, soit 30,9 %).

Accessibilité des activités sportives, de loisirs



L'accès aux activités sportives, de loisirs, a été aisé pour 84,3 % des répondants (soit 70 personnes sur 83) ; parmi eux, 36,1 % ont trouvé l'accès « très facile et rapide » (soit 30 sur 83) et 48,2 % l'ont trouvé « plutôt aisé » (soit 40 sur 83). En revanche, 15,7 % des personnes ont trouvé cet accès soit « plutôt difficile » (11 sur 86, soit 13,3 %), soit « très difficile » (2 sur 86, soit 2,4 %).

Accessibilité des équipements fréquentés lors des activités sportives, de loisirs

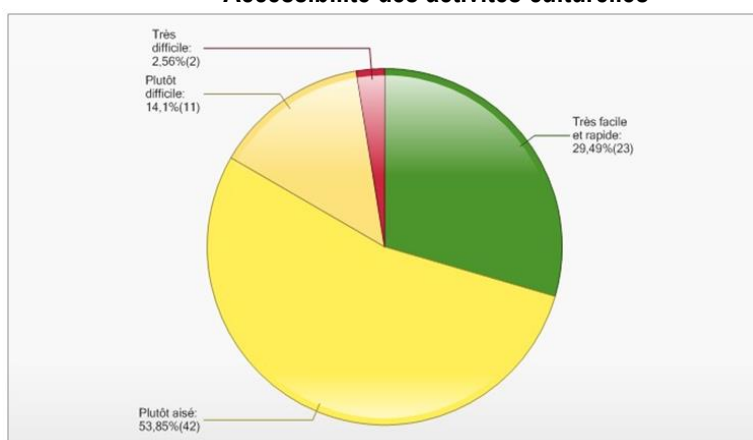


Plus des trois quarts des personnes estiment que les équipements fréquentés lors des activités sportives et de loisirs sont accessibles (66 sur 82, soit 80,5 %). 15,9 % (soit 13 personnes) estiment qu'ils sont « partiellement accessibles » et 3,7 % (soit 3 personnes) estiment qu'ils ne sont « pas du tout accessibles ».

4.6.2 La pratique d'activités culturelles

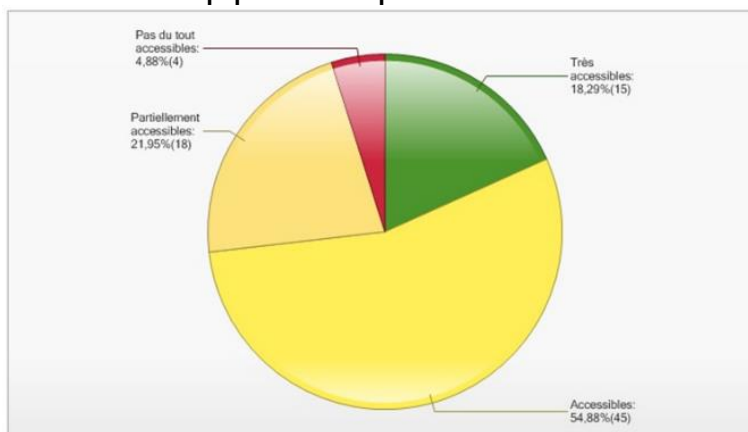
Un tiers des répondants pratique des activités culturelles (75 sur 236, soit 31,8 %).

Accessibilité des activités culturelles



83,3 % des personnes pratiquant une activité culturelle estime que ces activités sont « très faciles et rapides » (23 personnes sur 78, soit 29,5 %) ou « plutôt aisées » (42 sur 78, soit 53,9 %) d'accès. Mais pour 16,6 % d'entre eux (soit 13 personnes sur 78), l'accès à ces activités culturelles est « plutôt difficile » ou « très difficile ».

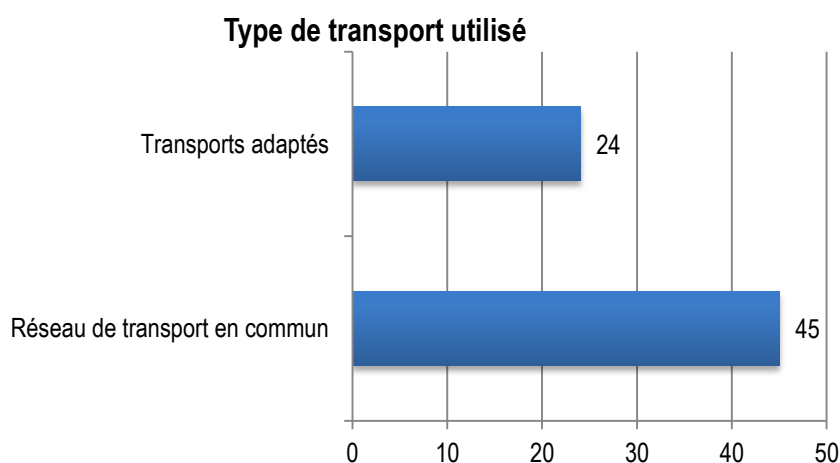
Accessibilité des équipements fréquentés lors des activités culturelles



Les équipements fréquentés lors des activités culturelles sont jugés « très accessibles » ou « accessibles » par 73,1 % des répondants (60 personnes sur 82) ; ils sont « partiellement accessibles » selon 22,0 % d'entre eux (18 sur 82) et « pas du tout accessibles » par 4,9 % d'entre eux (4 sur 82).

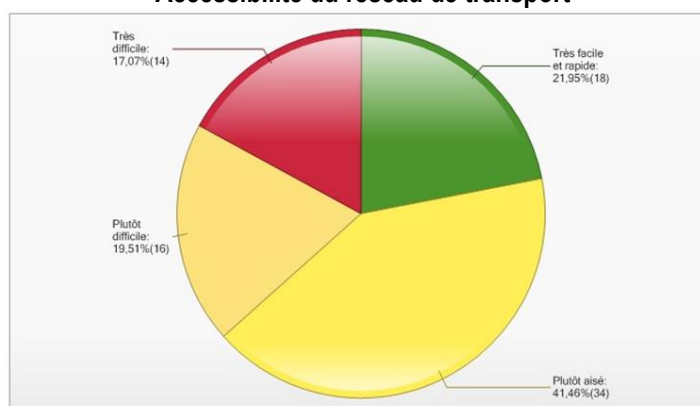
4.6.3 L'usage des transports

Seul un quart des répondants (60 personnes sur 240, soit 26,0 %) utilise un réseau de transport.



Le type de transport le plus utilisé est le réseau de transport en commun (45 répondants), devant les transports adaptés (24 répondants).

Accessibilité du réseau de transport



L'accès au réseau de transport est jugé « très facile et rapide » ou « plutôt aisé » par 63,4 % des répondants (soit 52 sur 82). **19,5 % estiment qu'il est « plutôt difficile » d'accès** (soit 16 sur 82) et **17,1 % le trouvent même « très difficile » d'accès** (soit 14 sur 82).

Les personnes pouvaient expliciter ou détailler leurs réponses sur l'accès à la vie sociale :

- Certaines personnes parviennent à maintenir plusieurs activités : marche, jardinage, lecture...)
- D'autres participent seulement aux activités proposées par leur établissement
- Plusieurs personnes disent avoir du mal à se rendre en ville par les transports en commun
- Plusieurs bâtiments ne sont pas facilement accessibles (exemples : le cinéma, la médiathèque, etc.)
- Plusieurs personnes âgées dépendent fortement d'un proche (enfant, conjoint) pour effectuer des déplacements.

4.7 Conclusion

Les répondants pouvaient proposer des **mesures à mettre en œuvre** pour **améliorer la qualité de l'aide apportée aux personnes âgées** :

- Faciliter l'accès à des transports pour les personnes âgées : transports à la demande, réseau spécial (autre que les transports scolaires)...
- Développer les actions répondants au besoin de répit des aidants : accueil de jour, hébergement temporaire, séjours vacances, etc.
- Améliorer l'accessibilité des lieux publics, de la voirie, etc.
- Améliorer la formation des personnels intervenant auprès des personnes âgées notamment dans les services d'aide et d'accompagnement à domicile / Valoriser le personnel pour éviter le turn-over
- Assurer une régularité/une stabilité des intervenants à domicile
- Développer les contrôles des services d'aide à domicile / des établissements
- Renforcer la coordination des services d'aide et d'accompagnement à domicile (planning, remplacements...)
- Proposer davantage d'animations, tant dans les établissements qu'au niveau des communes.
- Améliorer l'accès à la vie sociale (culture, sport, etc.)
- Identifier des solutions pour l'aide de nuit à domicile
- Développer des actions intergénérationnelles (visites de jeunes au domicile de personnes âgées)
- Diminuer le coût à la charge de l'usager pour un accueil en EHPAD
- Diminuer les délais de traitement des demandes d'APA
- Faciliter l'accès à des aides pour aménager le logement
- Augmenter le nombre de personnel dans les établissements et services
- Proposer des lieux de vie intermédiaires entre le domicile et les EHPAD
- Lutter contre l'isolement des personnes âgées notamment en milieu rural
- Développer les lieux d'écoute pour les personnes âgées et leurs aidants
- Renforcer les temps d'animation en structures

- Améliorer la qualité des repas en établissements
- Améliorer la lisibilité des dispositifs existants pour les personnes âgées et leurs aidants

Dans les commentaires, deux remarques complètent ce qui a été énoncé précédemment :

- Les aidants souhaitent plus de soutien face à leur épuisement physique et mental.
- Les efforts en faveur du maintien à domicile sont appréciés.

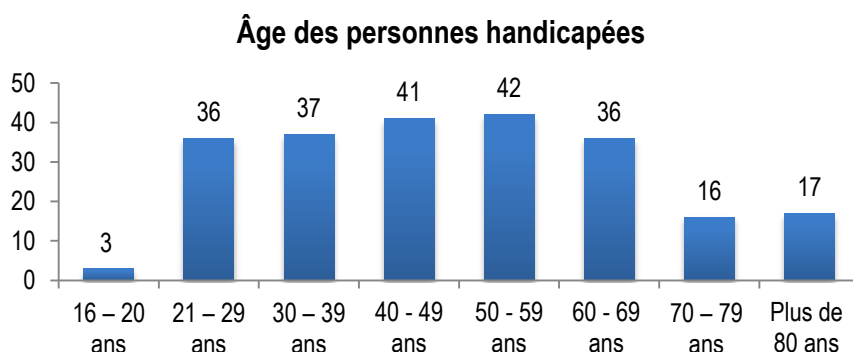
5. Questionnaire à destination des personnes handicapées

5.1 Présentation des personnes handicapées

5.1.1 Caractéristiques sociologiques des personnes handicapées

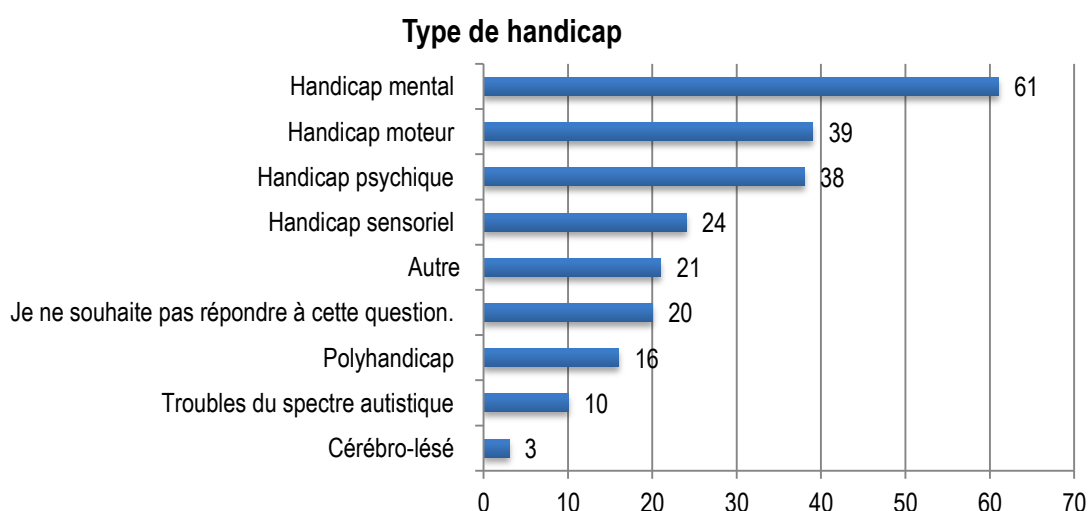
La moitié des personnes handicapées ayant répondu au questionnaire sont des hommes (49,6 %, soit 112 sur 226), la moitié sont des femmes (50,4 %, soit 114 sur 226).

Plus de la moitié des répondants sont **des personnes seules** (131 sur 224, soit 58,5 %). 29,0 % sont en couple (soit 65 sur 224) et 12,5 % sont avec leur famille (parents) (soit 28 sur 224).



Un tiers des personnes handicapées ayant répondu au questionnaire a moins de 40 ans (76 sur 228, soit 33,3 %). Un tiers a entre 40 et 59 ans (83 sur 228, soit 36,4 %). Un tiers enfin a 60 ans ou plus (69 sur 228, soit 30,3 %).

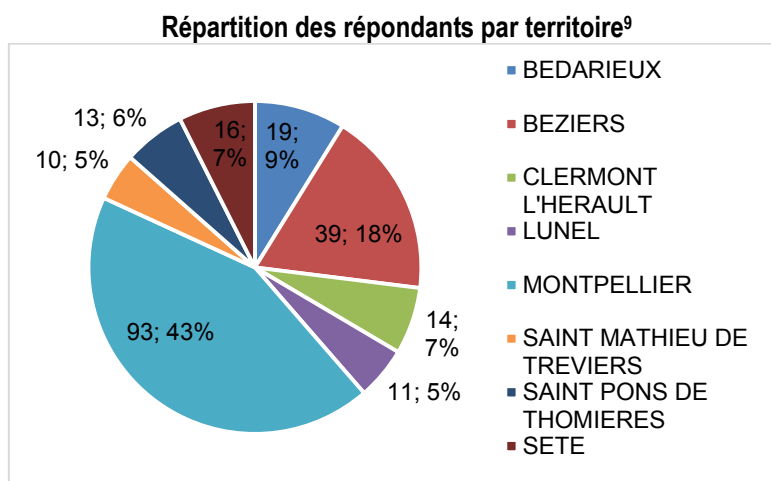
5.1.2 Caractéristiques liées au handicap



Un quart des personnes handicapées ayant répondu au questionnaire sont atteintes d'un **handicap mental** (61 sur 232, soit 26,3 %). **16,8 %** sont atteintes d'un **handicap moteur** (soit 39 sur 232) et **16,4 %** d'un **handicap psychique** (soit 38 sur 232). **10,3 %** ont un **handicap sensoriel** (soit 24 sur 232). Les 12,5 % restants qui ont précisé leur type de

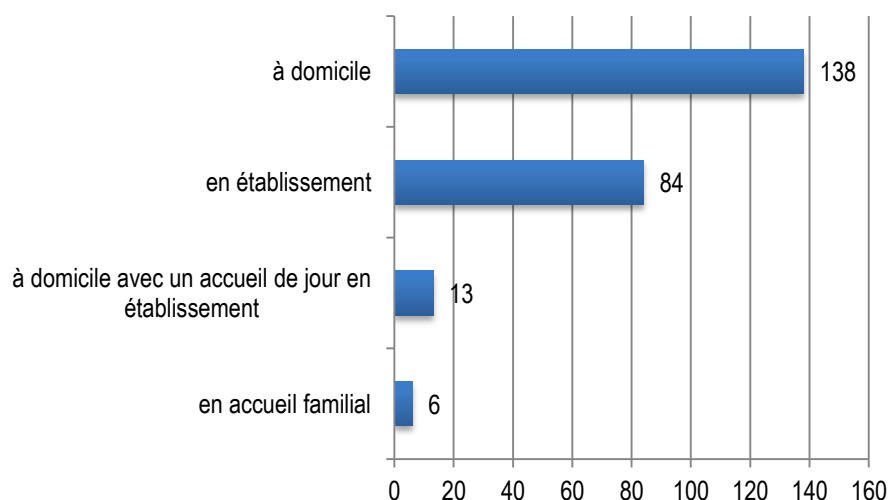
handicap sont atteints d'un polyhandicap (16 personnes), d'un trouble du spectre autistique (10 personnes) ou sont cérébro-lésés (3 personnes).

5.1.3 Lieu de résidence



43 % des répondants (soit 93 personnes) habitent sur une des communes du territoire de **Montpellier** et 18 % (soit 39 personnes) sur une des communes du territoire de **Béziers**.

Lieu de vie actuel



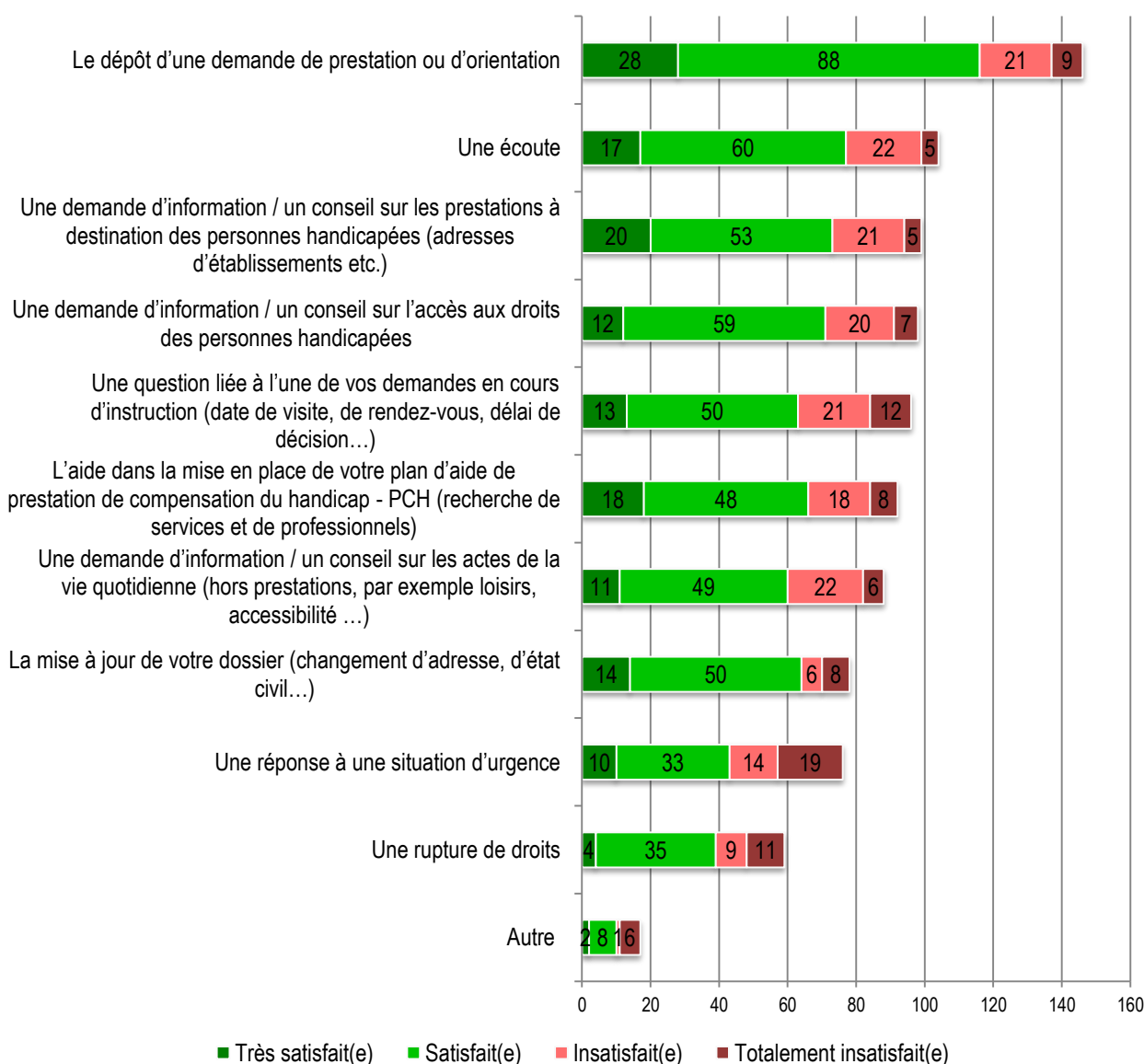
57,3 % des répondants vit actuellement à domicile (soit 138 sur 241). 34,9 % vit en établissement. Seuls 13 personnes vivent à domicile tout en bénéficiant d'un accueil de jour en établissement (soit 5,4 %) et 6 personnes vivent en accueil familial (soit 2,5 %).

⁹ Nouveaux territoires de solidarité du Conseil départemental

5.2 Connaissance de la MDPH

5.2.1 Occasions de contacts avec la MDPH et satisfaction relative à la réponse de la MDPH

Raisons pour lesquelles les personnes ont contacté la MDPH et satisfaction relative à la réponse de la MDPH



Les principales raisons pour lesquelles les personnes handicapées contactent la MDPH sont :

- **le dépôt d'une demande de prestation ou d'orientation** : 146 répondants, dont 116 satisfaits ou très satisfaits de la réponse qui leur a été apportée (soit 79,5 %).
- **Le besoin d'écoute** : 104 répondants, dont 77 satisfaits ou très satisfaits (soit 74,0 %).
- **Une demande d'information / un conseil sur l'accès aux droits** des personnes handicapées : 99 répondants, dont 71 satisfaits ou très satisfaits (soit 72,4 %)

La mise à jour du dossier (changement d'adresse, d'état civil...) recueille une forte satisfaction des répondants (64 satisfaits ou très satisfaits sur 78, soit 82,1 %).

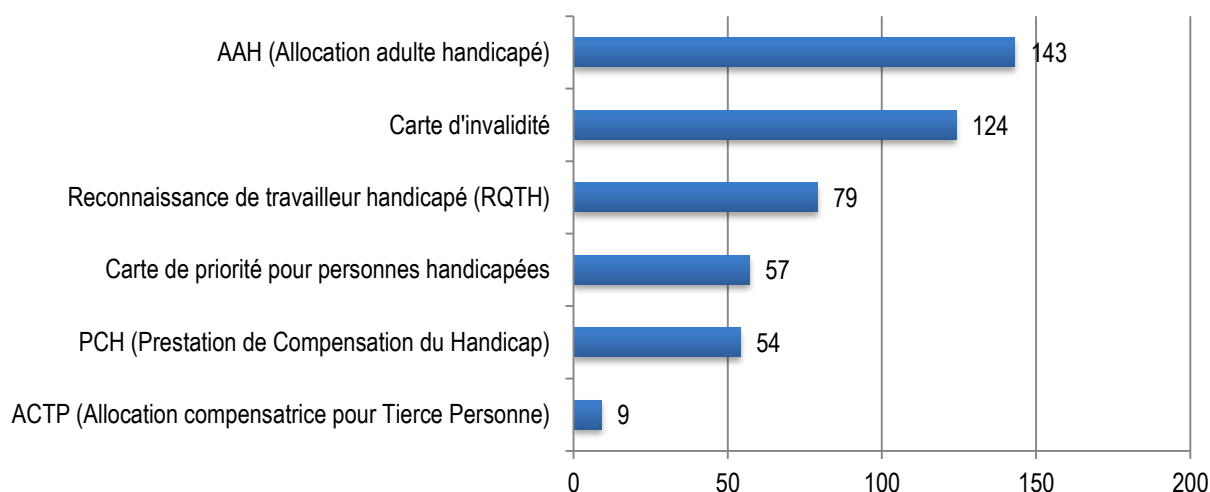
A contrario, la **réponse à une situation d'urgence** par la MPDH suscite une **forte insatisfaction** des répondants (33 insatisfaits ou très insatisfaits sur 76, soit 43,4 %).

Les gens pouvaient préciser leurs réponses dans les commentaires :

- 13 personnes indiquent qu'elles **ne connaissent pas la MDPH** et/ou qu'une autre personne est en lien avec la MDPH pour elles (mandataire, secrétaire d'établissement, tuteur, curateur...).
- La **complexité des dossiers** et les **délais de réponse** sont soulignés par 5 personnes.
- Trois personnes ont rencontré des **difficultés à joindre la MDPH** et à **obtenir des informations** de la part du personnel de la MDPH.

5.2.2 Prestations et orientations de la MPDH

Aides / prestations perçues par les répondants

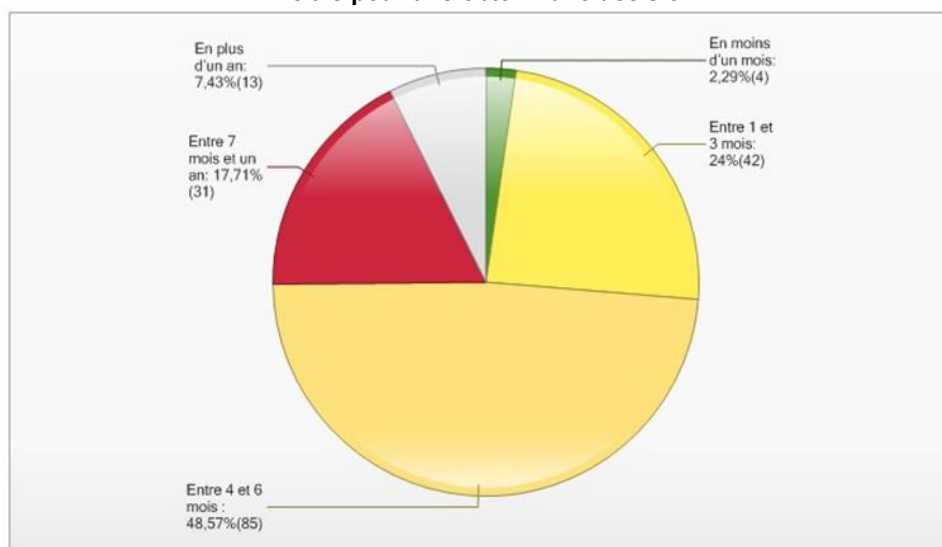


Les principales aides et prestations de la MDPH perçues par les répondants sont l'Allocation adulte handicapé (AAH) (143 personnes), la carte d'invalidité (124) et la Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) (79). Viennent ensuite la Carte de priorité pour personnes handicapées (57 personnes) et la prestation de compensation du handicap (PCH) (54), et l'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) (9).

120 répondants ont reçu une **orientation** de la Commission des droits et de l'autonomie de la MDPH **vers un établissement ou un service spécialisé** et 35 répondants disposent d'une décision en lien avec l'orientation / la formation professionnelle.

5.2.3 Délais de traitement des demandes adressées à la MDPH

Délais pour une obtenir une décision

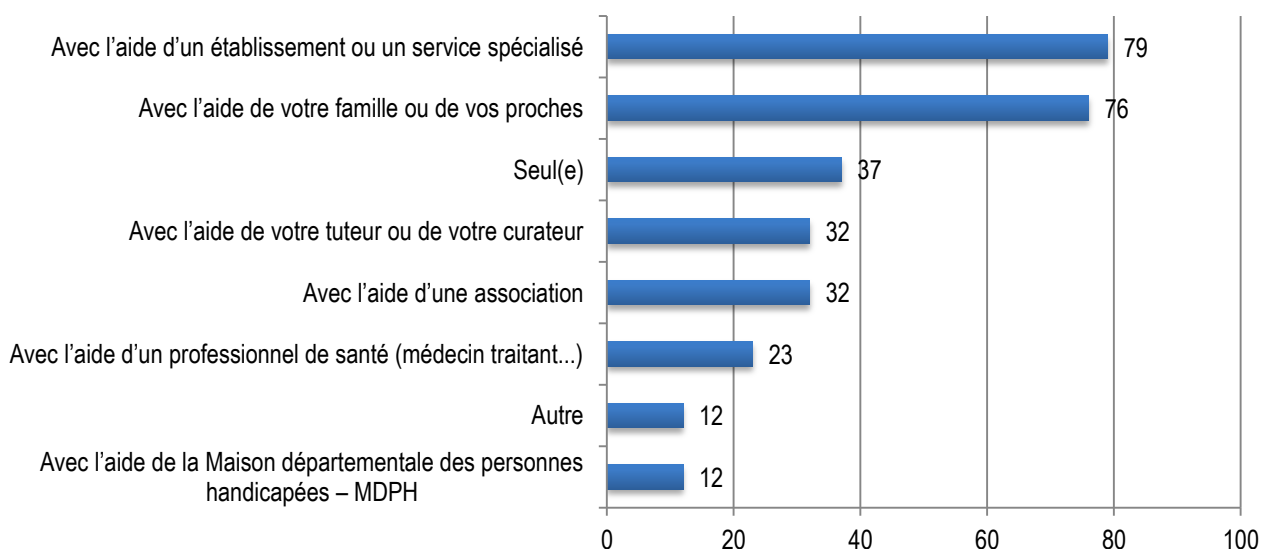


Pour la moitié des personnes ayant déposé une demande à la MDPH, la décision leur est parvenue en 4 à 6 mois (85 sur 175, soit 48,6 %). Un quart des personnes a reçu la réponse en moins de 4 mois (46 sur 175, soit 26,3 %) et un quart a attendu plus de 6 mois (44 sur 175, soit 25,1 %), dont 7,4 % qui a attendu plus d'un an (soit 13 sur 175).

42,2 % des personnes ont trouvé les délais de traitement « acceptables » ou « rapides » (79 sur 187). Un tiers les a trouvés « plutôt longs » (63 sur 187, soit 33,7 %) et un quart les a trouvés « trop longs » (45 sur 187, soit 24,1 %).

5.2.4 L'aide à l'élaboration du projet de vie

Modalité d'élaboration du projet de vie

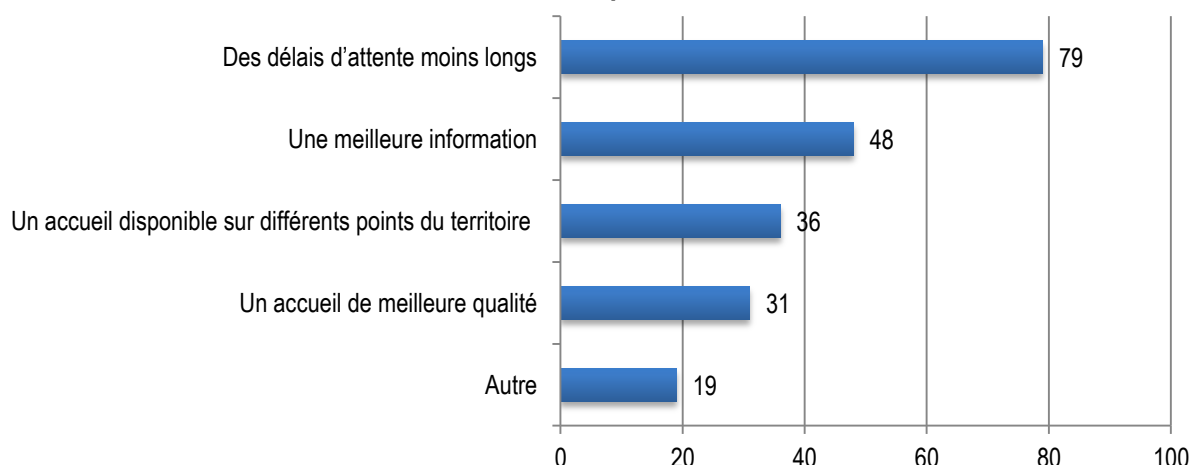


Seules 37 personnes ont élaboré seules leur projet de vie. 79 personnes se sont fait aider par un établissement ou un service spécialisé et 76 de leur famille ou de leurs proches. 32 personnes ont recouru à leur tuteur/curateur et 32 personnes ont bénéficié de l'aide d'une association. 23 ont été aidées par un professionnel de santé et 12 par la MDPH.

5.2.5 Attentes vis-à-vis de la MDPH

La moitié des répondants (97 personnes sur 199, soit 48,7 %) a des attentes particulières vis-à-vis des services de la MDPH.

Attentes vis-à-vis des services de la MDPH à destination des personnes handicapées



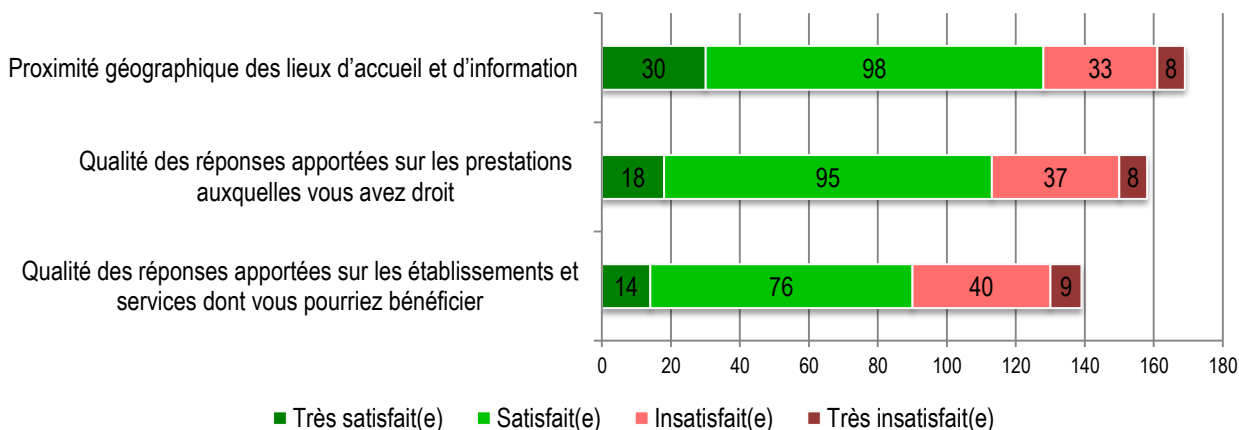
Les personnes souhaitent principalement bénéficier de **délais d'attente moins longs** (79 réponses) pour le traitement des demandes. Un nombre important aimerait également bénéficier d'une meilleure information (48). D'autres encore souhaitent un accueil disponible en plus d'endroits sur le territoire (36) et un accueil de meilleure qualité (31).

Dans les commentaires, des gens ont précisé leurs attentes :

- une meilleure connaissance du handicap psychique parmi le personnel de la MDPH
- un accueil téléphonique autre que le standard
- des permanences associatives dans un bureau de la MDPH pour aider à rédiger les demandes
- automatisation et simplification des procédures
- une lettre d'information régulière
- un meilleur suivi, notamment dans la formation professionnelle

5.2 Satisfaction relative aux dispositifs d'accueil et d'information présents sur le département

Satisfaction relative aux dispositifs d'accueil et d'information (MDPH, service social du Département...) présents sur le département

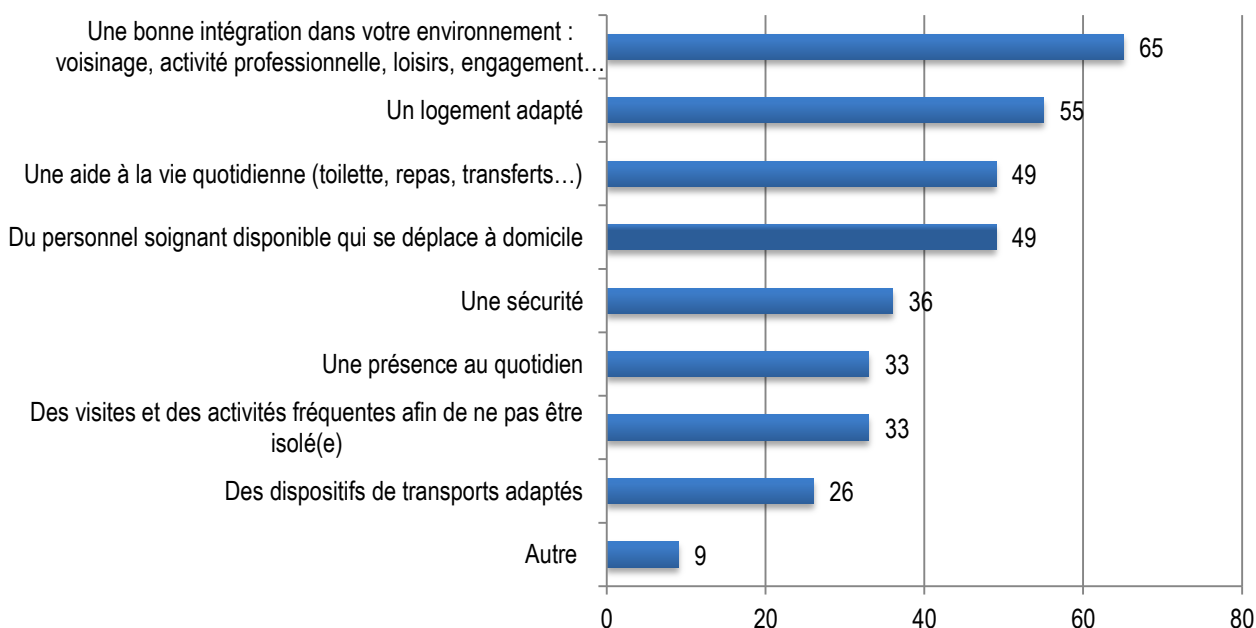


De manière générale, les dispositifs d'accueil et d'information présents sur le département sont jugés satisfaisants par les répondants. La proximité géographique des lieux d'accueil et d'information, notamment, est jugée **satisfaisante** par 75,7 % des répondants (soit 128 satisfaits et très satisfaits sur 169). Toutefois, 35,3 % des répondants sont insatisfaits ou très insatisfaits de la qualité des réponses apportées sur les établissements et services dont ils pourraient bénéficier (soit 49 sur 139).

5.3 Vie à domicile

5.3.1 La qualité de vie à domicile

Éléments contribuant à la qualité de vie à domicile



Les éléments qui contribuent le plus à la qualité de vie à domicile sont (par ordre d'importance) :

- **Une bonne intégration dans son environnement** : voisinage, activité professionnelle, loisirs, engagement associatif (65 réponses)
- Un **logement adapté** (55)
- Une **aide à la vie quotidienne** (toilette, repas, transferts) (49)
- Du **personnel soignant disponible** qui se déplace à domicile (49)

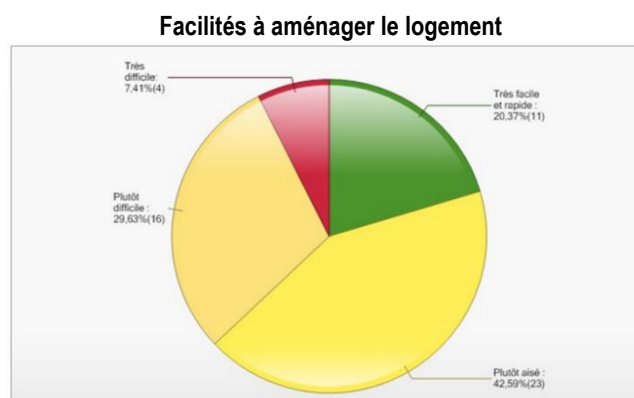
Dans les commentaires, trois personnes mentionnent également l'aide-ménagère.

5.3.2 Vie avec un membre de la famille

Un peu plus de la moitié des personnes handicapées ayant répondu au questionnaire (72 sur 133, soit 54,1 %) vit à domicile avec l'aide d'un membre de la famille.

5.3.3 L'aménagement du logement

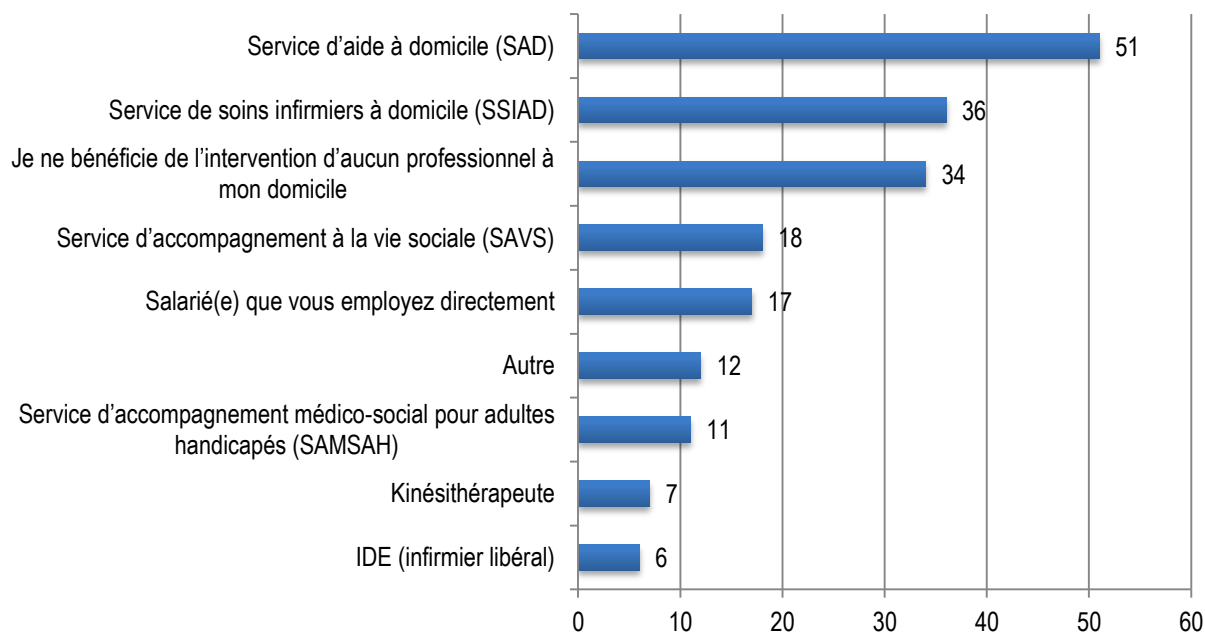
39,5 % des personnes handicapées ont aménagé leur logement pour leur permettre de rester à domicile (soit 51 sur 129).



Parmi les personnes qui ont aménagé leur logement, l'aménagement a été « très facile et rapide » ou « plutôt aisé » pour 63,0 % d'entre eux (soit 34 sur 54). A contrario, il s'est révélé « plutôt difficile » ou « très difficile » pour 37,0 % d'entre eux (soit 20 sur 54).

5.3.4 Les professionnels intervenant à domicile

Professionnels intervenant à domicile (PH)

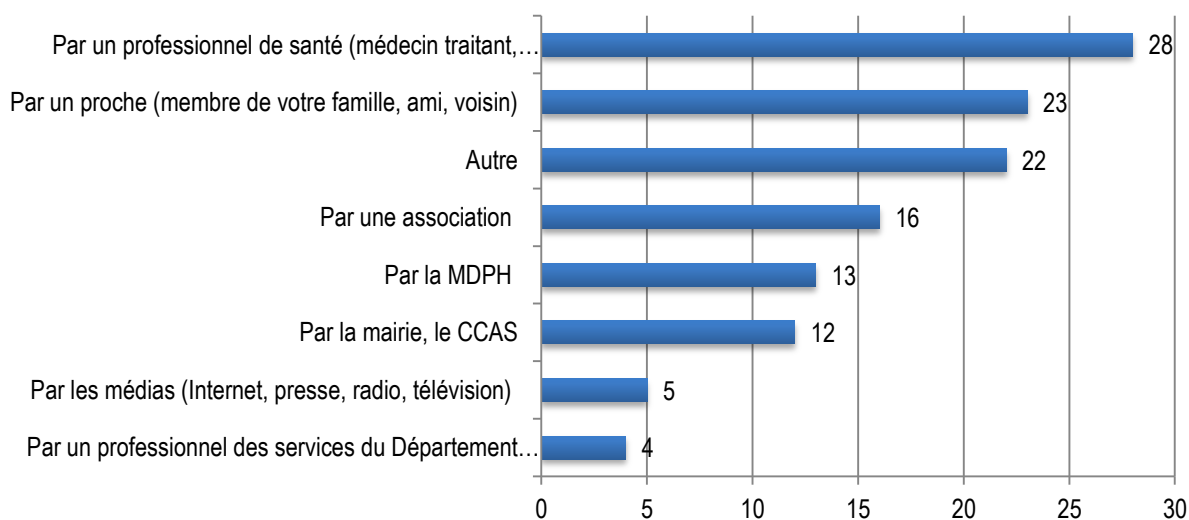


Les professionnels qui interviennent au domicile du plus grand nombre de personnes handicapées sont les suivants :

- Service d'aide à domicile (SAD) : 51 personnes
- Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) : 36 personnes
- Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) : 18 personnes

34 personnes ne bénéficient de l'intervention d'aucun professionnel à leur domicile.

Modalité de connaissance de ce/ces service(s) d'aide ou d'accompagnement au domicile

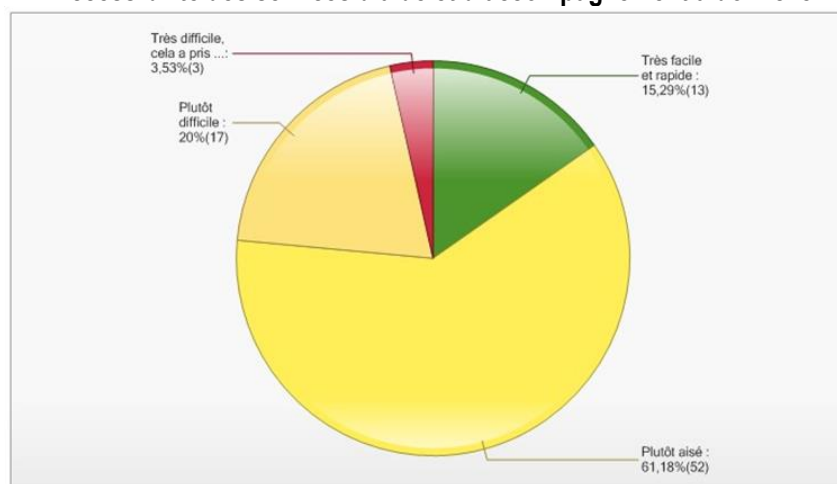


Les principales sources de connaissance des services d'aide ou d'accompagnement à domicile sont :

- Les professionnels de santé (médecin traitant, infirmière...) : 28 réponses
- Les proches (membres de la famille, amis, voisins...) : 23 réponses
- Les associations : 22 réponses

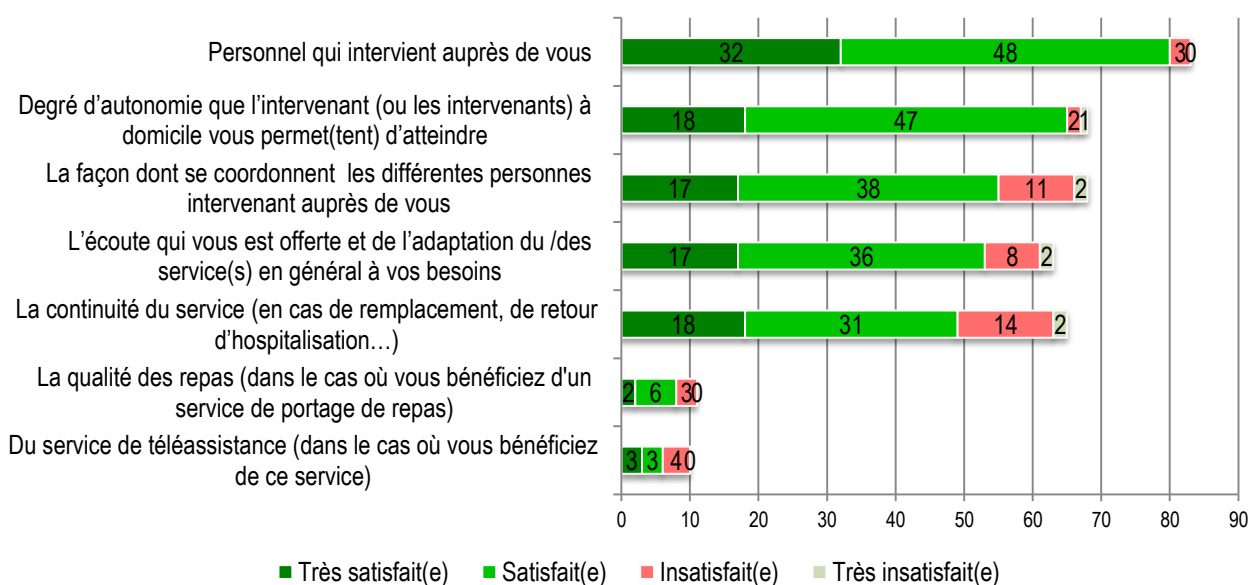
Dans les commentaires, les répondants indiquent également avoir été informés de l'existence de ce/ces service(s) d'aide ou d'accompagnement à domicile par une assistante sociale, un tuteur/curateur (2 occurrences), un ESAT, un foyer d'hébergement ou encore une mutuelle.

Accessibilité des services d'aide et d'accompagnement à domicile



Les trois quarts des personnes handicapées estiment que l'accès aux services d'aide et d'accompagnement à domicile est « très facile et rapide » ou « plutôt aisé » (65 sur 85, soit 76,4 %). En revanche, 23,5 % estiment que cet accès est « plutôt difficile » ou « très difficile » (20 sur 85). Une personne précise que cela a pris du temps et elle a dû s'adresser à de nombreux interlocuteurs ».

Satisfaction relative aux intervenants à domicile



Les usagers en situation de handicap sont surtout satisfaits de deux éléments :

- le personnel qui intervient auprès d'eux : 80 sur 83 satisfaits ou très satisfaits (soit 96,4 %)

- le degré d'autonomie que les intervenants à domicile leur permettent d'atteindre : 65 sur 68 satisfaits ou très satisfaits (soit 95,6 %)

Les points qui recueillent une moindre satisfaction sont les suivants :

- la continuité du service (en cas de remplacement, de retour d'hospitalisation) : 18 répondants sur 65 sont insatisfaits ou très insatisfaits (soit 24,6 %)
- la façon dont les intervenants à domicile se coordonnent : 13 sur 68 insatisfaits ou très insatisfaits (soit 19,1 %)

Très peu de personnes bénéficient d'intervenants à domicile dans le cadre d'un **service de portage de repas** (11 réponses dont 3 insatisfaits) et du **service de téléassistance** (10 réponses dont 4 insatisfaits)

Pour près de la moitié des personnes interrogées (49,43 % soit 43 personnes) **l'intervention du ou des service(s) d'aide à domicile correspond dans l'ensemble à leurs besoins et attentes spécifiques**. Elle correspond tout à fait pour 35,63 % d'entre elles (soit 31 personnes). Elle ne correspond « pas vraiment » à 10,3 % d'entre eux (soit 9 personnes sur 87) et « pas du tout » à 4,6 % d'entre eux (soit 4 sur 87).

Plusieurs points positifs sont évoqués dans les questionnaires :

- interventions régulières, aide à domicile toujours à l'heure
- les auxiliaires de vie sont « indispensables » pour la vie quotidienne

Des critiques sont également formulées :

- manque de formation des professionnels (4 occurrences)
- manque d'investissement des professionnels, refus d'exécuter certaines tâches (2 occurrences)
- manque de coordination entre les professionnels
- non-respect des horaires, absences imprévues sans prévenir

5.4 Les attentes des personnes handicapées vivant à domicile par rapport à leur situation

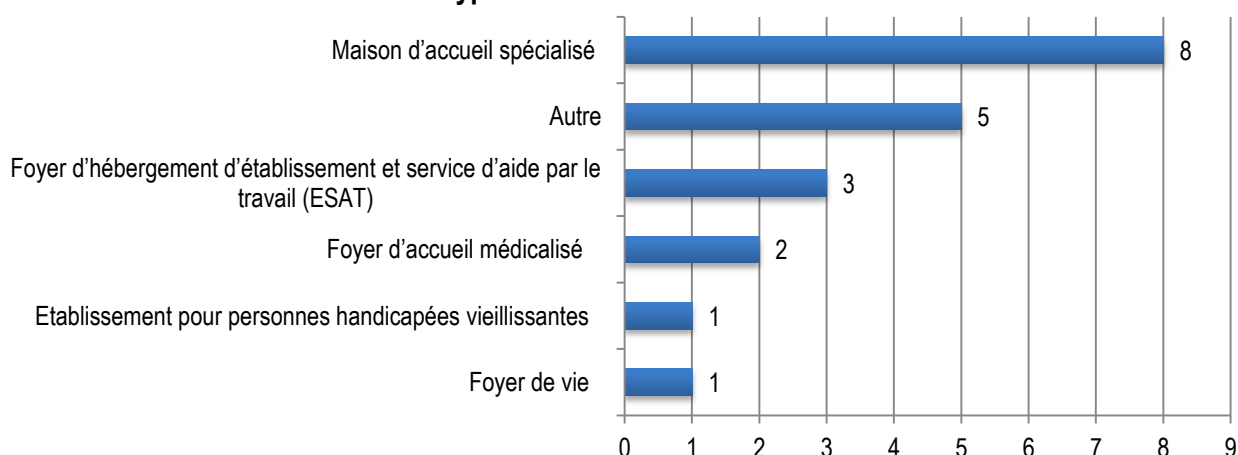
5.4.1 La vie à domicile correspond aux besoins et attentes d'une très grande majorité de personnes handicapées

Une très forte majorité des répondants considère que la vie à domicile correspond à ses besoins à et ses attentes (117 sur 133, soit 88,0 %).

Seules 12 sur 129 personnes seraient intéressées par un hébergement en établissement (soit 9,3 %).



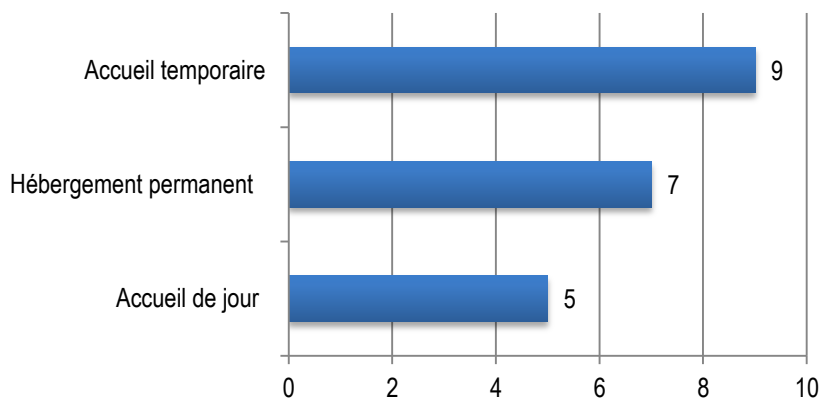
Type d'établissement souhaité



Parmi les personnes qui souhaiteraient aller en établissement, 8 souhaiteraient rejoindre une Maison d'accueil spécialisé (MAS), 3 un foyer d'hébergement d'établissement et service d'aide par le travail (ESAT), 2 un établissement pour personnes handicapées vieillissantes.

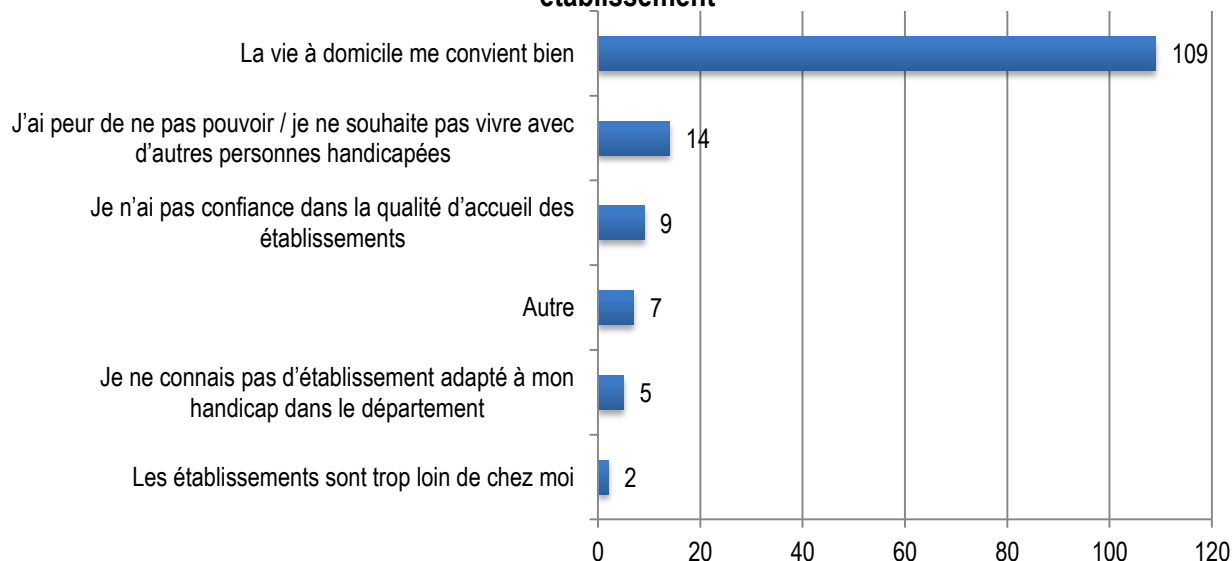
Dans les commentaires, 3 personnes précisent qu'elles aimeraient rejoindre une résidence ou un EHPAD, et 1 un accueil de jour thérapeutique. Un autre répondant actuellement en Groupe d'entraide mutuelle (GEM) souhaite rejoindre un lieu semblable, mais composé de personnes « normales », car sa situation s'est stabilisée.

Modalité d'accueil souhaitée en établissement



Les personnes souhaitant se rendre en établissement privilégient l'accueil temporaire (9 réponses) à l'hébergement permanent (7) et à l'accueil de jour (5).

Raisons pour lesquelles les répondants ne souhaitent pas aller en établissement



Près des trois quarts des personnes qui ne sont pas intéressées par un hébergement en établissement mettent en avant le fait que **la vie à domicile leur convient bien** (109 sur 146, soit 73,3 %). 14 répondants ont peur de ne pas pouvoir ou ne souhaitent pas vivre avec d'autres personnes handicapées (soit 9,6 %) et 9 répondants n'ont pas confiance dans la qualité d'accueil des établissements (soit 6,2 %).

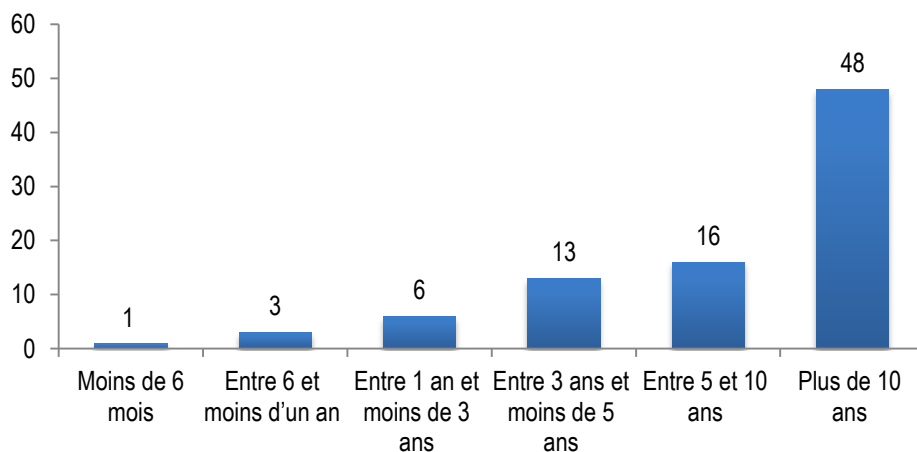
96,8 % des répondants ne sont pas intéressés par un hébergement en famille d'accueil. Seules 4 personnes sur 123 seraient intéressées.

5.5 Vie en établissement / en accueil familial

5.5.1 Caractéristiques de l'hébergement en établissement ou en accueil familial

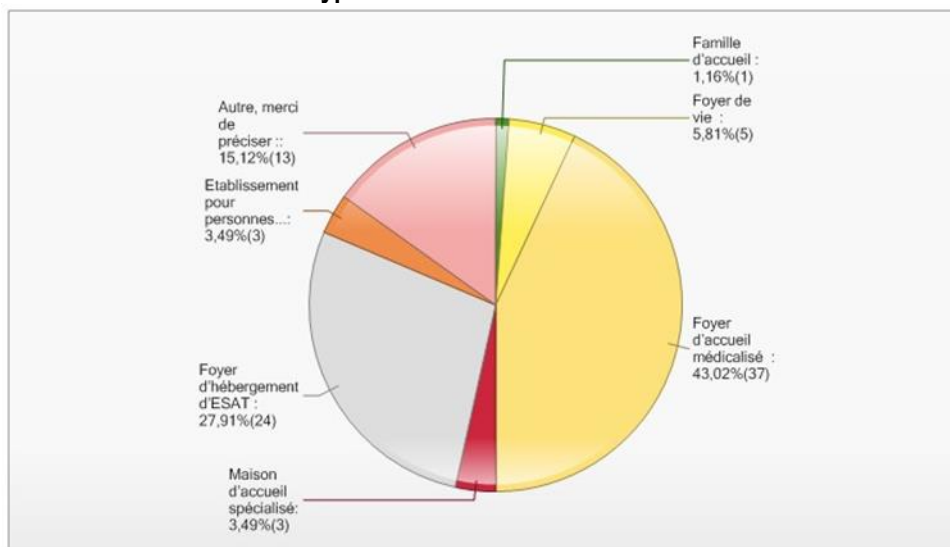
3 personnes ayant répondu au questionnaire relèvent d'un maintien dans le cadre de l'amendement Creton.

Depuis combien de temps vivez-vous ou vous rendez-vous en établissement ou en accueil familial ?



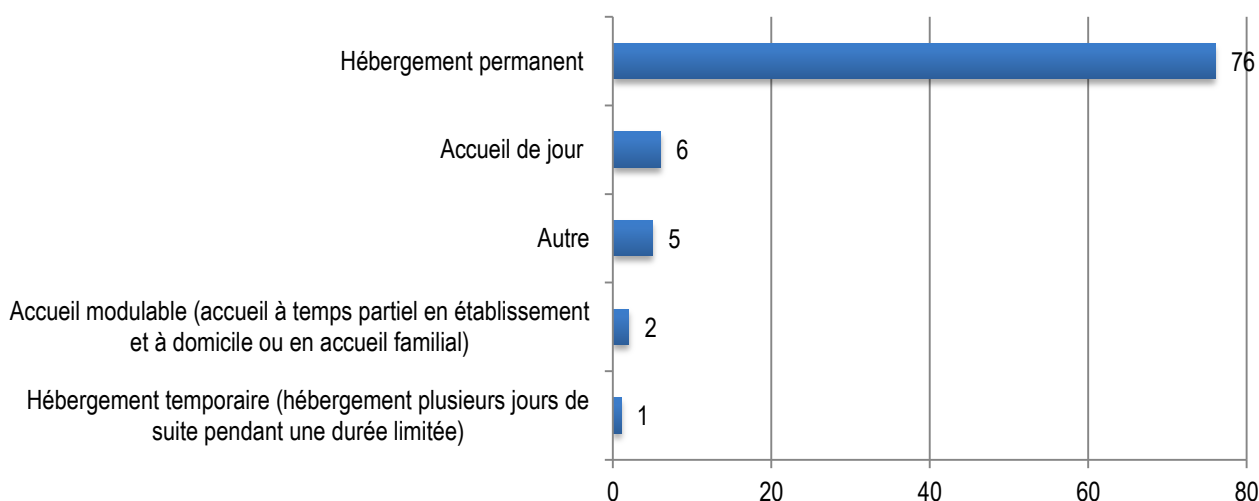
Plus de la moitié des répondants vit ou se rend en établissement ou en accueil familial depuis plus de 10 ans (48 sur 87, soit 55,2 %) et un tiers y vit ou s'y rend depuis 3 à 5 ans (29 sur 87, soit 33,3 %).

Type d'établissement / d'accueil



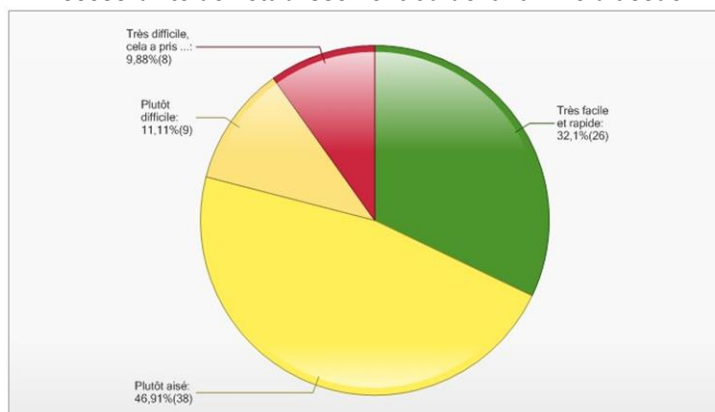
Les personnes vivant en établissement ou en accueil familial vivent principalement en **foyer d'accueil médicalisé** (FAM) (37 sur 86, soit 43,0 %) et en **foyer d'hébergement d'ESAT** (24 sur 87, soit 27,9 %). D'autres vivent en foyer de vie (5 réponses), en maison d'accueil spécialisée (MAS) (3), en établissement pour personnes handicapées vieillissantes (3), en foyer occupationnel (2 mentionnés dans les verbatim) ou encore à l'hôpital.

Mode d'accueil des personnes résidant en établissement ou en accueil familial



84,4 % des répondants vivant en hébergement ou en accueil familial y vivent en **hébergement permanent** (soit 76 sur 90). 15,6 % des répondants bénéficient sont accueillies en accueil de jour (6 personnes), en accueil modulable (2), en hébergement temporaire (1) ou d'autres modes d'accueil (permanent avec sortie le week-end par exemple).

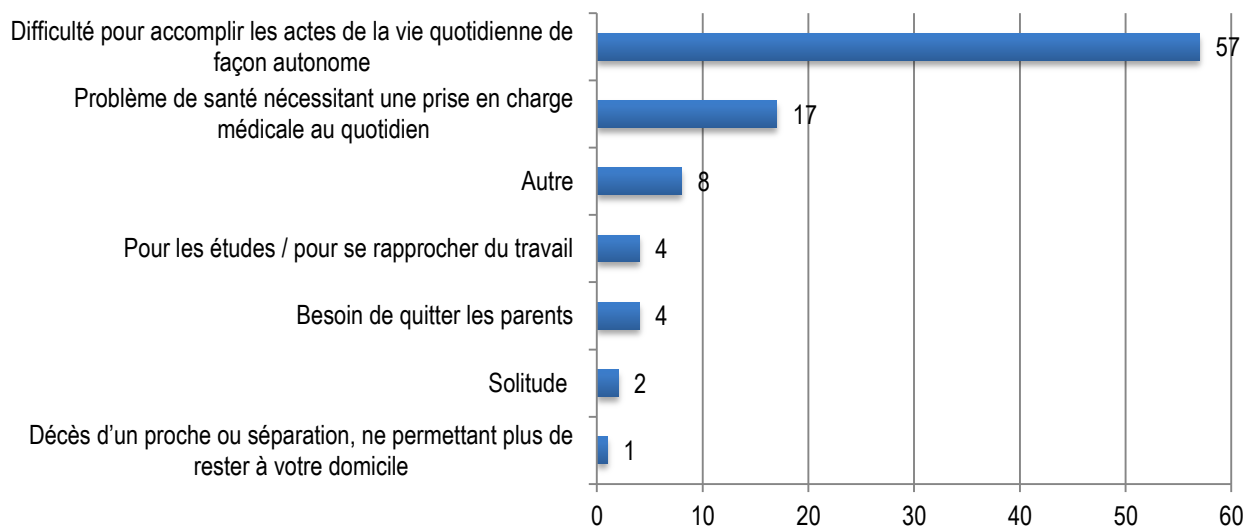
Accessibilité de l'établissement ou de la famille d'accueil



Pour 79,0 % des répondants, l'accès à l'établissement ou à la famille d'accueil a été « très facile et rapide » ou « plutôt aisé » (soit 64 sur 81).

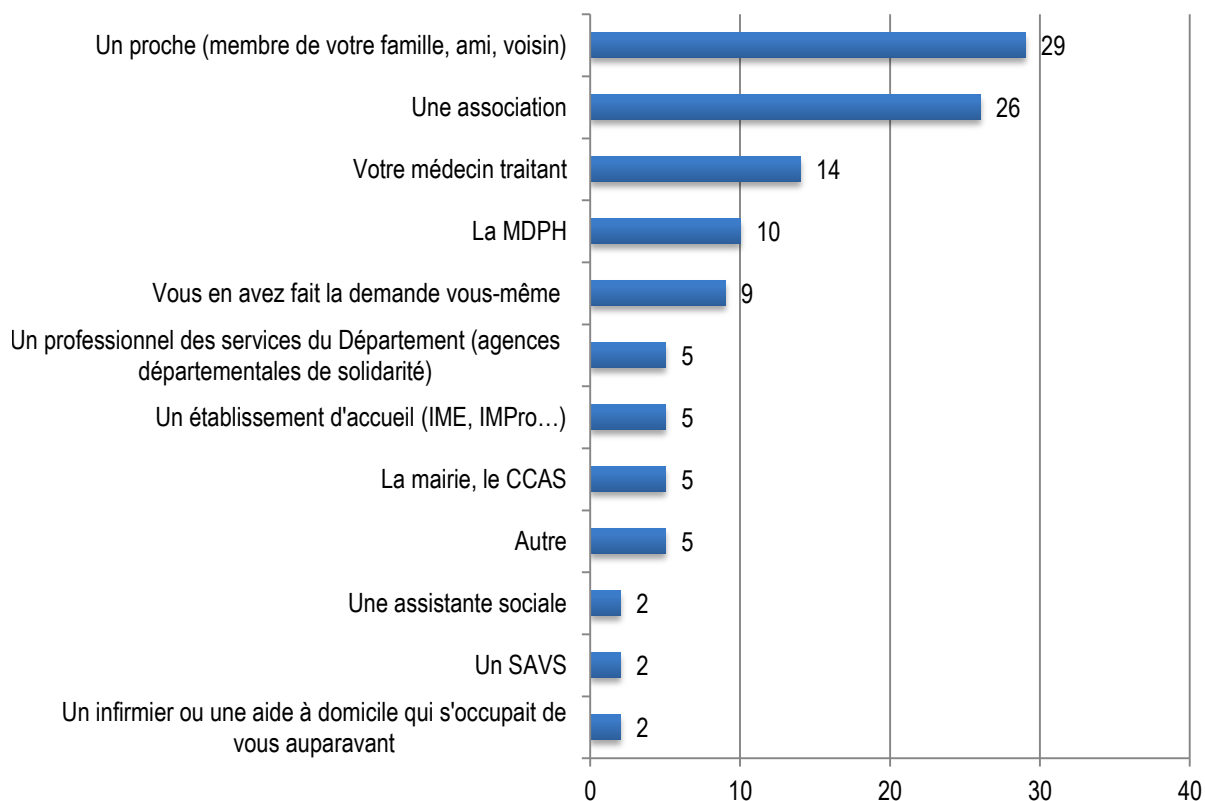
5.5.2 Contexte de l'arrivée dans l'établissement / en famille d'accueil

Raison de l'arrivée dans l'établissement / famille d'accueil



L'entrée en établissement ou en famille d'accueil des personnes handicapées est motivée principalement par **la difficulté à accomplir les actes de la vie quotidienne de façon autonome** (57 réponses) et dans une moindre mesure par des **problèmes de santé nécessitant une prise en charge médicale au quotidien** (17 réponses).

Personne ayant conseillé d'entrer dans un établissement d'hébergement ou en famille d'accueil

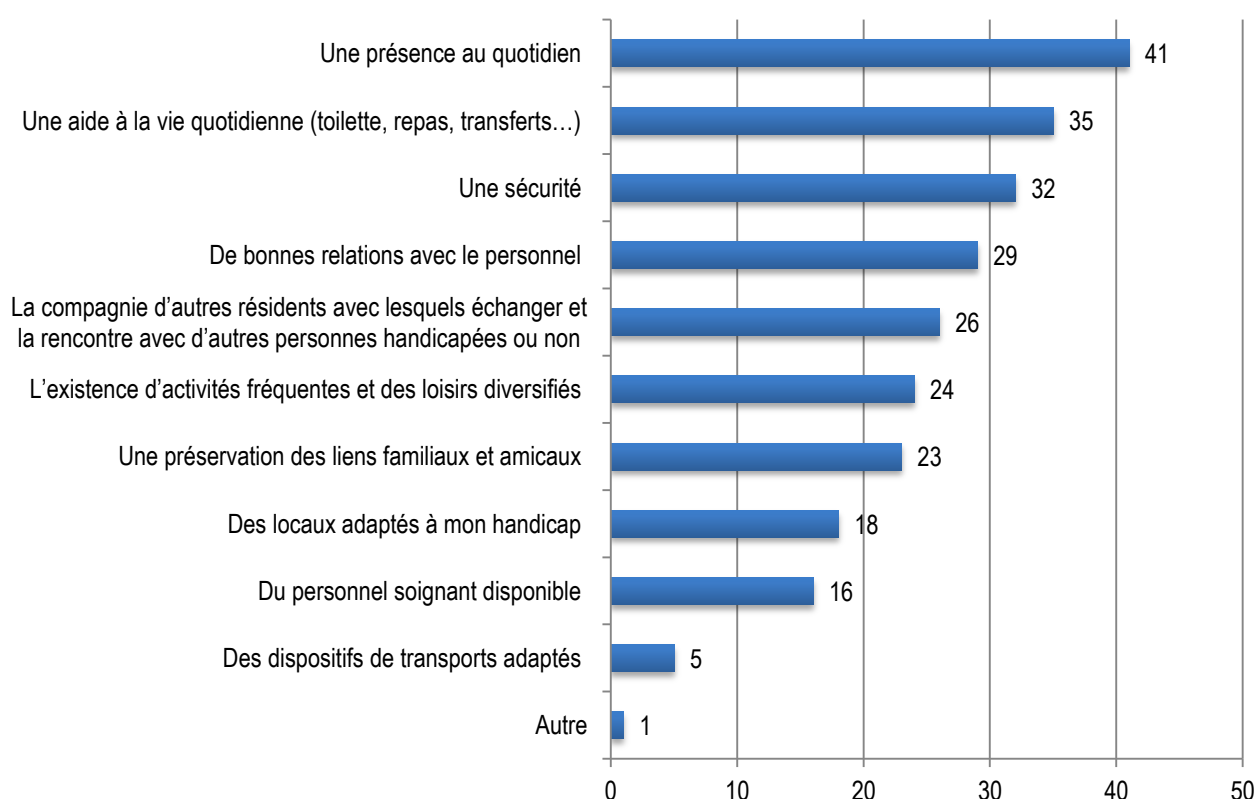


Les personnes handicapées entrées dans un établissement d'hébergement ou en famille d'accueil ont surtout été **conseillées** en ce sens **par un proche** (famille, ami, voisin) (29 réponses), **par une association** (26), par le médecin traitant (14) et par la MDPH (10).

5.5.3 Satisfaction relative à la vie en établissement/en famille d'accueil

Sur 85 répondants, **83 sont satisfaits ou très satisfaits de l'accueil qui leur a été réservé à leur arrivée au sein de l'établissement ou de la famille d'accueil**, soit une satisfaction générale de 97,65 %.

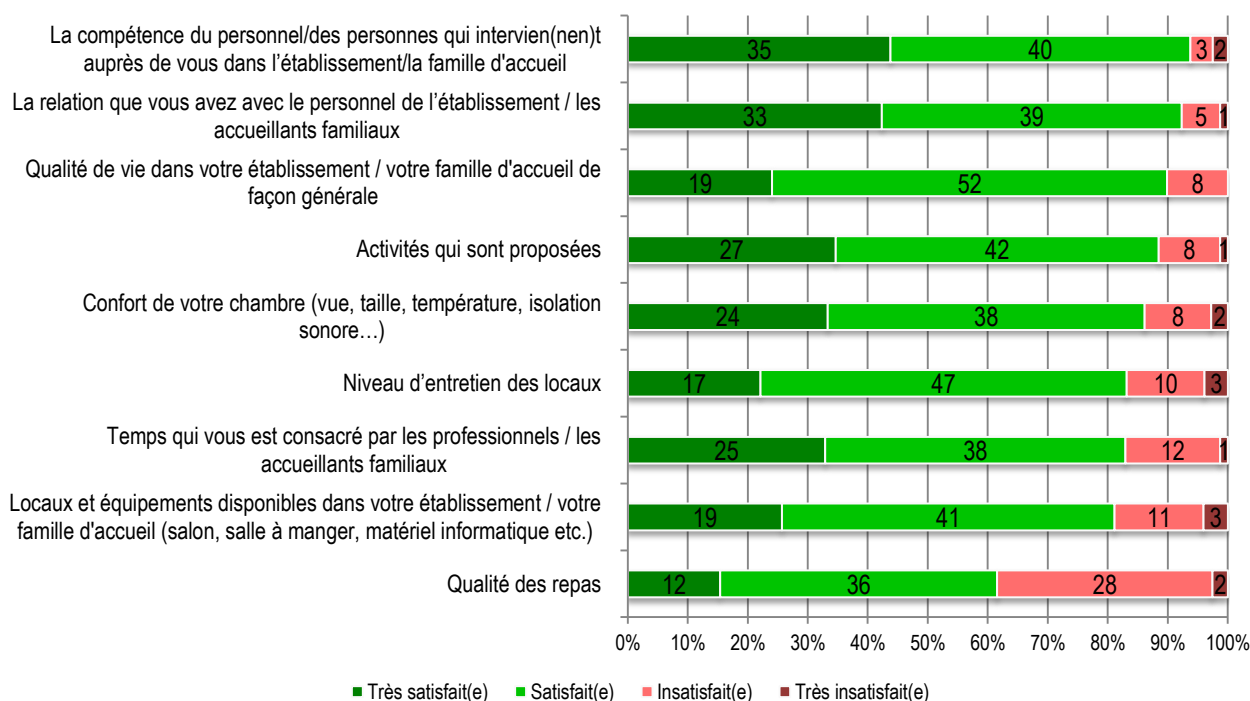
Éléments contribuant à la qualité de vie en établissement / en famille d'accueil



Les éléments contribuant le plus à la qualité de vie en établissement ou en famille d'accueil sont, par ordre d'importance décroissant :

- Une présence au quotidien (41 réponses)
- Une aide à la vie quotidienne (toilette, repas, transferts...) (35)
- Une sécurité (32)
- De bonnes relations avec le personnel (29)
- La compagnie d'autres résidents avec lesquels échanger et la rencontre avec d'autres personnes handicapées ou non (26)

Satisfaction par rapport à la prise en charge actuelle en structure d'hébergement / en famille d'accueil



De manière générale, les personnes vivant en structure d'hébergement sont très satisfaites de leur prise en charge.

Certains éléments recueillent une satisfaction particulièrement importante :

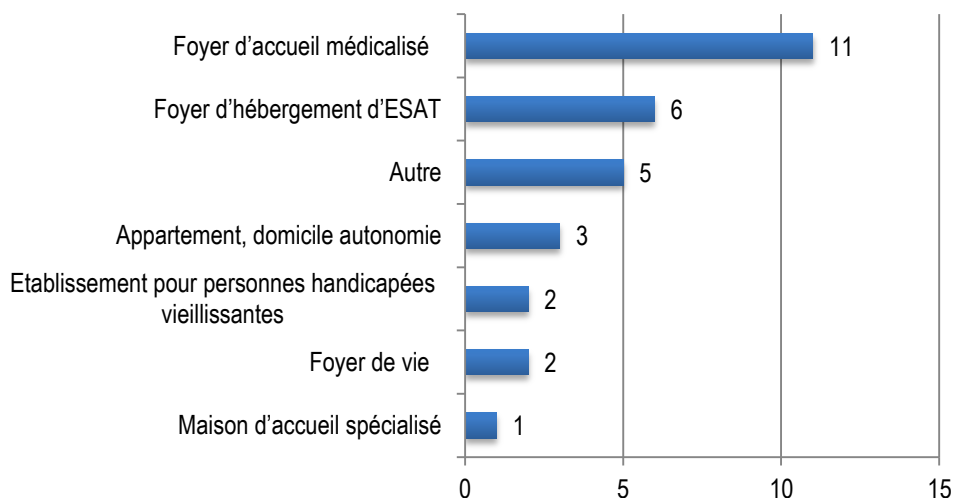
- La compétence du personnel / des personnes qui interviennent auprès des personnes handicapées dans l'établissement / la famille d'accueil : 93,8 % de satisfaits ou très satisfaits (soit 75 sur 80)
- Les relations qu'ils ont avec le personnel de l'établissement / les accueillants familiaux : 92,3% de satisfaits ou très satisfaits (soit 72 sur 78)
- La qualité de vie dans l'établissement / la famille d'accueil de façon générale : 89,8 % de satisfaits ou très satisfaits (soit 71 sur 79)
- Les activités qui leur sont proposées : 88,5 % de satisfaits ou très satisfaits (soit 69 sur 78)

En revanche, la qualité des repas est perçue comme insatisfaisante ou très insatisfaisante par 38,5 % des répondants (soit 30 sur 78).

5.6 Les attentes des personnes handicapées en établissement / en famille d'accueil par rapport à leur situation

Pour 68 personnes sur 82 (soit 82,9 %), la vie dans leur lieu d'accueil actuel correspond à leurs besoins et attentes. 14 personnes envisagent de changer de mode d'hébergement

Type de structure / lieu d'accueil souhaité

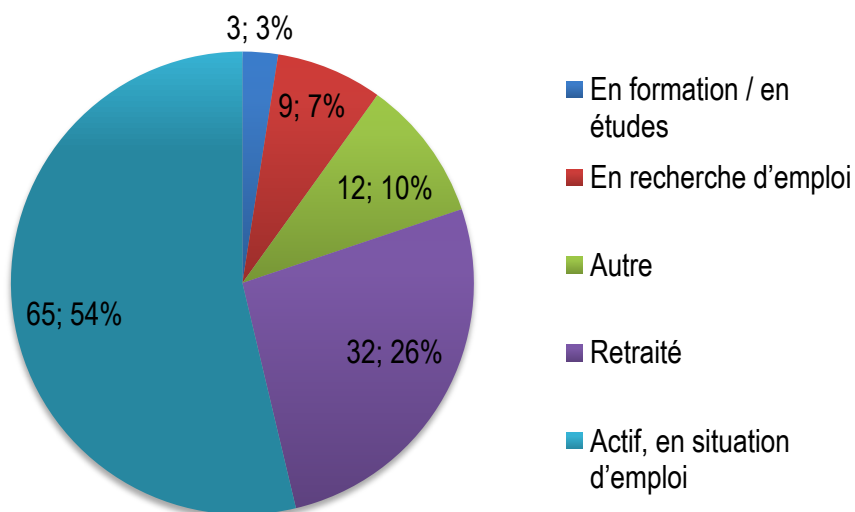


Les personnes qui envisagent de changer de mode d'hébergement souhaitent notamment être orientées vers un **Foyer d'accueil médicalisé** (11 réponses) ou un **foyer d'hébergement d'ESAT** (6).

5.7 L'emploi des personnes en situation de handicap

87 personnes sur 211 sont en situation de travailler (soit 41,2 %).

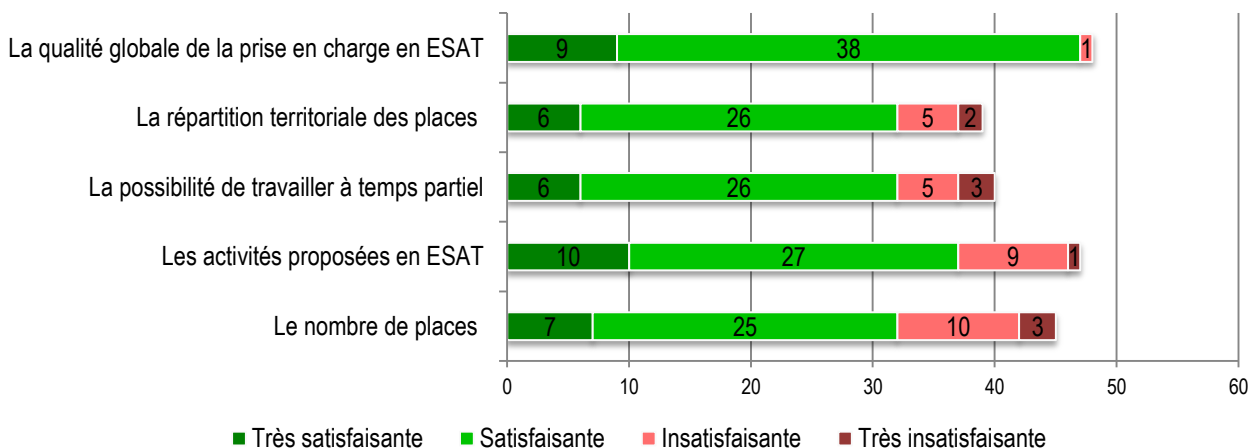
Occupation actuelle des personnes en situation de travailler



Plus de la moitié des répondants sont actifs, en situation d'emploi (65 sur 121, soit 53,7 %), dont 7 précisent qu'ils travaillent en ESAT. **Un quart est à la retraite** (32 sur 121, soit 26,5 %). Dans les commentaires, quatre personnes indiquent n'être pas en capacité de travailler (hospitalisation, inaptitude...).

5.7.1 La satisfaction des personnes travaillant en ESAT

Degré de satisfaction des personnes travaillant en ESAT



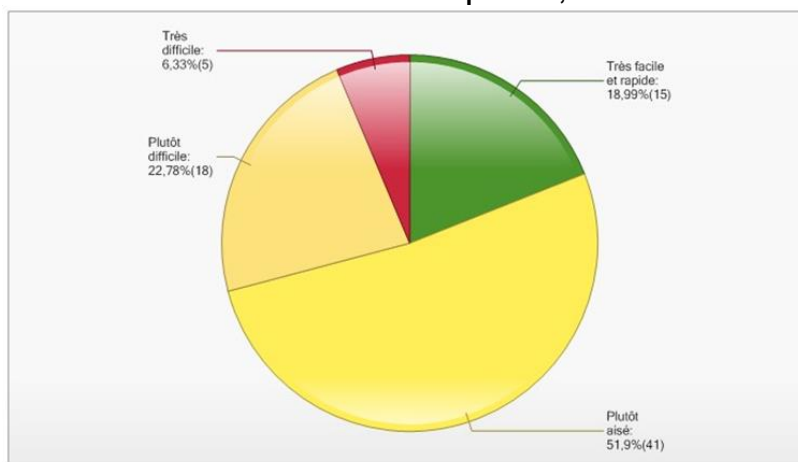
Les personnes travaillant en ESAT sont **particulièrement satisfaites de la qualité globale de la prise en charge** (47 satisfaits ou très satisfaits sur 48, soit 97,9 %). Elles sont **assez satisfaites de la répartition territoriale des places** (32 satisfaits ou très satisfaits sur 39, soit 82,1 %) et de la **possibilité de travailler à temps partiel** (32 sur 40, soit 80,0 %). En revanche, 13 personnes sur 45 sont insatisfaites ou très insatisfaites du nombre de places (soit 28,9 %).

5.8 L'accès à la vie sociale des personnes handicapées

5.8.1 La pratique d'activités sportives et loisirs

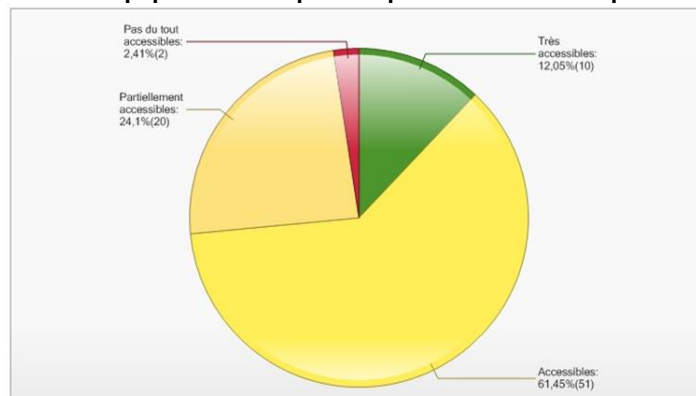
La moitié des personnes handicapées ayant répondu au questionnaire pratique des activités physiques, des loisirs (73 sur 153, soit 47,7 %).

Accessibilité des activités sportives, de loisirs



L'accès à ces activités physiques, de loisirs, a été « plutôt aisé » ou « très facile et rapide » pour 70,9 % d'entre eux (soit 55 sur 79). A contrario, 29,1 % ont trouvé cet accès « plutôt difficile » ou « très difficile » (soit 23 sur 79).

Accessibilité des équipements fréquentés pour ces activités sportives, de loisirs

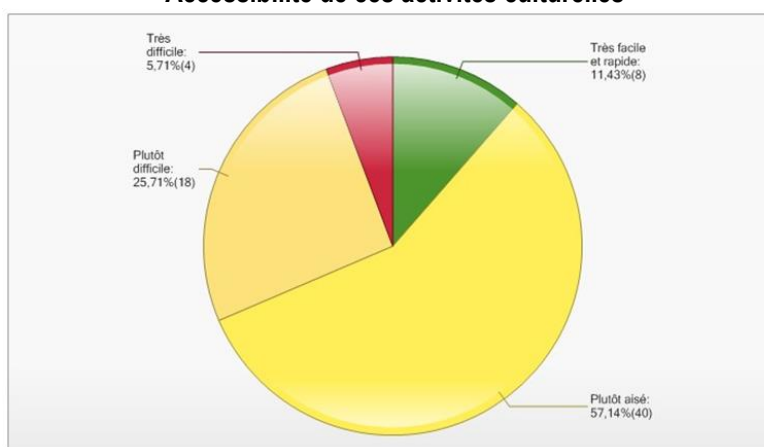


Les équipements fréquentés pour les activités sportives, de loisirs, sont jugés accessibles ou très accessibles par 73,5 % des répondants (soit 61 sur 83), partiellement accessible par 24,1 % (soit 20 sur 83) et pas du tout accessibles par 2,4 % (soit 2 sur 83).

5.8.2 La pratique d'activités culturelles

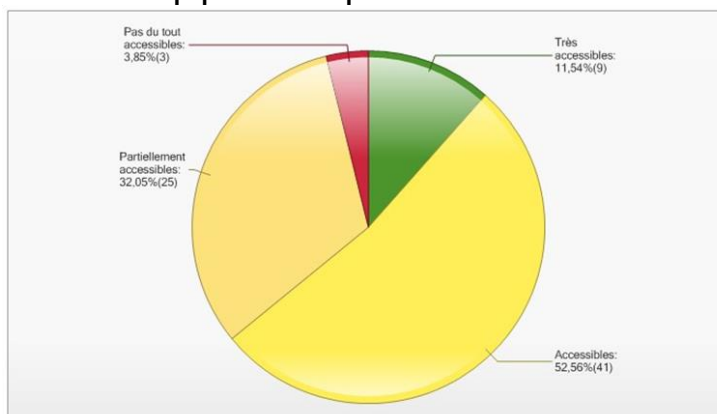
Un peu moins de la moitié des répondants pratique une activité culturelle (69 sur 147, soit 46,9 %).

Accessibilité de ces activités culturelles



L'accès aux activités culturelles est jugé « plutôt aisé » ou « très facile et rapide » par 68,6 % des répondants (soit 48 sur 70). 31,4 % estiment qu'il est « plutôt difficile » ou « très difficile » (soit 22 sur 70).

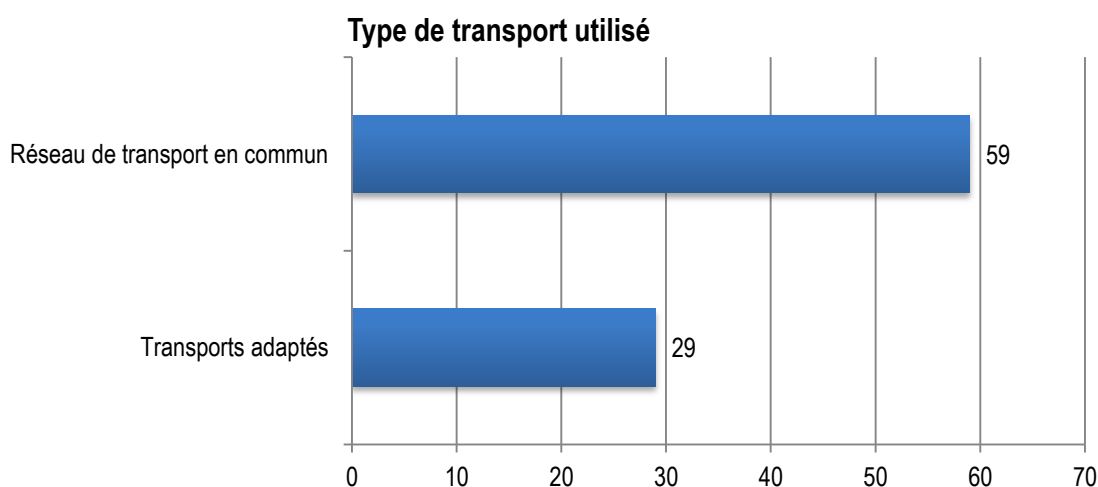
Accessibilité des équipements fréquentés lors de ces activités culturelles



Les équipements fréquentés lors des activités culturelles sont accessibles ou très accessibles pour 64,1 % des répondants (soit 50 sur 78). Ils sont jugés « partiellement accessibles » par 32,1 % d'entre eux (soit 25 sur 78) et « pas du tout accessibles » par 3,9 % d'entre eux (soit 3 sur 78).

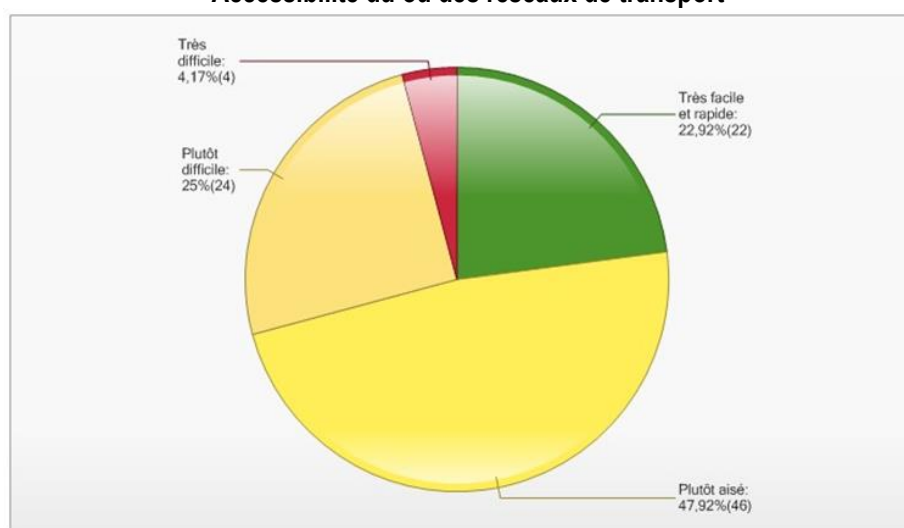
5.8.3 L'usage des transports

Un peu plus de la moitié des répondants utilise un réseau de transport (54,8 %, soit 80 sur 146).



Le type de transport le plus utilisé est le réseau de transport en commun (59 réponses), devant les transports adaptés (29).

Accessibilité du ou des réseaux de transport



L'accès aux réseaux de transports est « plutôt aisé » ou « très facile et rapide » pour 70,8 % des personnes handicapées. 25,0 % estiment qu'il est « plutôt difficile » et 4,2 % le trouvent « très difficile » d'accès (soit respectivement 24 et 4 personnes).

Dans les commentaires, les personnes pouvaient préciser leurs réponses :

- Sur le plan culturel, très peu de choses existent pour les sourds : peu de visites en LSF dans les musées, pas de films sous-titrés au cinéma, etc.
- Plusieurs personnes utilisent les transports en commun sans difficulté ou disposent de leur propre voiture ou scooter
- 3 personnes mentionnent des difficultés à utiliser les transports en commun : deux ont des difficultés à s'exprimer et à s'adresser au chauffeur, et une personne ne sait pas lire ; elle pourrait prendre le bus en se repérant à l'aide d'un code couleur (telle ligne, telle couleur), mais celui-ci n'est pas bien respecté.

5.9 Conclusion

Les répondants pouvaient proposer des **mesures à mettre en œuvre en priorité pour améliorer la qualité de l'aide apportée aux personnes handicapées** :

- Disposer d'aides financières pour favoriser l'accès à la vie sociale (allègement du coût des transports, carte de réduction pour l'accès aux loisirs, etc.)
- Disposer d'un personnel mieux formé aux différentes pathologies, disposer d'un personnel plus compétent / Limiter le turn-over
- Augmenter le nombre de personnel d'encadrement / le nombre de personnel pour permettre de réaliser des activités hors établissement
- Assurer une continuité lors du passage d'une structure pour adulte handicapé à une structure pour personnes handicapées vieillissantes
- Restructurer / rénover les établissements pour qu'ils soient plus adaptés / Favoriser des établissements de petite taille
- Mieux informer les familles (sur les structures, les associations qui interviennent en matière de loisirs, sports, etc.)
- Disposer de lieux d'écoute, de conseil pour être orienté dans les démarches
- Diminuer les lourdeurs administratives dans les démarches
- Améliorer l'accessibilité des lieux publics, des voies publiques, des commerces, etc.
- Disposer d'aides financières pour aménager le logement,
- Développer des places en structure pour les personnes handicapées vieillissantes (diversifier les réponses pour répondre aux besoins des différents types de handicaps)

- Créer des places en établissement pour mieux répondre aux besoins
- Améliorer la coordination entre les acteurs
- Développer les transports en commun ou adaptés pour avoir un service plus fréquent sur l'ensemble du territoire
- Développer des structures professionnelles en proximité des lieux de vie des personnes
- Développer des actions autour de l'insertion professionnelle des personnes handicapées psychiques
- Diminuer les délais de traitement des demandes à la MDPH / Réduire les dysfonctionnements qui existent au sein de la MDPH liés notamment au manque de personnel
- Développer un suivi personnalisé et humain avec un correspondant à la MDPH qui fait le lien et informe la personne en situation de handicap
- Augmenter les aides financières pour permettre aux personnes handicapées de faire face aux différents frais (santé, vie courante, etc.)



Annexe 6 : Comptes rendus des groupes de travail

Groupe de travail n°1 : Comment renforcer l'information, l'accueil de proximité et faciliter la coordination via une structuration territoriale du partenariat ?

*Relevé des échanges – réunions du 05/09/2016
et du 15/09/2016*

1. Participants

Nom – prénom	Métier – Structure / Institution / Service	Présence réunion du 05/09/16	Présence réunion du 15/09/16
MONESTIER Marie	Directrice-AASD 7AVECQ	X	X
GRESSARD Florence	Chef de service l'Etape-CCAS de Lattes	X	Excusée
COURT Geneviève	Directrice-APSH34 Territoire Lunellois (PH)	X	X
BONNERIEZ Isabelle	Directrice-ADAGES_FAM HH Hameau Horizons (PH)	X	Excusée
GRAIZON Aurélien	Educateur Spécialisé-AIRIS (PH)	X	X
HENRY Gabrielle	Vice-présidente Solidarité Handicap-Conseil Départemental	X	Excusée
BOUCHER Guy représenté par BLANCHARD Nathalie séance 2	Président-AIRIS (PH)	Excusé	X
BARRAQUIER Arièle	Directrice-CREAI ORS	X	
DE BARROS Ludovic	DE- EHPAD Lo Solelh (PA)	X	X
MANUEL Marion	Stagiaire de direction – EHPAD Lo Solelh (PA)		X
MONVOIS Sébastien	Directeur-ADHAP Services ISBM Services 34	X	X
BABIA Yaël	Assistante de Service Social-CH Bassin de Thau	X	X
ARQUEROS Pauline	Directrice adjointe-EHPAD Les Aiguerelles (PA)	X	X
CLAVEL Suzanne	Directrice-KORIAN EHPAD Les Meunières (PA)	Excusée	X
VERIOT Christèle	ADCH secteur médico-social-CH bassin de Thau	X	X
BASTIDE Frédéric	Directeur-foyers Beaurevoir-Marquerose APEI GM (PH)	X	X
POLLET Gilles	Directeur-ARIEDA (PH)	X	X
VIDAL Caroline	Stage direction – ARIEDA (PH)		X
EDWARDS Jean Marc représenté par THOUVENOT Marie	Gérant-Free dom LR	X	X
DR JAMOT Jean-Claude	Pilote, vice-présidence Coderpa, GM NATIONAL, Anesm, ars	X	X

LAVAYSSIERE Isabelle	Chef de service-RDUTAG – Conseil départemental	X	Excusée
PEREDES Valérie représentée par BODET Bruno séance 2	Chef de service-RDUTAG/UTAG Est Héraultais – Conseil départemental	X	X
ROQUEBERNOU I.	Chef de service-Accueil – MDPH	Excusée	X
EHRLICH Célia	Assistante sociale-PMSA – MDPH	X	X
MAURIZIO Valérie	Pilote MAIA-CD30 (PA)	X	
BROUSSE Gérard	Coordonnateur du Clic-CLIC MAILLAGE (PA)	X	X
MONTES Margaux	Pilote-MAIA Orb e Biterrois (PA)	Excusée	X

2. Programme de travail prévu pour les 2 réunions

- Permettre un accueil de proximité pour les PA et les PH en territoire (en lien avec la réorganisation territoriale en cours)
- Permettre la mise en place d'un accueil de 2nd niveau en direction des PH
- Renforcer l'aide au remplissage des dossiers de demande auprès de la MDPH
- Définir la participation des acteurs extérieurs aux missions d'accueil du département et de la MDPH
- Définir les modalités d'accompagnement des situations complexes et/ou critiques des PA et des PH
- Renforcer l'articulation des CLIC / UTAG / MAIA / MDPH / associations intégrant la question du référent de parcours

3. Déroulement des réunions du 05 et du 15 septembre 2016

3.1 Attentes des participants quant au groupe de travail (tour de table)

Les participants ont exprimé les attentes suivantes / identifié les enjeux suivants :

- Permettre une information de proximité notamment pour les personnes sourdes/malentendantes
 - o *A noter : le dispositif ACCEO qui est une application pour les personnes sourdes et malentendantes va être développé dans le département.*
- Mener une réflexion sur l'accès aux droits pour les personnes handicapées / Identifier, définir les besoins de ce public en matière d'accueil et d'information.
- Simplifier l'accès à l'information et l'accès aux droits / Elaborer des propositions qui s'appuient sur les territoires et qui permettent à des usagers ne connaissant pas les dispositifs médico-sociaux d'accéder à des lieux d'accueil et d'information.
- Permettre un accès à l'information pour les personnes handicapées et leurs familles sur l'ensemble du département.
- Améliorer l'accompagnement des familles dans le montage des dossiers de demandes pour la MDPH (actuellement il n'y a pas suffisamment de professionnels en territoire spécifiquement formés pour accompagner les usagers dans le remplissage des dossiers).
- Permettre un accès à l'information sur les aides techniques et l'aménagement du logement ainsi qu'un accompagnement autour de ces sujets sur l'ensemble du département.
 - o *Actuellement le service l'Etape a développé des actions autour des aides techniques et l'aménagement du logement, toutefois, il n'intervient pas sur l'ensemble du département.*
- Articuler les complémentarités entre les aides humaines et les aides techniques.
- Mieux orienter les bénéficiaires de services d'aide à domicile / aider les bénéficiaires dans leurs démarches.
- Optimiser les partenariats dans le cadre de la coordination / Mener une réflexion sur la mise en place de référents de parcours.

- A noter : en complément des réflexions qui seront menées dans ce groupe sur la notion de référent de parcours, les groupes 4 et 5 travailleront sur la notion de parcours de la personne âgée / de la personne handicapée tout au long de sa vie.
- Travailler sur la structuration territoriale du partenariat y compris avec le secteur hospitalier / Travailler sur la structuration du partenariat en territoire mais également au niveau départemental.
- Structurer davantage les partenariats avec les acteurs du secteur du handicap au sein des UTAG pour répondre aux besoins des personnes handicapées vieillissantes (qui est un public accueilli par les UTAG).
- Travailler sur la coordination entre les ESMS et la MDPH (notamment quand les structures sont éloignées géographiquement de la MDPH).
- Améliorer la coordination entre les acteurs qui à ce jour est insuffisante (par exemples dans le secteur de l'enfance handicapée, dans le cadre de l'élaboration de projets de vie des adultes, dans le cadre des situations critiques, autour des PHV, etc.).
- Améliorer la coordination entre les acteurs du secteur des personnes âgées et du secteur des personnes handicapées.
- Faire le lien entre les réflexions menées dans le cadre de ce groupe de travail et les réflexions en cours dans le cadre de la réorganisation des services du Département.
- Clarifier les circuits d'information pour simplifier/fluidifier la gestion des demandes d'entrées en établissement. Actuellement, les demandes émanent de différents acteurs (usagers, professionnels, mairies, etc.) ce qui complexifie la gestion. De plus, ces demandes sont à articuler avec la mise en place de l'outil Via trajectoire.
- Identifier les modalités d'orientation vers les SAVS étant donné qu'actuellement de nombreuses orientations vers des SAVS ne sont pas suivies d'effet.

Par ailleurs, des participants indiquent leur intérêt pour l'approche transversale personnes âgées / personnes handicapées au sein des groupes de travail (dont la finalité est d'aboutir à un schéma de l'autonomie).

3.2 Réflexions et pistes d'action proposées

3.2.1 Permettre un accueil de proximité pour les PA et les PH en territoire

Constats

Les médecins généralistes et les professionnels de santé de manière générale sont des acteurs de proximité auprès desquels les personnes âgées et les personnes handicapées peuvent se tourner pour obtenir un premier niveau d'information.

Toutefois, les participants soulignent le manque de connaissance de la part des professionnels de santé et notamment de la part des médecins généraliste sur les structures du secteur médico-social.

Des outils peuvent permettre d'améliorer la connaissance des dispositifs existants. Par exemple, les pilotes MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) sur le secteur des personnes âgées ont pour mission d'élaborer des répertoires ressources qui recensent l'ensemble des acteurs et dispositifs existants en direction des personnes âgées. Il n'existe pas de répertoire ressources de ce type sur le secteur des personnes handicapées. La MDPH a effectué un recensement des établissements et services médico sociaux, toutefois ce recensement n'intègre pas l'ensemble des dispositifs en direction des personnes handicapées. Elle a également élaboré différents guides sur des thématiques (ESMS, scolarité, etc.). La spécificité de la MDPH est qu'elle s'adresse à un public de 0 à plus de 60 ans sur des thématiques très variées (prestations, aides, scolarité, insertion professionnelle, établissements et services, etc.).

Il est précisé qu'actuellement en matière d'accueil et d'information, il existe des services décentralisés du Conseil départemental en direction des personnes âgées : les UTAG. Concernant, les personnes handicapées il n'existe pas actuellement de service décentralisé dédié en matière d'accueil et d'information (excepté l'antenne de la MDPH à Béziers). Ainsi, il semble que la problématique de l'accueil et de l'information en proximité est plus marquée concernant les personnes handicapées. Néanmoins les participants précisent que des besoins existent aussi au niveau des



personnes âgées (enjeux d'amélioration de la lisibilité sur les dispositifs et aides existants, du renforcement de la proximité, etc.).

Les participants identifient différents acteurs en territoire auprès desquels les personnes âgées et les personnes handicapées se tournent pour obtenir des informations :

- **1^{er} niveau : Acteurs de proximité représentant des points d'entrée en territoire et dispensant une information généraliste / un premier niveau d'information :**
 - Les médecins généralistes / spécialistes
 - *Les médecins généralistes sont des acteurs particuliers car ils sont chargés de compléter les certificats médicaux dans le cadre d'une demande auprès de la MDPH*
 - Les maisons de santé pluridisciplinaires
 - Les professionnels de santé libéraux
 - Les assistants sociaux des hôpitaux / des cliniques
 - Les CCAS / les communes (notamment pour les personnes âgées)
 - Les agences départementales de la solidarité (pour les personnes handicapées)
 - Les établissements et services médico sociaux
 - Les associations (notamment les associations du CLCPH – comité de liaison et de coordination des associations de personnes handicapées et malades chroniques)
- **2^{ème} niveau : Acteurs de proximité pouvant apporter une information plus poussée sur les droits des PA et des PH et sur les démarches administratives à réaliser :**
 - Les services sociaux départementaux (agences départementales de la solidarité et UTAG)
 - Les services sociaux hospitaliers
 - Les CCAS / les communes
 - *Point de vigilance : Le niveau d'information qui peut être donné aux personnes âgées et aux personnes handicapées est variable en fonction des CCAS/des communes.*

Ces acteurs de 2^{ème} niveau doivent acquérir un certain niveau de connaissance pour répondre correctement aux usagers et aux familles. Des enjeux de communication (sur les dispositifs et les aides existants) et de formation en direction de ces acteurs sont identifiés.

Le CLCPH a mis en place des temps d'information/de formation entre les différentes associations qui le composent et qui siègent à la CDAPH (commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées). Ces temps ont permis aux associations d'aboutir à un certain niveau de connaissance des différents types de handicap.

Il serait intéressant d'identifier des lieux d'accueil et d'information mis en place sur certains territoires qui fonctionnent bien (notamment en zone rurale) et qui pourraient être dupliqués sur d'autres territoires.

Les participants soulignent **la nécessité de bien identifier les besoins des personnes âgées et des personnes handicapées** en matière d'accueil et d'information de proximité.

Un participant fait part d'un retour d'expérience positif de permanences organisées dans une maison de services à Ganges. Cette maison des services était ouverte à tous les publics.

Il est rappelé que depuis 2009 les CLIC (centres locaux d'information et de coordination) n'interviennent plus dans le cadre d'accompagnements individuels (confiés aux UTAG – unité territoriale d'action gérontologique). Les CLIC interviennent uniquement sur le champ des actions collectives de prévention en lien avec les partenaires locaux. Selon les participants, avec le transfert des missions d'accueil et d'information des CLIC vers les UTAG en 2009, le nombre de lieux d'accueil et d'information de proximité ont diminué.

Remarques complémentaires :

Les participants indiquent que la loi santé du 26 janvier 2016 prévoit la mise en place de groupements hospitaliers de territoire (GHT). Ce nouvel acteur sera à prendre en compte dans la coordination des acteurs.



Solutions / propositions :

- **Elaborer un répertoire ressources sur le secteur PH** sur le même principe que le répertoire ressources réalisé par les MAIA sur le secteur PA :
 - o A noter : le répertoire ressource élaboré par les MAIA sur le volet des personnes âgées sera accessible d'ici la fin de l'année. Un portail en ligne accessible aux professionnels recensera l'ensemble des ressources présentes au niveau départemental (les 7 MAIA du département sont associées à cette démarche mise en place au niveau régional).
- **Développer des actions d'information en direction des médecins généralistes** pour renforcer leur connaissance du secteur médico-social :
 - o Mettre en place des temps d'information via les associations qui gèrent la formation continue des médecins
- **Faire évoluer les moyens de communication grâce aux nouvelles technologies** (exemple : visioconférence) / **Actualiser les outils de communication** existants (exemple : site internet du Conseil départemental).
- **Mettre en place des personnes ressources spécialisées** sur des pathologies ou des types de handicap que les acteurs réalisant de l'accueil et de l'information pourraient solliciter en cas de besoin :
 - o Ces personnes ressources pourraient être identifiées dans différentes structures (MDPH, associations, etc.).
 - o Les acteurs de 2^{ème} niveau en territoire chargés de l'accueil et de l'information des PA et PH ne peuvent pas avoir une expertise sur l'ensemble des sujets concernant les PA et les PH, d'où la nécessité de pouvoir recourir à des personnes ressources.
- **Favoriser la mise en place de lieux uniques d'écoute, d'accueil et d'information sous la forme de maisons de services inter partenariales ouvertes à tous les publics :**
 - o Les locaux de différents acteurs d'un territoire pourraient être mutualisés.
 - o Des permanences réalisées par des personnes ressources/expertes (exemple : associations spécialisées) seraient réalisées dans ces maisons de services.
 - o L'échelle territoriale de ces maisons de services n'est pas identifiée. Elle sera à définir en lien avec les futurs territoires des agences départementales de solidarité.
 - o Ces lieux uniques s'appuieraient également sur les structures en territoire (SAAD, SAVS, SAMSAH, etc.) pour assurer cette mission d'écoute et d'information des usagers (sur le modèle des guichets intégrés MAIA pour les personnes âgées) :
 - Le fait de s'appuyer sur les structures des territoires permet d'assurer une action en proximité. Chaque professionnel en contact avec l'usager est une porte d'entrée dans le réseau, il y a donc une nécessité de formation des professionnels « ensemble » dans une logique de « co-responsabilité ».
 - L'importance du portage d'un discours commun / d'une culture partagée par les différents acteurs (y compris acteurs institutionnels et politiques) est soulignée.
 - Enjeu : maintenir une bonne information de tous les acteurs alors que les cadres d'interventions et les textes réglementaires changent très régulièrement.
 - o A noter : des participants indiquent qu'il serait intéressant de mettre en place des lieux uniques d'écoute, d'accueil et d'information dédiés aux personnes âgées et aux personnes handicapées (l'exemple du Cantal est cité) :
 - Les participants s'interrogent s'il ne serait pas pertinent de confier cette mission aux CLIC pour venir décharger les UTAG. Cette nouvelle mission impliquerait que les 11 CLIC aient un coordonnateur, un agent d'accueil, et un Travailleur social avec un lieu central par territoire et des permanences mensuelles dans certains lieux où le besoin se fait sentir.
 - De même il pourrait être menée une réflexion pour savoir si les CLIC doivent rester sous un statut associatif ou être intégrés complètement à la collectivité territoriale référente.

3.2.2 L'aide au remplissage des dossiers

Constats

Des manques sont identifiés en matière d'aide au remplissage de dossiers de demande d'aide (aides en direction des PA, demandes déposées auprès de la MDPH).

Ainsi, l'aide au remplissage des dossiers APA ne fait pas partie des missions des CCAS et des UTAG.

Les assistants sociaux des UTAG et des agences départementales sont amenés à aider des personnes handicapées à remplir des dossiers de demande auprès de la MDPH. Ces assistants sociaux sont en difficulté pour compléter l'ensemble du dossier. Toutefois, il ne semble pas pertinent de former spécifiquement ces professionnels au remplissage des dossiers de demande MDPH du fait à la fois du faible nombre de dossiers traités par an et du fait du turn-over.

Il est précisé que les établissements et les associations du secteur du handicap aident les personnes handicapées dans le remplissage des dossiers de demande auprès de la MDPH.

Solutions / propositions :

- *Intégrer dans les missions des maisons de services inter partenariales la mission d'aide au remplissage des dossiers de demande.*

3.2.3 Permettre la mise en place d'un accueil de 2nd niveau en direction des PH et des PA : l'aide à la formulation du projet de vie

Constats

Les participants indiquent que l'enjeu dans l'aide à la formulation du projet de vie est d'identifier les besoins de la personne au-delà des demandes qu'elle peut exprimer. Une fois les besoins identifiés, le professionnel peut orienter la personne vers les bons interlocuteurs.

L'aide à la formulation du projet de vie nécessite du temps dont les différents acteurs ne disposent pas toujours (MDPH, UTAG, etc.). Selon certains participants, la MDPH est actuellement sous dotée pour assurer cette aide à la formulation du projet de vie. Il est précisé que les moyens alloués à la MDPH ont augmenté de manière significative depuis 2006. Toutefois, le nombre de demandes a également fortement progressé.

Des associations comme par exemple France Alzheimer, assurent des permanences sur les territoires. Dans le cadre de ces permanences, les usagers sont reçus lors d'entretiens relativement longs (environ 1h) par des personnes formées qui vont les informer et les orienter.

La difficulté est d'organiser une écoute, un accueil et une information de 1^{er} et 2nd niveaux pour les personnes âgées et les personnes handicapées en territoire dans un contexte d'évolution de l'organisation du Conseil départemental (évolution vers une MDA, redéfinition des territoires des agences départementales de solidarité).

Solutions / propositions :

- **Créer des lieux uniques d'écoute, d'accueil et d'information des personnes âgées et des personnes handicapées** qui interviendraient en amont de la formulation du projet de vie et en aval dans sa mise en œuvre.
- **S'appuyer davantage sur les SAVS** dans l'aide à la formulation du projet de vie et l'information des usagers.



3.2.4 Définir les modalités d'accompagnement des situations complexes et/ou critiques des PA et des PH

Constats

Actuellement, il existe différentes instances / dispositifs légaux autour des situations complexes/critiques :

- **La commission des situations critiques de la MDPH :**
 - o Selon la circulaire du 22 novembre 2013 les situations critiques sont des situations :
 - Dont la complexité de la prise en charge génère pour les personnes concernées des ruptures de parcours : des retours en famille non souhaités et non préparés, des exclusions d'établissement, des refus d'admission en établissement,
 - Et dans lesquelles l'intégrité, la sécurité de la personne et/ou de sa famille sont mises en cause/
 Ces deux conditions doivent être réunies pour qualifier les situations critiques.
 - o Dans l'Hérault, une commission adultes et une commission enfants ont été mises en place.
 - Composition de la commission enfants : ARS, Conseil départemental, MDPH, Président de la CDAPH, Education nationale, ASE, DDCS, IME, service social du CHU de Montpellier
 - Composition de la commission adultes : ARS, Conseil départemental, MDPH, Président de la CDAPH, établissements, services sociaux des centres hospitaliers
 - Actuellement, entre 45 et 50 situations font l'objet d'une veille particulière de la part de la commission adultes (toutes ces situations ne sont pas qualifiées de situation critique).
 - o Une personne au sein de la MDPH est dédiée à cette commission ce qui est une vraie force selon les participants.
- **Les gestionnaires de cas MAIA :**
 - o L'annexe 7 du plan des maladies neurodégénératives 2014-2019 définit les critères pour orienter les personnes en gestion de cas. En l'absence de situation médicale aiguë ou de crise, la gestion de cas s'adresse à une personne de 60 ans et plus qui souhaite rester à domicile et dont la situation présente les 3 critères suivants :
 - Situation instable qui compromet le projet de maintien à domicile.
 - Aides et soins insuffisants ou inadaptés.
 - Pas d'entourage proche en mesure de mettre en place et coordonner dans la durée les réponses aux besoins.

Les deux dispositifs présentés ci-dessus répondent à des situations très précises et ne couvrent pas l'ensemble des situations complexes.

Par ailleurs, des instances autour des situations complexes se sont mises en place sur certains territoires :

- A Sète, il existe **une commission** qui associe l'UTAG, le CCAS et le service social du centre hospitalier et qui se réunit autour de situations complexes. La fréquence de réunion de cette commission est définie en fonction du nombre de dossiers à traiter.
- Sur Béziers, une **fiche de concertation pluridisciplinaire** a été mise en place. Les partenaires peuvent transmettre cette fiche à l'UTAG ou la MAIA pour solliciter la rencontre de différents acteurs autour d'une situation.

Ces instances / outils montrent l'importance de l'efficacité du réseau au niveau territorial. Des participants soulignent également l'importance des temps d'échange autour de situations concrètes (et pas uniquement de temps d'information) qui permettent aux acteurs de se connaître et de travailler ensemble.

Les participants indiquent la nécessité de donner une définition partagée d'une situation complexe entre les différents acteurs.

Les situations complexes peuvent concerner des personnes handicapées vieillissantes ou encore des personnes avec des troubles du comportement (qui peuvent mettre en difficulté des équipes de professionnels intervenant en établissement). L'absence d'information sur les places disponibles en établissement (pour personnes âgées et pour personnes handicapées) complexifie l'identification de solution face à ces situations complexes.



D'une manière générale l'augmentation de l'offre d'hébergement et de l'offre de répit permettrait de résoudre des situations complexes.

Dans le cadre de la commission des situations critiques de la MDPH, les solutions identifiées correspondent parfois à la prise en charge de la personne par plusieurs structures (des secteurs sanitaire et médico-social). Dans les CHRS également, les parcours sont parfois travaillés entre plusieurs établissements (ce qui permet de stabiliser la personne et de ménager les équipes).

Les participants indiquent qu'il est important de préparer l'entrée en établissement pour les personnes âgées et les personnes handicapées à domicile pour éviter d'aboutir à des situations critiques. Cette préparation peut se traduire notamment par une séparation progressive entre l'aidant et la personne âgée ou la personne handicapée via des accueils temporaires. La PCH est parfois utilisée pour permettre ces accueils en hébergement temporaire.

Dans le cadre de leurs interventions, les SAAD peuvent être amenés à repérer des situations complexes/critiques. Ils font alors remonter les informations à la MDPH pour les personnes handicapées et aux UTAG ou à la CARSAT pour les personnes âgées. Il apparaît que les procédures de traitement de ces situations « urgentes » par les UTAG ne sont pas bien connues par les SAAD qui ont le sentiment que les délais de réaction par rapport aux situations signalées peuvent être longs.

Les participants identifient les structures/dispositifs suivants permettant l'accueil en urgence de personnes âgées et/ou de personnes handicapées (en dehors des services hospitaliers dans le cadre d'hospitalisation d'urgence) :

- L'EATU (établissement d'accueil temporaire et d'urgence) La maison des sources en Lozère qui accueille des personnes handicapées.
- L'UECO (Unité d'Evaluation de la Crise et d'Orientation) au sein du centre hospitalier de Béziers.
- L'accueil temporaire en famille d'accueil (pour les personnes âgées et les personnes handicapées).

Solutions / propositions :

- **Développer le cumul de prises en charge par différents établissements/services des secteurs sanitaire et médico-social pour des situations complexes**
 - o Les participants précisent que cette réponse n'est pas adaptée à toutes les situations. En effet, certaines personnes (notamment les personnes âgées) sont sensibles au changement d'environnement.
- Mettre en place **une équipe mobile experte** qui pourra intervenir au sein des établissements dans le cadre de situations complexes.
 - o Cette équipe mobile permettrait d'éviter de déplacer l'utilisateur de lieu d'hébergement.
- Permettre **une utilisation plus souple des places en accueil temporaire** (accueil qui ne serait pas conditionné à une orientation de la CDAPH).
- Renforcer la **formation des intervenants à domicile** pour qu'ils puissent **repérer les situations critiques et alerter**.
- **Améliorer la lisibilité** auprès des SAAD sur les procédures concernant le traitement des situations d'urgence signalées aux UTAG.



3.2.5 Renforcer l'articulation des CLIC / UTAG / MAIA / MDPH / CCAS associations intégrant la question du référent de parcours

Constats

Il apparaît que la notion de référent de parcours est importante notamment pour les périodes de transition. Il ne peut pas y avoir un référent de parcours unique, il est nécessaire qu'un relai soit réalisé entre deux référents lors des moments de transition (exemple : articulation entre un SAVS et un gestionnaire de cas MAIA lorsqu'une personne handicapée atteint l'âge de 60 ans et correspond à une situation complexe).

Concernant les personnes handicapées, dans le cadre la mise en place des plans d'accompagnement globaux (PAG) et des groupes opérationnels de synthèse (GOS), un coordinateur de parcours sera identifié. Les textes ne définissent pas quel acteur doit jouer ce rôle de coordinateur de parcours.

D'une manière générale, les participants soulignent la nécessité de maintenir des liens étroits entre les acteurs, de développer les mutualisations entre structures et de travailler à la mise en place d'outils communs (exemple : outils permettant le partage des évaluations).



Groupe de travail n°2 : Comment favoriser le maintien à domicile via une évolution de l'offre et une meilleure articulation des acteurs autour des situations individuelles ?

*Relevé des échanges – réunions du 06/09/2016
et du 16/09/2016*

1. Participants

Nom – prénom	Métier – Structure / Institution / Service	Présence réunion du 06/09/16	Présence réunion du 16/09/16
AUXIETRE Caroline	Chef de service Aide à la personne-CCAS de Sète	X	X
BOURDEL SONIA	Responsable adjointe du service social régional-CARSAT LR	X	Excusée
LAMBOTTE Anne	Directeur-SAVS Lis Aureto (PH)	X	X
CORTES Alexandra	Responsable de service SAMSAH-GIHP-LR (PH)	X	X
FERRANDIS Thierry	Directeur-WeDom Services (SAAD)	Excusé	X
CLERGET Isabelle	DIRECTRICE-ASEI FOYER FRESCATIS (PH)	X	X
LAURES Alberte	Pilote MAIA-C.H. Clermont L'Hérault	X	X
SAVINO FREDERIQUE	Adjointe de direction-APF (PH)	X	X
PEZET VALERIE	DIRECTRICE-CLERMONT SOLEIL (SAAD)	X	Excusée
CALAS Christelle	Directrice développement-ADMR (SAAD)	X	X
LEENHARDT Guillaume	Gérant-A VOS COTES (SAAD)	X	X
LARROCHE Robert	vice-président-UNA34 (SAAD)	X	X
PETIT Pierre	Directeur-SAMSAH FAF-LR (PH)	X	Excusé
RIGAUD Sophie	Directrice adjointe – SAMSAH FAF – LR (PH)	X	X
CLERGET François	Directeur Général-AD PEP34 (PH)	X	X
PUJANTE Eric	directeur-savs airis (PH)	X	X
TOMAS MICHELE	DELEGUEE-SYNERPA (PA)	X	x
COUTEAUX-CORTEN Elsa	Secrétaire-UNAFAM	X	X
PRATICO Jean-Michel	Médecin Coordonnateur-Conseil Ordre des médecins	X	X
SOUA Baya	Directrice-ADAGES_FAM FONTAINES D'O (PH)	X	X
ARINERO Brigitte	DA - Chef de service-RDUTAG/UTAG - Conseil départemental	X	X
PARAMO M. Jeanne	DC - BUDGET ET GESTION DES DROITS – Conseil départemental (PH)	Excusée	X
ETIENNE Sabine	DOMS Chargé suivi PA-SPEC – Conseil départemental	X	X

FOURCADE Sophie	DOMS - Référent SAAD EHPAD privés-SGE – Conseil départemental	X	X
HUBERT Marlène	Cekoïa conseil	X	Excusée
ASSALIT Cécile	CARSAT	-	X
LARBOULETTE-NIGEN Eva	Présence verte services	Excusée	X
CAMPAS Chrystelle	Cekoïa conseil	X	X

2. Programme de travail prévu pour les 2 réunions

- Renforcer la coordination autour du maintien à domicile
- Préciser le périmètre d'intervention et l'articulation des acteurs permettant un maintien à domicile (SAVS / SAMSAH, SSIAD, SAAD, SPASAD, professionnels de santé libéraux)
- Renforcer la qualité des interventions à domicile / la professionnalisation des intervenants
- Identifier des solutions par rapport à la problématique des interventions de nuit au domicile
- Renforcer le repérage des personnes âgées ou handicapées isolées / des PH accompagnées par leurs parents âgés
- Renforcer la politique de prévention / Développer le repérage des aidants

3. Déroulement des réunions du 06 et du 16 septembre 2016

3.1 Attentes des participants quant au groupe de travail (tour de table)

Les participants ont exprimé les attentes suivantes / identifié les enjeux suivants :

Coordination / articulation :

- Permettre un maintien le plus longtemps à domicile en dépassant les difficultés de coordination.
- Renforcer la coordination des acteurs, définir les rôles et fonctions de chaque intervenant.
- Améliorer la coordination / Mieux définir le périmètre d'intervention des uns et des autres et le faire connaître aux différents acteurs.
- Faire en sorte que la coordination ne repose pas sur la seule volonté de professionnels / Inscrire la coordination de manière systématique dans les démarches d'accompagnement.
- Mener une réflexion sur l'articulation entre les dispositifs pour personnes âgées et pour personnes handicapées.
- Travailler sur l'articulation entre les acteurs (y compris avec les plateformes de services, les établissements, etc.) pour permettre le maintien à domicile.
- Travailler sur la coordination entre les SAAD (services d'aide à domicile) et les acteurs du secteur du handicap.
- Améliorer la coordination autour des sorties d'hospitalisation, dans le cadre de la mise en place d'aides temporaires (par les services de la CARSAT) et dans le cadre de l'aide aux aidants. De même, il peut arriver qu'en dernier recours le Conseil départemental soit amené à intervenir seul quand aucun acteur n'est en mesure d'accompagner l'usager au moment de la sortie d'hospitalisation.
- Permettre une meilleure anticipation des entrées en EHPAD.
- Améliorer la coordination pour prévenir les risques d'hospitalisation.
- Améliorer l'articulation avec les professionnels de santé libéraux.

Repérage / prévention :

- Améliorer le repérage des personnes âgées et des personnes handicapées isolées tant en zone urbaine que rurale / Arriver à sensibiliser les publics isolés.



- Développer la prévention d'une manière générale et plus particulièrement en direction des personnes âgées et des personnes handicapées isolées / Déterminer des priorités dans la politique de prévention.
- Articuler les actions de prévention « médico-sociales » et les actions de prévention « santé ».
- Identifier pour les acteurs comme la CARSAT comment mieux s'appuyer sur les partenaires locaux pour améliorer le repérage.
- Arriver à repérer davantage des personnes âgées isolées qui nécessiteraient un accompagnement mais méconnus des services du Conseil départemental.

Aidants :

- Soulager les aidants familiaux / Renforcer la qualification des aidants.
- Intégrer dans les réflexions le référentiel d'évaluation des aidants en cours d'élaboration par la CNSA (issu de la loi ASV).

Professionalisation/formation des intervenants :

- Renforcer la professionnalisation des acteurs du secteur / Intégrer dans les réflexions les problématiques liées au recrutement des intervenants à domicile.
- Revaloriser les salaires.
- Donner des perspectives d'évolution de carrière.
- Améliorer l'image du métier d'aide à domicile.
- Travailler autour des difficultés pour les professionnels des services d'aide à domicile à accompagner certains publics (personnes handicapées psychiques).

Autres attentes :

- Identifier l'impact du schéma sur les modalités de tarification des services d'aide à domicile.
- Alimenter les réflexions du groupe via la présentation de modes d'organisation qui fonctionnent bien sur certains territoires (exemples : la coordination entre les acteurs sur le territoire de Sète, le repérage des personnes âgées isolées sur Béziers, etc.).
- Améliorer l'accompagnement à domicile des personnes handicapées psychiques qui n'est actuellement pas satisfaisant du fait de plusieurs constats :
 - o l'accompagnement par les SAVS est insuffisant pour permettre un maintien à domicile dans de bonnes conditions.
 - o les heures d'aide humaine attribuées sont insuffisantes car la grille actuelle d'évaluation n'est pas adaptée aux personnes handicapées psychiques.
- Mener une réflexion sur l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes à domicile (personnes déficientes intellectuelles, personnes handicapées psychiques, etc.).
- Intégrer dans les réflexions les problématiques spécifiques de certains territoires ruraux étendus avec des populations isolées / de certains territoires où des manques au niveau de l'offre de service (SAVS, SSIAD) sont identifiés.
- Résoudre les problématiques autour des interventions de nuit.

Autres remarques :

- Un cahier de liaison a été expérimenté sur le bassin biterrois mais cela n'a pas fonctionné (cet outil était piloté par le médecin généraliste).
- Des travaux autour de l'élaboration d'une charte de coordination des services d'aide à domicile intervenant auprès des personnes âgées et des personnes handicapées ont été amorcés (étude CREAL novembre 2015 dans le cadre de la convention CD34-CNSA) mais n'ont pas encore été mis en œuvre par les acteurs locaux.



3.2 Réflexions et pistes d'action proposées

3.2.1 Préciser le périmètre d'intervention et l'articulation des acteurs permettant un maintien à domicile (SAVS / SAMSAH, SSIAD, SAAD, SPASAD, professionnels de santé libéraux)

Constats

Un cahier des charges des missions, du fonctionnement et de l'organisation des SAVS et des SAMSAH du Département de l'Hérault a été élaboré en mars 2014. Ce cahier des charges réaffirme le rôle de coordinateur des SAVS et des SAMSAH dans le cadre des accompagnements qu'ils réalisent. Toutefois, le cahier des charges et ce rôle de coordinateur des SAVS et SAMSAH sont méconnus des autres acteurs. Les participants s'interrogent sur le caractère opposable que peut avoir le cahier des charges notamment par rapport aux professionnels de santé libéraux.

(NDLR : l'objectif n'est pas une opposabilité qui n'existe pas juridiquement et envers aucun acteur mais une mise en cohérence des actions par l'acteur repéré dans le CASF sur ce rôle « global » autour de la PH, et repéré par les autorités CD34 et ARS comme le plus pertinent).

Sur le secteur des personnes âgées, les MAIA assurent une animation du réseau de partenaires (qui facilite la connaissance entre les acteurs). Elles ont également créé des fiches descriptives des acteurs qui permettent de bien identifier les missions et le rôle de chacun. Il n'existe pas d'acteur de ce type sur le secteur du handicap.

Les participants indiquent qu'il existe actuellement une bonne coordination entre les acteurs autour des situations individuelles. Les acteurs se réunissent autour des situations qui le nécessitent et trouvent des solutions.

Il est important de poursuivre ce mouvement de concertation entre les acteurs en favorisant les réunions et les temps d'échange à l'échelle départementale. Ceci doit s'inscrire dans la durée et ne pas relever d'actions ponctuelles.

L'UNA a organisé en février 2016 une réunion de rencontre avec des associations du secteur PH qui a permis aux acteurs de se rencontrer. Des réunions de ce type doivent être répétées pour les secteurs PA et PH avec la possibilité de mettre en place des rencontres mixtes. De même, certains CLIC organisent des réunions interprofessionnelles locales.

Les textes sont clairs sur le périmètre d'intervention des différents acteurs mais il peut exister une méconnaissance de la part de professionnels sur les actes qu'ils peuvent réaliser ou non. Parfois, des glissements de tâche peuvent exister entre les IDE et les intervenants à domicile (par exemple la réalisation de toilettes). Selon les participants, les périmètres d'intervention des SAAD, des SSIAD et des IDE sont bien définis à ce jour. Toutefois, il est nécessaire de rappeler ce périmètre aux différents professionnels.

Solutions / propositions :

- **Diffuser des documents de communication** (livret de la MDPH, cahier des charges des SAVS / SAMSAH) aux différents acteurs intervenant dans le cadre du maintien à domicile.
- Mettre en place des **réunions d'information en direction des partenaires** (notamment les services d'aides à domicile) organisées par le Conseil départemental.
- Mettre en place **des réunions / des temps d'échange à l'échelle territoriale** pour permettre aux acteurs de se connaître et d'identifier leurs contraintes respectives dans leurs modalités d'intervention :
 - o Le Conseil départemental pourrait avoir un rôle à jouer pour lancer cette dynamique.
 - o Les participants soulignent l'importance de la régularité des rencontres (sans pour autant trop les multiplier).
 - o Selon des participants ces temps d'échange doivent être organisés autour de situations individuelles.
 - o Il est précisé qu'il est important de positionner l'usager au centre du dispositif.
- Affirmer **le rôle de coordinateur des SAVS et SAMSAH** autour des situations individuelles auprès de l'ensemble des acteurs qui interviennent au domicile des PH.
- **Associer des acteurs du secteur du handicap aux temps d'animation du réseau organisés par les MAIA** notamment par rapport à l'accompagnement des PHV à domicile.

- **Elaborer et diffuser un référentiel qui présente les missions et le périmètre d'intervention des différents acteurs** intervenant à domicile.
 - o Ce référentiel serait annexé aux plans d'aide APA et PCH.
 - o Il serait également diffusé aux différents acteurs via les encadrants (des SAAD, SSIAD, SAVS, SAMSAH, etc.) et via les représentants professionnels (ordres, URPS, etc.).

3.2.2 La perception du rôle des services d'aide à domicile par les usagers et les professionnels

Constats :

Il apparaît que les usagers identifient souvent les SAAD uniquement sur le volet de la réalisation de tâches ménagères. Les participants soulignent que les intervenants eux-mêmes peuvent avoir cette perception de leur rôle. Or, les SAAD jouent un rôle important au niveau de l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées (accompagnement dans des sorties, actions autour de la préservation du lien social, mise en place d'activités stimulantes, etc.). (NDLR : Les SAAD sont aussi un acteur très pertinent en matière de repérage des difficultés et de l'isolement des usagers et de prévention, cf. étude CREAL.)

L'intervention principalement autour de tâches ménagères peut être du fait d'une demande de l'utilisateur ou de la famille (qui peuvent se tourner vers un autre SAAD en cas de refus).

Un enjeu fort est identifié autour de la nécessité de revaloriser le métier d'intervenant à domicile. Il est précisé que cette revalorisation passe par la formation des professionnels, un recrutement plus adapté, la valorisation de la rémunération, la possibilité de perspectives professionnelles et de mobilité – cf. § 3.1.3).

Le plan d'aide APA précise de manière détaillée comment doivent être utilisées les heures allouées. Le plan d'aide est donc un support aidant pour les intervenants pour justifier leur mode d'intervention. En cas de difficultés importantes dans la mise en œuvre du plan d'aide, les SAAD ont la possibilité de solliciter les UTAG pour mettre en place une concertation avec l'utilisateur.

En revanche, les SAAD n'ont pas accès aux plans d'aide détaillés de la PCH. Par ailleurs, la MDPH peut jouer un rôle de médiateur en cas de difficultés dans la mise en œuvre des plans d'aide PCH, toutefois ce rôle reste à renforcer selon les participants.

Il est précisé que les SAAD sont sollicités pour la réalisation de tâche ménagère (dans le cadre de l'APA ou de la PCH) car certains usagers ne peuvent pas bénéficier de l'aide-ménagère (qui est une aide sociale) mais ils n'ont pas non plus les moyens de financer des heures de ménage. Il est rappelé que selon la réglementation, la PCH ne peut pas être utilisée pour la réalisation de tâches ménagères.

Les participants indiquent qu'il est important pour les SAAD de garder des marges de manœuvre dans les modalités de mise en œuvre des plans d'aide, notamment pour qu'ils puissent s'adapter aux évolutions des besoins de l'utilisateur.

Solutions / propositions :

- **Sensibiliser davantage les intervenants à domicile sur leur rôle** via les encadrants des SAAD.
- **Faire évoluer la présentation des plans d'aide PCH** transmis aux usagers et aux SAAD :
 - o Apporter des éléments de précision sur les plans d'aide PCH (détailler notamment à quoi doivent être utilisées les heures).
 - o Ajouter une mention sur le plan d'aide comme quoi la PCH ne peut pas être utilisée pour la réalisation de tâches ménagères.
- **Renforcer le rôle de médiateur de la MDPH** en cas de difficultés de mise en place de plans d'aide PCH (notamment sur les modalités d'utilisation des heures allouées).
- **Rajouter des heures d'aide-ménagère dans les plans d'aide PCH comme cela se fait dans d'autres Départements :**
 - o Eventuellement, réaliser ces heures sur des temps de surveillance où l'intervenant est moins sollicité / mobilisé.

3.2.3 Renforcer la qualité des interventions à domicile / la professionnalisation des intervenants



Constats :

Un groupement d'employeur pour la qualification (GEIQ) des aides à domicile a été créé sur le département de l'Hérault. Ce groupement regroupe une dizaine d'associations du secteur de l'aide à domicile. Il a pour objectif de professionnaliser davantage les aides à domicile et d'avoir une réactivité plus importante.

Les participants indiquent que les conditions d'intervention peuvent avoir un impact sur la qualité des interventions. Ainsi, les interventions de très courtes durées / le morcellement des interventions peuvent entraîner la réalisation d'interventions de moins bonne qualité, entraîner des déplacements plus importants, un épuisement des professionnels, etc.

Par ailleurs, certaines situations de précarité peuvent justifier au préalable une intervention d'autres intervenants (société de nettoyage, etc.). Or ces situations nécessitent souvent des interventions dans un contexte d'urgence. Sur le secteur des personnes âgées, les services se tournent vers les UTAG pour trouver des solutions. En revanche sur le secteur des personnes handicapées, les participants ne savent pas vers quel acteur se tourner.

Les participants soulignent que le métier d'aide à domicile comprend des contraintes fortes (horaires, travail le weekend) avec en parallèle un faible salaire et de faibles perspectives d'évolutions professionnelles.

Le pôle ressource Handéo favorise la formation des aides à domicile autour du handicap et la coordination entre les acteurs. Toutefois, la pérennité de ce pôle ressource est actuellement compromise du fait de difficultés financières.

Parmi les participants, des ESA (équipe spécialisée Alzheimer) proposent des informations à destination des SAAD. Des SAVS réalisent également des journées d'information et de formation auprès des SAAD.

Solutions / propositions :

- **Assurer la pérennité du Pôle ressource Handéo** via un soutien du Conseil départemental et de l'ARS.
- **Favoriser la mobilité pour les aides à domicile** / Développer les passerelles inter-métiers / inter-établissements et services.
- Mener des campagnes à l'initiative du Conseil départemental pour **valoriser le métier d'aide à domicile** :
 - o Communiquer notamment sur le fait que ce métier n'est pas exclusivement féminin.
- **Sensibiliser des acteurs tels que Pôle Emploi** sur les réalités du métier d'aide à domicile et donc sur les caractéristiques des profils recherchés dans le cadre de recrutement.
- Développer **les formations/informations** (par les SAVS et les ESA) à destination des SAAD.
- **Identifier les possibilités d'adapter la tarification des heures d'APA en fonction du GIR de l'utilisateur** (tarification plus élevée pour les GIR 1-2) :
 - o Cela permettrait ensuite d'attribuer du personnel plus qualifié pour les interventions les plus lourdes.

Autre remarque :

Il serait intéressant de créer des SPASAD en s'appuyant sur les SAAD et les IDE présents sur le territoire d'intervention. Cela favoriserait la coordination entre ces acteurs.

Le département rappelle qu'un SPASAD ne peut réglementairement exister qu'entre un SAAD autorisé par le Président du CD34 et un SSIAD autorisé par l'ARS LRMP. Ce qui n'empêche la formalisation de partenariats entre un SAAD et des professionnels IDE libéraux.



3.2.4 Renforcer la coordination autour du maintien à domicile

Constats :

Sur le secteur de Béziers une coordination s'est organisée pilotée par un médecin qui, avec des partenaires du territoire, a créé un cahier de liaison pour l'utilisateur à destination de tous les professionnels intervenants à domicile (infirmiers, aide à domicile, etc.).

Ce type d'outil permet d'avoir un suivi clair du parcours de la personne et notamment d'éviter une hospitalisation parfois inutile en intervenant en amont. Cet outil facilite également les sorties d'hospitalisation. Mais cette expérimentation n'a pas été pérennisée du fait du manque d'implication d'autres médecins qui identifiaient le fait de compléter le cahier de liaison comme une charge de travail supplémentaire, qui évoquaient des limites posées par le secret médical, etc.

Le groupe note globalement la difficulté à travailler avec les médecins libéraux du fait d'une volonté de ces professionnels de garder une pleine autonomie et indépendance dans leurs actions. Cette difficulté est identifiée avec tous les professionnels de santé libéraux en général, que ce soit les médecins, kinésithérapeutes ou les infirmiers.

Par ailleurs, il est relevé que la densité de professionnels de santé libéraux est élevée dans le département. C'est notamment le cas des infirmiers. Or, cette densité d'infirmiers libéraux vient limiter la création de SSIAD ce qui contraint de facto la mise en place de SPASAD (qui réglementairement sont constitués par des SAAD et des SSIAD).

Il est également évoqué la question des réunions de coordination où les différents acteurs intervenant à domicile sont conviés dont les professionnels des SAAD. Or, les heures de présence des aides à domicile lors de la tenue de ces réunions ne sont pas rémunérées car elles ne sont pas comprises dans les plans d'aide. De ce fait, certains professionnels ne participent pas à ces réunions de coordination (ou bien ce sont les responsables des SAAD qui participent).

La question de l'organisation de la coordination des actions des différents acteurs se pose particulièrement lorsqu'il n'y a pas de service d'accompagnement (SAVS, SAMSAH, SSIAD) qui intervient auprès de la personne. L'enjeu est d'identifier un coordonnateur autour de chaque situation.

Il est précisé que lorsqu'un plan d'aide APA est mis en œuvre, l'UTAG peut être sollicité si un problème de coordination entre les acteurs est identifié. Il ne s'agit cependant que d'une intervention ponctuelle et limitée à la situation.

Solutions / propositions :

- **Réaliser un inventaire des outils existants** en matière de coordination des acteurs intervenant à domicile et à partir des outils existants créer un outil unique partagé et co-construit à destination de tous les professionnels
 - o Travailler à la création d'un outil dématérialisé et définir des droits d'accès adaptés selon les acteurs
- Favoriser la création de groupement de coopération associant des professionnels de santé libéraux et des services intervenant à domicile
 - o Les services pourraient apporter des fonctions support (exemple : fonctions administratives) aux professionnels de santé libéraux qui en contrepartie s'inscriraient dans la coopération avec les autres acteurs.
- **Sensibiliser** les professionnels de santé libéraux à la nécessité de s'inscrire dans la coordination via les ordres et syndicats professionnels / via des sensibilisations dans le cadre des formations initiales (écoles d'infirmières, etc.)
- **Intégrer le financement de temps de coordination** dans les plans d'aides (APA, PCH)
 - o Ce temps de coordination correspondrait à des temps de réunion mais également à des temps d'organisation de la coordination autour de la personne
- Prendre en compte les infirmiers libéraux dans la mise en place des SPASAD
 - o Point de vigilance : Question **réglementaire de la constitution des SPASAD**

3.2.5 Identifier des solutions par rapport à la problématique des interventions de nuit au domicile

Constat :

Parmi les participants, peu réalisent des gardes de nuit à domicile. En effet, les freins suivants sont identifiés :

- Le coût financier d'un tel dispositif pour l'usager.
 - o Un SAAD fait part d'une situation où le montant mensuel à charge de l'usager était d'environ 8 000 à 9 000 euros.
- Les dispositions du droit du travail qui sont très contraignantes : toutes les heures d'interventions même la nuit doivent être facturées à taux plein.
- L'organisation / la gestion des interventions de nuit ou des gardes itinérantes de nuit qui sont complexes (organisation d'astreintes, etc.).
- La problématique de la tarification unique alors que les salaires des professionnels sont majorés après 22H (heures de nuit).
- Les difficultés à recruter des professionnels motivés par ce type de mission.

Le GIHP a mis en place un service de ronde de nuit/garde de nuit itinérante avec un numéro de téléphone permettant de joindre un professionnel qui sillonne la métropole pendant la nuit. Il s'agit d'interventions ponctuelles et courtes et non d'une présence continue. A Sète, le Relais familial organise des gardes itinérantes. Toutefois ces dispositifs sont uniquement mis en place dans des zones urbaines et très peu en zones rurales.

Finalement, il est posé la question du besoin d'un tel service et de la pertinence à ce qu'il soit porté par un seul SAAD. Le coût de la mise en place pour un nombre restreint d'usager dans les conditions actuelles est un risque financier pour le SAAD qui le porte.

Des avantages sont néanmoins identifiés : un tel service permettrait, même avec des interventions seulement ponctuelles, de maintenir certaines personnes à domicile.

Solutions / propositions :

- Réaliser une véritable **analyse des besoins et de la demande en garde de nuit** dans le département
- Travailler à une **double tarification** qui distinguerait les heures de journées et les heures de travail de nuit.
 - o Point de vigilance : cadre réglementaire qui entoure le travail de nuit
- Mettre en place un groupement d'employeurs de type GEIQ pour des **réponses mutualisées entre plusieurs SAAD**
 - o Cela permettrait :
 - D'optimiser les temps de trajet par territoire
 - De partager le risque financier entre les opérateurs
- Travailler à la mise en place « d'un accueil de nuit » en structure (EHPAD, centre de soins) :
 - o Cela permettrait :
 - un repos des aidants naturel
 - d'éviter les astreintes itinérantes



3.2.6 Renforcer le repérage des personnes âgées ou handicapées isolées / des PH accompagnées par leurs parents âgés

Constats :

Depuis 2003, les municipalités doivent tenir un registre recensant les personnes isolées vulnérables pour lesquelles une vigilance accrue est nécessaire. Cette vigilance s'applique notamment en période de forte chaleur avec le plan Bleu. Pour autant, il s'agit d'une inscription volontaire et l'usager est libre de se faire, ou non, connaître de la mairie. Or, certaines personnes très isolées ne font pas cette démarche, le voisinage joue alors un rôle très important dans la détection de situations à risque. En ville, les risques d'isolement sont encore plus forts qu'en zone rurale. Les services publics (hôpitaux, pompiers, etc.) jouent également un rôle de donneur d'alerte. Il apparaît que les situations d'isolement sont souvent identifiées dans le cadre d'urgences / lors d'hospitalisations.

La CARSAT expérimente depuis 2014 le repérage et l'orientation des personnes potentiellement en difficulté par le biais de requêtes réalisées sur des critères de fragilité. L'institut Régional du vieillissement, animé par la CARSAT Languedoc Roussillon, aborde ce sujet selon une approche nouvelle. Elle s'appuie sur des dispositifs intégrés modélisant un parcours attentionné auprès des seniors repérés en risque de fragilité en santé sociale. Après la phase de repérage, les seniors concernés sont reçus par un gestionnaire de parcours en prévention qui dans le cadre d'un guichet concerté, les conseille et oriente vers les services les plus adaptés (accès aux droits et aux soins, prévention santé, action sociale).

Il se pose comme limite la nécessité de ne pas être perçu comme intrusif dans la vie de la personne. Certains usagers souhaitent maintenir leur situation et sont en droit de refuser les services qui leur sont proposés.

Le groupe note finalement l'importance que tous les acteurs au contact de l'usager aient ce rôle de veille et de repérage des situations à risques.

Il existe un besoin d'information des professionnels sur les parcours et interlocuteurs possibles suite à un repérage. De même les situations rencontrées nécessitent souvent des réponses multi-facteurs, il est donc important de concevoir des parcours mixtes (suivi psychologique et social) et des outils de référence communs.

A noter : sur le territoire de l'Est Héraultais, un service expérimental « **PFS 34** » va se mettre en place, ce service composé de 2 ergothérapeutes rattachés à des SSIAD du territoire aura pour mission d'intervenir auprès de personnes âgées et/ou de leurs aidants repérés comme « fragile ». Ce service pourra être sollicité par des professionnels de SAAD, de SSIAD, les médecins traitants, les CCAS etc.

Les participants soulignent que l'amélioration du repérage peut entraîner une montée en charge sur les différents dispositifs auxquels les acteurs devront faire face.

Solutions / propositions :

- Intégrer l'ensemble des professionnels dans le dispositif de repérage
 - o Les **SAAD** doivent intégrer dans leurs missions une **fonction de veille** sur leur territoire
- Communiquer largement sur les numéros d'alerte
- Travailler à la **centralisation, et à un circuit des remontées de terrain au niveau du Conseil départemental** : à l'image de ce qui peut se faire au niveau des signalements de maltraitance
- Adapter et développer l'usage de la grille d'évaluation ANESM de repérage des fragilités mise en place originellement pour les PA et les aidants
- Identifier les possibilités de dupliquer PFS 34 sur de nouveaux territoires et de l'ouvrir aux personnes handicapées
 - o Se baser sur les résultats de l'expérimentation pour identifier la pertinence de dupliquer le dispositif

3.2.7 Renforcer la politique de prévention / Développer le repérage des aidants

Constats :

Lorsque les aidants acceptent ou demandent à se faire accompagner, il s'agit d'une situation qui implique une réponse rapide. En effet, généralement ces demandes arrivent quand l'aidant est « à bout de souffle » et a besoin d'une assistance rapide.

Aujourd'hui des initiatives commencent à intégrer les aidants dans les processus de suivi, ainsi ils peuvent se faire enregistrer comme tels dans les dossiers APA et de même pour les caisses de retraites.

La CARSAT peut également être amenée à intervenir, mais seulement dans le cadre d'actions particulières, sur la demande de l'aidant ou le signalement d'un partenaire.

La difficulté au niveau de l'aide aux aidants est d'identifier l'offre de répit disponible (hébergement temporaire, accueil de jour, etc.). Un manque de ce type de places sur l'ouest héraultais est constaté.

En matière de prévention en général, le groupe relève la nécessité de coordonner et de mieux faire connaître les acteurs qui peuvent intervenir sur ce champ. Il est également important de renforcer la communication, l'information sur les actions existantes auprès des usagers.

Des Ateliers santé avaient été mis en place mais n'existent plus faute de financement.

Le dispositif APIBus est développé sur un territoire. Un bus se déplace dans les communes pour mener des actions de prévention en direction des personnes âgées. Le bus contient des places pour véhiculer les personnes. Les actions de préventions sont mises en place en lien avec les communes.

Un participant indique que des services d'aide à la mobilité existent sur certains territoires et peuvent permettre à des PA ou des PH d'accéder à des actions de prévention.

Des services comme le service de réadaptation fonctionnelle porté par Présence verte service ou encore l'Etape à Lattes participent également à la prévention.

Il est rappelé que cet enjeu de la prévention et de l'aide aux aidants est au cœur de la nouvelle loi ASV et du rôle de la CFPPA.

Solutions / propositions :

- **Développer les accueils de jour** qui viennent soulager les aidants et peuvent préparer une transition vers un hébergement permanent.
- Développer les initiatives de type APIBus et développer les actions de prévention en direction des PA et des PH (en lien avec les CLIC)
 - Assurer une communication sur ce dispositif auprès des acteurs publics, privés, des particuliers.
- Rationnaliser les actions et **favoriser le travail entre plusieurs acteurs** pour avoir une cohérence d'ensemble.
- Former les acteurs intervenant à domicile pour qu'ils intègrent dans le cadre de leurs interventions un volet prévention.
- Mise en œuvre des compétences de la CFPPA conformément aux orientations législatives



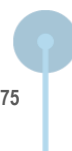
Groupe de travail n°3 : Quelle évolution de l'offre et des dispositifs PA et PH pour répondre aux besoins ?

*Relevé des échanges – réunions du 08/09/2016
et du 19/09/2016*

1. Participants

Nom – prénom	Métier – Structure / Institution / Service	Présence réunion du jeudi 8 septembre	Présence réunion du lundi 19 septembre
BALP Corine	Directrice-Accueil de Jour Thérapeutique Alzheimer Ciel Bleu (PA)	X	X
BENBOUABID Isabelle	Cadre socio-éducatif – CH de BEZIERS (PA)	X	Excusée
BENCHEDA Habib	Directeur-ADAGES_MAS FONTCOLOMBE (PH)	X	X
BLINEAU Nicolas	Directeur Adjoint-URIOPSS	X	Excusé
BRETTON Françoise	Directrice DEPA - Ccas de Montpellier (PA)	X	X
CAUSSE Philippe	Directeur-APSH34 (PH)	X	Excusé
CEYSSON Didier	Directeur général-APEAI Ouest Hérault (PH)	X	X
DAMEROSE Sébastien	Directeur -Thierry Albouy (PH)	X	X
DE TOURDONNET Hélène	adjointe de direction-Pôle Adultes APF Montpellier (PH)	X	X
DHIVERT Frédéric DOMS	Chef de service-SPEC - Conseil départemental	X	X
DUMAS Michel	Directeur-APSH34 (PH)	X	X
FARINAU Laure	APSH 34 Chef de service (PH)		X
GARCIA Jean-Claude	Directeur-AAMD (PA PH)	X	X
GIROFLIER Corinne	Directrice-EHPAD (PA)	X	X
BILHAC Magalie	Directrice EHPAD Gignac AD PA / GEPA34 (PA)	Excusée	X

HAIE Najate	Coordinatrice CLIC - Utag Est H. - Conseil départemental (PA)	Excusée	X
HUTTNER Anaïs (remplacée par GRAFF Morgane à la 2 ^{ème} séance)	Responsable Agence-Présence Verte Services (SAAD) (PA PH)	X	X
KLEIN Guillaume ou GELINOTTE Laurence	IAS secteur PH-ARS LRMP DD34	X	Excusés
LEBORGNE Vincent DOMS	Chef de service-SGE - Conseil départemental (PA PH)	X	X
LOURIAC Sylvie	Directrice générale-Fédération ADMR (SAAD) (PA PH)	X	X
MARTIN François	Directeur-FAM Le Guilhem (PH)	X	X
MAVIEL Nicole DA	Chef de service-Gestion des droits - Conseil départemental (PA)	X	X
MENU Sophie	Référent de Parcours-Equipe Relais Handicaps Rares (PA PH)	X	X
VACTER Nicole PAC	Référent accueil familial adulte-SAFPM – Conseil départemental (PA PH)	X	X
NOGUIER Nicolas	ARS DD34 Inspecteur personnes âgées (PA)	Excusé	X
PONCE Eric	Directeur (Représentant FHF)-EHPAD Jean Péridier (au titre de la FHF) (PA)	Excusé	X
RAYNAUD Pierre	CD34 DGA SD / PAC, Directeur PAC	Excusé	X
RAYNAL Florence MDPH	Coordonnatrice-Direction - MDPH (PH)	X	X
RIVET Sylvie DOMS	Référent EHPAD privé non lucratif-SGE - Conseil départemental (PA)	X	X
ROCHE Jocelyne	Présidente -CLCPH (PH)	X	X
RUL Magali	Directrice-Ehpad (PA)	X	X
SARAGOZA Nathalie DA	Chef de service- Budget et Contrôle - Conseil départemental (PA)	X	X
VENGER Elodie	Directrice déléguée -EHPAD Lou Redoundel (PA)	Excusée	X



2. Programme de travail prévu pour les 2 réunions

- Définir les modalités de développement des accueils de courte durée en établissement (AJ, HT, accueil d'urgence)
- Développer des dispositifs de soutien au répit des aidants
- Définir les dispositifs intermédiaires à développer entre le domicile et l'établissement (ex : résidences autonomie, habitats regroupés, petites unités de vie)
- Actualiser la politique départementale en accueil familial
- Favoriser le décroisement entre service intervenant à domicile/accueil familial/établissement
- Améliorer les articulations entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social
- Développer la souplesse pour permettre facilement le passage d'un dispositif à un autre
- Développer la démarche qualité au sein des structures (notamment la question de la consolidation autour des évaluations externes)
- Définir les modalités de transition des dispositifs pour adultes handicapés vers les dispositifs pour PHV
- Définir les modalités d'évolution de l'offre pour les PHV (diversification de l'offre : habitats regroupés, transformation de FH, etc.)

3. Déroulement des réunions du 08 et du 19 septembre 2016

3.1 Attentes des participants quant au groupe de travail (tour de table)

Les participants ont exprimé les attentes suivantes / identifié les enjeux suivants :

Souplesse

- Faire sauter la barrière administrative entre les statuts.
- Développer la souplesse, la fluidité entre les dispositifs
- Faire preuve de créativité en partenariat avec les services du Département dans un contexte contraint par la réglementation.
- Constituer un réseau, faciliter les coopérations entre les acteurs.
- Construire des relations entre les secteurs sanitaire et médico-social (*ils sont inexistantes*).
- Créer du réseau autour du maintien à domicile des personnes handicapées, notamment pour les personnes vivant avec une maladie psychique.
- Favoriser les liens entre les services d'aide à domicile et le secteur sanitaire. A leur sortie d'hospitalisation, des personnes âgées vont directement en EHPAD sans passer par le domicile ce qui peut être dur à vivre pour elles. Il faut améliorer la transition hospitalisation/entrée en établissement par de l'information, par une formation des travailleurs.

Hébergement en établissement et modalités d'accompagnement

- Favoriser le maintien à domicile et le répit des aidants
- Développer les accueils de jour et hébergements temporaires pour les personnes de moins de 60 ans
- Améliorer la transition des IME vers les ESAT et vers les structures pour adulte en général
A noter : Ce point est traité de manière spécifique dans le cadre du groupe n°5.
- Trouver des solutions pour les personnes en fin de parcours en ESAT car elles n'ont plus de perspective
- Pour les personnes en situation de handicap psychique, aborder le développement des structures d'aval pour éviter des prises en charge longues en secteur hospitalier
- Souvent, les personnes sont prises en charge au sein d'un seul établissement. Il faut réfléchir à de nouvelles formes de structures, s'inspirer de l'étranger. / Favoriser l'inclusion sociale : créer des structures intégrées dans l'environnement.



- L'EHPAD n'est pas adapté aux personnes âgées de moins de 60 ans. La moyenne d'âge est proche de 85 ans. Les personnes âgées de 60 ans sont déstabilisées car l'offre de prise en charge des EHPAD n'est pas adaptée (décalage d'âge).
- Certaines personnes handicapées n'ont pas d'alternative en termes d'hébergement. Il faut des foyers de vie pour accompagner une tranche d'âge pour lesquelles l'EHPAD n'est pas adapté. Des personnes handicapées vieillissantes ont un volume d'heures d'intervention à domicile très important parce qu'il n'y a pas de place en établissement spécialisé, et les EHPAD ne seraient pas adaptés dans la configuration actuelle des EHPAD.

Personnes handicapées vieillissantes

- Les personnes handicapées vieillissantes sont parfois accueillies en EHPAD sans que leur accueil soit reconnu en unité spécialisée « personnes handicapées vieillissantes ». La seule reconnaissance est celle qui existe *via* le Pathos (reconnaissance par l'ARS et non par le Conseil départemental). Une personne handicapée vieillissante issue d'un lieu d'accueil spécialisé a du mal à s'adapter dans la structure car elle est avec des personnes très âgées. Il faut plus de souplesse. Il faut adapter les dispositifs pour aider les établissements à mieux accueillir.
- Témoigner des évolutions mises en place dans les Hauts-Cantons (FH et SAVS) à développer, notamment pour les travailleurs d'ESAT. Fluidifier les parcours des travailleurs. Réfléchir à d'autres modes de financement des foyers d'hébergement dans un contexte de baisse de la DGF.

Situations de crise / de fragilité

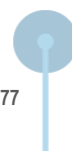
- Gérer les situations de crise des personnes en difficulté sociale
- Gérer les situations de crise
- A/R domicile / EPHAD : faciliter la gestion des demandes d'hébergement temporaire. Des personnes âgées elles-mêmes se sentent mal à domicile et demandent à aller temporairement dans un EHPAD dans des moments de fragilité, suite à une hospitalisation par exemple.

Faire évoluer l'offre

- Expérimenter de nouvelles choses plus souples.
- Diversifier l'offre.
- Faire évoluer l'offre en interne, dans les structures existantes. Les besoins des personnes âgées et des personnes handicapées évoluent depuis plusieurs années. Il faut intégrer ces nouveaux besoins dans les modalités de prise en charge proposées : qualité de prise en charge, faire évoluer le personnel (adapter l'offre).
- Adapter l'organisation interne des services d'aide à domicile. Avant, les interventions des SAAD consistaient surtout dans le ménage et les repas ; aujourd'hui les SAAD proposent une prise en charge plus complexe dans les familles. Il est nécessaire d'adapter l'organisation interne des SAAD par rapport à ces modalités d'accompagnement plus complexes.
- Développer des dispositifs innovants : habitat regroupé, domotique pour sécuriser l'habitat.
- Travailler sur l'offre médico-sociale. Le Département va travailler à rapprocher les thématiques personnes âgées / personnes handicapées : décroisement, croisement des idées.

Autre remarque

- Le projet régional de santé et médico-social est en cours d'élaboration ainsi qu'un nouveau PRIAC dans un contexte de raréfaction des moyens.



3.2 Réflexions et pistes d'action proposées

3.2.1 Développer les modalités de développement des accueils en courte durée en établissement

Constats

L'hébergement temporaire remplit notamment deux missions : Répondre à des situations de crise, d'urgence, tant pour les personnes âgées que pour les personnes handicapées ; Aider à construire un projet d'entrée dans un établissement, surtout pour les personnes âgées, pour éviter la brutalité des entrées non préparées.

L'hébergement temporaire et l'accueil de jour répondent à un besoin de répit fortement exprimé par les aidants de personnes âgées ou de personnes handicapées. La demande d'hébergement temporaire est importante tout au long de l'année (accident de la vie, hospitalisation de l'aidant...). Toutefois, elle connaît aussi une saisonnalité : la demande est plus forte en période estivale pour les personnes âgées, mais aussi pour les enfants handicapés, lorsque leurs établissements sont fermés l'été.

La problématique du vieillissement est un des facteurs de la demande d'hébergement temporaire. Le vieillissement des aidants de personnes âgées et celui des aidants de personnes handicapées aboutit à des situations d'épuisement de l'aidant qui menacent le maintien à domicile. Pour garantir le maintien à domicile le plus longtemps possible, une augmentation des capacités d'hébergement temporaire est nécessaire. Une forte demande d'hébergement temporaire et/ou d'accueil de jour existe notamment pour le secteur protégé (trois places existent à Montpellier, toujours occupées) et pour le secteur des personnes avec des troubles cognitifs. Le secteur protégé concerne un accueil en unité dédiée de personnes ayant la maladie d'Alzheimer ou apparentée avec une sécurisation des locaux du fait de leur perte de repères spatio-temporels, avec un projet de soin et d'animation spécifiques (stimulation cognitive, ateliers mémoire...). La forte demande en hébergement temporaire est notamment causée par la multiplication des cas d'Alzheimer précoce.

Certains établissements soulignent les difficultés à gérer l'hébergement temporaire, à cause de la saisonnalité de la demande (notamment pour les personnes âgées) et de la longueur des listes d'attentes pour l'hébergement permanent. Le contexte de pénurie de places en établissement, sur certaines places d'hébergement temporaire (notamment Alzheimer), rend difficile la mise en place d'hébergement temporaire. Des participants soulignent le manque de visibilité des places dédiées à l'hébergement temporaire pour les personnes âgées ayant la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée : il y a un problème d'accès à l'information. Les tensions sont localisées sur des secteurs précis.

Sur les demandes « classiques » en revanche, il n'y a pas de pénurie d'hébergement temporaire. Dans les situations de crise, les EHPAD sont en mesure d'accueillir les personnes âgées en hébergement temporaire dans des lits non prévus pour de l'hébergement temporaire ; le Conseil départemental fait preuve de souplesse. Des EHPAD indiquent qu'ils connaissent un taux d'occupation des places d'hébergement temporaire assez faible ; certains ont demandé à rebasculer des places d'hébergement temporaire vers de l'accueil permanent. L'hébergement temporaire dure 2 ou 3 mois environ.

Des établissements et des foyers d'accueil médicalisés (FAM) indiquent avoir mis à disposition une ou des chambres pour de l'hébergement temporaire. Dès qu'une personne quitte la structure, la chambre est dédiée à de l'hébergement temporaire pour une durée variable (une semaine, quinze jours...). La liste d'attente pour l'hébergement temporaire est importante. Il n'y a donc pas de chambre dédiée à l'hébergement temporaire, mais des places sont proposées toute l'année. Cela permet de gérer les urgences (accident de la vie...).

Le cadre réglementaire de l'hébergement temporaire est très précis : cet hébergement ne peut excéder trois mois (90 jours). L'hébergement temporaire permet notamment de préparer une future admission dans un établissement. Les personnes n'ayant jamais vécu en logement autonome, en vieillissant, ont besoin de temps pour préparer une admission en hébergement et s'adapter peu à peu à la vie en collectivité. Cela peut prendre un an, voire plus. Les personnes handicapées rencontrent souvent des difficultés pour construire leur parcours de vie, pour s'intégrer et s'adapter à de nouveaux hébergements.



Les accueils de jour ont pour principales missions de proposer des journées de répit, de favoriser le lien social, de procurer une stimulation et de préparer éventuellement l'entrée en institution. Certains accueils de jour connaissent des difficultés. Le transport peut être coûteux pour ceux qui s'y rendent. Il existe une dotation de l'ARS pour aider les personnes à payer les transports. Le reste à charge peut demeurer important et dissuade de recourir à un accueil de jour. Les difficultés de transport sont plus importantes en dehors de Montpellier. Il y a une différence entre les places d'accueil de jour en EHPAD et les places d'accueil de jour autonomes. En fonction du lieu d'implantation géographique, les difficultés de transport sont plus ou moins grandes.

Les « séjours de rupture » peuvent être réalisés. Un participant relate une expérience de réseau FAM/MAS permettant d'organiser des séjours de rupture quand aucune hospitalisation n'est nécessaire.

La question de l'opportunité d'un accueil temporaire de très courte durée (quelques jours) a été abordée. A Montpellier, il existe une forte demande non satisfaite d'accueil temporaire pour les personnes âgées avec troubles cognitifs. Un professionnel précise que son EHPAD propose des accueils pour une durée d'un mois minimum, ce qui ne correspond pas forcément aux besoins de ce public. Certains ont mis en avant le fait qu'un hébergement d'une très courte durée n'est pas souhaitable car les personnes perdent leurs repères. Plus largement, la création d'une structure dédiée uniquement à l'hébergement temporaire ne semble pas opportune, car cette logique empêche l'élaboration des parcours de vie. Des intervenants ont noté l'existence du baluchonnage, dont le coût est toutefois élevé même s'il est possible de solliciter un plan d'aide (PCH et minoritairement APA). Le baluchonnage est un service de remplacement temporaire d'aidants familiaux vivant avec un proche malade, âgé ou handicapé. Le « baluchonneur » prend le relais de l'aidant pendant son absence, à son domicile 24H/24 et 7j/7. C'est à ce jour surtout une solution de répit proposée aux aidants de la maladie d'Alzheimer. Ce dispositif, importé du Canada est en cours d'expérimentation et de développement en France.

Les personnes souhaitant rester à domicile rencontrent de plus en plus de problèmes de solvabilité. La réévaluation des anciens plans d'aide à la baisse met en difficulté les familles. Les plans d'aide (APA notamment) ne sont pas toujours suffisants pour rester à domicile et les délais de réponse sont trop longs. De surcroît, le décompte mensuel des plans d'aide n'est pas adapté tout au long de l'année, notamment en cas d'hospitalisation avec une dépendance réversible suite à une fracture mais avec un besoin d'aide temporairement accru.

Il est noté qu'une nouvelle aide au répit prévue dans le cadre de la loi Adaptation de la Société au Vieillessement sera mise en place.



Solutions / propositions :

- Augmenter le nombre de places en hébergement temporaire, non associés à des chambres données afin de permettre une souplesse d'accueil tout au long de l'année
- Créer une maison « hôtel-santé » pour l'hébergement d'urgence des personnes, quand l'aidé est hospitalisé par exemple. L'EHPAD n'est pas adapté pour une durée courte ou moyenne (exemple : 1 semaine). Le principe reposerait sur un hôtel avec du personnel hôtelier et du personnel de santé dédié. Les besoins sont importants pour les personnes âgées avec troubles cognitifs.
- Créer une structure dédiée à l'hébergement temporaire des personnes âgées sur le modèle de La maison des sources en Lozère (EATU) proposant exclusivement des courts séjours
- Développer le baluchonnage (de nuit pour des courtes durées) pour les personnes âgées et l'étendre pour les personnes handicapées
 - o Point de vigilance : la compatibilité entre le droit du travail et ce dispositif
- Généraliser la pratique de l'accueil en hébergement temporaire pour les situations d'urgence dans tous les établissements
 - o Question de la base de données : à qui proposer une place d'hébergement temporaire ? comment contacter les familles ?
 - o Question des autorisations réglementaires
- Adapter avec plus de souplesse et de réactivité les plans d'aide / Instaurer la modularité du plan d'aide pour répondre à la variation des besoins
 - o Par exemple en cas d'hospitalisation de l'aidant
- Développer les SPASAD. Créer une équipe polyvalente d'intervention à domicile en cas d'absence de l'aidant pour du court terme (+/- une semaine). Il y a eu un appel à projet sur l'Hérault pour créer des SPASAD intégrés qui rassemblent 1 service d'aide à domicile et 1 service de soins avec un volet de coordination.
 - o accompagnement pour les problématiques de nuit de court terme (une semaine) en articulation avec les SSIAD de nuit
 - o Point de vigilance : « la solvabilisation » des bénéficiaires pour ces interventions.
- Augmenter les aides aux aidants afin de « solvabiliser » les interventions, notamment sur des d'entrée/sortie de dispositif (domicile/établissement)
- Créer des places d'accueil de jour autonome et d'accueil de jour pour les personnes ayant la maladie d'Alzheimer (moins de 60 ans et plus de 60 ans)
- Créer des places d'accueil de jour pour les personnes handicapées.
- Faciliter le développement des accueils de jour. Exemples :
 - o Mutualiser les locaux pour réaliser l'accueil de jour (exemples : locaux mis à disposition par les mairies, locaux des EHPAD)
 - o Développer des AJ itinérants
 - o Développer la fonction de repérage social via les repas et activités en établissement.
 - o Permettre l'accueil à temps partiel en ATO, Foyer de vie
 - o Permettre à une personne accompagnée dans le secteur sanitaire de bénéficier d'AJ en établissement médico-social
- Faciliter les parcours d'insertion en prononçant des doubles orientations (SAMSAH/SAVS), au moins valables pour la première année (6 mois pour évaluer les besoins de façon plus fine, 6 mois pour instruire une orientation ensuite).



3.2.2 Définir les modalités d'évolution de l'offre pour les PHV (diversification de l'offre : habitats regroupés, transformation de FH, etc.)

Constats

Des retours d'expérience montrent que l'entrée des personnes handicapées vieillissantes en EHPAD peut être inadaptée si les moyens financiers dédiés ne correspondent pas aux besoins de ces personnes. Aujourd'hui la moyenne d'âge en EHPAD est d'environ 85 ans, avec un public présentant une forte dépendance. Les personnes handicapées qui ont 50 ou 60 ans et qui entrent en établissement n'y trouvent pas facilement leur place parmi les autres résidents ; leurs besoins sont très différents de ceux des personnes âgées.

D'autres retours d'expériences sont au contraire très positifs. Dans certains cantons ruraux, les EHPAD ont mis en place une section « personnes âgées vieillissantes » et accueillent beaucoup de personnes handicapées vieillissantes provenant d'ESAT. Une convention établie entre l'EHPAD et des structures du secteur du handicap (exemples : FAM, SAVS) permet de réaliser des activités et des formations en commun. L'articulation entre les structures d'accueil permet à des personnes handicapées de trouver une place d'hébergement qui leur convient. Le passage semble réussi pour les personnes présentes dans une structure ayant déployé des conventions de ce type. Pour les autres, l'entrée en EHPAD semble plus difficile.

La loi précise que les résidents des EHPAD doivent être âgés d'au moins 60 ans (sauf dérogation). Des dispositifs existent pour les personnes handicapées adultes vivant en foyer. Dans les foyers occupationnels, foyers de vie et Foyers d'accueil médicalisés, la limite d'âge pour le maintien dans le foyer est de 65 ans. Les foyers peuvent accueillir de façon transitoire des personnes handicapées ayant entre 60 et 65 ans avant que ces personnes ne rejoignent une structure pour personnes handicapées vieillissantes. Cet accueil transitoire suppose une mise à niveau des autorisations et une modification du projet d'établissement.

Remarque supplémentaire : il y a des problèmes d'articulation entre la MDPH et le Conseil départemental pour l'orientation des personnes handicapées après 60 ans. Les participants souhaitent plus de souplesse. Le sujet n'est pas clos.

Le manque de places dans les structures fait que des personnes adultes handicapées restent dans les structures « enfants » et empêchent l'arrivée de nouveaux jeunes dans ces structures. Il est nécessaire de libérer des places en structures pour adultes handicapés pour les « amendements Creton ».

Le Conseil départemental de l'Hérault a lancé un appel à projet pour ouvrir davantage d'unités PHV dans des EHPAD.

Selon les participants, le cahier des charges des unités pour personnes handicapées vieillissantes est trop strict sur le plan architectural notamment. En conséquence, des personnes handicapées vieillissantes sont accueillies en EHPAD sans être reconnues en tant que telles. Leur accompagnement n'est pas adapté et les personnels d'EHPAD sont en difficulté. Les personnes âgées et les personnes handicapées vieillissantes n'ont pas les mêmes besoins. Cela dit, l'hébergement en EHPAD peut tout à fait convenir aux personnes handicapées vieillissantes.

Par ailleurs, les participants soulignent les problématiques du financement des transports et celle du prix de journée qui peuvent être différents pour les personnes âgées et pour les personnes handicapées vieillissantes.

Pour les personnes en situation de maladies psychiques, il y a un besoin important de se rapprocher du sanitaire.

Le ratio d'encadrement entre les EHPAD et les structures d'hébergement pour personnes handicapées (psychique notamment) sont très différents.

Ce ratio ne se vérifie pas de manière aussi flagrante dans les bilans de campagne produits par le département. Le ratio d'encadrement auprès de l'usager, PA ou PH, est proche de 0,45 ETP (hors soins)

Les personnes atteintes de handicap psychique nécessitent plus de soins et plus d'accompagnement par rapport à leur dépendance et en termes d'animation.



Solutions / propositions :

- Accueillir des personnes handicapées vieillissantes en MAS avec une spécialisation PHV
- Adapter les FDV / FAM à l'accueil de PHV
 - o Exemple de structure en Ile de France (FV/MAS) ayant transformé une partie de ses places (médicalisation) afin d'accueillir des PHV
 - o Transformer une partie des places PH en places PHV
 - o Créer des unités pour PHV dans les structures pour PH avec des adaptations permises par des financements supplémentaires
- Proposer des sections PHV au sein ou à côté des FH avec des prix identifiés PHV*
- Développer des complémentarités EHPAD / accompagnement à domicile (SAVS/SAAD)
 - o Avec un appui sur les activités des foyers de vie
 - o Permettre un suivi transitoire d'intégration dans l'EHPAD par SAVS / SAMSAH
- Créer des unités PHV au sein des EHPAD avec des prix de journée différents en corrélation avec les besoins différents requis pour les personnes handicapées
- Améliorer l'articulation entre le secteur sanitaire et médico-social :
 - o Organiser un colloque avec les acteurs du sanitaire
 - o Développer les partenariats avec les équipes mobiles de psychiatrie

3.2.3 Articulation entre médico-social et sanitaire

Constats

L'hôpital ne gère plus que les crises. Quand les personnes âgées ou handicapées sont déclarées « stabilisées », elles reviennent dans leur établissement d'origine. La stabilisation relève parfois d'une « camisole chimique ».

Solutions / propositions :

- Permettre des transferts de charges entre le secteur sanitaire et médico-social par rapport à l'accompagnement des personnes avec un handicap psychique (question de la fongibilité asymétrique des enveloppes entre le secteur sanitaire et médico-social)
- Mettre en place un colloque entre les acteurs du secteur médico-social et les acteurs du sanitaire pour transformer leurs relations et une formation partagée entre les acteurs
- Augmenter le nombre d'équipes mobiles, notamment de psychiatrie

3.2.4 Actualiser la politique départementale en accueil familial

Constats

Il existe actuellement 132 accueillants familiaux dans le département de l'Hérault : 75 agréés pour les personnes âgées, 29 pour les personnes handicapées et 28 pour un agrément mixte (PA/PH). A la différence des moyennes nationales, l'Hérault propose plus de places pour personnes âgées que pour personnes handicapées. Un développement des places d'accueil familial pour les personnes handicapées pourrait donc être envisagé. Ces agréments correspondent, au total sur le département à 284 places réparties de la façon suivante sur les différents territoires (similaires à ceux des UTAG) :

- Cœur d'Hérault : 42 places proposées (32 personnes âgées et 3 personnes handicapées étant effectivement accueillies sur ces places)
- Cité maritime : 39 places (22 personnes âgées et 8 personnes handicapées accueillies)
- Est-Hérault : 95 places (66 personnes âgées et 15 personnes handicapées accueillies)



- Piémont Biterrois : 108 places (63 personnes âgées et 25 personnes handicapées accueillies).

Depuis le 1er janvier 2016, 318 personnes sont accueillies (251 personnes âgées et 67 personnes handicapées). Au 20 septembre, 184 places sont occupées par des personnes âgées et 54 par des personnes handicapées, soit 49 places libres (et un taux d'occupation de 83%).

L'accueil familial se caractérise par une grande variété de types d'accueil possibles : hébergement permanent toute la semaine ou le week-end seulement, hébergement temporaire, accueil de jour ou de nuit. Il est même possible pour une famille d'accueil de réaliser uniquement des remplacements au domicile d'autres accueillants familiaux. La procédure d'agrément et le contrôle des accueillants familiaux sont des prérogatives du Département (suite à des signalements ou pour des contrôles de sur-capacités - en cas d'accueil de plus de personnes que l'agrément ne le prévoit). Le suivi est externalisé *via* une convention avec les SAVS. Il n'y a pas de condition d'âge ni de diplôme préalable pour devenir accueillant familial ; en revanche, une formation initiale et continue est dispensée par le Conseil départemental à Montpellier ou Béziers. Dans le dossier de demande d'agrément, le candidat doit proposer des noms de remplaçants au cas où il ne puisse plus s'occuper de la ou des personnes accueillies (en cas de maladie, accident, congés, etc.). Le contrat passé entre l'accueillant familial et la personne accueillie est un contrat *sui generis*, de gré à gré (contrat issu du Code de l'Action sociale et des familles). Les deux parties disposent d'une période d'essai d'un mois. Le paiement est calculé à la journée et prend en compte des congés payés.

Plusieurs participants ont relevé un manque d'information / de communication sur les accueillants familiaux. Il existe très peu d'informations sur internet à propos de ce type d'accueil, de l'agrément, etc. Le Conseil départemental souligne qu'il a mis une plaquette d'information à ce sujet sur son site internet. Du côté des accueillants familiaux, un participant a indiqué que le manque d'informations de type médical (concernant le type de handicap par exemple) peut faire obstacle au bon accueil des personnes ayant une pathologie ou un handicap, notamment psychique. Le secret médical peut compliquer l'accueil.

La question des entrées et sorties a également été abordée par de nombreuses personnes. Les personnes qui recherchent une place en accueil familial ont accès à la liste des accueillants familiaux du département, mais ne peuvent pas connaître les places libres directement ; cela ralentit leur recherche. La liste actualisée des places disponibles existe, mais elle est interne au Conseil départemental. Les services d'aide à domicile soulignent également la difficulté d'accès aux informations relatives aux places libres. Les accueillants familiaux appellent eux-mêmes Ciel Bleu (association gestionnaire d'accueils de jour pour personnes présentant une maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés) pour leur signifier la disponibilité de places. Même si cette relation en direct est un moyen actuellement d'avoir accès à l'information, il s'agit d'un accès partiel.

Pour assurer la continuité du service, la gestion des remplacements est primordiale. En cas d'urgence, pendant les vacances, ou encore pendant une période de formation, les accueillants familiaux doivent trouver un remplaçant. Or ils peinent souvent à se faire remplacer lorsqu'ils sont en situation d'isolement, notamment en milieu rural. Des personnes ont relevé un besoin d'espaces de structuration collective de type groupes de paroles ou lieux d'échanges. Le Conseil départemental indique que des groupes de parole et d'analyse de pratiques ont été mis en place pour permettre aux accueillants familiaux de sortir de l'isolement, échanger sur les difficultés rencontrées et trouver des remplacements.

Dans le cadre de la loi ASV, les décrets relatifs à la formation initiale et continue doivent paraître. Le contenu de la formation n'est pas encore fixé mais devrait inclure des gestes de premiers secours notamment.

Un participant s'interroge sur la pertinence de l'intervention des SAVS auprès du public âgé. La réponse apportée par le Conseil départemental consiste à valider la répartition des rôles entre autorisation/contrôle dans son périmètre et l'externalisation confiée aux SAVS pour le suivi avec une légitimité fondée sur une évaluation médico-sociale visant à mesurer l'efficacité de la relation d'aide. Le dénominateur commun entre les deux publics réside dans cette évaluation médico-sociale. De surcroît, la tendance est à l'unification de la démarche sans limite d'âge (public des personnes handicapées vieillissantes). Avant cette répartition des rôles et afin de fluidifier l'articulation entre le Conseil départemental et les SAVS, il y a eu un travail préalable d'harmonisation des outils. Cette répartition semble permettre plus de réactivité avec une mixité des publics. La distinction des missions de contrôle et de suivi semble essentielle aux services du département. Pour le moment, les pratiques fonctionnent bien et sont harmonisées. Il y a un seul interlocuteur.

Plusieurs professionnels estiment que les trois passages annuels organisés pour le suivi sont insuffisants, a fortiori pour détecter d'éventuels problèmes de maltraitance (avec des passages qui sont prévus et anticipés dans la mesure où il ne s'agit pas de contrôles).

La situation des personnes quittant un établissement pour aller en accueil familial et étant insatisfaites à l'issue de la période d'essai pose la question de comment procéder alors à une nouvelle orientation. Il semble nécessaire d'effectuer une triangulation entre demandeur, accueillant familial et établissement. Cette triangulation n'est pas réalisée à ce jour.

La question de l'articulation des services d'aide à domicile avec les accueils familiaux se pose en termes de financement des heures de remplacement, comme pour l'hébergement temporaire en EHPAD évoqué plus haut, du fait du paiement à la journée des prestations d'accueil familial.

Une personne a proposé de s'inspirer de l'exemple des crèches familiales pour professionnaliser les accueillants familiaux. Dans les crèches familiales, les assistantes maternelles sont salariées d'un organisme, elles accèdent à un statut reconnu et bénéficient de formations et de suivi de la part du gestionnaire de la crèche. Une piste de réflexion pourrait être d'ouvrir l'accueil familial à des gestionnaires : les accueillants familiaux seraient salariés d'un organisme qui gèrerait la relation entre l'accueillant familial et les personnes âgées ou handicapées. Le savoir-faire des accueillants familiaux serait reconnu et l'accès à la formation serait facilité. Ce mode d'organisation pourrait répondre à la demande de professionnalisation.

Solutions / propositions :

- Mettre en place un partenariat avec les EHPAD pour organiser des temps de répit des accueillants familiaux
- Permettre à un gestionnaire de salarier des accueillants familiaux (sur le modèle de la petite enfance)
 - o avec un gériatre pour son expertise auprès du public âgé
 - o pour gérer le répit en lien avec les difficultés de remplacement citées
 - o une vigilance dans ce modèle est portée sur les périodes sans personnes accueillies. (NB : la question du financement de ces périodes sans personne accueillie reste posée)
 - o avec le suivi social et la formation assurés par le Conseil départemental
- Créer une base de données (plateforme) pour aider les accueillants familiaux à trouver des remplaçants (en cas d'urgence et pour les congés)
- Publier une liste actualisée des places disponibles sur Internet (Conseil départemental) et de façon plus générale faire évoluer les outils pour permettre un accès facilité et plus complet pour les usagers
- Renforcer l'information à destination des personnes souhaitant devenir accueillants familiaux (Conseil départemental) dans la maison de l'Autonomie
- Accroître le rôle du Conseil départemental pour faire le lien entre PA-PH / Etablissements / accueillants familiaux
- Appliquer le décret relatif à la professionnalisation des accueillants familiaux
- Développer les accueillants familiaux « relais » pour soulager les personnes à domicile.



3.2.5 Favoriser les mutualisations / les groupements

Constats

Un groupement d'EHPAD existe depuis 2012 dans le bassin de Clermont l'Hérault. Ce groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) comprend aujourd'hui 8 établissements, contre 5 initialement. Il ne gère pas les établissements mais permet de réaliser des mutualisations.

Les grands axes de mutualisation sont :

- i. les achats (réduction des coûts, pouvoir de négociation plus élevé)
- ii. le plan de formation des salariés
- iii. la politique de communication
- iv. l'insertion des personnes éloignées de l'emploi
- v. l'astreinte de nuit (en cours d'expérimentation avec l'ARS)
- vi. les évaluations internes et externes
- vii. le risque infectieux

Par le biais du groupement, les EHPAD ont pu développer des projets qu'ils n'auraient pas mis en place seuls. Des emplois d'avenir ont été créés, accompagnés par l'ARS. Ces mutualisations permettent de réaliser plus de sorties à l'extérieur pour les usagers. Elles donnent aux équipes plus d'ouverture, au-delà de leur propre établissement. Elles ont permis de renforcer la sécurité en matière d'accompagnement nocturne des résidents. Dans chaque établissement, une aide-soignante et une auxiliaire de vie sont présentes la nuit, avec une infirmière d'astreinte pouvant se déplacer en cas de besoin.

Le GCSMS a pour projet de mettre en place un Comité d'éthique à l'échelle du groupement. Des réflexions ont été lancées sur différents thèmes : les Services généraux pouvant intervenir en appui aux EHPAD (piste explorée avec un ESAT), l'accueil des PHV dans les EHPAD.

Ce groupement a essentiellement développé des thèmes et actions à destination des EHPAD avec une ouverture récente au secteur du handicap à travers les pistes évoquées ci-dessus. Les liens avec les services d'aide à domicile ont été jusqu'alors peu développés, à part dans un appel à projet MAIA. Les problématiques financières rencontrées par les SAAD n'ont pas favorisé l'extension du groupement vers ces acteurs du médico-social.

Toutefois, la démarche de mutualisation du GCSMS comporte des limites : chaque établissement gardant son autonomie en matière de gestion ; il n'est pas prévu d'aller plus loin dans la mutualisation (les achats ne s'imposent par exemple pas aux établissements).

Solutions / propositions :

- Développer les GCSMS
- Regrouper les SAMSAH, SAVS et SAAD pour mieux coordonner le maintien à domicile
- Mettre en place une autorisation unique pour toutes ces structures



3.2.6 Développer les dispositifs de soutien au répit des aidants

Constats

En milieu rural, les aidants souffrent principalement d'un manque d'accès à l'information, plus que d'un manque de dispositifs. Le CLIC Cœur d'Hérault a mis en place des actions d'information mais elles se sont heurtées à une difficulté importante : quand les personnes ne rencontrent pas de difficultés immédiates, elles ne cherchent pas à s'informer. Par ailleurs les médecins traitants sont difficiles à mobiliser comme relais d'information. En revanche, la plateforme de répit Ciel bleu indique que les familles n'hésitent pas à l'appeler pour obtenir des informations ; la plateforme fonctionne très bien.

Il existe une multitude d'initiatives, de dispositifs et d'acteurs que la loi Adaptation de la société au vieillissement n'a pas simplifiée (hébergement temporaire, accueil de jours, CLIC, MAIA, PAERPA, ESA, France Alzheimer, CARSAT, Institutions de retraite complémentaire, mairies, etc.) : il y a une multitude d'informations, beaucoup de choses existent. Le foisonnement d'initiatives rend difficile la connaissance de tous les dispositifs. Les professionnels eux-mêmes ne savent plus comment orienter les personnes.

L'UTAG Piémont-Biterrois signale que les personnes situées dans les Hauts Cantons ne trouvent pas de places en accueil de jour car les établissements habilités à l'aide sociale sur ce territoire n'ont pas d'accueil de jour. Des personnes voudraient recourir aux places situées dans le département limitrophe. Elles ne peuvent pas le faire car le Conseil départemental ne finance pas les places situées hors du département. La création d'une dizaine de places suffirait à répondre à la demande.

Retour d'expérience : des réunions ont été mises en place avec les acteurs du répit, avec pour objectif de mutualiser les moyens. Le baluchonnage a bien fonctionné (à titre expérimental) pour les personnes handicapées. Des difficultés demeurent toutefois concernant la réglementation du travail (contrat de travail, nombre d'heures, rémunération la nuit, etc.). Par ailleurs, le fait d'avoir différentes personnes dans la même journée peut déstabiliser la personne handicapée accompagnée.

Solutions / propositions :

- *Simplifier l'accès aux informations pour le public et pour les professionnels en rendant les dispositifs existants plus lisibles*
- *Réunir les acteurs de l'accueil de jour pour offrir aux aidants une information sur l'offre existante, partagée entre les professionnels (à l'initiative du Conseil départemental)*
- *Développer le nombre de places d'accueil de jour pour les personnes handicapées*
- *Développer le baluchonnage pour suppléer/soulager les aidants naturels*



3.2.7 Développer la démarche qualité au sein des structures.

Un GCSMS, le GECO, a réalisé un travail sur le choix d'un évaluateur externe, commun à tous ses EHPAD. Cette démarche a permis une mutualisation et des économies d'échelle concernant l'évaluation externe. Les établissements soulignent toutefois que, bien que convaincus du bienfait d'une démarche qualité, ils n'ont pas forcément les moyens de la mettre en œuvre (financement de postes de qualitatif). A ce jour, cette démarche dépend de la bonne volonté des personnels d'EHPAD.

Le Conseil départemental propose aux établissements d'utiliser l'inventaire, les pistes d'améliorations et les plans d'action préconisés par les évaluations externes pour poursuivre les améliorations dans la prise en charge et l'accompagnement. Il n'est pas nécessaire de se doter d'un qualitatif ou de moyens particuliers internes. Ces éléments pourront servir de base pour la négociation des CPOM, afin d'obtenir des moyens supplémentaires.

Ces pistes de progrès devront d'ailleurs être réexaminées dans le cadre du dialogue de gestion annuel / point des objectifs CT ou CPOM et dans le cadre des évaluations internes dans 5 ans.

Solutions / propositions :

- Financer des postes de qualitatif en EHPAD
- Mettre en avant les résultats des évaluations externes dans le cadre des négociations des CPOM, développer et mettre en œuvre les pistes de progrès de ces évaluations.



Groupe de travail n°4 : Comment favoriser la notion de parcours de la personne âgée tout au long de sa vie ?

*Relevé des échanges – réunions du 08/09/2016
et du 20/09/2016*

1. Participants

Nom – prénom	Métier – Structure / Institution / Service	Présence réunion du 08/09/2016	Présence réunion du 20/09
ALACID Raymonde	Directrice-EHPAD Gérard Soulatges (PA)	X	X
ALBERT Renaud	Directeur-EHPAD Les Terrasses Du Caroux (PA)	X	X
BARON Laura	Pilote MAIA Cités Maritimes-CD 34 (PA)	X	X
BRINIS Christine	Direction Ehpad les Monts d'Aurelle - Synerpa Hérault (PA)	X	Excusée
CAPDEVILLE Nadine	AAH Politique personnes âgées-CH BEZIERS (PA)	X	X
CHAPON Catherine	Référent EHPAD publics-SGE - DOMS Conseil départemental (PA)	X	X
CLERC Séverine	Chef de service-Thierry Albouy (PH)	X	X
COUCHET Anaïs	Assistante de Service Social-Centre Hospitalier (PA et un peu PH)	X	X
DANCER Patricia DGA SD	CESF-Agence Thau Littoral	Excusée	X
DREYFUS Martine	CODERPA (PA) et présidente d'une association de parents et adultes (PH)	Excusée	X
FERSTLER François	Chargé suivi PA-SPEC - DOMS - Conseil départemental	X	X
LUNA Amandine	Directrice-EHPAD Lou Castellans (PA)	X	X
DEBORD Marion (remplace GAMBIER Laurie)	Psychologue EHPA Aragon et Rieucoulon – FEHAP (PA)	X	Excusée
MOCELLIN Jérôme DA	Chargé de mission-DA - Conseil départemental	X	Excusée
REGIS Pascale (remplace MOUCHARD Alexia)	Directrice-GAMMES (SAAD) (PA PH)	X	X
PLAS Geneviève	Bénévole-ADMR (SAAD) (PA)	X	X
RAYNAUD Pierre	Directeur de pôle, CD34 / DGA-SD (PA)	Excusé	X
RICHART Leslie	Directrice-Résidence d'Aubeterre (PA)	X	X
ROPARS Patricia DA	Chef de service-RD UTAG/UTAG Cœur	X	X

	d'Hérault - Conseil départemental (PA)		
SECALL-BERSINGER Marina, remplacée le 20/09 par GODEAU Catherine	Directrice-ADAGES_EHPAD Ostal Du Lac (PA PH)	X	X
SILVESTRE Anne-Isabelle	DOMS médecin-Conseil départemental	X	X
WAULLE Agnès	Directeur-à Domicile Hérault (SAAD) (PA PH)	X	X

2. Programme de travail prévu pour les 2 réunions

- Fluidifier la transition domicile / établissement, mieux préparer l'entrée en établissement
- Préserver l'accompagnement des personnes âgées lors d'accidents de santé (télémédecine, interactions domicile/sanitaire/médico-social)
- Définir les modalités d'accompagnement des personnes avec des troubles cognitifs (y compris l'accompagnement des malades de moins de 60 ans)
- Définir les modalités d'accompagnement des PA avec des troubles psychiques liés à l'âge
- Définir les modalités d'accompagnement des personnes en situation précaire / SDF
- Renforcer les mutualisations possibles entre les structures

3. Déroulement des réunions du 08 et du 20 septembre 2016

3.1 Attentes des participants quant au groupe de travail (tour de table)

Les participants ont exprimé les attentes suivantes / identifié les enjeux suivants :

Anticipation

- Mieux préparer l'entrée en établissement des personnes âgées (notamment l'entrée en EHPAD des personnes avec des troubles cognitifs).

Troubles psychiques et cognitifs

- Définir les modalités d'accompagnement des personnes avec des troubles psychiques liés à l'âge.
- Dans les structures non-médicalisées, trouver de nouvelles solutions pour mieux aider le personnel en difficulté (démuni) face à l'arrivée de personnes de plus en plus nombreuses avec troubles psychiques ou cognitifs.
- Définir les modalités d'accompagnement des personnes avec trouble cognitif y compris les personnes de moins de 60 ans (à noter, cela représente 10% des résidents d'une structure présente).

A noter : Les gestionnaires de cas des MAIA rencontrent beaucoup de situations sont bloquées pour les personnes avec des troubles psychiques.

Personnes handicapées vieillissantes

- Identifier les évolutions à apporter aux établissements pour personnes âgées pour qu'ils accompagnent les personnes handicapées vieillissantes : questions de la formation des équipes, de la mutualisation avec les structures du même territoire sont cruciales.
- Développer le maillage territorial.
- Il existe des situations de personnes handicapées en MAS qui souhaitent être prises en charge en externat (avec un accueil temporaire ponctuel dans les établissements). Les dispositifs d'hébergement prévus partent trop largement du principe d'un accueil en internat qui ne correspond pas toujours aux souhaits des personnes handicapées et de leur famille. Dans le cas d'un accueil en externat se pose la problématique de l'avancée en âge au-delà de 60 ans et des dispositifs susceptibles de répondre au projet de vie souhaité.

- Un professionnel rappelle qu'il existe un accueil de jour pour PHV vivant à domicile : cela permet d'offrir une alternative aux familles entre l'institution et le domicile. Cela permet aussi de préparer le passage en institution.

Personnes isolées

- Mener une réflexion sur l'accompagnement de personnes totalement isolées, sans mesure de protection, prises en charge en établissement.
 - Un participant précise que les personnes qui souffrent d'isolement veulent vivre en établissement ; l'entrée en établissement n'est pas nécessairement mal vécue ; le maintien à domicile n'est pas toujours désiré.

Transition domicile/établissement

- Améliorer la transition domicile / établissement / Permettre aux professionnels des SAAD d'avoir des liens avec l'établissement d'accueil pour favoriser une continuité
- Développer la notion de parcours : comment fluidifier la prise en charge et faciliter les échanges ? Comment préparer les entrées en établissement au mieux ?
 - Parfois il y a des doublons : des démarches sont effectuées par des SAAD, des CCAS, et les personnes accompagnées ne sont pas toujours en mesure d'informer les services des démarches qui sont en cours d'élaboration.
- Fluidifier la transition domicile / établissements
 - Le public de plus de 60 ans peut faire l'objet d'une évaluation de la perte d'autonomie (APA) et/ou d'un suivi social.
 - Il y a de plus en plus de SDF de plus de 60 ans en situation de grande précarité accompagnés par les SAAD.
 - L'accompagnement des SDF de 60 ans et plus est compliqué pour les UTAG et pour les services sociaux des hôpitaux
- Améliorer l'accompagnement pour aider les personnes à trouver des places en EHPAD
 - Il existe un bon réseau d'aide à domicile (SAVS / SSIAD) mais beaucoup de personnes rencontrent des difficultés pour trouver des places en EHPAD

Aidants

- Améliorer l'information des aidants et développer les dispositifs de prise en charge pour les soulager au quotidien.

Parcours de soin

- Identifier la place du médecin traitant dans le parcours de la personne âgée
 - Le médecin traitant est le pilier du parcours de soin à domicile et devrait l'être pleinement en établissement également, avec le concours du médecin coordonnateur. Dans les faits, cette articulation est complexe. Le médecin traitant est un des acteurs de la santé des bénéficiaires et résidents à prendre en compte.
- Eviter les hospitalisations au maximum.

Mutualisations, développement de l'offre pour fluidifier le parcours

- Créer des SPASAD.
- Identifier des solutions pour favoriser les mutualisations
 - Un participant indique que des mutualisations ne sont pas toujours possibles au sein d'un même groupe d'établissements gérés par un même gestionnaire. Cela souligne la difficulté à mettre en place des mutualisations plus larges.
- Identifier le service qui va répondre au mieux aux besoins des personnes.
 - A noter : Un système d'information (ViaTrajectoire) sur les structures est en cours de mise en place.
- Mutualiser les outils existants dans les établissements pour faciliter l'accès à l'information notamment pour les personnes âgées et leurs familles.



3.2 Réflexions et pistes d'action proposées

3.2.1 Fluidifier la transition domicile / établissement, mieux préparer l'entrée en établissement

Constats

Le **foyer-logement** permet aux personnes d'avoir leur appartement et leurs meubles et offre une solution adaptée au vieillissement avec une faible perte d'autonomie.

Les professionnels soulignent que les familles sont dans l'angoisse avant le passage en EHPAD. **L'image la plus répandue des EHPAD** est celle de l'accueil de résidents très dépendants. Un participant rappelle qu'à l'échelle nationale, 50 % des résidents sont en GIR 1 et 2 (très grande dépendance et vulnérabilité). L'image est celle du dernier domicile, de la fin de vie. Souvent la personne entrant en EHPAD sort d'une situation très compliquée, elle a le sentiment qu'on la projette vers sa fin de vie.

Un professionnel souligne néanmoins que les entrées en EHPAD constituent parfois un nouveau souffle pour la personne en termes de socialisation et de fin d'isolement au domicile, pour les personnes de dépendance moyenne.

La dichotomie valide / autonome est très restrictive. Les familles anticipent trop peu les démarches d'**entrée en établissement en raison de freins financiers et psychologiques**. L'entrée en établissement se fait souvent en urgence. Elle est mal anticipée. Il y a très peu de demandes préventives au niveau des services sociaux des hôpitaux notamment. Pour familiariser les personnes avec l'EHPAD, il faudrait une ouverture des établissements.

Des journées portes ouvertes permettent de lever les freins psychologiques des familles. L'image de la vieillesse est négative. Les EHPAD travaillent à construire une image positive ; c'est un domaine très attractif en termes d'emploi.

Certains professionnels font le constat qu'aujourd'hui il n'y a aucune mutualisation, tout est **cloisonné**, il n'y a aucune souplesse. Exemple : les services d'aide à domicile ne peuvent pas intervenir en établissement. Or les compétences des personnels sont très complémentaires.

D'autres professionnels témoignent d'initiatives de **décloisonnement entre EHPAD et domicile**.

- *L'UTAG met en place une action « seniors en vacances » avec 45 personnes isolées dont des personnes accueillies en EHPAD. Le rassemblement de personnes des EHPAD et du domicile est intéressant. Ces vacances permettent aux personnes âgées de sortir de l'isolement, de communiquer entre résidents et personnes âgées de l'extérieur.*
- *Ce genre d'action existe aussi à la CARSAT : en fonction des ressources. Il y a de nombreux sites d'accueil, dont certains ciblés grands-parents / enfants.*
- *Une chef de service d'EHPAD avec un accueil de jour, un hébergement temporaire et une unité pour personnes handicapées vieillissantes partage sa pratique professionnelle : à chaque réception de dossier de demande d'admission, validée par le médecin, elle réalise une évaluation à domicile. Une alternative à l'entrée en établissement est très souvent trouvée par le biais du SSIAD, ou de séjours temporaires. Le déplacement à domicile permet d'informer les personnes sur les dispositifs et aussi de préparer l'entrée en institution.*

Il existe de grandes **disparités selon les bassins : rural / urbain**. Le secteur rural n'est pas aussi bien desservi en services intervenant à domicile et en établissements.

Un APIbus (Animation prévention information) permet d'amener de l'information et des activités dans les villages. C'est un dispositif, financé par la CARSAT et l'ADMR. Il permet le maintien à domicile avec un but de prévention. Il n'y a qu'un bus sur le département.

Les particuliers sont perdus entre toutes **les sources d'information** : CD, CLIC, UTAG, MAIA, Mairie, mutuelles...

- Le grand nombre d'interlocuteurs n'est pas forcément mauvais : il y a beaucoup d'endroits où s'informer et une centralisation n'est pas souhaitable. Selon plusieurs participants, il faut conserver plusieurs points d'entrée et d'accès à l'information.



- Un constat émanant de la conférence des financeurs et rapporté par un participant qui confirme qu'il n'y a pas de déficit d'information, mais au contraire le sentiment d'être noyé sous l'information. Il existe un manque de lisibilité et de relais.

L'information est insuffisamment partagée entre acteurs : médecin traitant, SSIAD, AJ/HT. Il **manque un lien entre les acteurs** (SSIAD, AJ/HT, SPASAD, résidences services et résidences autonomie). Chaque service, acteur, refait une enquête à chaque fois au lieu de partager l'information. Un outil commun serait souhaitable pour fluidifier les parcours de soins et de vie. L'outil « ViaTrajectoire », piloté par l'ARS, n'est pas totalement déployé et utilisé par tous et les médecins n'y sont pas suffisamment associés.

- *A noter : Malgré l'existence du dispositif PAERPA (parcours santé des aînés) sur Montpellier, ce manque de lien entre acteurs est constaté. Ce dispositif est identifié comme une strate supplémentaire.*

Pour mémoire, il existe déjà les dispositifs suivants ;

- **Le Répertoire opérationnel de Ressources (ROR)**, jusqu'alors piloté par l'ARS Languedoc Roussillon : il permet de recenser toutes les structures sanitaires avec le détail concernant la composition des équipes, les horaires d'ouverture, les compétences de chacun. Cet outil est finalisé pour les SSR (soins de suite et réadaptation) et il est prévu qu'il soit étendu au secteur personnes âgées et notamment aux EHPAD.
- **Via Trajectoire** qui est un logiciel pour toutes les demandes d'admission en SSR (soins de suite et réadaptation) et en cours de déploiement dans le secteur médico-social pour les EHPAD avec une utilisation non encore systématique.

Remarque : il existe depuis fin 2015, pour les SSR, une interface entre Via trajectoire et le ROR qui évite une double saisie.

Cet outil reste très axé sur l'institutionnalisation même s'il a aussi pour vocation d'améliorer les liens entre ces institutions pour le parcours de la personne âgée.

- La **MAIA** mène actuellement un travail de recensement sous forme d'annuaire des services au public (**annuaire des ressources, annuaire des missions**). Elle propose également des **fiches d'orientation et d'évaluation**.

Remarque : le projet de mise en place d'une **plateforme** par le réseau MAIA Hérault est différé à 2017 du fait de la réforme territoriale (Grande Région). Un algorithme permettra d'orienter les personnes vers des services après avoir répondu à quelques questions.

- *Un retour d'expérience est fait par un professionnel d'EHPAD concernant Via Trajectoire : il arrive d'avoir un patient dont l'entrée a été validée sur ViaTrajectoire, le SSR d'accueil attend pour son entrée mais dans les faits le patient est accueilli dans un autre établissement. Il serait important de veiller à ce que ces dysfonctionnements ne produisent pas pour les EHPAD lors de l'utilisation de Via Trajectoire.*

Les petites unités de vie prévues au précédent schéma comme un lien entre domicile et établissement ne constituent pas un lien suffisant.



Solutions / propositions :

- **Mener des campagnes d'information de sensibilisation** à la dépendance par le Conseil départemental et la Métropole
- Communiquer à destination des médecins libéraux sur les différentes solutions possibles / sensibilisation à la fin de vie
- Développer les **initiatives de mutualisation sur le volet de l'accompagnement** (personnel établissement / services à domicile)
- Développer des actions établissement / domicile (pilotage UTAG CARSAT), par exemple les vacances seniors.
- **Harmoniser les ressources et sources d'information** pour l'ensemble des professionnels (ROR, Via trajectoire et outils développés par la MAIA) :
 - o Etendre le répertoire opérationnel de ressources (ROR) au secteur médico-social
 - o Accompagner le déploiement de Via trajectoire
 - o Poursuivre les interfaces entre les outils (Via trajectoire et ROR)
 - o Faire le lien avec le projet de plateforme du réseau MAIA Hérault (projet reporté à 2017).
 - o NB : Vigilance aux interfaces entre les outils
- **Associer les médecins** ainsi que l'ensemble des professionnels aux outils existants et mis en place
- Piloter les informations délivrées au public (CLIC UTAG MAIA CCAS...) centralisé ou localisé ? [question en débat] Mieux informer les « informateurs » plutôt que de faire un guichet centralisé. Plateforme d'information ?
 - o Attention : quel partage d'information entre les acteurs (tenant compte du secret médical...) ?
- Proposer une information présentant tous les scénarios possibles et les solutions adéquates : si la personne devient dépendante, si l'aidant n'est plus là, etc.

3.2.2 Définir les modalités d'accompagnement des personnes avec des troubles cognitifs (y compris l'accompagnement des malades de moins de 60 ans) et des personnes avec des troubles psychiques liés à l'âge

Constats

La problématique des organismes gestionnaires de **tutelles** ainsi que des mandataires et des libéraux est pointée. Des PA sont sous tutelle mais il y a de nombreux tuteurs qui ne participent pas/ n'interviennent pas pour elle.

Problématiques identifiées avec les organismes de tutelle :

- o Manque d'information par les professionnels (médicaux notamment) quant aux modalités de mise en œuvre de mesures de signalement
- o Mise en place difficile des mesures de protection
- o Manque de réactivité pour adapter les mesures de protection
- o Problématiques de gestion des clefs et de l'argent à domicile des personnes sous tutelle
 - Gestion au-delà du périmètre pour les agents des SAAD
 - Quels moyens de contrôle des associations ?

Il existe un manque de ressources selon les territoires en matière d'**équipes mobiles de psycho-gériatrie**.

Les **partenariats avec les CMP** ne sont pas assez nombreux.

Faute de coordination des différents acteurs et du fait du manque d'anticipation des personnes (souvent opposantes), c'est la **situation de crise** qui permet d'effectuer un bilan lors de l'hospitalisation des personnes

L'accueil de **personnes avec troubles cognitifs** commence de plus en plus tôt (40 ans) en établissement. Les établissements ont des dérogations pour les accueillir. Cela pose problème car ils ne sont pas financés, étant donné qu'ils ne rentrent pas dans les catégories prévues pour prétendre au financement par le Conseil départemental (critère fixé à plus de 60 ans). Or la prise en charge est plus lourde que pour les autres résidents et la cohabitation est difficile avec les autres résidents beaucoup plus âgés.



Les professionnels constatent également un important problème : les **ESA** (équipes spécialisées Alzheimer) ne peuvent intervenir que 3 mois, ce qui est estimé trop court. Le dispositif prévoit en effet d'attendre un an pour pouvoir bénéficier à nouveau de 3 autres mois d'accompagnement étant donné la vocation du dispositif de diagnostic puis d'accompagnement vers une structure. Une infirmière coordinatrice, un ergothérapeute et un autre professionnel vont à domicile chez les PA atteintes de la maladie d'Alzheimer. L'arrêt de cet accompagnement est vécu comme brutal et déstabilisant pour les personnes et leur entourage. Pour mémoire, c'est l'assurance maladie prend en charge ce dispositif.

- Il existe une problématique de délais d'attente trop longs pour bénéficier de l'intervention d'une ESA (4 mois et plus)
- Les médecins généralistes ne sont pas assez informés sur le dispositif ESA et méconnaissent la plupart du temps les dispositifs médico-sociaux par manque de formation et par manque de temps.
 - Un retour d'expérience est effectué concernant des réunions interprofessionnelles menées à l'initiative conjointe du CLIC et de la MAIA, d'un réseau santé ville et de lieux ressources en matière de coordination. Les participants pointent globalement le taux relativement faible de participation des médecins généralistes à ces réunions.
- Il manque des gériatres : les délais de consultation et d'hospitalisation sont très longs pour les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer
- Les familles anticipent trop peu la dégradation intervenant avec une maladie d'Alzheimer.

Il manque de structures spécialisées permettant d'accompagner les personnes atteintes de troubles cognitifs. La mutualisation entre EHPAD des PASA (Pôle d'activités et de soins adaptés) peut constituer une réponse à ce constat et au manque de moyens.

Sur le volet du **handicap psychique** :

- il manque des psychiatres et les délais de consultation sont longs et la difficulté réside souvent dans le diagnostic du handicap psychique.
- les délais d'hospitalisation sont longs et obligent parfois à des HDT (hospitalisation à la demande d'un tiers).
- il y a de nombreuses situations d'isolement à domicile
- il y a peu de structures proposant un accompagnement aux personnes de plus de 60 ans ayant des troubles psychiques.
- il manque des places en unités spécialisées pour les personnes ayant des troubles psychiques et psychiatriques.
 - un participant met en garde contre l'hyperspécialisation qui peut nuire au vivre ensemble et qui peut aboutir à un cloisonnement ainsi qu'à un trop grand isolement (voire à une ghettoïsation)
 - plusieurs participants soulignent que la spécialisation peut également constituer un atout pour les familles. La spécialisation permet de mettre en adéquation les besoins des personnes accueillies avec les services offerts à condition que la structure bénéficie de financements et de moyens adaptés (personnel en nombre et suffisamment formé notamment).

Un participant souligne que les problématiques des usagers - dont les besoins ne correspondent pas aux structures médico-sociales existantes - sont d'une complexité croissante dans une organisation médico-sociale avec de nombreux dispositifs et strates. Le secteur médico-social est face à un défi d'adéquation entre les besoins et sa structuration pour répondre au mieux aux besoins. Un décroisement, d'âge notamment, est souhaité, dans un contexte de moyens limités.

Un autre participant estime que les difficultés ne sont pas croissantes mais que le secteur médico-social s'est structuré avec une spécialisation croissante (en fonction du critère d'âge notamment) qui a mécaniquement engendré des dispositifs cloisonnés et pas toujours efficaces en termes de progrès, notamment pour des enfants handicapés.

Le débat se poursuit avec un autre professionnel qui indique qu'il y a eu une spécialisation des prises en charge dans un souci de bien-être des personnes accueillies et que les différenciations s'effectuent en fonction des problématiques des personnes pour mieux les accompagner.



Un autre participant estime qu'il faut rechercher, dans ce contexte, plus de transversalité et ne pas se focaliser sur l'attribution de places.

Concernant **la coordination et la mutualisation de moyens à destination des personnes atteintes de handicap psychique**, plusieurs professionnels relatent des expériences :

- A Sète, le CCAS a mis en place un partenariat avec l'hôpital : une évaluation commune est faite à domicile par un travailleur social du CCAS et un infirmier de l'hôpital. Cela permet de proposer un accompagnement social et sanitaire et d'éviter les ruptures de « prise en charge » pour des personnes souvent connues des services sanitaires (lors d'épisode de problématiques de santé). L'équipe peut mettre en place plus facilement une tutelle ou une curatelle du fait des équipes conjointes.
- Il y a un projet (non abouti) d'infirmiers sentinelle (allant d'établissements en établissements). Le projet consistait en des déplacements de nuit d'infirmiers du centre hospitalier vers les EHPAD ayant conventionné avec l'hôpital. Ce principe de mutualisation des moyens humains peut être conservé même si dans cet exemple, cela n'a pas été mis en place.

Solutions / propositions :

- Former les professionnels de santé : médecins notamment, IDE à domicile.
- Poursuivre la promotion par le Conseil départemental et l'ARS des formations médicales continues. Légitimer les démarches sur les dispositifs médico-sociaux (ESA par exemple). Réunions interprofessionnels CLIC – MAIA.
- Développer les équipes mobiles gériatriques
- Accroître les partenariats CMP/SAAD et établissements
- Poursuivre, à l'initiative du Conseil départemental et de l'ARS, les formations médicales continues des médecins généralistes (et professionnels de santé)
- Créer des places de PASA, développer le financement de places dédiées spécifiquement
- Mutualiser les PASA entre plusieurs EHPAD (un même PASA pouvant être ouvert à plusieurs EHPAD)
- Créer des UHR (unités d'hébergement renforcé) à destination des personnes atteintes de troubles psychiques sévères et de troubles du comportement graves (personnes âgées démentes : Alzheimer ou maladie apparentée)
- Créer d'autres unités spécifiques pour les personnes ayant des troubles psychiques / psychiatriques en établissement.
 - La prise en charge proposée ici serait très différente des UHR car elle serait adaptée aux troubles psychiques ou psychiatriques. Dans ces unités, il y a un besoin de psychiatres et d'infirmiers formés à la psychiatrie. Ce serait un intermédiaire entre les secteurs médico-social et sanitaire.
- Développer les ESA équipes spécialisées Alzheimer
 - La question d'allonger les durées d'accompagnement fait débat.
- Créer une maison pluridisciplinaire médicale avec pour objectif de mieux informer les médecins traitants et de faire le lien avec les psychiatres et les gériatres.
- Développer les équipes mobiles de géronto-psychiatrie
- Intégrer une formation des équipes soignantes en unité protégée Alzheimer
- Développer dans les établissements les postes AMP, ergo, psychologue pour mieux accompagner les personnes atteintes de troubles cognitifs (en lien avec une maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée)



3.2.3 Préserver l'accompagnement des personnes âgées lors d'accidents de santé (télémédecine, interactions domicile / sanitaire / médico-social)

Constats

Il est possible d'organiser des consultations de géro-psycho-geriatrie hors situation de crise. Un participant relate le bon déroulement de ce mode de consultation en télémédecine.

Remarques des participants sur la télémédecine

- Cela permet une économie de déplacements : opportun en milieu rural
- Selon un participant, ce n'est pas adapté pour les troubles psychiques ou psychiatriques
- Les participants s'interrogent sur le niveau de responsabilité lors d'un diagnostic à distance ?

Au CH de Béziers, il a été mis en place des consultations de télé-psycho-geriatrie. Pour s'assurer du bon fonctionnement des consultations, personne n'est vu en crise et avant toute consultation en télé médecine, il y a une rencontre en vis-à-vis avec un psychiatre, qui recueille son accord pour participer. Ensuite le psychiatre reste sur Béziers, la personne se rend dans un hôpital où il y a un écran ; elle est assistée par une infirmière. L'expérience se passe très bien.

La télémédecine peut être une solution efficace. Il y a beaucoup de retours positifs depuis des années.

Globalement, quand les PA vont aux urgences c'est soit la nuit soit le weekend, car il n'y a plus de médecin traitant. Des hospitalisations pourraient être évitées.

Exemple : depuis deux ans, au sein de l'hôpital de Clermont-l'Hérault, les aides-soignants de l'établissement appellent la personne d'astreinte à l'hôpital pour de la télémédecine. Cela évite de passer des heures aux urgences. Le nombre d'hospitalisations (hors urgences vitales) a diminué grâce à ce dispositif. La télémédecine la nuit n'est pas pertinente pour les médecins traitants. On pourrait envisager une piste de convention avec les CH.

Un exemple de mutualisation des infirmiers pour les astreintes de nuit au sein du GECO (GCSMS dans le bassin de Clermont-l'Hérault) a permis, depuis sa mise en place il y a deux ans, de baisser significativement le nombre d'hospitalisations de nuit (hormis les urgences vitales).

Ce dispositif est également mis en place dans les EHPAD du secteur de Frontignan.

En matière de sécurisation de l'accompagnement de nuit, une expérience de la MAIA consiste dans le passage d'une équipe composée d'un pompier et d'une professionnelle d'accompagnement. Ce dispositif d'Aide de nuit à domicile (ANAD) piloté par l'ARS comprend un reste à charge.

Plusieurs pistes sont évoquées : L'ARS pourrait développer les SSIAD de nuit et le Conseil départemental des SAAD de nuit, ou encore des SPASAD de nuit (avec mention du passage dans le plan d'aide) pour fluidifier les parcours.

Pour mémoire, à domicile et en logement-foyer, des dispositifs permettent d'alerter les secours en cas de chute sans avoir besoin de parler au téléphone (téléalarme, télé assistance).

Solutions / propositions :

- Développer les consultations géro-psy en télémédecine
- Développer la télémédecine d'urgence
- Formation du personnel soignant à l'approche et à l'accompagnement des personnes ayant des troubles cognitifs
- Développer les mutualisations entre EHPAD ou entre l'EHPAD et l'hôpital (dans le cadre d'un GSMS, groupement de coopération sociale et médico-sociale).
- Accroître le lien entre les EHPAD et le CHU pour le bassin de Montpellier
- Faire un bilan de l'accueil de nuit (dispositif expérimental à Ganges)
- Développer l'accueil de nuit en EHPAD (par le Conseil départemental)
- Développer les dispositifs de nuit intervenant au domicile : SSIAD, SAAD, SPASAD
- Créer un dossier médico-social unique comme initié par l'ARS Midi-Pyrénées pour mieux articuler domicile et établissement ainsi que sanitaire et médico-social.
- Réserver des places d'HT pour les situations d'urgence (pas dans le contexte du répit programmé de l'aidant) mais pour répondre au besoin de continuité de l'accompagnement de la personne et éviter une hospitalisation et également dans des contextes de signalement de maltraitance

3.2.4 Renforcer les mutualisations possibles entre structures

Constats

Au sein des établissements, les **conventionnements** peuvent aider à **gérer les situations complexes**. Pour les EHPAD, développer les partenariats et conventions avec les SSIAD, les hôpitaux et les équipes mobiles de psychiatrie constituent des appuis nécessaires pour l'accompagnement des résidents. Ces partenariats aident beaucoup les établissements à améliorer leur quotidien. Cela revêt un intérêt évident au-delà de l'obligation de passer des conventions. Les conventions avec les équipes d'hospitalisation à domicile (HAD) et avec les équipes mobiles de soins palliatifs permettent d'apporter un soutien en matière de formation.

En revanche, la **mutualisation des moyens** (achats, personnels...) est **difficile à mettre en œuvre** à cause de l'éloignement géographique et des différences de statuts (association, public, mutualiste, lucratif...), ou encore des divergences d'intérêts des élus locaux.

Les établissements et organismes intervenants à domicile sont très cloisonnés et les réunions tactiques, organisées à l'initiative des MAIA, réunissent et concernent essentiellement les acteurs du domicile.

- Un groupe de travail piloté par le Conseil départemental réunissant des services d'aide à domicile et des établissements et recensant les innovations et contrats passés a été initié (pour les deux publics, personnes âgées et handicapées). Ce groupe a cessé de se réunir. Un bilan de ce groupe pourrait être effectué et servir de base à la réflexion pour le schéma autonomie. Ce bilan a été réalisé par le CREAL et est disponible en ligne sur leur site.
- Un participant expose l'expérience d'un **regroupement de plusieurs acteurs du maintien à domicile**. Cette initiative a été envisagée sous forme de **GCSMS** et a finalement pris la forme d'une **association** regroupant plusieurs SSIAD, hébergée dans les locaux de la MAIA, avec une action de prévention : Prévention Fragilité Senior. Cette association mutualise une secrétaire et un ergothérapeute
- Un autre participant relate une initiative qui est au début de sa mise en place au centre hospitalier de Sète : la création d'un lieu d'échange pour les patients/résidents et familles, pour préparer la transition vers l'entrée en institution entre le SSR et l'EHPAD. Un binôme constitué d'une assistante sociale et d'une neuropsychologue anime des rencontres. Cet échange permet d'aborder notamment les questions du financement, des aides possibles. Cette initiative vise à **lever les freins psychologiques entre domicile et établissement** et ouvrir l'EHPAD vers l'extérieur.
- Dans le secteur de Clermont-l'Hérault, un contrat local de santé a été mis en place avec le CLIC Cœur d'Hérault, en direction de toute la population : EHPAD et CCAS participent à une formation mutualisée sur la nutrition dans le cadre du groupement d'EHPAD : le GECO. Il s'agit d'une **action mutualisée de prévention**.

En matière de **mutualisation de loisirs et sorties**, qui est considéré comme un axe à développer, une action collective est citée « séniors en vacances », mise en place pour les résidents d'EHPAD et pour les personnes vivant à **domicile**.

- *A noter : Le dispositif Arc-en-ciel, mis en place par le Département, permet un accès à la culture pour les personnes âgées, y compris pour les résidents d'EHPAD.*

Une proposition de **mutualisation des listes d'attente** est faite. Cette piste rejoint le sujet abordé en partie 3.2.1 relatif à la mise en place et montée en charge de l'outil d'orientation Via Trajectoire utilisé conjointement par le secteur sanitaire et médico-social (*Voir plus-haut*).

Plusieurs autres expériences/projets de partenariats sont évoquées :

- un projet de convention entre un EHPAD et un SAAD, notamment pour faire face au contexte des demandes d'hébergement temporaire plus importantes pendant l'été.
- une convention entre une résidence services et des services d'aide à domicile permettant aux personnes solvables d'effectuer des séjours temporaires au sein de la résidence services.
- l'ouverture sur la cité : le restaurant d'un EHPAD privé a été ouvert aux habitants du village



- un projet intergénérationnel : un EHPAD est associé à une crèche via une mutualisation des locaux avec une entrée commune.

Remarque : la loi d'Adaptation de la société au vieillissement (ASV) prévoit la mise en place de conventions entre EHPAD et Résidences autonomie. Cette obligation accroîtra le formalisme des partenariats qui existaient auparavant. Elle contribuera à renforcer la notion de parcours.

Solutions / propositions :

- Développer la création de GCSMS
- Mutualiser les assistantes sociales pour les EHPAD
- Développer la mutualisation de qualitatifs entre EHPAD
- Structurer à l'initiative du Conseil départemental des réunions thématiques entre acteurs du domicile et établissements pour permettre des lieux d'échanges et retour d'expériences sous forme de groupes de travail.
- Mutualiser les sorties / vacances organisées par les EHPAD
- Faire un bilan de l'étude lancée par le Conseil départemental et réalisée par le CREAL sur les échanges SAAD / établissements et mener une étude d'opportunité de reprise de ces groupes.

3.2.5 Définir les modalités d'accompagnement des personnes en situation précaire / SDF

Constats

Les UTAG font remonter une problématique : **les personnes en situation précaire** peuvent avoir un logement en très mauvais état (personnes marginales, de plus 50 ans). Pour les **SDF**, la prise en charge devrait relever de l'Etat et des services de l'ARS. Dans les faits, les UTAG gèrent souvent des problématiques de troubles psychiatriques et de mise sous protection.

Dans certains cas extrêmes, les services d'aide à domicile (SAAD) ne peuvent pas intervenir dans les **logements trop insalubres** de personnes précaires. Dans les cas de personnes sans domicile, les SAAD se limitent aux prestations possibles (linge notamment). Ces situations rares prennent beaucoup de temps.

Selon une professionnelle, il incombe de distinguer précarité et SDF qui recouvrent des réalités différentes.

La **complexité** des situations de précarité réside dans **plusieurs facteurs** : problématique psychiatrique, problème d'isolement familial, problème de revenus, administratifs (papiers non à jour). Les difficultés cumulées s'apparentent à un trouble d'usage du logement générant l'insalubrité.

Pour les SDF qui n'attachent pas de valeur au domicile, beaucoup de partenariats sont nécessaires pour trouver une solution. Le trouble d'usage de leur logement est le suivant : ils vivent dedans comme s'ils étaient dehors. Dans ces situations très difficiles, les solutions sont complexes à trouver avec une notion de parcours qui n'est pas très prégnante. Les interventions des professionnels médico-sociaux sont discontinues, rendues possibles après des hospitalisations. Ces **situations complexes nécessitent une coordination**, avec l'appui des équipes mobiles psychiatriques et des assistantes sociales de secteur notamment.

- La MAIA intervient beaucoup sur ces cas de personnes précaires vivant dans des conditions d'insalubrité, essentiellement pour des personnes atteintes de handicap psychique. Les professionnels des MAIA font le lien entre les personnels concernés.
- En EHPAD, des expériences donnent des résultats satisfaisants en intégrant les différences de ces publics. Exemple : quelqu'un qui a toujours vécu dans la rue et qui, une fois en établissement ne dort pas dans son lit mais sur le sol. De temps en temps cette personne a besoin de liberté et il dort dehors. Elle est stabilisée depuis que les services psychiatriques se sont adaptés à son mode de vie. Dans les CHRS, une structure a

pris en compte l'accompagnement des chiens. Des équipes responsabilisent ces personnes sur les chiens, le ramassage des déjections.

Il existe de nombreux lieux de recueil des informations relatives aux personnes en situation de précarité (en plus du système des IP pour les signaler) mais ces données ne semblent pas exploitées.

La direction départementale de la cohésion sociale a fait un appel à projet pour une création de structure pour les publics en situation de grande précarité. Les données concernant ce public devraient pouvoir être disponibles en croisant avec les informations des bénéficiaires de la CMU. De la même façon, il existe dans certains hôpitaux des permanences d'accès aux soins pour les publics précaires qui permettent ce recueil de données.

Concernant les SDF, les services arrivent souvent trop tard dans le parcours : du fait du caractère itinérant, l'accompagnement de la personne est difficile. Quand la question de l'accueil d'un SDF en EHPAD se pose, les professionnels arrivent sur la fin de son parcours sans que la personne ait pu bénéficier d'un accompagnement social et médico-social au préalable. Elle est passée « entre les mailles du filet » des dispositifs de prise en charge. De surcroît, du fait des problématiques de santé fortes liées aux conditions de vie, les SDF sont peu accueillis en EHPAD. Leurs problématiques de santé conduisent à leur prise en charge en secteur hospitalier.

Il existe des disparités entre la ville et la campagne. Certains professionnels estiment qu'à la campagne, les situations sont mieux gérées car mieux repérées, mais aussi plus « graves ». Souvent les mairies de zones rurales orientent des personnes qui vivaient dans des cabanes avec de fort problème d'addiction à l'alcool.

Pour les professionnels se pose la question du consentement et du projet de vie : des personnes refusent d'être accompagnées. La problématique « santé » est une porte d'entrée dans le dispositif qui peut être refermée par la personne si elle ne souhaite pas être aidée.

Solutions / propositions :

- *Evaluer le nombre de personnes concernées par la précarité sur le territoire : centraliser les données existantes (Direction départementale de la cohésion sociale, CCAS, rapports d'activité hospitalier et données de la Croix Rouge ainsi que celles des permanences d'accès aux soins) et affiner la quantification du besoin.*



Groupe de travail n°5 : Comment favoriser la notion de parcours de la personne handicapée tout au long de sa vie ?

*Relevé des échanges – réunions du 06/09/2016
et du 16/09/2016*

1. Participants

Nom – prénom	Métier – Structure / Institution / Service	Présence réunion du 06/09/2016	Présence réunion du 16/09/2016
ABDELHAFID NORDINE	Cadre socio-éducatif – Foyer d'hébergement (PH)	X	X
HAHN VALERIE	Directrice-APSH34 (PH)	X	X
RICHARD Caroline	Directrice - Etablissements Centre Hérault (PH)	X	Excusée
ICHOU Naima	Présidente -top service 34 (SAAD)	X	Excusée
ANCEL Charles	Directeur de pôle FAM – MAS (PH)	X	X
RAMANANJOHANY Mja	Educateur spécialisé (PH)	X	X
DESMONS PHILIPPE	Directeur-Esat les Hautes Garrigues (PH)	X	X
FOCQUEU Jean jacques	Directeur-ep le roc castel (PH)	X	Excusé
BONNERIEZ Isabelle	Directrice-ADAGES_FAM/MAS LES IV SEIGNEURS (PH)	X	Excusée
MAITRE Laurent	Directeur-Association Vallée de l'Hérault (AVH) ("H)	X	X
MENA AURELIE	Responsable de Secteur-A Domiciles SERVICES34 (SAAD)	X	X
BROUSSE Pascal	Directeur-GIHP LR (PH)	X	Excusé
VIGIER Thierry	Directeur-Foyers APEI de Thau (PH)	X	Excusé
RABUT Julie	Chargée de suivi social-ADMR (SAAD)	X	X
TURCO Delphine	Gérante-SERENITAS DOMUS AIDEN (SAAD)	X	Excusée
ROBIN Isabelle	Pilote-Equipe Relais Handicap Rare (PH)	X	Excusée
BAELDE Philippe	Directeur-Foyers Ecureuils APEI GM (PH)	X	X
GENRE GRANDPIERRE Denis	Directeur-ASEI foyer plateau des lacs (PH)	X	X
MAUREL Delphine	Directrice-ESAT La Bulle Bleue - ESAT Ateliers Kennedy - SAEAT Ateliers Kennedy (PH)	X	X
KLEIN Guillaume	IAS secteur PH-ARS LRMP DD34	X	Excusé
GELINOTTE Laurence	IAS secteur PH-ARS LRMP DD34	X	Excusée

GONALONS Karine	Chef de service-PMSA - MDPH	X	X
ALBERNHE Agnes	Chargé de suivi PH-SPEC - DOMS - Conseil départemental	X	X
FOLLEZOU Florence	Référent PH-SGE - DOMS - Conseil départemental	X	X
GADJIGO Demba	Chef de service- ARIEDA (PH)	X	Excusé
DETAMBEL Sophie	ets Centre Hérault/ chef de service Foyer-SAVS	Excusée	x
ESCORNE Marie	ets Centre Hérault/ coordinatrice Foyer/ATO	Excusée	x
ARNAUD Pascale	ets Centre Hérault/ coordinateur Foyer/ESAT	Excusée	x
MENU Sophie	équipe relais handicaps rares/ référent de parcours	Excusée	x

2. Programme de travail prévu pour les 2 réunions

- Définir les dispositifs à développer afin d'assurer une continuité de l'accompagnement lors du passage de l'adolescence à l'âge adulte
- Fluidifier la transition domicile / établissement
- Définir les modalités d'évolution de l'offre pour les jeunes adultes handicapés
- Faciliter l'insertion professionnelle des PH (problématique du manque de places en SA ESAT, problématique du faible taux d'occupation de certains ESAT)
- Définir les modalités d'accompagnement des PH autistes (enjeux lors de la transition vers des structures pour adultes)
- Définir les modalités d'accompagnement des PH avec des troubles psychiques
- Définir les modalités d'accompagnement des PH précaires / SDF
- Définir les modalités d'accompagnement des personnes handicapées avec des problèmes d'addiction (Korsakoff)
- Renforcer le soutien à la parentalité des PH (liens agences / PMI / ASE / MDPH)

3. Déroulement des réunions du 06 et du 16 septembre 2016

3.1 Attentes des participants quant au groupe de travail (tour de table)

Les participants ont exprimé les attentes suivantes / identifié les enjeux suivants :

Projet de vie et parcours

- Mettre en œuvre un travail partenarial pour permettre aux personnes de bénéficier dans le cadre de leur accompagnement de toutes les ressources d'un territoire.
- Tenir compte des désirs des résidents de foyer hébergement, notamment quand ils expriment que le foyer ne leur plaît plus et qu'ils veulent bénéficier d'un autre type d'habitat.
- Prendre en compte la question de l'immobilier dans le cadre de l'évolution de l'offre (la restructuration des locaux étant complexe à organiser).
- Répondre à la question « comment permettre l'accompagnement des personnes dans leur projet sans qu'elles pâtissent du rythme des institutions? ».



- Interroger la notion de parcours de la personne handicapée, y compris lorsque celle-ci manifeste son souhait d'une fin d'accompagnement. L'accent est mis sur le projet qui doit être celui de la personne et non celui des professionnels.
- Favoriser la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées au domicile (grâce à de nouveaux dispositifs).
- Concilier dans la gestion des établissements les exigences d'équilibre financier et les souhaits de la personne handicapée (notamment dans les ESAT).
 - A noter : un ESAT d'un secteur rural connaît un turn-over de 25% au niveau des personnes accueillies tous les 5 ans.
 - Il est souligné la richesse des activités pouvant être proposées en ESAT.

Parcours de soin

- Plusieurs acteurs ont fait remonter que des professionnels de santé (médecins généralistes et spécialistes) ont un manque de connaissances du handicap psychique Cette problématique a une incidence forte sur l'accès aux soins et sur le parcours de soin de la personne handicapée.
- Mettre en perspective le parcours de vie et le parcours de soin, indissociables, notamment dans les cas de handicap psychiques.
 - A noter : un nouveau projet régional de santé va être élaboré par l'ARS, il intégrera le parcours des personnes handicapées.

Articulations et passerelles

- Permettre un accompagnement adapté pour l'ensemble des personnes handicapées (y compris les personnes avec des pluri-handicaps qui ne rentrent pas dans les « cases » et pour lesquelles les plateaux techniques des structures ne sont pas toujours adaptés).
- Aborder la problématique du passage de l'adolescence à l'âge adulte en intégrant plus de souplesse et des relais entre les établissements.
- Identifier des solutions pour les 18-20 ans (notamment dans le cadre d'accompagnements en ambulatoire).
- Travailler sur le passage difficile entre les établissements pour enfants et les ESAT malgré les stages réalisés par les jeunes.
- Trouver des passerelles entre les structures enfants et adultes.
- Travailler sur la transition entre le domicile et les établissements.
- Fluidifier le parcours (décloisonner) tout en respectant la réglementation. Une piste concerne les plateformes qui permettent de fluidifier les parcours (accès plus aisé sur un territoire donné).
- Partager un retour d'expérience dans un autre département, en Indre et Loire, où un service a été organisé à une échelle de territoire pertinent. Le principe est celui d'une « structure » au service de tous les autres intervenants du champ médico-social pour traiter les situations d'urgences, avec entre autres le dénominateur commun du public des personnes handicapées et le principe d'actions par cycles de 6 mois renouvelable une fois (sur le modèle des CHRS), sans distinction d'âge pour les bénéficiaires.
- Trouver des solutions aux parcours de vie des personnes âgées vieillissantes. / Travailler sur la transition pour les personnes adultes vers les dispositifs pour personnes handicapées vieillissantes (PHV).
 - A noter : Ce point sera traité de manière spécifique dans le groupe n°3.
- Développer les actions de soutien à la parentalité face à des professionnels parfois démunis, notamment dans les structures d'aide à domicile.
- Apporter des solutions aux situations critiques.

Souplesse

- Intégrer plus de souplesse dans l'accès aux dispositifs pour éviter les ruptures de parcours en tenant compte du cadre réglementaire contraint / Dépasser le cadre actuel défini par les agréments, les autorisations.
- Intégrer de la souplesse dans les notifications MDPH en permettant des multi-orientations et donc des parcours coordonnés entre plusieurs établissements (ITEP-SESSAD, SAVS-Foyer de Vie, etc.) (au lieu des dérogations qui sont actuellement accordées).



Elargir la réflexion et repérer de nouveaux modes d'accompagnement

- Elargir la réflexion pour favoriser la prise en charge de meilleure qualité possible et identifier les modalités de mise en œuvre.
- Entendre les problématiques des services et des établissements.
- Recueillir des pistes de réflexion pouvant éclairer les situations rencontrées dans les structures.
 - o A noter : l'accompagnement des personnes en situation de handicap et d'origine étrangère font partie des problématiques rencontrées.
- S'enrichir sur les dispositifs existants à destination des personnes handicapées.
- Repérer tout projet innovant avec l'objectif de les capitaliser au niveau national, notamment dans le champ du handicap rare.

Autres remarques :

- Un participant souligne le manque de place en section annexe d'ESAT.
- Constat de population accueillie très variée (plus qu'il y a 20 ans) avec une hétérogénéité des publics accueillis.



3.2 Réflexions et pistes d'action proposées

3.2.1 Les transitions entre les structures dédiées aux adolescents et celles dédiées à l'âge adulte

Constats

Un travail du CREAL est en cours concernant les amendements CRETON avec pour objectif d'étudier les difficultés des structures de l'enfance à trouver des solutions d'accompagnement pour les personnes handicapées de plus de 18 ans.

Les stages devant permettre d'anticiper le passage d'une structure du secteur enfance à une structure du secteur adulte sont de durée trop courte et ne permettent pas une préparation optimale à ce changement. Un professionnel souligne que des stages de 3 semaines pour préparer les 30 à 40 ans de vie à venir sont bien évidemment trop courts. Autres constats : aucun stage de 90 jours n'est mis en place et faute de temps la coordination est insuffisante (préparation à l'adaptation au rythme et à l'environnement).

Le cadre législatif fixe un délai d'évaluation de 6 mois en ESAT (renouvelable une fois): ce délai est considéré comme trop court. C'est après plus d'une année que celle-ci serait pertinente pour mesurer l'adéquation du projet.

Les jeunes accueillis en IMPro ne sont pas préparés au rythme de travail de l'ESAT. La difficulté réside dans le rythme de travail. Les enjeux de passage d'un IME à un ESAT résident dans la pression économique qui est liée au statut des ESAT. De surcroît, l'environnement de l'IME est constitué de repères forts pour l'utilisateur (tels que les rendez-vous avec la psychologue, les professeurs). C'est la perte de ces repères qui crée la difficulté de transition entre les deux structures. L'existence de stages de découverte entre les IMPro et les ESAT tend à faciliter les transitions et les passages d'une structure à l'autre.

Un professionnel fait un retour d'expérience en indiquant qu'il faut 4 ans pour former une personne handicapée en ESAT. Un outil efficace à la formation est la section annexe qui permet un accompagnement dans la durée, en deux fois deux ans, qui correspond à la réalité du besoin en formation.

La problématique est accrue pour les jeunes issus de structures spécialisées de l'Education nationale (CLIS et UPI) qui n'ont pas eu de formation manuelle.

Une autre remarque concerne l'adaptation à la vie institutionnelle difficile à tout âge, a fortiori pour les jeunes « hors-circuit » (qui ne sont pas en provenance des IME).

Parmi les pistes explorées par les participants pour pallier ce décalage trop grand entre les structures, un professionnel a mis en place l'ouverture des locaux d'un foyer de vie à des personnes extérieures sur des temps donnés. Ces personnes extérieures peuvent être des jeunes qui vont quitter une structure enfant, des PHV, etc. Ces temps d'ouverture permettent aux personnes d'appréhender tous les volets de leur futur environnement. Cette démarche procède de la logique de **lieu ressource**. Autre constat : des places sont disponibles sur les foyers-logement et permettent d'envisager cette logique.

Des ruptures dans les parcours existent du fait de la réglementation existante au sein des structures au niveau des critères d'âge (ces critères d'âges pouvant varier en fonction du type de structure). De nombreuses situations de personnes sans solution sont traitées en commission de situation critique.

L'expérience en Indre et Loire à l'échelle d'une localité est relatée : la création d'un collectif handicap qui met en relation les acteurs afin d'anticiper, sans urgence et sans rupture, les changements de structures au cours du parcours de la personne handicapée.

Un professionnel fait part d'une autre expérience, dans le champ du handicap rare qui repose sur le principe de la mise en place de réunions rassemblant plusieurs acteurs articulés entre eux qui ont pour objectif d'anticiper les transitions.



Toutefois, du fait du manque de place (en Foyer occupationnel, FAM et MAS), malgré la volonté d'anticipation, c'est sur la base d'une place potentiellement disponible que se construit le projet de vie.

Solutions / propositions :

- Allonger les périodes de stage afin d'offrir une période d'adaptation plus pertinente.
- Développer les stages pour les jeunes entrants en structures adultes.
- Allonger les délais d'évaluation (au-delà d'une année) pour permettre de disposer d'une période d'évaluation suffisante en ESAT notamment.
- Développer les accueils temporaires de 90 jours dans les structures.
- Développer les sections annexe pour tenir compte des délais de formation nécessaire en ESAT.
- Développer les lieux ressources permettant d'offrir des temps dédiés ouverts à l'extérieur, notamment pour les jeunes, les PHV.
- Créer des petites unités de vie dans le futur lieu d'hébergement à destination des personnes en provenance des structures pour enfants :
 - *Ces unités de vie seraient conçues comme des structures intermédiaires.*
- Renforcer le lien entre secteur social/médico-social et sanitaire.
- Anticiper les ruptures de parcours y compris en envisageant des changements de département.
 - *Point de vigilance : veiller à respecter les choix de la personne.*

3.2.2 Evolution de l'offre pour les jeunes adultes

Constats

L'ouest de l'Hérault manque de dispositifs de type SAMSAH qui permettent, en se fondant sur le travail des équipes pluridisciplinaires, de fluidifier le parcours des jeunes adultes handicapés.

Le manque de places de SAMSAH et leur répartition inégale sur le territoire accroissent les difficultés de transition d'un dispositif à un autre. Dans le bassin ouest héraultais, des personnes actuellement accueillies en FAM pourraient bénéficier d'un accompagnement par un SAMSAH, or faute de places disponibles ces personnes sont maintenues dans l'établissement. Plus généralement, le manque de places en structures pour adultes handicapés est souligné (en établissements et services).

A l'inverse, pour les personnes non hébergées en établissement, le manque ou l'absence de SAMSAH génère des périodes sans accompagnement ou sans aucune présence en journée ce qui n'est pas satisfaisant en termes de projet et qui peut être dangereux pour les personnes.

Les attentes des jeunes adultes ne correspondent pas toujours à l'offre existante actuellement. Ainsi, les foyers d'hébergement classiques en accueil collectifs sont moins demandés par les jeunes adultes.

Par ailleurs, parmi les personnes accueillies en foyer d'hébergement / en foyer logement éclaté (FLE), certaines personnes ne peuvent être à temps plein en ESAT et nécessitent des temps d'accompagnement en journée. Or les structures de ce type ne disposent pas de temps dédié à l'accompagnement en journée.

Solutions / propositions :

- Créer des places de SAMSAH
- Développer une souplesse pour permettre le cumul de différentes prises en charge
 - *Exemples : cumul d'un accompagnement par un SAMSAH et d'un hébergement en foyer logement éclaté, personne en FAM le jour et en FLE le soir, entre un SAVS et un accueil de jour, etc.*
 - *Point de vigilance : les modalités de financement de ce type de dispositifs.*
- Dépasser les agréments en faisant évoluer les foyers d'hébergement



- Intégrer un volet accompagnement en journée en foyer d'hébergement et en FLE
 - o *Mutualiser des personnels d'accompagnement en journée entre structures sur un même territoire*
 - o *Ces temps d'accompagnement en journée seraient utiles pour les jeunes adultes entrant en ESAT et les PHV*
- Elargir les possibilités d'intervention des sections annexes en permettant à ce type de structure d'être adossée à des structures d'hébergement.
- Proposer au sein d'une même structure des places en hébergement collectif et appartement autonome / Proposer au sein d'une même structure des places de foyer d'hébergement, de foyer de vie, de FAM
 - o *Des enjeux architecturaux importants sont identifiés dans le cadre de ces propositions*
 - o *L'idée directrice est de diversifier les modalités d'accompagnement pour éviter à la personne de changer de lieu de vie si ses besoins évoluent.*

3.2.3 Fluidifier la transition domicile / établissement

Constats

De nombreux professionnels pointent le besoin de places médicalisées. Les nombreux « rapatriements » de personnes handicapées à domicile en établissement du fait d'une problématique de santé illustrent les besoins de SSIAD PH pour sécuriser le maintien à domicile.

En matière d'hébergement temporaire, deux situations et fonctions existent sur le territoire : (1) l'accueil en hébergement temporaire avec une fonction de répit des aidants avec parfois une planification en amont (un an à l'avance), (2) des places d'hébergement temporaire occupées par des personnes qui recherchent des places en hébergement permanent (les personnes sont à domicile et utilisent des places en hébergement temporaire à défaut de trouver une place en hébergement permanent).

La répartition inégale des dispositifs d'aide au maintien à domicile et d'hébergement est pointée.

NDLR : Il est dommage que le rôle des SAAD ne soit pas relevé ou pointé entre maintien à domicile et hébergement. Outre les compétences que développent certains SAAD, il est important de sortir des dispositifs « uniquement » centrés PH, dans la perspective d'une mutualisation de moyens (SPASAD par exemple).

Lorsque les jeunes adultes passent d'une structure pour enfant handicapé à une structure pour adulte, cela peut impliquer le passage d'un accueil en externat à un accueil en internat. Le nombre de weekend passé avec la famille peut diminuer lors de cette transition, ce qui peut être mal vécu par la personne handicapée et/ou sa famille.

Solutions / propositions :

- *Créer des places de SAMSAH et développer des SSIAD*
- *Se reposer sur les structures d'accueil de jour et d'hébergement temporaire (médicalisé ou non) pour reculer l'entrée en établissement / apporter du répit aux aidants et permettre ainsi un maintien à domicile*
 - o *Points de vigilance :*
 - *la proximité des établissements par rapport au lieu de vie des usagers / par rapport aux familles*
 - *disposer de locaux permettant ce type d'accueil*
 - *Prendre en compte la problématique des transports pour se rendre en accueil de jour*
- *Prendre en compte dans les appels à projet les disparités actuelles dans la répartition de l'offre entre les territoires*

3.2.4 Faciliter l'insertion professionnelle des PH (problématique du manque de places en SAESAT, problématique du faible taux d'occupation de certains ESAT)

Constats

Un manque de places en sections annexes d'ESAT a été constaté dans le cadre du diagnostic, toutefois, le taux d'activité au sein de certaines sections d'ESAT est assez faible. Des participants indiquent qu'il n'est pas toujours facile d'articuler la section annexe d'ESAT avec le reste de l'activité de l'ESAT.

Par ailleurs, le Département de l'Hérault possède une singularité dans la durée des prises en charge en section annexe : elles sont limitées à 4 ans (sur l'ensemble du parcours de la personne) et organisées en deux périodes de 2 ans. Elles ont été pensées comme des solutions transitoires devant jouer un rôle de passerelle dans le cadre d'une remobilisation professionnelle, d'une entrée en ESAT ou d'une sortie de prise en charge et non comme des solutions d'accompagnement pérennes.

Les participants soulignent la non cohérence entre la durée de prise en charge en SA ESAT (2 fois deux ans) et la période d'essai en ESAT (2 fois 6 mois).

Des responsables de structures soulèvent le fait que les ESAT sont parfois mis en difficulté du fait d'un encadrement juridique manquant concernant la possibilité d'organiser des stages et périodes d'immersion en entreprise. De même, les périodes d'essai (courtes) et la fin des Evaluation en Milieu de Travail, entraînent des difficultés pour les usagers qui veulent intégrer les ESAT.

En effet, les établissements ne souhaitent pas s'engager à accueillir le travailleur alors qu'ils ne sont pas certains que le travail proposé conviendra pleinement à son profil (certaines structures souhaitent une période en immersion en plus de la période de stage).

Les participants indiquent que certaines personnes handicapées ou leur famille peuvent avoir des réticences à faire évoluer les modes de prises en charges de la personne (exemples : orientation d'une personne handicapée travaillant en ESAT vers le milieu ordinaire ou encore orientation d'une personne handicapée en foyer de vie vers un accompagnement ESAT/foyer d'hébergement). En effet, si le nouveau mode de prise en charge ne convient pas à la personne, il y a un risque que la place qu'occupait auparavant la personne ne soit plus disponible. De plus, certaines personnes handicapées, lorsqu'elles s'orientent vers le milieu ordinaire alors qu'elles travaillaient en ESAT perdent également leur place en foyer d'hébergement (l'accueil en foyer d'hébergement étant conditionné à l'accueil en ESAT).

Solutions / propositions :

- Favoriser les **liens entre les ESAT** et les structures de type **Foyer de Vie ou IMPRO**
 - o Créer une plateforme de service permettant de proposer des **activités à temps partiel** et adaptées aux usagers.
 - o **Développer** un cadre juridique favorable aux **stages et périodes d'essais**.
 - o Réinterroger la limite de 4 ans à une prise en charge en section annexe d'ESAT.
- **Faciliter les allers retours entre les structures**
 - o **Autoriser la transformation de manière ponctuelle d'une** place d'hébergement permanent en place d'accueil temporaire pour donner la possibilité à l'utilisateur quittant la structure de revenir si besoin.

3.2.4 Définir les modalités d'accompagnement des PH autistes (enjeux lors de la transition vers des structures pour adultes)

Constats

Le groupe fait remonter la différence majeure des moyens qui sont donnés aux établissements « généralistes », qui prennent en charge plusieurs types de pathologies, par rapport aux établissements spécialisés qui prennent en charge uniquement des personnes autistes. Or, il s'agit d'un public pour lequel une prise en charge de qualité nécessite un accompagnement humain important.

Cette différence de moyens est également marquée entre les structures pour enfants handicapés et les structures pour adultes.

Il est noté la nécessité de maintenir une communication poussée entre les professionnels dans le cadre des passages entre les structures du secteur enfant vers les structures adultes. En effet, pour être appréhendée la mieux possible, cette période de changement, sous-tend des échanges entre les équipes, ancienne et nouvelle, quant aux outils de communication qu'utilise la personne, les situations de déclenchement des troubles du comportement, etc. Or les professionnels ne disposent pas toujours de ce temps pour échanger / transmettre les outils et faire part de leur expérience autour de l'accompagnement du jeune. Actuellement, des personnes autistes accompagnées par des ESMS ne bénéficient pas d'un accompagnement adapté. Les professionnels de ces structures nécessitent un étayage.

Les professionnels font part de la bonne coopération avec le CRA de Montpellier qui intervient notamment dans le cadre d'un étayage des professionnels de certaines structures (notamment celles qui disposent de places dédiées aux personnes autistes).

Il est rappelé que l'accompagnement et la formation des intervenants auprès des personnes autistes à un impact positif sur la prise en charge des usagers.

Solutions / propositions :

- Développer les moyens humains et financiers octroyés aux établissements « généralistes »
- **Favoriser les liens entre les structures enfants et adultes** pour faciliter les périodes de transitions entre les établissements.
 - o Coordonner les professionnels pour permettre la transmission des outils
- **Développer les formations** à destination des professionnels
 - o Mutualiser les formations entre les établissements pour diminuer le coût financier
 - o **Favoriser les dispositifs d'étayage et de supervision** des professionnels

3.2.5 Définir les modalités d'accompagnement des PH avec des troubles psychiques

Constats

Le groupe note que le lien entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire, notamment le secteur de la psychiatrie, est assez complexe. Il existe une véritable difficulté à organiser et articuler des actions communes. Celles-ci sont souvent conditionnées par l'intérêt spécifique d'un médecin pour la prise en charge des personnes avec des troubles psychiques dans le secteur sanitaire et dans le secteur médico-social. L'existence de conventions de partenariat ne garantit pas une articulation.

De plus, les participants soulignent qu'il y a de moins en moins de psychiatres ou d'infirmiers spécialisés en psychiatrie formés à la prise en charge des troubles psychiques.

Certaines structures travaillent avec des libéraux mais cela implique des frais de déplacement importants. Il est alors évoqué la question de la mise en place de la télémedecine.



Des expériences positives sont mentionnées :

- Le conventionnement entre un ESAT et un centre de jour
- La mise en place d'un groupe de travail entre une clinique de Montpellier et un FAM autour des personnes présentant des troubles psychiques (la clinique accueille temporairement des personnes accueillies par le FAM et inversement).

Le groupe soulève la problématique de la sous-dotation des 5 GEM (groupes d'entraide mutuelle) du département qui entraîne une fragilité de ces structures.

Par ailleurs, les SAVS accompagnent des situations concernant des personnes handicapées avec des troubles psychiques de plus en plus lourdes. Pour autant, du fait d'une démographie médicale en baisse (départ à la retraite des psychiatres impliqués dans les dispositifs) les SAVS peuvent de moins en moins accompagner ces publics. D'une manière générale, les ESMS du secteur du handicap ont des difficultés à recruter des professionnels sur des temps de psychiatrie. Une estimation donnée fait part de 30% des usagers de SAVS qui nécessiteraient un accompagnement en SAMSAH

Cette situation est notamment due au fait que les SAMSAH du département sont saturés et ne peuvent accompagner de nouveaux usagers.

De même, il y a aujourd'hui une difficulté à émettre une notification d'orientation clairement vers un SAVS ou un SAMSAH. Les parcours nécessitent souvent des interventions mixtes et les usagers ne doivent pas être contraints à un seul type d'accompagnement.

Les professionnels font part de l'impossibilité pour un ESAT de porter un projet professionnel s'il n'y a pas un accompagnement psychologique adapté

La volonté des acteurs de se coordonner reste prédominante. Le travail en équipe chez les professionnels en libéraux est à nouveau qualifié de très compliqué avec un manque de connaissance des acteurs clefs et de coordination.

Solutions / propositions :

- Intégrer un **module relatif au secteur médico-social** et à la prise en charge du handicap psychique **lors de l'internat en psychiatrie**
- **Formaliser** au niveau départemental la volonté institutionnelle du Conseil départemental et de l'ARS d'améliorer la coordination/l'articulation entre le secteur de la psychiatrie et le secteur médico-social
- Développer les passages entre le secteur hospitalier et le secteur médico-social
- **Assouplir les passages entre un accompagnement par un SAVS et un accompagnement par un SAMSAH**
 - o Mettre en place **des doubles notifications**
- Développer le travail avec les professionnels de santé libéraux via la télémedecine

3.2.6 Définir les modalités d'accompagnement des PH précaires / SDF

Constats

Il est évoqué l'exemple de l'Unité Mobile d'Intervention Psychiatrique (UMIP) à Montpellier, qui travaille avec des établissements multiples (CHRS, prisons, etc.).

Il est de même soulevé la problématique du renvoi de certaines situations entre les services, il est cité l'exemple d'une personne en situation de précarité qui n'a pas de domicile de secours.

Une difficulté dans la mise en place d'un accompagnement adapté résulte également du fait que les personnes en CHRS ne peuvent pas être accompagnées par un SAVS ou bénéficier d'un plan d'aide PCH alors qu'elles en ont le besoin (car elles sont dans une structure d'hébergement et non à domicile).



Les participants indiquent que l'articulation entre les services, les agences départementales de la solidarité et les CCAS fonctionne bien.

Des responsables d'ESAT font également part du fait que l'accompagnement par un SAVS permet parfois le suivi de personnes très isolées qui peuvent « décrocher » du jour au lendemain.

Solutions / propositions :

- **Développer les articulations entre les SAVS et les maisons relais**
- Permettre des doubles prises en charge notamment pour les personnes handicapées accueillies en CHRS
 - o Intervention des SAVS et d'équipes mobiles dans les CHRS

3.2.7 Définir les modalités d'accompagnement des personnes handicapées avec des problèmes d'addiction (Korsakoff)

Constats

Aujourd'hui il y a peu de solutions qui existent et qui sont formalisées notamment du fait d'un besoin en accompagnement très spécialisé pour ce public atteint de la maladie de Korsakoff.

Il n'existe pas de service dédié à cette problématique. Les professionnels font part de la nécessité d'une coopération accrue entre les établissements médico-sociaux et les établissements sanitaires pour accompagner ce public.

Les participants indiquent qu'il n'y a pas de réelle réponse de fond à apporter pour la personne mais un véritable besoin d'accompagnement des professionnels et des proches.

Solutions / propositions :

- **Créer un service adapté et spécialisé** avec des professionnels formés qui pourrait intervenir à domicile et en établissement autour de cette problématique en soutien des équipes/des aidants
 - o Mener une réflexion autour de l'accompagnement à mettre en place et identifier les compétences qui seraient à mobiliser au sein de ce service
 - o **Rédiger un cahier des charges en vue d'un appel à projet**

3.2.8 Renforcer le soutien à la parentalité des PH (liens agences / PMI / ASE / MDPH)

Constats

Les professionnels ont fait part de certaines coopérations qui sont en place, notamment à Pézenas à travers le Réseau d'accompagnement à la Parentalité qui rassemble un grand nombre d'acteurs (Hôpital, PMI, etc.). Le SAVS de Pézenas accompagne en effet 16 parents parmi les 27 usagers suivis.

De même, au sein de certains ESAT un nombre important d'usagers sont parents. Dans ces structures, les contacts clés au sein de l'ASE et de la PMI ont été identifiés pour qu'il y ait un soutien à la parentalité.

Il est également noté le fait que certains parents vont avoir une réticence à se faire suivre par des structures institutionnelles qui ont pu intervenir auprès d'eux lors d'un précédent accompagnement (exemple : ASE, PMI), il est donc important de mobiliser tous les types d'acteurs (publics, associatifs, etc.)



Solutions / propositions :

- Développer un **service d'accompagnement à la parentalité pour les PH qui serait adossé à des SAVS**
 - o Un service pourrait servir d'intermédiaire pour accompagner les parents : par exemple dans le cadre des relations avec l'école
- Coordonner et **promouvoir les accompagnements proposés par l'ensemble des acteurs** (institutionnels et associatifs)
 - o Mobiliser des acteurs associatifs comme « L'école des parents ».



Groupe de travail n°6 : Comment encourager le maintien et l'intégration des personnes âgées et handicapées dans la société ?

*Relevé des échanges – réunions du 09/09/2016
et du 20/09/2016*

1. Participants

Nom – prénom	Métier – Structure / Institution / Service	Présence réunion du 09/09/2016	Présence réunion du 20/09/2016
ANCEL Charles	DIRECTEUR DE POLE-FAM MAS (PH)	X	X
ANDRON SYLVIE	DIRECTRICE-OBJECTIF EMERGENCE (PA)	X	X
BARON Cynthia	Directrice-EHPAD les Amandiers (PA)	Excusée	X
BEDOS Marie-Claire	Directrice par intérim-ADAGES_FO ARCHIPEL DE MASSANE (PH)	X	X
BIENVENU Lisbeth	Membre bénévole siégeant à la CDAPH Montpellier-FAF-LR (PH)	X	X
BILHAC Magalie	EHPAD Gignac (PA)		X
BRINI Laetitia	direction-CH Pézenas (PA)	X	Excusée
BROS Elisabeth	Responsable de secteur-SARL COOP EUROPE SERVICES (PA)	X	X
CASSAGNAUD Marie-Georges	Coordonnatrice-CLIC Piémont Biterrois - Conseil départemental (PA)	Excusée	X
COMPAS Brigitte DA	Responsable territorial-RDUTAG-Conseil départemental (PA)	X	Excusée
DE BEARN Sylvie DOMS	chargé suivi schéma CORDERPA-SPEC - Conseil départemental (PA)	X	Excusée
DEVAUX Chantal	membre du conseil d'administration de la Fédération des Aveugles et Amblyopes de France- Languedoc Roussillon-FAF-LR (PH)	X	Excusée
ETIENNE MARIE CHRISTINE	PILOTE-MAIA EST HERAULTAISE (PA)	X	X
FAGES Roger	Président-CLIC l'Epi (PA)	X	Excusé



GASSENQ Alain	trésorier Adjoint-fnath	X	Excusé
IMZOURH Mohamed	CD 34, Chargé du parc privé (ANAH) (PA PH)		X
JOB Annie	bénévole-unafam (PH), membre titulaire siégeant à la CDAPH de Montpellier	X	X
LAMBOTTE Anne	Directeur-SAVS Lis Aureto (PH)	X	X
LANGLOYS Clémence	Chef de service-PSP (Pôle socio- professionnel) à la MDPH - Conseil départemental (PH)	X	X
LAVERDURE Claire	ADJOINT DE DIRECTION-APSH34 (PH)	X	X
LEMOINE Bernard	Président -Espoir Hérault (PH)	X	X
MALGOUIRES Céline	Chargée de mission schéma autonomie stagiaire. Conseil départemental de l'Hérault.	X	Excusée
MENARDO Lionel	chef de service-Foyers APEI de Thau (PH)	X	Excusé
MOUGIN Marie-Laure	DIRIGEANTE-SOLUTIA (PA PH)	X	X
PAYRE Annie	Cadre supérieur de santé-EHPAD les oliviers (PA PHV)	X	X
PORTELLA Jérôme	Directeur – EHPAD La Martégale (PA)	Excusé	X
ROULAND Guillaume (remplacé le 20/09 par M. PINTADO)	Directeur-L'HORIZON - Arche de Jean Vanier en Languedoc (PH)	Excusé	X



2. Programme de travail prévu pour les 2 réunions

- Améliorer l'accès aux transports pour les PA et les PH (problème du manque de dispositifs de transport / de leur coût)
- Renforcer l'accès à des logements adaptés (accès aux aides, mise en adéquation entre l'offre et la demande, l'utilisation des nouvelles technologies)
- Renforcer l'accès à la vie sociale
- Améliorer l'accès aux soins (problématiques de la désertification médicale sur certains territoires, de la part de PA sans médecins traitants, etc.)

3. Déroulement des réunions du 09 et du 20 septembre 2016

3.1 Attentes des participants quant au groupe de travail (tour de table)

Les participants ont exprimé les attentes suivantes / identifié les enjeux suivants :

Logement

- Comment maintenir les personnes handicapées à domicile quand c'est possible ?
- Pour les personnes handicapées, le logement, qu'elles soient en établissement ou dans un logement individuel, est un élément structurant : c'est un sujet à traiter en priorité, avant d'envisager d'aborder la question de l'intégration dans la cité.
 - *A noter : La loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement (ASV) a créé les Conférences des financeurs (CF) qui compléteront les actions d'ores et déjà déployées par les acteurs du secteur personnes âgées (institutions de retraite complémentaire, inter-régime et ARS notamment) : Cette loi intègre un volet de développement de la prévention, incluant les problématiques de logement en domicile diffus.*
- Des solutions de logements pour les personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnent bien, mais manquent de soutien de la part de certains acteurs communaux, qu'il s'agisse d'un soutien financier ou d'un soutien pour le repérage de locaux et de terrains en vue de développer des solutions innovantes d'habitat partagé.
 - *L'association ADAGES a ouvert une unité pour personnes handicapées vieillissantes (PHV) dans un FAM l'an dernier. L'intérêt de cette unité réside dans le fait qu'elle permet aux PHV qui y sont accueillies de mieux s'intégrer dans la société civile par un accès :*
 - *aux informations relatives à la vie sociale, aux loisirs*
 - *aux transports*
 - *un accent est toutefois mis sur la nécessité de mettre en place des dispositifs supplémentaires pour mieux intégrer dans la société l'ensemble des personnes handicapées et un plus grand nombre de PHV en termes de logement et d'accès au droit commun.*
 - *Un autre participant apporte un regard différent sur la question de l'accueil en établissement des PHV. Il souligne qu'il ne faut pas nécessairement créer de structures spécifiques pour les PHV : les EHPAD peuvent remplir cette mission.*
- Améliorer le repérage de la fragilité des personnes âgées.
- Une étude menée conjointement pendant 4 mois aux urgences des CHU de Montpellier et Nîmes, financée par la CARSAT LR, a permis d'identifier les causes du passage inapproprié des personnes âgées de 60 ans et plus et le motif de ré-hospitalisation ; elle montre que les motifs médicaux (en particulier la chute) sont associés à un facteur social et environnemental qui est principalement le logement inadéquat.
- Un nouveau dispositif PFS34 (Prévention Fragilité Seniors 34) apparenté à PAERPA (personne âgée en risque de perte d'autonomie), financé par l'ARS, devrait permettre d'améliorer le repérage de la fragilité sur le territoire est-heraultais.



- Créer de nouveaux services pour les personnes atteintes de handicap psychiques et les aider à trouver un logement après leur passage en hôpital psychiatrique.
 - o Ces personnes ne sont pas en effet pas suffisamment accompagnées après leur hospitalisation. Il manque de places de SAMSAH pour prendre en charge les personnes porteuses de ce type de handicap.
- Partager une expérience d'habitat partagé sur le mode de la colocation de 4 à 5 personnes âgées.

Maladies psychiques

- Comment accompagner vers l'autonomie les personnes souffrant d'un handicap psychique ?
 - o Le problème de la stigmatisation des malades psychiques est souligné. L'intégration dans la société passe par la déconstruction de ces amalgames et par la formation des professionnels des aides à domicile et des professionnels de santé et d'accompagnement dans les EHPAD aux maladies psychiques.
- Les personnes souffrant d'un handicap psychique ou mental au-delà de 60 ans vont complexifier les accompagnements des EHPAD dans les années à venir (du fait du manque de formation des professionnels à ce public). Comment anticiper cette évolution, en termes d'accompagnement médico-social en établissement ou à domicile notamment ?
 - o Selon un participant, les EHPAD pour PHV ne sont pas adaptés pour le handicap psychique en raison des ratios de personnel. La difficulté ne réside pas tant dans la formation du personnel, que dans les **moyens financiers spécifiques**. Par exemple, dans un EHPAD accueillant 90 résidents, dont 30 sont des personnes handicapées vieillissantes, du personnel supplémentaire, formé et des interventions d'équipe mobile (pour gérer les crises notamment) sont nécessaires. Il y a des effets de seuil et les besoins en moyens supplémentaires se font jour en fonction du nombre de PHV accueillies, afin de les accueillir correctement.
 - o Un autre participant en direction d'un FAM et d'une MAS indique qu'un travail avec un EHPAD du territoire est possible **à moyens constants à condition d'anticiper l'accueil** de personnes handicapées vieillissantes par l'EHPAD. La préparation à l'accueil permanent est anticipée un an avant et ne pose aucun problème à l'EHPAD. Des séjours sont organisés au sein de l'EHPAD en amont pour s'y adapter, ce qui aide à préparer l'entrée en établissement. Selon ce professionnel, les EHPAD ont la capacité et le savoir-faire pour accompagner et prendre en charge les personnes handicapées vieillissantes.
- Un autre participant souligne qu'en EHPAD il y a un déficit occupationnel (animation) pour les personnes qui viennent du domicile et qui étaient suivies par un SAVS, mais aussi pour les personnes qui étaient accompagnées en établissement.
- Quelle réponse apporter en termes de logement adapté aux personnes porteuses de handicap psychique ? Quelle intégration dans la vie sociale ? Pour mémoire, nombreux sont ceux vivant dans la rue (30 % des SDF souffrent de maladie psychique), ou en HLM sans accompagnement médico-social.
 - o L'insonorisation des appartements est essentielle : beaucoup dorment le jour et vivent la nuit. Les voisins se plaignent et les personnes ayant une maladie psychiatrique sont forcées de déménager
 - o Beaucoup évitent les transports en commun et ne conduisent pas : il vaut mieux les loger en centre-ville pour leur faciliter l'accès aux magasins, aux démarches administratives, etc.
- Partager une expérience de colocation à destination des personnes souffrant de handicap psychique.

Passage du statut de personne handicapée au statut de personne âgée

- Les personnes handicapées qui perdent le bénéfice du SAMSAH (après 60 ans) ont un sentiment d'abandon.
- Que faire des personnes en ESAT dont l'âge avoisine les 60 ans et pour qui le rythme de travail n'est plus adapté ?
- Les personnes entrant en EHPAD après avoir vécu en foyer occupationnel (FO) connaissent une rupture brutale. Il faut travailler sur cette transition et intégrer les résidents dans la vie sociale de leur nouvel établissement et plus largement, à l'échelle de la ville ou de la commune.



Accès à la vie sociale / isolement

- Beaucoup de personnes âgées et de personnes handicapées sont en situation d'isolement ou se referment sur elles-mêmes.
 - o Comment les aider à accéder à la vie sociale ? Elles n'ont pas toujours connaissance des dispositifs qui leur sont destinés malgré les différents lieux d'information.
 - o Quels nouveaux services (transport, réseaux sociaux) développer pour éviter l'isolement et renforcer l'accès à la vie sociale ? Quelles innovations seraient possibles dans ce domaine ?
 - o Construire une réponse aux besoins des personnes âgées et des personnes handicapées, améliorer leurs conditions de vie sur la base des dispositifs existants à mettre à disposition de tous.
 - o Comment mieux financer les sorties et transports en EHPAD pour un meilleur accès aux loisirs hors des EHPAD ?

3.2 Réflexions et pistes d'action proposées

3.2.1 Améliorer l'accès aux transports pour les PA et les PH (problème du manque de dispositifs de transport / de leur coût)

Constats

L'accessibilité des transports est une question cruciale. Il existe de nombreuses **disparités entre les zones rurales** (avec des modes de transports moins développés) et les **zones urbaines** (avec une offre plus étendue mais pas pleinement adaptée).

La problématique qui se pose est celle de la possibilité pour les personnes âgées ou handicapées **d'utiliser seules les transports ou de devoir recourir à une aide pour les utiliser.**

Les personnes malvoyantes participant à la réunion ont exprimé avoir beaucoup de difficultés à accéder aux transports. Il leur est presque impossible de voyager sans être accompagnées, sauf à emprunter un trajet parfaitement balisé. Divers aménagements ont été mis en place dans la ville de Montpellier (bornes de signalisation sonores aux feux, bandes de guidage au sol...), mais ils ne sont **pas entretenus régulièrement** (en cas de panne d'un signal sonore, il faut attendre très longtemps avant que le dispositif ne soit réparé, ce qui n'est pas toujours le cas) et leurs zones d'implantation sont insuffisantes. La nouvelle gare de Montpellier est **mal équipée en dispositifs pour malvoyants** : comme dans d'autres zones de la ville, les bandes de guidage s'interrompent subitement sans permettre à la personne malvoyante de poursuivre son parcours sans aide (autres exemples : la bande de guidage qui va de la gare à la place de la Comédie n'est pas complètement praticable car des cafés installent des tables dessus. L'hôpital de Montpellier est également difficile d'accès aux malvoyants).

Pour les personnes âgées comme pour les personnes handicapées, c'est souvent **la problématique du « dernier kilomètre »** (fin de parcours non adaptée ni au public handicapé ni au public âgé) qui peut rendre impossible les déplacements sans aide.

Les participants soulignent la **multiplicité des acteurs intervenant en matière de transports** (Mairie, intercommunalité, département) avec des prérogatives et périmètres différents. Il est rappelé que les collectivités sont tenues de mettre en place un Plan Accessibilité et qu'il existe un schéma départemental accessibilité. Hérault Transport a lancé un travail sur l'accessibilité des transports en général (pour les personnes handicapées mais pas seulement), qui vise à réduire les disparités d'accès aux transports.

Il existe également la problématique de **l'accessibilité financière aux transports** pour les personnes ayant un besoin d'accompagnement. Pour les personnes âgées comme pour les personnes handicapées, les aides financières n'intègrent pas suffisamment la problématique du déplacement avec un accompagnement :



- pour les personnes âgées, les plans d'aide APA ne permettent pas toujours d'intégrer du temps de déplacement accompagné. C'est la difficulté que rencontrent très souvent les SAAD, ce qui constitue un frein au maintien de la vie sociale des usagers. des déplacements simples tels que pour faire les courses avec le bénéficiaire ne sont pas possibles.
- pour les personnes handicapées, selon les participants la PCH prévoit peu d'aide humaine, ce qui n'est pas suffisant pour répondre au besoin d'accompagnement pour les déplacements.
- plus généralement, des participants ont relevé la faiblesse des aides humaines accordées pour l'accompagnement à la vie sociale des personnes ayant un handicap psychique à travers la PCH.

Par ailleurs, il est souligné que les **villes et les communes ont des difficultés à repérer les personnes âgées isolées et fragiles à domicile** et que cette donnée rend difficile l'accompagnement de ces mêmes personnes pour l'utilisation des transports. C'est la question de l'accès à l'information quant aux dispositifs de transports adaptés existants et aux aides qui y sont éventuellement rattachées.

En EHPAD, hormis les déplacements en ambulance et en VSL qui font l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie, **les déplacements relatifs à la vie sociale sont très peu financés**. Les investissements réalisés par les EHPAD (en matière de véhicule adapté) et les charges (relatives au personnel d'accompagnement) pourraient faire l'objet d'un financement accru par le Conseil départemental afin de développer la vie sociale des résidents.

- La remarque concernant le financement des transports pour la vie sociale en établissement pour les personnes âgées peut être étendue aux établissements pour personnes handicapées.
- La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) ne concerne pas assez les établissements médico-sociaux. Certains participants au groupe de travail ont exprimé leur souhait que le législateur s'empare de cette problématique pour les établissements pour personnes âgées et personnes handicapées.
- Pour mémoire, les accueils de jour ont une obligation légale d'assurer le transport de l'externat au domicile. Cette obligation porte sur les services proposant plus de 6 places. Une difficulté dans le Biterrois est relatée concernant une personne handicapée, usager d'un accueil de jour, à voir la totalité du trajet entre le domicile et l'accueil de jour couvert par une société de transport. Il y a en conséquence un reste à charge pour un segment du trajet que la famille de la personne doit assumer.

L'initiative Sortir Plus constitue une réelle réponse aux personnes âgées. Ce **dispositif est souple**, leur permet de sortir faire les courses, voir un médecin, etc. Les caisses Agirc-Arrco financent ce service aux personnes de plus de 80 ans qui sont membres du régime et sont confrontées à l'isolement ou à la solitude. Un chéquier leur permet de payer un service à domicile qui les accompagne où elles veulent, avec un **reste à charge** apparemment faible (10 %) mais qui peut se révéler important. Les personnes concernées n'ont pas forcément les moyens de recourir au dispositif. Ce dispositif est surtout destiné aux personnes âgées à domicile (SAAD). L'une des limites de ce dispositif réside dans le fait que les services d'aide à domicile ne disposent pas toujours d'un véhicule adapté.

Les cartes de priorité et les cartes de stationnement ont connu des **progrès pour les personnes ayant un handicap psychique**. La MDPH a récemment permis que les cartes de priorité, à certaines conditions, soient accordées aux personnes handicapées psychiques. Cette reconnaissance constitue une amélioration récente qui est à souligner. Une participante a demandé des heures d'aide humaines pour l'accompagnement des personnes ayant un handicap psychique. Si la carte de stationnement mentionne le besoin d'accompagnement, il est plus facile d'inclure une aide aux déplacements dans l'aide à domicile. Cela donne une ouverture sur la vie extérieure.

Dans les Pyrénées-Orientales, un **service de TAD (transport à la demande)** fonctionne très bien. Un appel au service « Personnes handicapées » du Conseil départemental permet de bénéficier du TAD. Le critère d'éligibilité est d'avoir un handicap supérieur à 80 %. On peut être transporté de la gare de Perpignan jusqu'à l'adresse souhaitée pour une somme modique (1€ en 2015 et 2€ en 2016, prix indicatifs). Pour mémoire, il existe d'autres dispositifs en matière de TAD avec toutefois des **limites liées aux critères d'éligibilité** :

- à destination des personnes âgées : **GIHP** qui s'avère restrictif en termes de **GIR (1, 2 et 3) et de territoire** (uniquement déployé sur 13 communes de la communauté d'agglomération Béziers Méditerranée). Pour mémoire, le GIHP intervient sur plusieurs agglomérations.

- à destination des personnes handicapées : **GIHP** qui s'avère restrictif en termes de critère de pourcentage d'invalidité (supérieure ou égale à 80 %)
- la communauté de communes a repris la gestion des TAD mis en place par la société Ulysse (avec des « tournées » sur le bassin de l'étang de l'Or)

Une participante souligne que l'information des horaires de transport est normalement accessible sur internet. Les sites d'Etat sont soumis à des normes pour que les personnes ayant un handicap visuel puissent y accéder. Or dans l'Hérault, **les horaires des transports ne sont pas accessibles aux personnes ayant un handicap visuel.**

Un professionnel précise par ailleurs que l'offre de transports s'est complexifiée : de nouvelles lignes de bus, de nouveaux trams, de nouveaux trajets, etc. ont été développés. Cela rend l'accès aux transports plus difficile pour les personnes âgées. Il y a un manque d'interlocuteurs et un **manque de lisibilité de l'offre de transports et de compréhension de l'utilisation des transports pour se rendre d'un point à un autre.**

Solutions / propositions :

- Développer l'offre de transport adapté en zone rurale et urbaine
- Sensibiliser les collectivités sur la nécessité d'entretenir les dispositifs existants (bandes de guidage au sol, bornes sonores, feux tricolores équipés de bips) et de développer et étendre les zones d'implantation des équipements
- Améliorer la coordination et le pilotage des différents acteurs du transport : mairies, métropole, communauté de communes, compagnies de transports, etc. dans le but d'augmenter l'accessibilité des transports. La question de la centralisation est abordée ainsi que celle de la mutualisation pour une efficience accrue.
- Permettre l'accessibilité financière pour les déplacements accompagner
 - intégrer les déplacements dans les plans d'aide APA pour les personnes âgées
 - intégrer les déplacements dans les plans d'aide PCH pour les personnes handicapées
- Augmenter, en établissement pour personnes âgées et personnes handicapées, les moyens financiers dévolus aux déplacements des résidents (investissements et charges)
- Accroître la politique de prévention de la perte d'autonomie et le repérage des personnes fragiles à domicile (personnes âgées et personnes handicapées).
- Etendre l'initiative Sortir Plus aux personnes handicapées
- Abaisser l'âge d'accès au service Sortir Plus (actuellement réservé aux plus de 80 ans)
- Développer le transport à la demande (TAD) dans l'Hérault, sans toutefois mettre des critères trop restrictifs pour les personnes âgées (par rapport au GIR) ou pour les personnes handicapées (taux de handicap supérieur à 80 %).
- Faire respecter les normes existantes sur les sites officiels des transports concernant la lisibilité des textes pour les personnes avec un handicap visuel



3.2.2 Renforcer l'accès à des logements adaptés (accès aux aides, mise en adéquation entre l'offre et la demande, l'utilisation des nouvelles technologies)

Constats

L'**aménagement du logement** des personnes âgées ou handicapées ayant des problèmes de sécurité à domicile se heurte à **trois freins principaux** (logement inadapté et/ou insalubre) :

- le manque d'anticipation,
- le coût de l'aménagement,
- la complexité des dossiers d'aide.

Tout d'abord, les personnes âgées attendent souvent d'être très dépendantes pour aménager leur logement ou en chercher un autre, et l'entrée dans un logement adapté se heurte à des freins psychologiques. Ensuite, les personnes âgées ou handicapées n'ont pas toujours les moyens de faire les travaux d'aménagement requis. Il existe beaucoup d'aides financières, notamment via l'ANAH, mais le système de montage des dossiers est très complexe et les délais pour obtenir une aide sont longs. La variété des aides rend le dispositif peu compréhensible : aides pour les personnes âgées ou pour les personnes handicapées, aides différentes selon les caisses de retraites, selon les territoires, en fonction de la situation des personnes.

Les personnes âgées habitant en domicile diffus ne viennent pas aux conférences sur l'adaptation du logement. Il est difficile de les sensibiliser dans la mesure où elles ne se sentent pas concernées. Les services d'aménagement du domicile travaillent très souvent dans l'urgence car les personnes n'anticipent pas le besoin d'aménagement du logement.

L'ANAH a apporté des **précisions sur les subventions accordées** pour l'adaptation du logement :

Un assistant à maîtrise d'ouvrage est toujours là pour aider la personne à monter son dossier. Concernant les délais des dossiers : des commissions de l'ANAH se réunissent chaque mois. En règle générale, il est recommandé de ne pas lancer de travaux avant le dépôt de demande de subvention. Cependant, les investissements urgents peuvent bénéficier d'une subvention *a posteriori* : en cas d'investissements urgents, il est possible de réaliser les investissements puis de déposer le dossier de financement en faisant une demande de dérogation. Les locataires peuvent bénéficier d'investissements d'autonomie ; les subventions ne sont pas réservées aux propriétaires.

L'association PACTE fait des évaluations d'autonomie et propose des aménagements du logement. C'est un des opérateurs à même de faire des évaluations d'autonomie. Toutefois, la « fiche PACTE » n'est pas obligatoire pour demander un aménagement.

Un professionnel témoigne de **délais d'instruction** de la demande d'adaptation du logement **trop longs** (5 à 6 mois) avec un effet parfois de non recours au dispositif de l'ANAH pour les personnes âgées ayant pris leur décision et qui, pour celles qui le peuvent, décident d'autofinancer les aménagements.

Le retour des personnes âgées à domicile après une hospitalisation est souvent mal accompagné ou rendu impossible par manque de sécurisation du retour au domicile. Des personnes âgées passent d'institution en institution faute d'avoir un domicile aménagé (plaques de cuisine, salle de bain...), soit parce que leur famille refuse d'aménager le domicile, soit parce que le médecin traitant estime que le retour à domicile serait trop risqué. Par ailleurs, **le dispositif d'aide au financement de l'aménagement est incohérent** : l'évaluation des besoins ne peut avoir lieu que si la personne est rentrée à son domicile. Ces problématiques touchent surtout les personnes âgées, mais aussi les personnes en situation de handicap et notamment de handicap psychique : si les parents n'hébergent pas leur enfant après l'hospitalisation, il intègre souvent un logement non adapté qui le conduit à une rechute.

Enfin, les participants ont fait part de **plusieurs expériences innovantes** ou à dupliquer autour de la question de l'habitat (à noter : la question des dispositifs intermédiaires à développer entre le domicile et l'établissement est traité de manière approfondie dans le groupe 3) :

- Un **habitat partagé** a été créé pour des personnes âgées en perte d'autonomie, en situation d'isolement et en capacité de communiquer. Le modèle retenu est celui de la **colocation** avec l'objectif de recréer du lien social. La structure a mis en place des activités, des repas en commun pour les 4 colocataires. Il y a une mutualisation des heures d'APA pour deux des colocataires ce qui permet une souplesse d'accompagnement.
- Une expérience réussie dans le Nord va être dupliquée à Sète pour les personnes handicapées. Il s'agit d'une **colocation** regroupant des personnes bénéficiaires de la PCH avec une **mutualisation partielle de la PCH** permettant de financer l'accompagnement des colocataires pour les repas. La MDPH a donné son accord pour mutualiser partiellement la PCH. Cela permet aux colocataires ayant une légère perte d'autonomie de vivre en logement de façon assez autonome et de rompre la solitude.
- Remarque : la **cohabitation entre un adulte âgé et son enfant handicapé** pourrait être organisée, notamment en termes de mutualisation d'aide.
- Un autre projet de **colocation intergénérationnelle** prévoit de faire vivre une personne âgée en compagnie d'un jeune de moins de 30 ans.
- Le **modèle du béguinage** (dans le Nord de la France et en Belgique à destination des personnes âgées : habitat collectif de plain-pied avec une accessibilité financière - le propriétaire est un bailleur social)
- Une expérimentation de **labellisation de logements** pour les personnes âgées à l'initiative d'**Hérault Habitat** : labellisation de logements dédiés aux personnes âgées sur des critères de proximité des commerces et des transports notamment. La loi ASV permettra de dédier des logements sociaux aux personnes âgées et cette expérimentation de labellisation pourrait servir de piste de travail.

Solutions / propositions :

- Rendre l'information plus lisible pour les dossiers de financement de l'aménagement du logement
- Développer la communication à destination des professionnels et du public (personnes âgées et handicapées) sur les critères d'éligibilité et de dérogation pour bénéficier d'une aide d'aménagement du logement
- Former les professionnels intervenant au domicile et en charge d'orienter les personnes âgées et handicapées à la connaissance des aides techniques existantes en matière d'adaptation du logement
- Faire un dossier commun entre les différentes aides pour l'aide à l'adaptation du logement, sur le modèle d'intégration des MAIA
- Mieux coordonner les financements d'aménagement du logement
- Réaliser une étude des freins / des motifs de recours trop partiel aux dispositifs existants d'aide au logement
- Développer l'accueil familial
- Décaler la limite d'âge du dispositif SAVS au-delà de 65 ans
- Demander aux mairies d'exercer leur droit de préemption pour les projets d'habitat innovants
- Dupliquer les modèles de colocation et accompagner leur financement
 - o Autoriser la mutualisation des aides APA pour plusieurs personnes âgées vivant ensemble (colocation)
 - o Autoriser la mutualisation de la PCH pour plusieurs personnes handicapées vivant en colocation
- Développer le modèle du béguinage
- Développer l'expérimentation d'Hérault Habitat de labellisation de logements dédiés aux personnes âgées en l'étendant aux personnes handicapées
 - o Point de vigilance : s'assurer d'une proximité des transports et des commerces
- Améliorer la prévention concernant l'adaptation du logement



3.2.3 Améliorer l'accès aux soins (problématiques de la désertification médicale sur certains territoires, de la part de PA sans médecins traitants, etc.)

Constats

Une enquête de la Fondation de France fait état de **disparités entre les territoires ruraux et urbains**. La ville permet un meilleur accès aux soins et aux services. Elle permet en revanche une moindre socialisation. En région rurale la désertification médicale touche les médecins généralistes, et plus encore les spécialistes. Des participants notent également une évolution dans la façon dont les nouveaux médecins investissent leur travail : alors que les anciens médecins ne comptaient pas leurs heures de travail, la nouvelle génération a des horaires de travail plus limités et se montre moins disponible.

Différents services peuvent apporter une réponse à la **désertification médicale**. Les **maisons médicales** permettent un accès aux soins mais proposent un suivi médical des personnes (âgées ou handicapées) moins adapté pour le suivi régulier et plus complexe du fait du changement des médecins. Le temps d'attente en cas d'urgence est moindre, ce qui est un avantage.

Le Service d'aide médicale urgente (**SAMU**, 15) est rapide et permet d'aiguiller vers la bonne personne : les urgences, une maison médicale, SOS médecin, etc. Le SAMU dispose de médecins régulateurs qui évaluent la gravité de la demande. Ce service est très efficace et tout à fait adapté pour les personnes âgées, pour les sécuriser en cas d'angoisse. Le service SOS médecin envoie un médecin sur place lorsqu'une personne a besoin d'une consultation et que son médecin référent est absent, quand l'état de la personne ne nécessite pas d'aller aux urgences. Des participants notent que les services de **téléalarme** ont souvent une fonction sociale : les personnes âgées qui n'arrivent pas à dormir appellent la plateforme d'urgence pour trouver du réconfort.

La **télémédecine** est envisagée par les professionnels présents comme une des solutions d'un **meilleur accès aux soins en milieu rural** pour les personnes âgées et handicapées. Les retours d'expérience mentionnent que la télémédecine fonctionne bien pour les **plaies et cicatrisation** et également pour les **spécialités telles que la cardiologie et la chirurgie**. Un participant nous communique le nom de Monsieur SALGUES (expert et enseignant chercheur en télémédecine et maintien des personnes âgées à domicile) qui intervient dans des communes proches de Béziers (auteur de l'ouvrage *E-santé et télémédecine*).

- A noter : La question du transport jusqu'au lieu où est pratiquée la télémédecine peut constituer un frein.

Les services d'aide à domicile souffrent d'un manque de **reconnaissance** de la part de l'ensemble des acteurs médico-sociaux et sanitaires, quant au **rôle de prévention** qu'ils jouent auprès des personnes âgées et handicapées. Or leur travail permet de maintenir les personnes à domicile le plus longtemps possible, et donc de reculer l'entrée en EHPAD et de mieux la préparer.

Les familles sont souvent très démunies face au handicap psychique de leur enfant. Les crises sont particulièrement difficiles à gérer la nuit. Il n'existe pas de service compétent pour aider en cas de crise. Les médecins de nuit ne se déplacent pas si une maison médicale de garde existe sur le secteur. Or les maisons médicales de garde demandent aux accompagnants de venir avec le malade, ce qui est impossible en situation de crise. Le SAMU n'est pas toujours enclin à se déplacer : il demande aux familles au moins un certificat médical avant d'intervenir, cela est difficile alors qu'il faut agir vite. Seuls les pompiers sont efficaces dans ce type d'urgence. Les familles sont épuisées par ce « parcours du combattant ». L'intervention des secours peut conduire à la stigmatisation des personnes ayant un handicap psychique, notamment lorsqu'elles vivent seules en appartement (l'entourage est vite au courant). Il serait souhaitable qu'un « service d'urgence » puisse venir au domicile en cas de crise, comme cela existe à Paris. Ce dispositif représenterait un soutien considérable pour les familles qui sont très désespérées face aux situations de crise.

Une intervenante souligne la grande qualité d'une formation créée par et pour des familles à propos des maladies psychiques. Cette formation permet de savoir comment agir, quels sont les choses à faire et ne pas faire. La formation a lieu dans un hôpital mais n'est pas destinée aux professionnels.



Les hospitalisations programmées ne sont pas faciles à mettre en œuvre malgré l'existence de conventions entre les établissements et services médico-sociaux et les hôpitaux. En conséquence, ce sont souvent des **situations de crise** qui contraignent à l'hospitalisation alors que les signes avant-coureurs avaient été détectés par les professionnels des ESMS. C'est souvent sous la forme d'hospitalisations sous contrainte (hospitalisation à la demande d'un tiers, HDT) que s'effectuent ces hospitalisations. Il est rappelé que des règles très strictes s'appliquent aux médecins en cas de HDT et que ce type d'hospitalisation est soumise au juge des libertés. Le contexte de tension générale du secteur sanitaire avec des restrictions de personnel et du manque de temps est exposé pour expliquer la situation. Il n'en demeure pas moins que les hospitalisations programmées pour stabiliser les personnes atteintes de handicap psychiques ne sont pas suffisantes. Leur fonction de stabilisation et d'évitement de la crise n'est pas utilisée.

La **politique de prévention** pour les personnes handicapées n'est pas suffisamment développée et les politiques de dépistage de droit commun (prévention oculaire, mammographie...) n'atteignent pas assez les personnes handicapées.

Les personnes ayant un handicap cognitif ou intellectuel ne sont pas toujours en capacité de s'exprimer. En l'absence de tutelle et/ou de famille, elles ne réalisent pas toujours qu'elles ont besoin de soins. Les professionnels qui les accompagnent (éducateurs, professionnels des SAAD, etc.) peuvent se retrouver en difficulté dans ces situations et avoir un problème de **légitimité / de crédibilité** dans le dialogue avec les professionnels de soin qui ont l'habitude d'un interlocuteur tel qu'un médecin ou une infirmière.

Le manque de formation au handicap psychique et troubles psychiatriques des professionnels de santé (médecins généralistes, spécialistes et infirmiers notamment) est pointé : tant au niveau de leur formation initiale et qu'au niveau de leur formation continue. Pour mémoire, les infirmiers n'ont plus de spécialisation en psychiatrie dans leur parcours initial. Il est par ailleurs noté que la grande variété des handicaps peut constituer un certain frein à la formation théorique et que c'est sur le terrain qu'intervient une spécialisation dans ce domaine. Il est dommage que les établissements médico-sociaux ne puissent pas régulièrement servir de lieu de stage aux internes en psychiatrie, faute de psychiatre salarié par ces mêmes EMS.

Les personnes ayant un **handicap visuel** ont de grandes **difficultés à accéder seules à un dispositif de soins**. A l'intérieur des hôpitaux, tout est prévu pour le passage des brancards et fauteuils roulants : il n'y a donc aucun obstacle inattendu pour les déficients visuels. En revanche, la prise de ticket pour les zones d'attente est impossible pour eux. Des bornes sonores ou des clignotants pourraient compléter l'aménagement et aider ces personnes à se diriger seules.

Enfin, un des freins à l'accès aux soins pour les personnes âgées ou handicapées reste le montant financier des soins. Malgré l'existence de dispositifs d'aide comme la CMU, des personnes renoncent aux soins pour des raisons financières.

Solutions / propositions :

- Améliorer la sensibilisation / la formation des médecins traitants et spécialistes et des infirmières
- Renforcer la formation initiale des professionnels de santé matière de handicap (via l'ordre et les URPS) : médecins, IDE, kinésithérapeutes, podologue, diététiciens
- Développer les possibilités de stage pour les psychiatres en secteur médico-social
 - A noter : cette proposition est difficile à mettre en œuvre car les internes doivent être sous l'autorité d'un tuteur médecin psychiatre : or il n'y en a très peu en ESMS
- Développer la prévention à destination des personnes handicapées, pour que ces personnes soient effectivement destinataires des politiques de dépistage en matière de santé
- Encourager et valoriser, à l'initiative du Conseil départemental, les partenariats entre les ESMS (notamment ceux qui n'ont ni d'IDE ni de médecin) et les médecins traitants, dans le respect du secret médical
- Développer la télémédecine = solution d'accès aux soins en milieu rural (NB : reste à traiter la question du financement des transports)



3.2.4 Accès à la vie sociale

Constats

Selon de nombreux professionnels la question de la vie sociale **manque de moyens financiers et humains** dans les EHPAD. Cet état de fait accroît la posture d'isolement que peuvent avoir certaines personnes âgées qui ont tendance à se mettre en retrait de la société. Même s'il y a eu des progrès depuis 15 ans, où très peu d'animations étaient mises en place, cela reste insuffisant aujourd'hui. Il manque des **budgets de fonctionnement et d'investissement** (pour permettre les déplacements à l'extérieur de l'EHPAD). Le champ de l'animation dans les EHPAD reste encore largement à inventer selon un participant.

Les travailleurs sociaux des **UTAG**, qui pourraient apporter leur concours en termes de socialisation et vie sociale au sein des EHPAD, ne sont **pas habilités** à y intervenir.

Plusieurs acteurs relatent des **expériences d'ouverture** :

- d'ouverture d'établissements sur la ville et de partenariats réussis : FAM/EHPAD
- de projets intergénérationnels avec pour postulat de rendre les résidents acteur de la vie sociale. Dans le cadre d'un partenariat avec une classe de grande section de l'école maternelle, les personnes âgées (dont personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer) ont fabriqué de petits objets pour les enfants : cela a permis de les rendre « acteurs » de l'animation. Autre projet : les enseignants ont fait venir des personnes âgées dans l'école pour parler aux enfants de la deuxième guerre mondiale. L'échange était extraordinaire.
- Au niveau régional, la CNSA finance une **démarche ADEPA Citoyen'âge**. Il s'agit d'un congrès de personnes âgées pour les **personnes âgées**, qui permet aux **personnes vivant à domicile** et en établissement de discuter entre elles sur leurs problématiques en y conviant des professionnels. L'initiative de la démarche revient aux personnes âgées elles-mêmes.
- Une autre expérience est rapportée : celle de 3 CLIC dont celui de Cœur d'Hérault qui ont mis en place des « vacances seniors » réunissant personnes vivant à domicile et en EHPAD. Le bilan de cette expérience est très positif. Les personnes âgées qui partent en vacances reviennent plus heureuses.

Malgré la vie sociale riche de nombreux établissements (par exemple les animations soirée espagnole et marché aux fleurs menées à l'initiative d'une association créée au sein d'un EHPAD), les professionnels déplorent l'image négative des EHPAD qui peine à s'améliorer.

Les professionnels de services d'aide à **domicile** soulignent la problématique de **l'isolement** de certaines personnes âgées et handicapées et de la difficulté de leur proposer des activités et projets de vie sociale adaptés. Les limites du maintien à domicile aussi longtemps que possible sont pointées : l'accompagnement à la vie sociale peut être insatisfaisant à domicile, là où un logement collectif permet d'avoir plus facilement une vie sociale.

Pour les personnes handicapées, la durée maximale de fréquentation des **sections annexes d'ESAT (4 ans)** est trop faible. L'intérêt de ce dispositif repose essentiellement sur le **plan relationnel** qui constitue un pan important de la vie sociale. Cette **durée** est considérée comme **trop courte** au regard du temps déjà consommé pour l'adaptation entre les structures de l'enfance et l'ESAT. Les autres bénéfices peuvent concerner la remobilisation et le vieillissement.

Le volet **loisirs des ESMS pour les personnes handicapées** peut s'avérer également faible, notamment en raison de la problématique du **reste à charge** pour les résidents. Certains professionnels pointent également des budgets animation insuffisants.

En EHPAD, les participants constatent un **faible respect des droits civiques**, notamment l'accès au vote. Le vote est perçu comme un besoin secondaire au regard des autres besoins de la personne âgée. Le principal frein est la stigmatisation des personnes âgées considérées comme « hors de la société », stigmatisation qui est parfois intériorisée



par les personnes elles-mêmes. Cette attitude est renforcée par la logique de substitution de la personne par la famille, qui décide souvent de la mise en établissement et enlève à la personne âgée son autonomie.

Autre remarque :

L'accueil familial apparaît comme l'une des modalités d'accueil facilitant l'inclusion des personnes âgées ou handicapées dans la société. Les SAVS, qui ont une mission de suivi des familles d'accueil recevant des personnes en situation de handicap, constatent que les familles d'accueil assurent les transports et l'accès à la vie sociale de ces personnes. La présence à domicile des enfants des accueillants familiaux est également perçue de façon positive.

Les SAVS peuvent intervenir auprès des personnes handicapées âgées de plus de 60 ans ; mais pas au-delà de 65 ans. Les participants soulignent l'intérêt de décaler la limite d'âge des bénéficiaires de ce dispositif au-delà de 65 ans.

- A noter : Le sujet de l'accueil familial est développé dans le cadre du groupe n°3.

Solutions / propositions :

- Permettre aux UTAG d'intervenir en EHPAD pour faire des animations
- Mutualiser les postes d'animateurs en EHPAD
- Développer les CVS inter-établissements
- Développer les loisirs et vacances pour les personnes âgées des ESMS et vivant à domicile



Annexe 7 : Glossaire

AAH	Allocation aux Adultes Handicapés
AAMD	Association d'Aide et de maintien à domicile
ACTP	Allocation Compensatrice pour Tierce Personnes
ADEPA	Association de Défense et Etude des Personnes Amputées
ADMR	Aide à domicile en milieu rural
AGEFIPH	Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
AIRIS	Aide à l'Intégration et à la Réinsertion Sociale
ANAH	Agence Nationale de l'Habitat
ANRU	Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine
AOT	Autorités Organisatrices de Transports
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
APEI GM	Association d'Amis de Parents d'Enfants Inadaptés Grand Montpellier
APIbus	Bus de l' « Animation – Prévention – Information »
APSH	Association pour Personne en Situation de Handicap
ARIEDA	Association Régionale pour l'Intégration et l'Education des Déficients Auditifs
ARS	Agence Régionale de Santé
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
ASPA	Allocation de Solidarité aux Personnes Agées
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CDA	Commission des Droits et de l'Autonomie
CDCA	Comités Départementaux de la Citoyenneté et de l'Autonomie
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CLIS	Classe d'inclusion scolaire
CMP	Centre Médico-Psychologique
CNAV	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CODERPA	Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées
CPOM	Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
CREAI	Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité
DDCS	Direction Départementale de la Cohésion Sociale
Drees	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPCI	Etablissement Public de Coopération Intercommunale
ESA	Equipes Spécialisées Alzheimer à Domicile
ESAT	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
ESSMS	Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux



FAM	Foyers d'Accueil Médicalisés
FH	Foyers d'Hébergement
FHF	Fédération Hospitalière de France
GCSMS	Groupe de Coopération Social et Médico Social
GEM	Groupe d'Entraide Mutuelle
GEPA 34	Groupe des établissements pour personnes âgées de l'Hérault
GIR	Groupes Iso-Ressources
HAD	Hospitalisation A Domicile
IEM	Instituts d'Education Motrice
IME	Institut Médico Educatif
IMPro	Institut Médico-PROfessionnel
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
ITEP	Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique
MAIA	Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MSA	Mutualité Sociale Agricole
OPAH	Opération Programmée d'Amélioration de l'Habitat
OPCA	Organisme Paritaire Collecteur Agréé
ORS	Observatoire Régional de Santé
PAERPA	Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (programme)
PASA	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PARA	Plateforme d'Accompagnement et de Répit des Aidants
PLAI	Prêt Locatif Aidé d'Intégration
PLUS	Prêt Locatif à Usage Social
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
PFS	Placement Familial Spécialisé
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PMR	Personnes à Mobilité Réduite
ROR	Répertoire Opérationnel Ressources
RQTH	Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé
RSA	Revenu de Solidarité Active
SAAD	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SAESAT	Section Annexe d'Etablissement et Service d'Aide par le Travail
SAMETH	Service d'appui pour le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAP	Service à la personne
SAS	Sections d'Adaptation Spécialisées
SAVS	Services d'Accompagnement à la Vie Sociale
SESSAD	Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile
SPASAD	Services polyvalents de soins et d'aide à domicile



SSIAD	Services de Soins Infirmiers A Domicile
SYNERPA	Syndicat National des Établissements et Résidences Privés pour Personnes Âgées
UPI	Unité pédagogique d'intégration
USLD	Unité de Soins Longue Durée
UTAG	Unités Territoriales d'Actions Gériatriques