



SCHÉMA DÉPARTEMENTAL POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP 2016-2018



Éditorial

L'élaboration du schéma départemental pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap 2016-2018 est arrivée à son terme.

Je voudrais ici remercier les très nombreux partenaires (ARS, CAF, MSA, CARSAT, Communes, Communautés de communes, établissements publics et privés, associations d'usagers, Département, Etat) impliqués dans le travail d'élaboration de ce schéma depuis le mois de juin 2015. Grâce à ces intenses et fructueuses réflexions, le Département de Saône-et-Loire va ainsi pouvoir accompagner sereinement ses aînés et toutes les personnes en situation de handicap.

Pour ce nouveau schéma, il a fallu que chacun prenne en compte le contexte actuel, budgétaire et sociétal, ainsi que la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (loi ASV) et le rapport Piveteau, pour lequel le Département a d'ailleurs été retenu comme territoire pionnier.

Avec 12% de la population qui a plus de 75 ans (contre 9% en France), il est de notre devoir d'anticiper l'avenir, et d'autant plus que notre politique en faveur de ces deux publics reste la priorité départementale à laquelle nous consacrons notre plus gros budget.

C'est pour cela que le schéma a été élaboré dans le souci de préparer la collectivité à quatre grands enjeux :

- consolider le rôle de chef de file du Département en matière d'action sociale et médico-sociale, tout en impulsant une « politique de faire ensemble »,
- continuer à apporter des réponses de qualité à des besoins croissants et évolutifs, dans un contexte budgétaire fortement contraint,
- anticiper la perte d'autonomie dans un contexte de fort vieillissement démographique,
- apporter des réponses de qualité et de proximité, tout en garantissant une égalité de traitement, en tout lieu du territoire de Saône-et-Loire.

Avec également un enjeu fort de médicalisation des structures pour lequel le Département veillera pleinement à ce que l'Etat prenne toutes ses responsabilités.

Améliorer le quotidien et la qualité de vie de nos concitoyens est en effet une de nos priorités majeures.

André ACCARY
Président du Conseil départemental



SOMMAIRE

Introduction	7
1) Un schéma départemental pour l'autonomie 2016-2018 qui s'inscrit dans un contexte institutionnel mouvant	7
a) Un contexte législatif en constante évolution depuis la Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.....	7
b) Un contexte national marqué par l'adoption de la Loi d'adaptation de la société au vieillissement et la publication du rapport Piveteau	9
c) Un contexte institutionnel local marqué par la consolidation des dynamiques de partenariat	11
2) Une méthode d'élaboration du schéma 2016-2018 fortement participative.....	13
 Partie 1 : Diagnostic départemental de l'offre et des besoins en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap	 15
1) Le contexte démographique et socio-économique de la Saône-et-Loire	17
a) Approche démographique	17
b) Approche socio-économique	21
c) Densité médicale	23
2) La perte d'autonomie en chiffres	24
a) Les personnes âgées	24
b) Les personnes en situation de handicap	26
3) L'accès à la vie sociale et l'adaptation des offres de droit commun	29
4) Les actions de prévention et de lutte contre l'isolement	30
5) Le soutien aux proches aidants des personnes âgées et des personnes en situation de handicap	33
a) Une diversification des formes de soutien aux proches aidants, mais des freins à la mobilisation de l'offre demeurent	33
b) Un renforcement de l'offre de répit en direction des proches aidants des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.....	34
6) Le maintien à domicile	37
a) Le déploiement de l'offre de service en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap	37
b) Un nombre d'accueillants familiaux relativement stable et un accent mis sur la qualité de l'accueil	40
c) L'adaptation du logement et l'utilisation de la domotique comme leviers du maintien à domicile	40

7) L'offre d'hébergement médico-social	42
a) L'offre d'hébergement pour personnes âgées.....	42
b) L'offre d'hébergement pour adultes handicapés	45
8) La territorialisation de la politique autonomie.....	49
 Les enjeux du schéma départemental pour l'autonomie 2016-2018.....	 51
 Partie 2 : Les orientations stratégiques et le plan d'action 2016-2018.....	 53
Axe stratégique n° 1 : Mobiliser et impulser.....	57
Action n° 1 : Impulser une politique départementale partagée en matière de prévention de la perte d'autonomie	58
Action n° 2 : Activer la société civile comme force de proposition autour de la politique autonomie.....	59
Action n° 3 : Impulser les dynamiques au niveau local en lien avec les projets de territoire et les contrats locaux de santé.....	60
Action n° 4 : Améliorer le repérage des situations de fragilité et promouvoir la bientraitance à domicile et en établissement	61
Action n° 5 : Soutenir les proches aidants des personnes âgées et des personnes en situation de handicap	62
Action n° 6 : Accompagner l'évolution des pratiques et favoriser le développement des compétences des professionnels	63
Axe stratégique n° 2 : Simplifier et fluidifier	64
Action n° 7 : Mobiliser les acteurs autour de la mise en œuvre des préconisations de la démarche " une réponse accompagnée pour tous" et notamment du dispositif d'orientation permanent.....	65
Action n° 8 : Favoriser l'articulation et la qualité des interventions à domicile.....	66
Action n° 9 : Renforcer la coordination entre les secteurs social, sanitaire et médico-social	68
Action n° 10 : Faciliter les passerelles entre établissements et services médico-sociaux.....	69
Action n° 11 : Simplifier les démarches d'admission au sein des établissements médico-sociaux pour les usagers	71
Action n° 12 : Rénover les modalités de fonctionnement de l'offre en faveur des adultes en situation de handicap	73
Action n° 13 : Accompagner les besoins de médicalisation des structures accueillant des personnes âgées et des personnes en situation de handicap	74
Action n° 14 : Renforcer la coordination avec la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT) et la Mutualité Sociale Agricole (MSA) en termes d'évaluation et de parcours sans rupture	75

INTRODUCTION

1. Un schéma départemental pour l'autonomie 2016-2018 qui s'inscrit dans un contexte institutionnel mouvant

Les dispositifs en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ont connu de profonds **bouleversements ces dix dernières années**. Le cadre législatif dans lequel s'inscrit la politique autonomie met désormais l'accent sur un accompagnement global et individualisé de la personne faisant écho au respect de son projet de vie, sur une prise en charge de qualité par des équipes pluridisciplinaires ou encore sur le développement d'une offre accrue de services à destination des personnes souhaitant rester à leur domicile.

a. Un contexte législatif en constante évolution depuis la Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

✓ *La Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale*

Cette nouvelle dynamique attentive au bien-être et à l'épanouissement des personnes a été initiée par la Loi du 2 janvier 2002. Les Départements sont alors positionnés comme **chefs de file de l'action sociale et médico-sociale sur leur territoire**. A ce titre, ils ont en charge le **renouvellement du schéma d'organisation sociale et médico-sociale**, dont un volet est consacré aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap.

Les objectifs assignés à ce schéma sont précisés dans le Code de l'action sociale et des familles (CASF) qui indique dans son article L.312-4 que :

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

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

Ce schéma a ainsi vocation à déterminer le **niveau des besoins sociaux et médico-sociaux de la population**, à dresser un **bilan de l'offre sociale et médico-sociale existante** et à faire état des **besoins de développement de l'offre** (notamment les créations, transformations ou suppressions d'établissements et services).

Le schéma d'organisation sociale et médico-sociale est élaboré en cohérence avec les **schémas d'organisation sanitaire** mentionnés aux articles L.6121-1 et 6121-3 du Code de la Santé publique.

✓ *La Loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap*

La loi du 30 juin 2004 crée la **Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)**. La CNSA est un établissement public chargé de contribuer au financement d'actions favorisant notamment l'autonomie des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées gérées par les Départements et joue un rôle d'expertise et d'appui technique.

Dans ce cadre, elle suit notamment **les plans nationaux dédiés aux personnes âgées et aux personnes handicapées** : Plan Alzheimer, Plan Bien Vieillir, Plan Cancer, Plan Handicap visuel, Plan de Solidarité Grand âge, Plan Autisme, Schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour le handicap rare, Plan d'action national AVC (accidents vasculaires cérébraux).

✓ *La Loi du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales*

La Loi du 13 août 2004 a renforcé le rôle du Département dans le domaine de l'action sociale et médico-sociale. Elle stipule que « **le Département définit et met en œuvre la politique d'action sociale** » en tenant compte des compétences confiées à l'État et aux autres collectivités et qu'il coordonne les actions menées sur son territoire.

✓ *La Loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*

La Loi du 11 février 2005 rénove l'action publique en matière de handicap. Tout d'abord, elle élargit le champ du handicap en reconnaissant **les troubles psychiques et cognitifs comme pouvant relever d'une situation de handicap**, dans la continuité de la Loi n° 96-1076 du 11 décembre 1996 qui insérait l'autisme dans le champ du handicap.

D'un point de vue institutionnel et organisationnel, la loi crée **les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)**, des groupements d'intérêt public placés sous la tutelle administrative et financière du Président du Conseil départemental. Celles-ci mettent en place une équipe pluridisciplinaire chargée d'évaluer les besoins de la personne en situation de handicap, ainsi qu'une Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) chargée de prendre les décisions relatives aux droits de la personne.

La loi de 2005 **instaure également un droit à la compensation des conséquences du handicap** quels que soient l'origine et la nature de la déficience, l'âge ou le mode de vie de la personne concernée. **Pour les enfants porteurs de handicap**, elle affirme leur droit à suivre une scolarité dans le milieu ordinaire, au sein de l'école de leur quartier, en fonction du projet personnalisé de scolarisation.

Enfin, cette loi fonde la **notion de convergence des politiques en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées**, convergence indispensable au vue des problématiques nouvelles soulevées par la multiplication des personnes handicapées vieillissantes. En prenant acte de la similarité des besoins et préoccupations des personnes handicapées et âgées, la loi vise à définir des principes et modalités identiques de compensation de la perte d'autonomie afin de supprimer les barrières et éviter les ruptures de prises en charge.

✓ *La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » du 21 juillet 2009*

La loi du 21 juillet 2009, dite HPST, institue un changement dans l'organisation des compétences de l'État dans les administrations déconcentrées. Les **Agences régionales de santé (ARS) sont créées**, remplaçant une partie des attributions des Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et des Caisses régionales d'assurance maladie, pour décliner la politique nationale de la santé et la piloter au niveau régional. Sous tutelle des ministères chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie, elles sont de fait le **nouvel interlocuteur étatique principal du Conseil départemental depuis le 1^{er} janvier 2010**. Elles sont coordonnées par le Comité National de Coordination des ARS et leur relais est assuré au niveau départemental par des délégations territoriales.

La loi HPST instaure en outre **une procédure d'appel à projets**, à laquelle doivent se conformer les projets de création, transformation ou extension d'établissements ou de

services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), notamment les projets s'inscrivant dans le cadre des orientations du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale.

b. Un contexte national marqué par l'adoption de la Loi d'adaptation de la société au vieillissement et la publication du rapport Piveteau

L'élaboration du schéma départemental pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap 2016-2018 intervient dans un contexte mouvant. En effet, **plusieurs réflexions nationales viennent impacter les responsabilités du Département dans le champ de la politique autonomie**, et de fait les actions prévues dans le cadre du schéma.

✓ La Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (Loi ASV)

La **Loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement**, entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2016, réforme l'action des Départements dans le domaine de l'autonomie des personnes âgées.

Son ambition est de **répondre aux conséquences du vieillissement** de la population en :

- **anticipant** les premiers facteurs de risque de la perte d'autonomie ;
- **adaptant** les politiques publiques au vieillissement ;
- **améliorant** la prise en charge des personnes en perte d'autonomie.

Les **principales dispositions de la loi impactant l'action des Départements** sont :

- ***l'instauration d'une conférence des financeurs***. Cette instance de coordination institutionnelle vise à **développer les politiques de prévention de la perte d'autonomie**. Ses missions sont d'établir un diagnostic des besoins des personnes âgées de 60 ans et plus résidant sur le territoire départemental, de recenser les initiatives locales et de définir un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention, en complément des prestations légales ou réglementaires. L'instauration de cette conférence constitue une action phare du nouveau schéma, comme en témoigne son positionnement en tête du plan d'action 2016-2018 ;
- ***la création d'un Comité départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA)***. Ce comité remplace le Comité départemental des retraités et des personnes âgées (CODERPA) et le Conseil départemental consultatif des personnes handicapées (CDCPH). Son objectif est d'assurer la participation des personnes âgées et des personnes en situation de handicap à l'élaboration, à la mise en œuvre, au développement et à la mise en cohérence des politiques de l'autonomie. Le nouveau schéma prévoit ainsi l'instauration du CDCA et de plusieurs collèges spécialisées, qu'il souhaite associer étroitement à la mise en œuvre du plan d'action 2016-2018 du Département en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ;
- ***le soutien aux aidants*** est un autre des axes phares de la Loi ASV. Cette dernière prévoit la **reconnaissance d'un «droit au répit» pour les proches aidants et les aidants familiaux dans le cadre de l'APA (Allocation personnalisée autonomie)**. La Loi vise à renforcer la solvabilisation des proches aidants de bénéficiaires de l'APA en leur permettant de bénéficier de dispositifs de répit via une aide financière dédiée. Ce soutien repose sur la mise en place d'une évaluation des besoins des proches aidants à l'appui d'un outil d'évaluation multidimensionnel. La Loi entend également **favoriser l'articulation de l'offre de services grâce à la mise en cohérence des actions dans le cadre du programme départemental d'actions d'aide aux aidants non professionnels** (thématique incluse dans le périmètre de la conférence

des financeurs). Le schéma 2016-2018 consacre une action à part entière à la question du soutien aux proches aidants, avec pour objectif de mieux répondre à leurs besoins d'écoute, de répit et de formation ;

- **le maintien à domicile** est également l'une des préoccupations majeures de la loi ASV. Elle prévoit **l'augmentation des plafonds de l'APA** (l'Allocation personnalisée d'autonomie) **et une diminution du reste à charge**. La grille AGGIR sera complétée par une évaluation multidimensionnelle des besoins du demandeur de l'APA et de son/ses aidant(s). **Un régime unique d'autorisation des services d'aide à domicile mettra fin au régime double agrément-autorisation en vigueur depuis la loi Borloo de 2005, au profit de la seule autorisation par les Départements**. Un nouveau cahier des charges national de l'autorisation est attendu. Le Département devra justifier tout refus d'autorisation. Par ailleurs, les **accueillants familiaux devront obligatoirement suivre une formation avant leur agrément et non après**. La décision d'agrément fixera le nombre de personnes pouvant être accueillies, dans la limite de trois personnes de manière simultanée et de huit en contrats d'accueil au total, sans excéder le seuil de trois contrats d'accueil permanent. **La concrétisation de l'ensemble de ces dispositions fait partie des priorités du nouveau schéma** : diffusion et appropriation du nouvel outil d'évaluation multidimensionnelle, structuration de l'offre de services, réforme de l'agrément des accueillants familiaux etc. ;
- **l'offre d'hébergement en faveur des personnes âgées** fait également l'objet de nouvelles dispositions. Les **logements-foyers sont rebaptisés « résidences autonomie »**. Leur mission de prévention de la perte d'autonomie est ainsi réaffirmée (mise en place d'un forfait « autonomie » pour les résidences ne bénéficiant pas du forfait soins, possibilité d'admission dérogatoire de personnes relevant du GIR 4). La sécurisation du développement de l'offre de résidences-services passe par une volonté de mieux maîtriser et rendre plus transparentes les charges pour les résidents. **Les règles relatives aux tarifs d'hébergement en EHPAD** (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) **sont également clarifiées pour les établissements non habilités à l'aide sociale**. Il s'agit de normaliser la tarification relative à l'hébergement et la définition des prestations socles couvertes par les tarifs, d'améliorer la transmission d'informations tarifaires des hébergements vers la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), et de la mettre à la disposition du grand public via un portail internet national. **Le plan d'action du schéma 2016-2018 fait écho à ces nouvelles dispositions législatives** : définition des modalités de gestion du « forfait autonomie » dans le cadre de la conférence des financeurs, partenariat avec les bailleurs sociaux sur le déploiement des résidences service etc.

✓ *Le rapport Piveteau « Zéro sans solution »*

Le rapport Piveteau, dit **« Zéro sans solution »** ou *« le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et leurs proches »*, entend trouver des solutions durables pour l'ensemble des personnes handicapées. La **Saône-et-Loire a été retenue comme département pionnier** pour la mise en application des préconisations issues de ce rapport, qui alimentent le plan d'action du schéma 2016-2018.

Les préconisations issues de ce rapport s'articulent autour de **quatre axes**, dont le **premier est consacré à la mise en place d'un « dispositif d'orientation permanent »**. Le rapport prévoit en effet une réforme du processus d'orientation : lorsqu'une proposition d'orientation ne peut se concrétiser, un plan d'accompagnement global devra en effet être élaboré par la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) afin de ne laisser aucune personne sans solution d'accompagnement. Ce plan devra s'appuyer sur l'engagement des acteurs opérationnels mobilisés pour sa mise en œuvre. Dans les situations les plus

critiques, l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH pourra s'appuyer sur un groupe opérationnel de synthèse, instance partenariale permettant l'élaboration du plan d'accompagnement global et son suivi. Ce groupe sera mobilisable à tout moment critique du parcours de la personne (notion de « *réponse accompagnée* »). **La mise en œuvre de ce dispositif d'orientation permanent fait l'objet d'une action à part entière dans le plan d'action du schéma 2016-2018 (axe 2 – action 7)**, action dont la mise en œuvre a été définie comme présentant un caractère prioritaire.

Le **deuxième axe** doit permettre le **déploiement territorialisé d'une réponse accompagnée pour tous**. La mise en œuvre de cette réponse appelle en effet un **renforcement de l'animation territoriale, de la coordination des réponses et la rénovation de l'offre autour de dispositifs plus souples** à travers un partenariat renforcé entre les Agences régionales de santé (ARS), les Départements, l'Éducation nationale et les établissements et services sanitaires et médico-sociaux. En ce sens, à travers son axe 4 consacré à la territorialisation, le nouveau schéma entend réinterroger le maillage territorial de l'offre de services pour plus de cohérence et de souplesse.

Les préconisations issues du rapport Piveteau visent également à **créer une dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs (axe 3)**, qui doit permettre de valoriser l'expertise de l'usager et de ses proches ; et prévoient un processus d'**accompagnement au changement (axe 4)** qui inclut notamment la mise en place d'un système d'information adapté au sein des MDPH et l'accompagnement au changement des pratiques des professionnels intervenant auprès des personnes handicapées.

La place donnée aux usagers et à la société civile dans le schéma départemental pour l'autonomie 2016-2018, ainsi qu'à l'accompagnement des professionnels dans l'évolution de leurs pratiques, devra permettre la concrétisation de ces 4 axes du rapport Piveteau.

Enfin, outre les textes et préconisations d'ores et déjà mentionnés, **plusieurs évolutions législatives** récentes viennent impacter le contexte dans lequel s'inscrit le nouveau schéma départemental, **en particulier la Loi du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République, dite « Loi NOTRe »** (redéfinition des compétences départementales, fusion des Agences régionales de santé dans le cadre des nouvelles régions) et la **Loi du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles, dite « loi MAPTAM »** (refonte de la carte intercommunale).

L'ensemble de ces évolutions législatives et réglementaires est pris en compte dans le cadre du schéma départemental pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées 2016-2018.

c. Un contexte institutionnel local marqué par la consolidation des dynamiques de partenariat

Le schéma départemental pour l'autonomie 2016-2018 s'inscrit dans un contexte institutionnel local marqué par **l'élaboration, à l'échelle de chaque Territoire d'action sociale (TAS) du Département, de projets de territoire**.

L'objectif de ces projets est de **mobiliser les acteurs et les habitants de chaque territoire pour coordonner les actions sur le champ des solidarités et construire un projet partagé dans une logique de développement social local**. Ainsi, chaque territoire a réalisé un diagnostic partagé des réalités locales, de manière à proposer des actions adaptées au contexte territorial. Les projets de territoire doivent ainsi permettre de **construire des réponses sociales plus pertinentes** car pleinement adaptées aux spécificités locales et aux besoins des habitants.

Ces projets de territoires alimentent le schéma départemental pour l'autonomie 2016-2018, qui lui-même fixe un cap permettant d'orienter l'action des territoires dans le champ de l'autonomie.

La Saône et Loire a par ailleurs vu se développer depuis plusieurs années **les Contrats locaux de santé (CLS), issus de la loi du 21 juillet 2009** portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST). L'objectif des Contrats locaux de santé est de renforcer la qualité du partenariat autour de la politique de santé mise en œuvre à l'échelle locale, en cohérence avec les objectifs du Projet Régional de Santé (PRS) élaboré par l'Agence Régionale de Santé (ARS).

L'ensemble de ces outils, projets de territoire et Contrats locaux de santé, ont permis de faire émerger ou de consolider des dynamiques de partenariat local sur lesquelles s'appuiera le schéma 2016-2018 en faveur de l'autonomie. Le renforcement de la coordination entre les acteurs et le décloisonnement des secteurs social, sanitaire et médico-social à l'échelle locale constituent en effet des axes clés du nouveau schéma départemental.



Zoom sur le Territoire d'action sociale (TAS) de Mâcon/Cluny/Tournus

Les projets de territoire se construisent avec comme socle fondamental, le développement social local (DSL). Depuis décembre 2013, les partenaires institutionnels et associatifs ont été associés à la démarche de DSL du TAS de Mâcon/Cluny/Tournus ce qui a permis de changer de regard, de changer d'échelle, de coopérer et de reconnaître les légitimités plurielles de chacun d'eux.

Le diagnostic social territorialisé repose sur le croisement de données quantitatives objectivées et d'apports plus qualitatifs émanant des professionnels des services, des partenaires et des habitants. Il permet d'identifier et d'analyser les spécificités de chaque secteur et de mieux comprendre les réalités sociales auxquelles sont confrontés les habitants.

➔ Les points clés à retenir

- ✓ Les **Départements positionnés comme chefs de file de l'action sociale et médico-sociale sur leur territoire** depuis la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- ✓ **Un cadre législatif mettant l'accent sur un accompagnement global et individualisé de la personne**, sur une prise en charge de qualité par des équipes pluridisciplinaires ou encore sur le développement d'une offre de services à destination des personnes souhaitant rester à leur domicile.
- ✓ **Des évolutions nationales majeures prises en compte dans le schéma départemental pour l'autonomie 2016-2018** : la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement prévoit la mise en place d'une conférence des financeurs pour coordonner les actions en matière de prévention de la perte d'autonomie ainsi que d'un Comité départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA). Sur le champ du handicap, la mise en œuvre des dispositions du Rapport Piveteau dit « *Zéro solution* » sera également au cœur du nouveau schéma, la Saône-et-Loire ayant été retenue comme département pionnier pour la mise en application des préconisations issues de ce rapport.
- ✓ **Un schéma 2016-2018 qui s'inscrit en cohérence avec les dynamiques locales** : élaboration de projets de territoires par les Territoires d'action sociale du Département, développement des Contrats locaux de santé, etc.

2. Une méthode d'élaboration du schéma 2016-2018 fortement participative

Le Département de Saône-et-Loire a souhaité inscrire les travaux d'élaboration de son nouveau schéma de l'autonomie dans le cadre d'une démarche participative. L'élaboration de ce schéma a ainsi mobilisé plus de **200 acteurs du territoire intervenant dans les secteurs des personnes âgées et des personnes en situation de handicap**.

Le Département a sollicité le Cabinet ENEIS Conseil, spécialisé dans l'accompagnement de l'action publique médico-sociale, pour l'accompagner dans l'élaboration de ce schéma départemental pour l'autonomie 2016-2018.

L'élaboration du schéma s'est déroulée en trois phases :

- **le lancement de la démarche et à la réalisation du bilan du schéma précédent.** Elle a permis, à travers la réalisation d'entretiens avec les pilotes des fiches actions du précédent schéma et la tenue de deux groupes de travail ayant réuni chacun une vingtaine d'acteurs, de réaliser une évaluation exhaustive de l'ensemble des actions programmées pour la période 2010-2015.
- **l'élaboration d'un diagnostic partagé de l'offre et des besoins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.** Elle a nécessité la mobilisation d'un panel d'outils, à la fois quantitatifs et qualitatifs : le recueil et l'exploitation de données statistiques relatives à l'offre et aux besoins, la réalisation de projections du niveau de dépendance sur le territoire et la conduite d'une analyse comparative interdépartementale. La situation de la Saône-et-Loire a ainsi été comparée à un échantillon représentatif composé de dix départements : trois départements géographiquement proches (l'Ain, la Côte-d'Or et le Rhône), deux départements présentant une dépense sociale totale nette similaire en volume (la Drôme et le Loiret), trois départements de population égale (l'Aisne, la Marne et la Sarthe) et deux départements vieillissants (la Charente-Maritime et les Côtes-d'Armor).

Six groupes de travail ont réuni plus de **200 participants** autour des thématiques suivantes :

- Favoriser l'accès à la vie sociale et l'adaptation des offres de droit commun ;
 - Articuler les actions de prévention de l'ensemble des acteurs ;
 - Soutenir les aidants non-professionnels ;
 - Accompagner le maintien à domicile ;
 - Adapter l'offre d'hébergement médicosocial aux besoins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ;
 - Territorialiser l'action et coordonner les interventions sur le territoire.
- **la définition des axes stratégiques et des actions du schéma départemental pour l'autonomie 2016-2018.** Pour cela, six groupes de travail ont à nouveau réuni 25 à 30 participants chacun, de manière à élaborer des propositions d'orientations et d'action visant à alimenter le plan d'action du nouveau schéma.

Les **instances de pilotage** de la démarche d'élaboration schéma ont été réunies à l'issue de chacune de ces phases de manière à orienter les travaux. Deux instances partenariales ont ainsi été constituées :

- **un comité stratégique**, instance d'impulsion et d'orientation des travaux du schéma, composée des élus du Conseil départemental en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, des principales Directions de la Direction générale adjointe aux Solidarités concernées par la démarche et des partenaires institutionnels du Département dans le champ de l'autonomie ;

-
- **un comité opérationnel**, instance consultative, force de proposition, composée des membres du comité stratégique, de deux élus de l'opposition, de représentants des usagers et des organisations syndicales, et des professionnels du secteur.

Le présent schéma est donc le fruit d'une **intense concertation avec les acteurs du département participant à la mise en œuvre des politiques en faveur des personnes en perte d'autonomie**. Les travaux ont fait l'objet de deux restitutions auprès de l'ensemble des acteurs ayant contribué à la démarche dans le cadre de conférences thématiques.

Par ailleurs, un nombre important de **préconisations faites par le Comité départemental des retraités et des personnes âgées (CODERPA) ont donné lieu ou inspiré des fiches actions dans le nouveau schéma**, telles que la promotion de l'usage des nouvelles technologies à domicile, l'adaptation du logement ou encore l'amélioration de la prise en compte de la fragilité des personnes.

Focus : Le rôle et les actions menées par le CODERPA (Comité départemental des retraités et des personnes âgées)

Le CODERPA a réalisé de multiples travaux entre 2008 et début 2015. Ces derniers ont été présentés à travers un Livre Blanc qui fait état des recommandations tirées des études menées par le comité et dont l'objectif est de « *Réussir son vieillissement* ».

18 recommandations ont ainsi été présentées au Département. Ces dernières portent sur :

- les principes fondamentaux pour le respect et la dignité des personnes âgées mais aussi pour un autre regard sur le vieillissement ;
 - les politiques à mettre en œuvre pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées, notamment lorsque la perte d'autonomie survient : adaptation de l'habitat, renforcement de l'offre de services à domicile, développement de l'animation à domicile et en établissement, continuité entre les dispositifs qui accompagnent les phases successives du vieillissement etc. ;
 - les moyens stratégiques à mettre en place au niveau du Département pour conduire au mieux les politiques en faveur des personnes âgées (création d'un Observatoire départemental des conditions de vie des personnes âgées etc.).
-

PARTIE I

Diagnostic départemental de l'offre et des besoins en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap



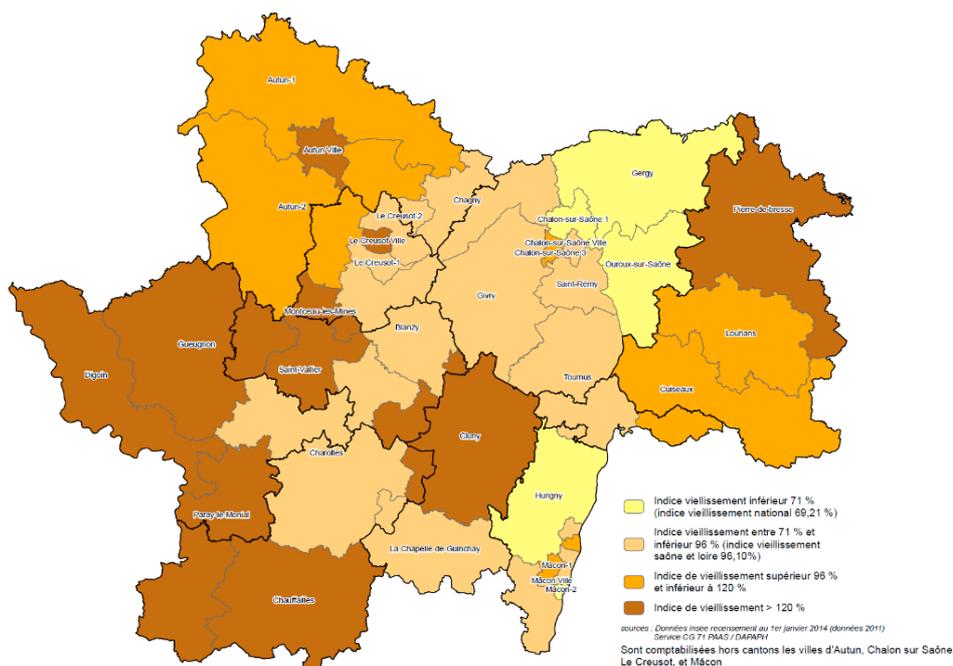
1. Le contexte démographique et socio-économique de la Saône-et-Loire

a. Approche démographique

La population de la Saône-et-Loire atteint **554 505 habitants au 1^{er} janvier 2014** selon l'estimation de l'INSEE. Le département se caractérise par sa **forte population rurale et ses cinq pôles urbains** : Mâcon, Montceau-les-Mines, Chalon-sur-Saône, le Creusot et Autun.

Avec un **indice de vieillissement¹ de 101 en 2012**, la Saône-et-Loire se situe au **22^{ème} rang des départements les plus vieillissants** selon l'Observatoire des Territoires. Cet indice permet de mesurer la mixité intergénérationnelle. En comparaison, cet indice s'élève à **92 au niveau de la région Bourgogne** et à **72 au niveau métropolitain**. Au niveau infra départemental, cet indice permet de constater que les territoires les plus vieillissants sont situés à l'extrême Est du département (Pierre-de-Bresse) et à l'Ouest du territoire.

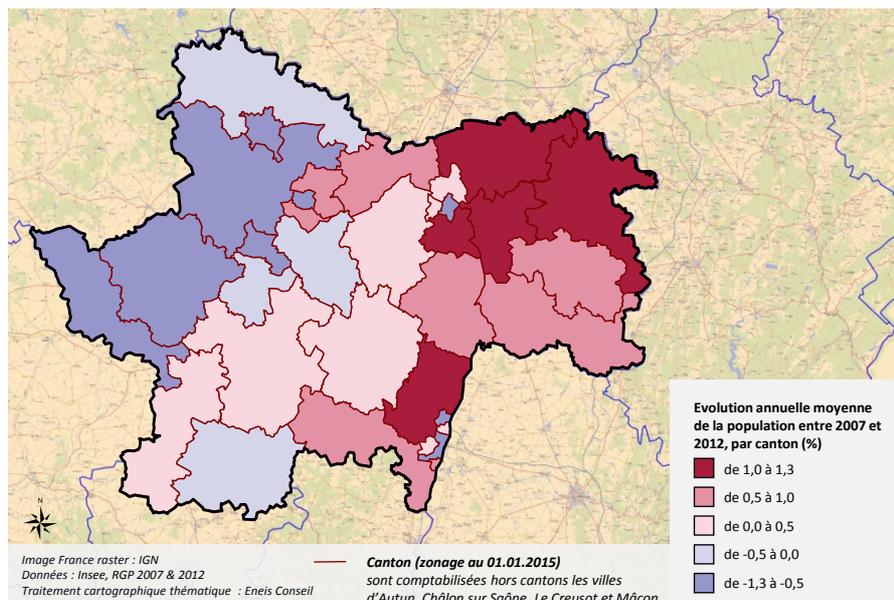
Carte 1 : Indice de vieillissement de la population de Saône-et-Loire



Avec **0,1% de croissance par an en moyenne**, la population est restée **relativement stable entre 2007 et 2012** (+ 3 209 habitants). À titre de comparaison, cette croissance atteint 0,1% en Bourgogne et 0,5% au niveau national. Toutefois, la Saône-et-Loire abrite de fortes disparités **entre les territoires situés à l'Est et ceux situés à l'Ouest du département**. L'évolution de la population est en effet fortement négative à l'Ouest, alors qu'elle est positive à l'Est du territoire.

¹ L'indice de vieillissement est le rapport de la population des 65 ans et plus sur celle des moins de 20 ans. Un indice autour de 100 indique que les 65 ans et plus et les moins de 20 ans sont présents dans les mêmes proportions sur le territoire ; plus l'indice est faible plus le rapport est favorable aux jeunes, plus il est élevé plus il est favorable aux personnes âgées.

Carte 2 : Évolution annuelle moyenne de la population



Avec une baisse de 0,3% par an en moyenne, le nombre de personnes âgées de moins de 20 ans tend à diminuer légèrement entre 2007 et 2012, pour représenter désormais près de 22% de la population de Saône-et-Loire (soit 122 728 personnes). Comme pour la population générale, de fortes disparités entre l'Est et l'Ouest du département peuvent être observées.

La population âgée de 75 ans ou plus est quant à elle de plus en plus importante. En effet, leur nombre a augmenté de 1,6% par an en moyenne entre 2007 et 2012 (soit + 5 010 personnes). Les personnes âgées de 85 ans et plus ont également vu leur nombre augmenter (20 743 personnes en 2012, contre 15 724 en 2007). Avec 5,7% d'augmentation par an en moyenne entre 2007 et 2012 (contre 6,1 % au niveau national), elles représentent près de 3,7% de la population de Saône-et-Loire en 2012 (contre 2,8% au niveau national).

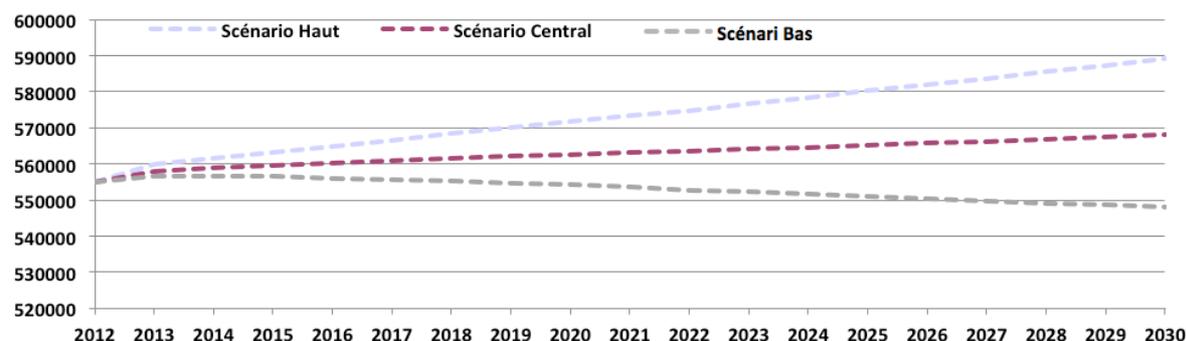
Le graphique ci-dessous montre les résultats des projections démographiques réalisées par l'INSEE². Le scénario central³ prévoit que l'évolution de la population devrait se prolonger à un rythme de 1,3% par an d'ici à 2030, soit un rythme de croissance similaire à celui observé pour la dernière période intercensitaire (2007-2012). En termes d'effectifs, la population passerait ainsi de 555 039 à 568 179 habitants, soit une hausse de plus de 13 000 habitants.

² Les projections démographiques sont le résultat d'un ensemble de calculs mettant en avant l'évolution de la population dans les années à venir selon la réalisation de certaines hypothèses posées en amont de la projection. Ces dernières ne sont pas nécessairement réalisables et n'ont pas de valeurs probabilistes. Elles sont issues de l'observation des comportements passés. Les projections démographiques à l'échelle départementale et infra-départementale ont été réalisées par l'Insee via le modèle OMPHALE 2010 qui combine les trois composantes du renouvellement de la population que sont la mortalité, la fécondité et les mouvements migratoires.

³ Scénario central :

- Maintien de la fécondité observé dans le département en 2007 (1,99 enfants par femme)
- L'espérance de vie à la naissance du département évolue parallèlement à l'évolution nationale. Elle est ainsi établie selon des gains progressifs d'espérance de vie à la naissance, l'espérance de vie départementale est ainsi fixée à 89,2 ans pour les femmes et 83,6 ans pour les hommes en 2042.
- Les quotients migratoires, calculés entre 2000 et 2008, sont maintenus constants sur toute la période de projection. Ils reflètent les échanges de population entre le département et les autres départements de France d'une part et entre le département et l'étranger d'autre part.

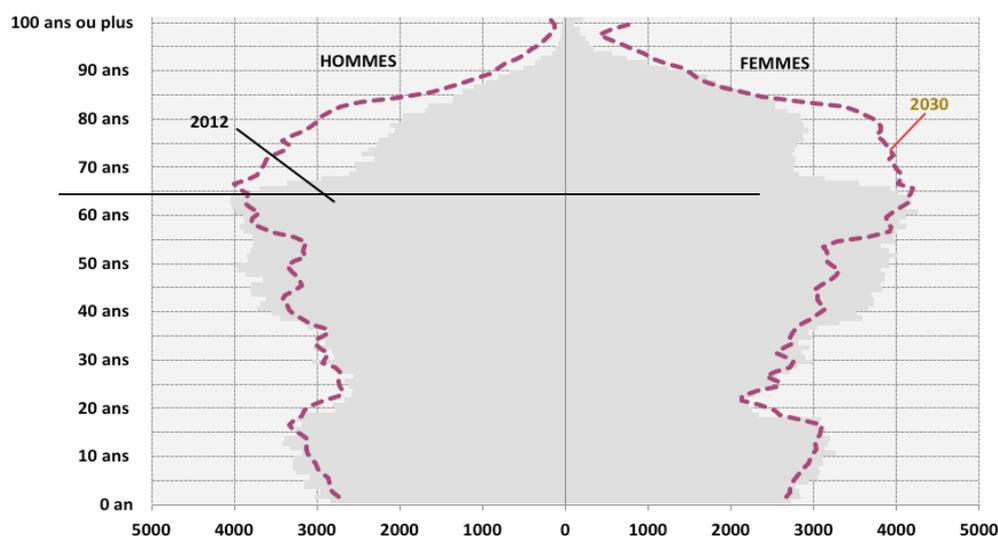
Graphique 1 : Évolution du nombre d'habitants en Saône-et-Loire entre 2012 et 2030 selon trois scénarii d'évolution



Bien que la population totale devrait légèrement augmenter selon le scénario central, les effectifs des différentes classes d'âges ne devraient pas évoluer de la même façon ou à un rythme similaire.

En deçà de 60 ans, les effectifs, quelle que soit la classe d'âge considérée, devraient diminuer. Selon le scénario central, la population âgée de 20-59 ans connaîtrait une diminution de ses effectifs de l'ordre de -0,5%/an. La population âgée de 0-19 ans devrait quant à elle également connaître une diminution entre 2011 et 2030 de l'ordre de -0,3%/an, due essentiellement à une diminution de la natalité. Ces évolutions démographiques seraient similaires à celles projetées pour la Bourgogne (-0,1%/an pour les 0-19 ans et -0,4%/an pour les 20-59 ans) mais contraires aux tendances nationales d'ici à 2030 (+0,1%/an pour les 0-19 ans et stabilisation des 20-59 ans).

Graphique 2 : Structure par âge et sexe de la population de la Saône-et-Loire en 2012 et projection en 2030 selon le scénario central



Source : Insee, RGP 2012 ; Projections démographiques Scénario central - Modèle OMPHALE 2010

Passant de 164 585 à 206 918 personnes, **la population âgée de 60 ans ou plus devrait s'accroître de 1,3% par an en moyenne entre 2012 et 2030**, prolongeant ainsi la géronto-croissance déjà observée entre 2007 et 2012, mais à un rythme moins soutenu.

En revanche, d'ici 2030 et à l'inverse des observations faites entre 2007 et 2012, **les jeunes seniors (60-74 ans) devraient connaître une augmentation plus modérée de leurs effectifs (+0,3%/an)** comparativement à la population âgée de 75 ans ou plus qui verrait ses effectifs augmenter de +1,7%/an.

La croissance de la population âgée de 60 ans ou plus à l'échelle départementale serait d'intensité moindre comparativement à celles projetées pour la Bourgogne (+1,4%/an) et la France métropolitaine (+1,6%/an) durant la même période.

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des principaux résultats des projections démographiques à l'échelle départementale, selon le scénario central

	Part en 2012	Part en 2030	Évolution annuelle moyenne entre 2012 et 2030	Effectifs en 2012	Effectifs en 2030
0-19 ans	22%	21%	-0,2%	122 728	117 941
20-59 ans	48%	43%	-0,5%	267 726	243 320
60-74 ans	18%	20%	0,9%	97 808	115 855
75 ans ou plus	12%	16%	1,7%	66 777	91 063
POPULATION TOTALE	100%	100%	0,1%	555 039	568 179

Source : Insee, RGP 2012 ; Projections démographiques Scénario central - Modèle OMPHALE 2010

Selon les résultats des projections de personnes dépendantes réalisées par l'INSEE⁴, **la Saône-et-Loire devrait par ailleurs connaître une hausse du nombre de personnes dépendantes d'ici 2030**, et ce quel que soit le scénario pris en compte.

Le nombre de personnes dépendantes devrait augmenter globalement de 38% entre 2007 et 2030 selon le scénario central, soit 5 300 personnes dépendantes en plus à l'échelle départementale, pour un volume totale de 19 200 personnes. Cette croissance serait similaire à celle projetée à l'échelle régionale (+39%) et d'intensité moindre comparativement à la France métropolitaine (+49%).

⁴ Projections des personnes âgées dépendantes : ne sont considérées ici que les personnes bénéficiant de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, âgées de 60 ans et plus. Les effectifs projetés de bénéficiaires sont obtenus en appliquant des taux de prévalence de l'APA à une population de personnes âgées de 60 ans ou plus à l'horizon 2030, et estimée selon le scénario central des projections démographiques établies par l'INSEE (OMPHALE 2010). Être dépendant signifie ici bénéficier de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie. Attention néanmoins, les bénéficiaires projetés de 2007 à 2013 ne sont pas à comparer avec les bénéficiaires de l'APA réels. En effet, « la dépendance effective observée par les services médico-sociaux peut différer de la dépendance potentielle estimée (issue de l'enquête Handicap-Santé). De plus, dans l'estimation statistique, pas de prise en compte des refus d'aide ou des situations de non-sollicitation de l'APA par méconnaissance du dispositif, ni de prise en compte d'éventuelles spécificités locales dans l'attribution de l'APA » (source INSEE).

Tableau 2 : Croissance du nombre de personnes dépendantes à l'horizon 2030

	Nombre de dépendants		Évolution 2007-2030
	2007	2030	
Bourgogne			
- Scénario central - optimiste		50 100	+ 25 %
- Scénario central - intermédiaire	40 100	55 700	+ 39 %
- Scénario central - pessimiste		59 800	+ 49 %
Côte-d'Or			
- Scénario central - optimiste		13 500	+ 32 %
- Scénario central - intermédiaire	10 200	15 100	+ 48 %
- Scénario central - pessimiste		16 200	+ 59 %
Nièvre			
- Scénario central - optimiste		8 100	+ 19 %
- Scénario central - intermédiaire	6 800	9 000	+ 32 %
- Scénario central - pessimiste		9 600	+ 41 %
Saône-et-Loire			
- Scénario central - optimiste		17 200	+ 24 %
- Scénario central - intermédiaire	13 900	19 200	+ 38 %
- Scénario central - pessimiste		20 600	+ 48 %
Yonne			
- Scénario central - optimiste		11 300	+ 23 %
- Scénario central - intermédiaire	9 200	12 500	+ 36 %
- Scénario central - pessimiste		13 300	+ 45 %

(Source : INSEE)

D'ici à 2030, l'analyse prospective de la dépendance indique que l'ensemble des territoires infra-départementaux étudiés devraient connaître une croissance du nombre de personnes dépendantes. **Cette croissance s'observerait néanmoins à un rythme différent selon le territoire considéré.** En effet, en ne considérant que le scénario intermédiaire, le Sud Bourgogne devrait connaître une hausse globale de 48% du nombre de personnes dépendantes, contre une croissance 25% pour le territoire Autunois Morvan – Creusot Montceau.

Tableau 3 : Une croissance du nombre de personnes dépendantes plus accentuée dans le territoire du Sud Bourgogne

Zonage de projection *	Nombre de personnes âgées dépendantes (gir 1 à 4)		augmentation en volume (2007-2030)	augmentation en % (2007-2030)
	2007	2030		
Autunois Morvan - Creusot Montceau				
scénario central - optimiste		4 600	500	12
scénario central - intermédiaire	4 100	5 100	1 000	25
scénario central - pessimiste		5 500	1 400	34
Bresse Bourguignonne				
scénario central - optimiste		2 200	400	24
scénario central - intermédiaire	1 800	2 500	700	39
scénario central - pessimiste		2 700	900	49
Chalonnais				
scénario central - optimiste		3 900	800	28
scénario central - intermédiaire	3 100	4 400	1 300	44
scénario central - pessimiste		4 800	1 700	55
Charolais Brionnais				
scénario central - optimiste		3 100	600	26
scénario central - intermédiaire	2 500	3 500	1 000	40
scénario central - pessimiste		3 700	1 200	50
Sud Bourgogne				
scénario central - optimiste		3 100	800	33
scénario central - intermédiaire	2 300	3 400	1 100	48
scénario central - pessimiste		3 700	1 400	60

(Source : INSEE)

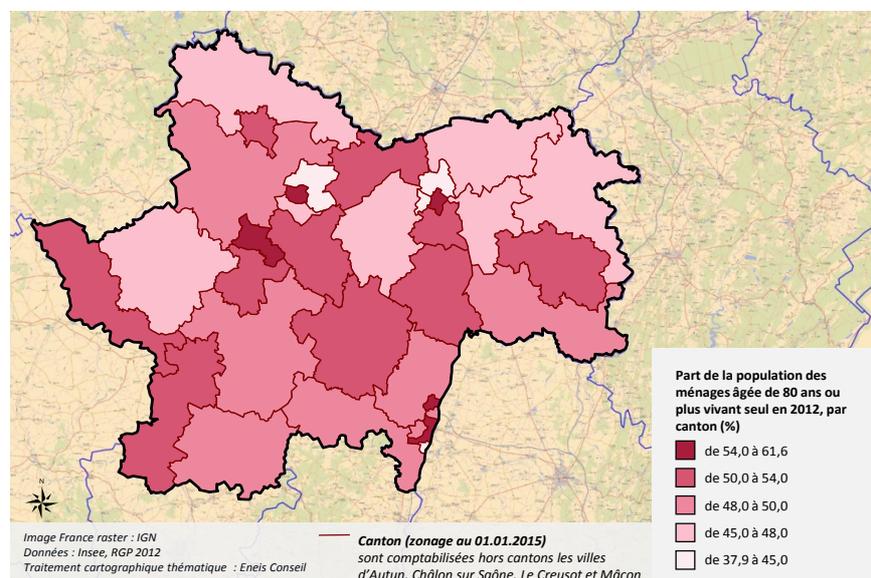
b. Approche socio-économique

L'isolement des personnes âgées est une donnée particulièrement importante à repérer pour d'une part prévenir les situations de vulnérabilité et d'autre part prévoir un accompagnement rapproché. Ce repérage est d'autant plus important que **la Saône-et-Loire compte une forte proportion de personnes âgées de 80 ans ou plus vivant**

seules. Alors qu'au niveau national, 49% de la population de 80 ans ou plus vit seule, ce **taux s'élève à 52% en Saône-et-Loire, soit 18 237 personnes en 2012.**

Comme le montre la carte ci-dessous, il existe des disparités territoriales avec une différence entre le nord et le sud du département. Les cantons situés au nord sont moins concernés par ces situations. Les taux les plus faibles sont ainsi constatés dans les zones de Chalon-sur-Saône et du Creusot.

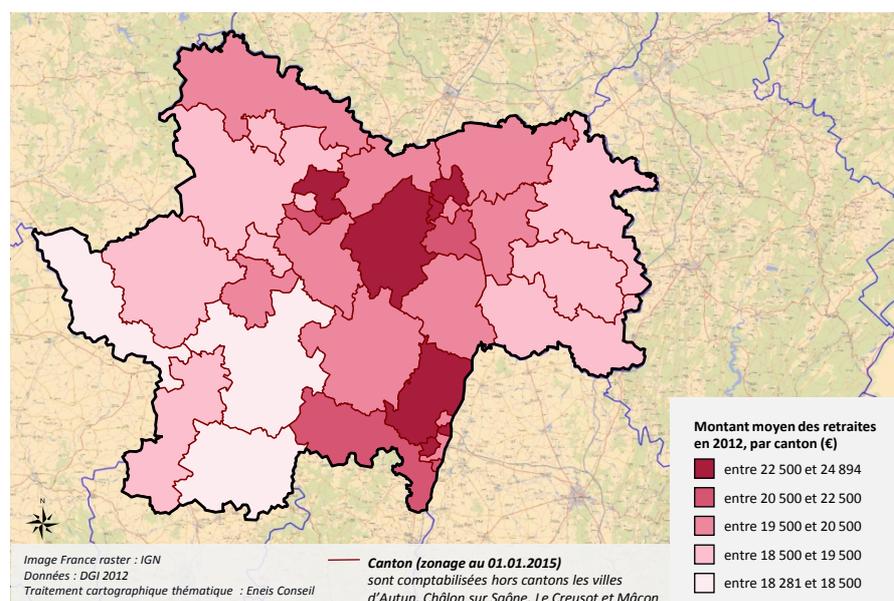
Carte 3 : Part de la population des ménages âgée de 80 ans ou plus vivant seule en 2012



A l'échelle de la Saône-et-Loire, **le montant moyen des retraites et pensions s'élève à 19 997 euros** (DGI 2012). Ce montant apparaît faible au regard de celui observé aux niveaux régional et national, respectivement 20 579€ et 21 151€. Par ailleurs, de fortes disparités sont à noter entre les cantons.

Comme le montre la carte ci-contre, les retraités résidants dans le sud-ouest du département, notamment dans les cantons de Digoin, Charolles et Chauffailles, disposent du pouvoir d'achat le plus faible du département.

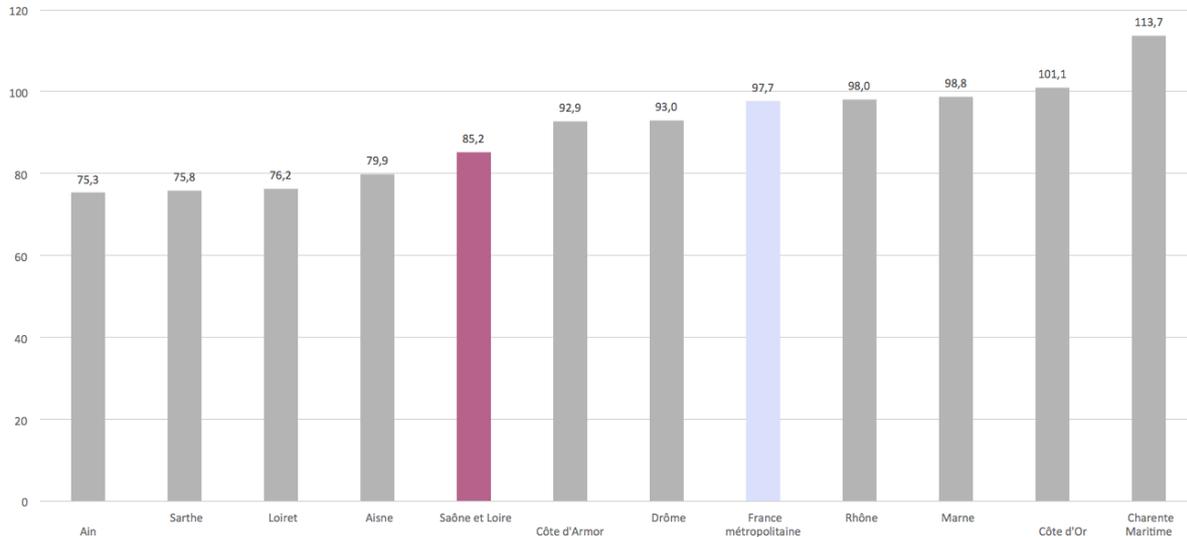
Carte 4 : Montant moyen des retraites en 2012



c. Densité médicale

Avec une densité médicale de 85,2 médecins généralistes pour 100 000 habitants, la Saône-et-Loire se situe dans la **moyenne basse des territoires comparés**.

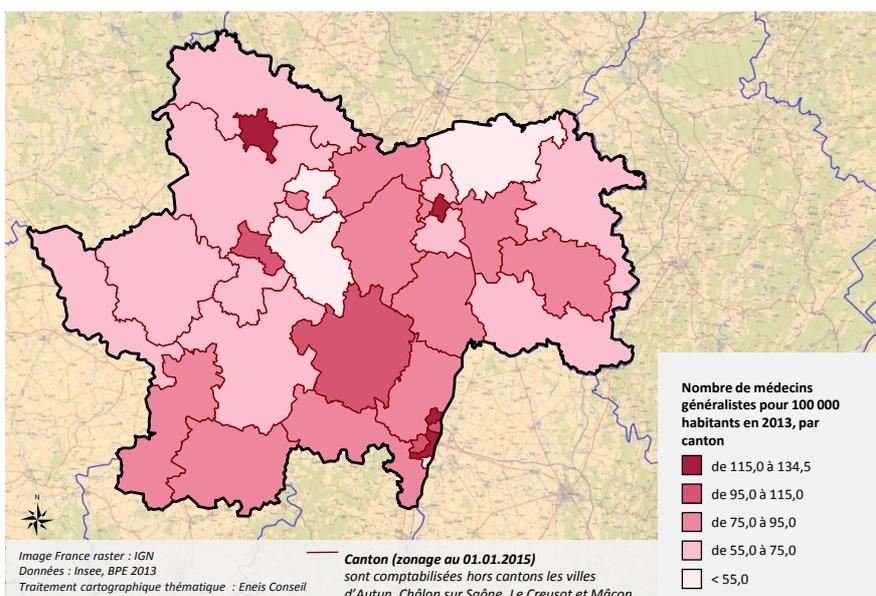
Graphique 3 : Densité médicale en médecins généralistes pour 100 000 habitants



(Source STATISS. Données au 1^{er} janvier 2014)

La répartition territoriale des 473 médecins généralistes du département est relativement hétérogène. Dans le Nord du département, et plus particulièrement dans les cantons du Creusot, Blanzay et Gergy, la densité de médecins généralistes est faible, avec respectivement 42,3, 51,3 et 52,3 médecins pour 100 000 habitants. En revanche une forte présence de médecins généralistes peut être relevée en milieu urbain.

Carte 5 : Densité médicale pour 100 000 habitants



➔ Les points clés à retenir

- ✓ **554 505 habitants en Saône et Loire au 1er janvier 2014.**
- ✓ **Une population qui tend à stagner** (croissance de +0,1% par an en moyenne entre 2007 et 2012) **avec cependant de fortes disparités entre les territoires** : baisse de la population dans la partie Est du département, alors que le nombre d'habitants croît à l'Ouest.
- ✓ **Un indice de vieillissement élevé de la population en Saône-et-Loire** (101 personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 habitants de moins de 20 ans). Un poids de plus en plus important des 75 ans et plus : leur nombre a augmenté de 1,6% par an en moyenne entre 2007 et 2012, et celui des 85 ans ou plus de 5,7% par an sur la même période.
- ✓ **Une croissance des 60 ans et plus qui devrait se poursuivre d'ici 2030**, à un rythme de 1,3% par an. Le niveau de dépendance mesuré à partir du taux de prévalence de l'APA (Allocation personnalisée autonomie) devrait croître également.
- ✓ **Un montant moyen des retraites peu élevé** (19 997 euros en 2012 par foyer fiscal), avec des montants plus faibles dans la partie Sud-ouest du territoire.

2. La perte d'autonomie en chiffres

a. Les personnes âgées

La Saône-et-Loire compte **16 408 bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA)** au 31 décembre 2014.

Avec 9 806 bénéficiaires de l'APA à domicile et 6 602 bénéficiaires de l'APA en établissement, le département présente **une proportion élevée de bénéficiaires de l'APA à domicile sur le nombre total de bénéficiaires** (61% contre 58,9% au niveau national). **14,7% des personnes âgées de 75 ans et plus bénéficient de l'APA à domicile** en 2014 en Saône et Loire. Ce taux est important, puisqu'il s'élève à 12,1% au niveau national et 11,5% dans les départements de l'échantillon comparatif⁵ (données 2012). Le nombre de bénéficiaires est en constante progression depuis 2010.

Tableau 4 : Évolution du nombre de bénéficiaires APA à domicile dans le département

2014	9 806
2013	9 508
2012	9 365
2011	8 994
2010	8 801

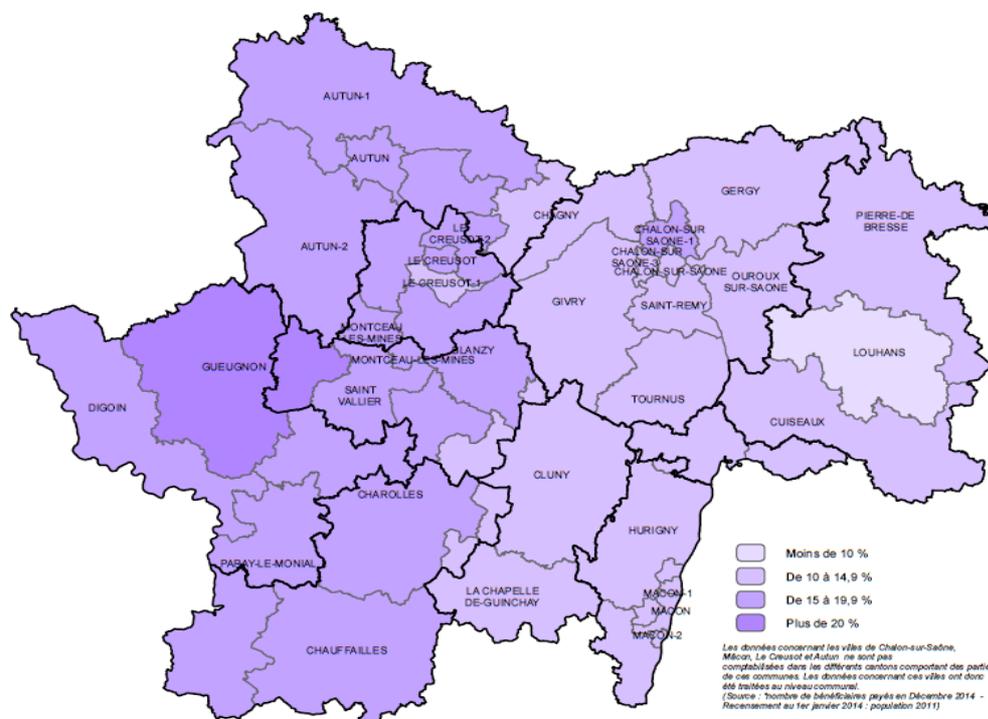
 + 11% de bénéficiaires

(Source : Département de Saône-et-Loire)

⁵ Pour rappel l'échantillon comparatif est composé de dix départements : trois départements de proximité (Ain, Côte-d'Or et Rhône), deux départements présentant une dépense sociale totale nette similaire en volume (Drôme et Loiret), trois départements de population égale (Aisne, Marne et Sarthe) et deux départements vieillissants (Charente-Maritime et Côtes-d'Armor).

L'analyse infra départementale met en évidence des disparités marquées entre les territoires. En effet, le taux de bénéficiaires de l'APA à domicile est plus important dans l'Ouest du département.

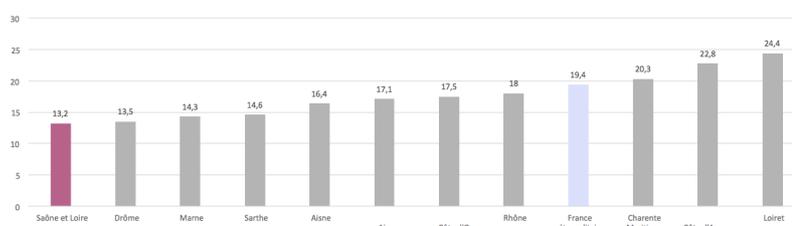
Carte 6 : Part de bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile par rapport à la population âgée de 75 ans et plus par canton en 2014



Comme le montre le graphique ci-contre, le département présente **une faible proportion de bénéficiaires de l'APA à domicile classés en GIR 1-2** (13,2% contre 19,4% en France).

Le département compte ainsi 1,4% de bénéficiaires en GIR 1 et 11,8% en GIR 2 (contre respectivement 2,4% et 17% au niveau national).

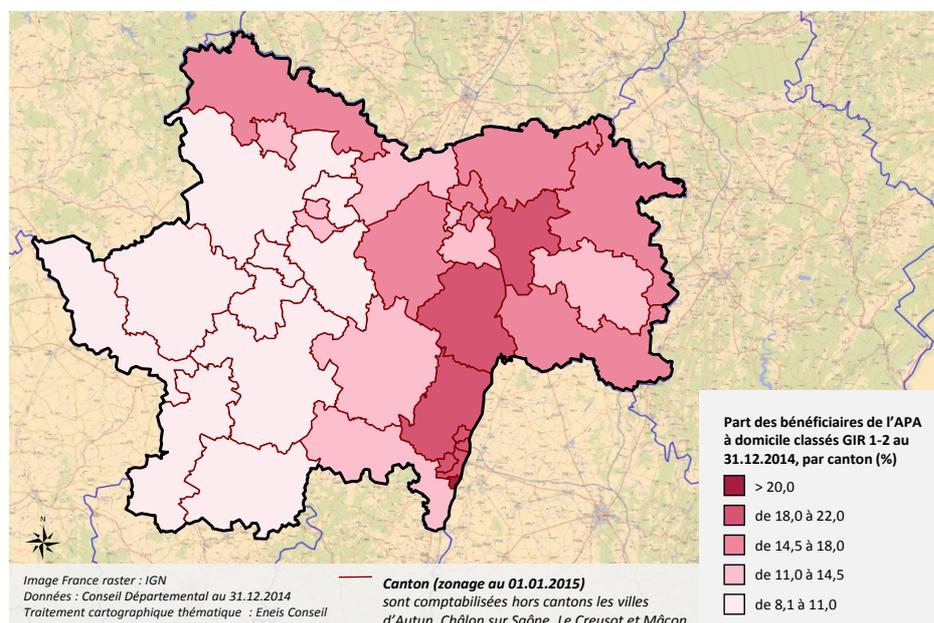
Graphique 4 : Part des bénéficiaires de l'APA à domicile classés en GIR1 et 2 (en %)



(Source : Département 71. Données au 31 décembre 2012)

Toutefois, l'analyse infra départementale démontre que le **territoire est scindé en deux** : la proportion de bénéficiaires de l'APA en GIR 1-2 est plus forte à l'Est du département.

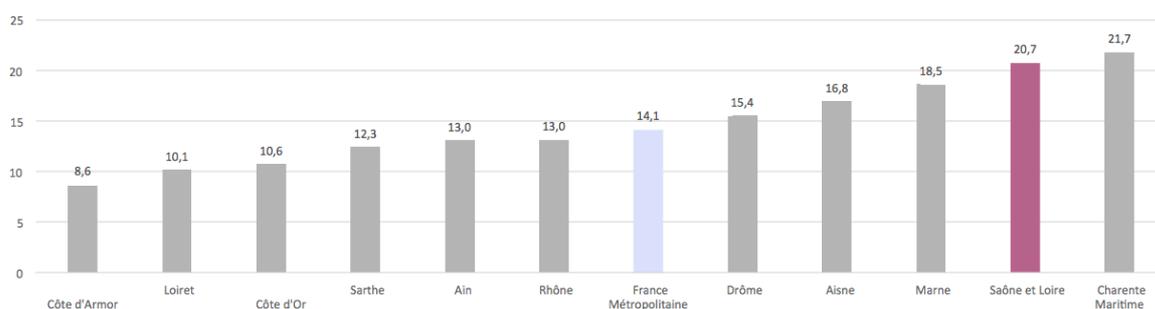
Carte 7 : Part des bénéficiaires de l'APA à domicile classés en GIR 1 et 2 au 31 décembre 2014



b. Les personnes en situation de handicap

La Saône-et-Loire présente un taux d'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) assez élevé en comparaison avec les départements de l'échantillon comparatif. En effet, il s'élève à 20,7 allocataires pour 1000 personnes âgées de 0 à 19 ans, ce qui représente 2 541 foyers bénéficiaires au 31 décembre 2014.

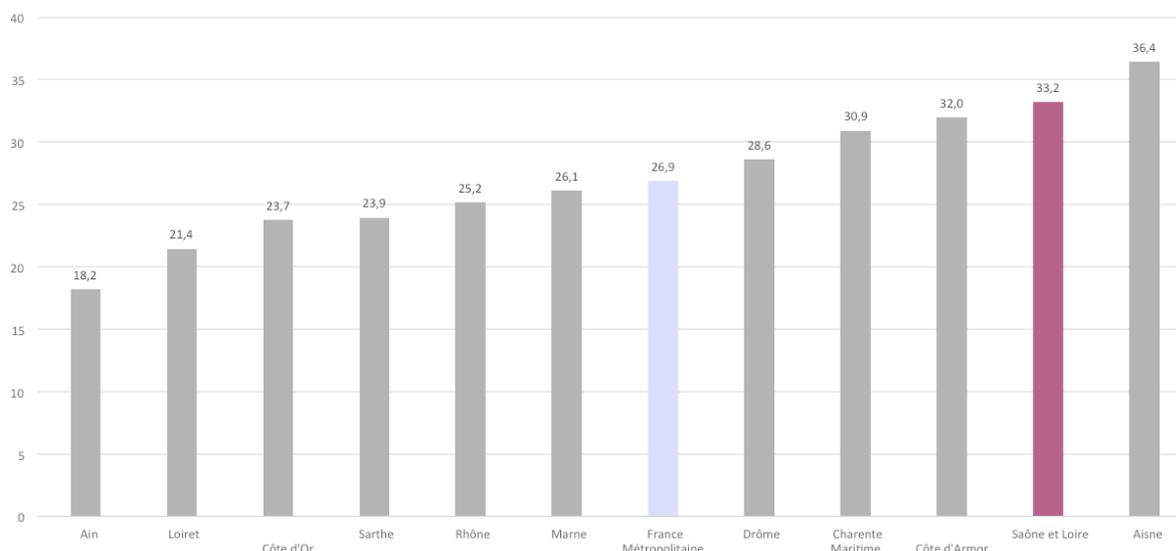
Graphique 5 : Nombre d'allocataires de l'AEEH pour 1000 personnes âgées de 0 à 19 ans



(Source : CNAF. Données au 31 décembre 2014)

Le taux d'Allocation adulte handicapé (AAH) est également important. Avec 10 242 foyers bénéficiaires de l'AAH au 31 décembre 2013, la Saône-et-Loire compte 33,2 allocataires pour 1000 personnes âgées de 20 à 64 ans.

Graphique 6 : Nombre d'allocataires de l'AAH pour 1000 personnes de 20-64 ans

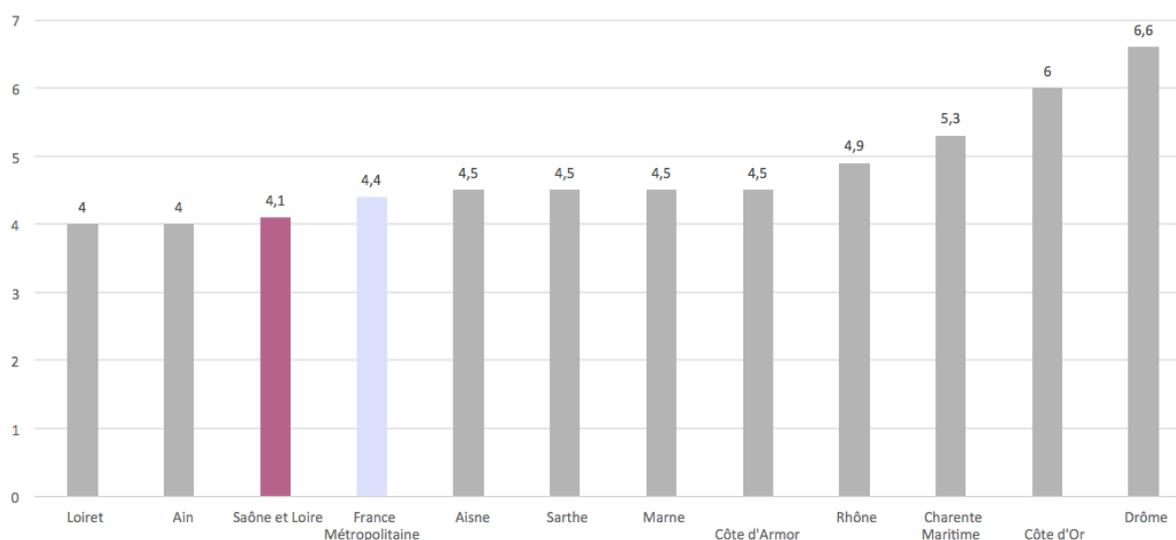


(Source CNAF. Données au 31 décembre 2013)

A l'inverse, le taux d'Allocation compensatrice de tierce personne (ACTP) et de Prestation de compensation du handicap (PCH) est légèrement plus faible en Saône-et-Loire dans les départements de comparaison.

Toutefois, le nombre de bénéficiaires de la PCH est en constante augmentation. En effet, il est passé de 1 902 bénéficiaires en 2010 à 2 439 bénéficiaires en 2014, soit 28% de plus (cf. tableau 6).

Graphique 7 : Nombre d'allocataires de l'ACTP et de la PCH pour 1000 habitants (enfants et adultes)



(Source DREES. Données au 31 décembre 2012)

Tableau 5 : Évolution du nombre de bénéficiaires de prestations (enfants et adultes)

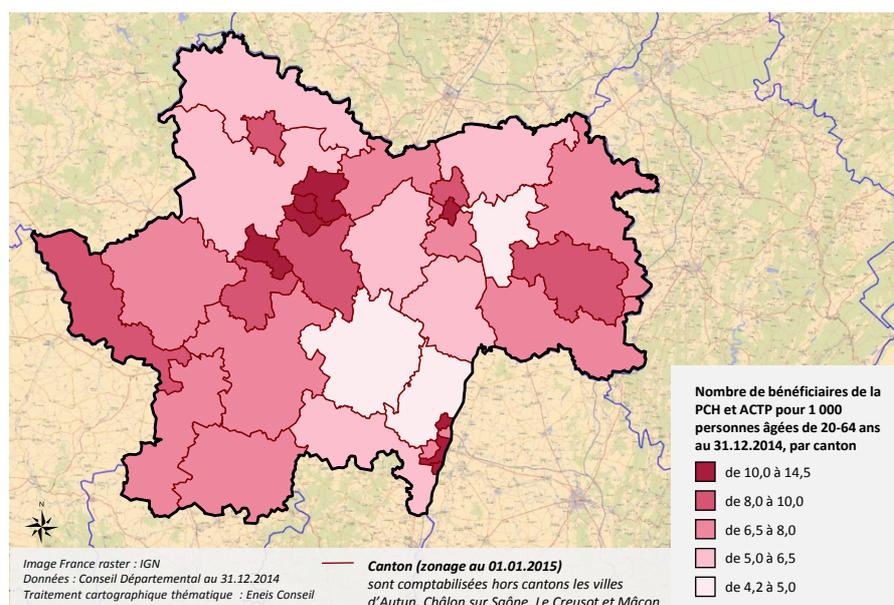
	ACTP	PCH	ACTP+PCH
2014	530	1909	2439
2013	577	1778	2355
2012	606	1662	2268
2011	665	1435	2100
2010	695	1207	1902

↑
+ 28% de bénéficiaires

(Source : Département de Saône-et-Loire)

Les bénéficiaires de l'ACTP et de la PCH sont répartis de manière hétérogène dans le département. Les villes du Creusot, de Chalon-sur-Saône et de Mâcon, ainsi que les cantons situés dans l'ouest du département comprennent une plus forte proportion de bénéficiaires.

Carte 8 : Nombre de bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP pour 1000 personnes âgées de 20 à 64 ans



➤ Les points clés à retenir

- ✓ **16 408 bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA)** au 31 décembre 2014, soit 9 806 bénéficiaires de l'APA à domicile et 6 602 bénéficiaires de l'APA en établissement.
- ✓ **Un nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile en constante augmentation** ces dernières années.
- ✓ **Une faible proportion de bénéficiaires de l'APA à domicile en GIR 1-2 mais une part qui progresse.** Un territoire scindé en deux, la proportion de bénéficiaires de l'APA en GIR 1-2 étant plus forte à l'Ouest du département.
- ✓ **Des taux d'AAEH (Allocation d'éducation de l'enfant handicapé) et d'AAH (Allocation adulte handicapé) relativement élevés** : respectivement 20,7 allocataires pour 1 000 personnes âgées de 0 à 19 ans, et 33,2 foyers allocataires pour 1 000 personnes âgées de 20 à 64 ans.
- ✓ **Inversement, des taux d'ACTP (Allocation compensatrice de tierce personne) et de PCH (Prestation de compensation du handicap) plus faibles**, mais un nombre de bénéficiaires de la PCH en constante augmentation depuis 5 ans (1 909 bénéficiaires en 2014, contre 1 207 en 2010).

3. L'accès à la vie sociale et l'adaptation des offres de droit commun

L'accès aux loisirs, au sport, à la culture et à la vie citoyenne des personnes âgées et des personnes handicapées représente un enjeu majeur du dispositif aujourd'hui. Plusieurs avancées notables peuvent être valorisées en matière d'accès à la vie sociale, qui reste toutefois un axe fort d'amélioration de la politique autonomie.

Durant les cinq dernières années, **la prise en compte des publics du schéma de l'autonomie par les services du Département consacrés à la culture a favorisé l'accessibilité des offres culturelles.**

- ✓ l'action de l'Agence de développement touristique (ADT) du Département a permis **le renforcement de l'accessibilité des sites touristiques.** La Saône-et-Loire se situe parmi les quinze premiers départements français en termes de nombre de sites labellisés « Tourisme et handicap ». Le Département s'attache parallèlement à développer **l'accessibilité des voies vertes** ;
- ✓ la Direction de la Lecture Publique (DLP) mène une politique visant à renforcer **l'accès à la lecture des personnes âgées et des personnes en situation de handicap** : campagnes de formation et d'information des bénévoles et des professionnels intervenants dans le cadre d'activités de lecture, action en faveur de l'accessibilité physique des bibliothèques, soutien aux initiatives associatives... ;
- ✓ la Mission de l'action culturelle des territoires (MACT) du Département de Saône-et-Loire porte également plusieurs actions visant à favoriser **l'accès à la culture des personnes âgées et des personnes en situation de handicap** (conventions signées avec les établissements culturels sur l'accessibilité physique et symbolique de l'offre culturelle, formation de travailleurs sociaux pour accompagner les publics vers l'offre culturelle, etc.).

Les initiatives locales sont également nombreuses, dans un département caractérisé par la richesse de son tissu associatif.

Parallèlement, plusieurs actions ont été menées de manière à **améliorer l'offre d'animation en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)** : recrutement d'animateurs dans le cadre de la politique de renforcement des taux d'encadrement en EHPAD, adhésion du Département à la plateforme CULTUREàVie (plateforme numérique collaborative permettant de mettre à disposition des animateurs des EHPAD inscrits des exemples d'animations)...

➔ Les points clés à retenir

- ✓ **Plusieurs avancées notables depuis le précédent schéma en matière d'accès à la vie sociale des personnes âgées et des personnes en situation de handicap** : meilleure prise en compte des publics du schéma de l'autonomie par les services du Département consacrés à la culture de manière à favoriser l'accessibilité des offres culturelles ; développement des initiatives locales ; amélioration de l'offre d'animation en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), etc.
- ✓ **La promotion des offres culturelles, sportives et de loisirs de droit commun accessibles aux personnes âgées et aux personnes en situation handicap comme enjeu fort** de la politique départementale en faveur de l'autonomie.

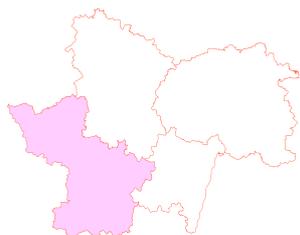
4. Les actions de prévention et de lutte contre l'isolement

De **nombreuses actions de prévention de la perte d'autonomie et de lutte contre l'isolement** sont aujourd'hui initiées par une **diversité d'acteurs en Saône-et-Loire**.

Le département bénéficie en effet à la fois de programmes nationaux ou régionaux ayant connus pour certains une montée en charge ces dernières années :

- ✓ le **programme Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA)** et la **Mobilisation nationale contre l'isolement des âgés (MONALISA)**, déployés à l'échelle nationale et adaptés aux spécificités locales ;
- ✓ le **programme régional de prévention Santé Seniors Bourgogne** pour les personnes âgées de 60 ans et plus, construit autour de sept modules (mémoire, équilibre, alimentation, médicaments, ateliers du bien vieillir, sommeil, activité physique). Ce programme est monté en charge progressivement, grâce notamment au renforcement de sa visibilité auprès des personnes âgées (741 bénéficiaires en 2014, contre 495 en 2011) ;
- ✓ le **programme OMEGAH** (Objectif Mieux Etre Grand Age en Hébergement) dont l'animation a été confiée par l'ARS au Pôle de Gériatrie interrégional Bourgogne Franche-Comté.

Des initiatives locales sont également portées par divers acteurs tels que les réseaux de santé, les Centres communaux d'action sociale (CCAS), les caisses de retraite, ou bien encore les associations.



Zoom sur le Territoire d'action sociale (TAS) de Paray-le-Monial / Charolles

La prévention de la perte d'autonomie et l'isolement s'inscrivent pleinement dans les orientations en cours de réflexion au sein des Territoires d'action sociale (TAS).

Concernant le TAS de Paray-le-Monial/ Charolles une réflexion est menée afin de prendre en compte l'évolution des liens sociaux et familiaux et renforcer les solidarités en s'orientant sur la lutte contre l'isolement et la fragilisation des liens sociaux ainsi que sur la prévention et le traitement des situations de dégradation des relations intrafamiliales et de vulnérabilité.

Une réflexion nécessite toutefois d'être menée sur la manière **d'augmenter la visibilité des actions proposées et de toucher davantage de publics à travers des actions de prévention**, en particulier les publics les plus fragiles (personnes isolées, personnes ne pouvant pas se déplacer,...).

Par ailleurs, si des initiatives ont permis de mieux coordonner les actions de prévention (ex. lancement d'appels à projets inter-régimes par les caisses de retraite), **la mise en cohérence des actions de prévention financées dans le département reste un axe d'amélioration**.

La conférence des financeurs, prévue par la Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, devra justement permettre une meilleure articulation des acteurs contribuant au financement d'actions de prévention de la perte d'autonomie sur le territoire.

Focus : La prévention de la maltraitance et la démarche qualité

*La Loi du 2 janvier 2002 pose le principe du bien-être et de l'épanouissement des personnes. Le Département de Saône-et-Loire a été particulièrement attentif à cette question et en a fait l'une des priorités de sa politique. Au cours de la période du schéma précédent, un effort conséquent a été réalisé pour **promouvoir la bientraitance à domicile comme en établissement** :*

- **les taux d'encadrement en EHPAD ont ainsi été renforcés** (0,69 en 2015 dans les EHPAD publics autonomes et privés habilités au titre de l'aide sociale, contre 0,61 en 2012) ;
- **plusieurs actions ont été menées par l'Agence régionale de santé (ARS) et le Département auprès des établissements afin de promouvoir la bientraitance** (interventions au sein des établissements, diffusion des guides de recommandations de bonnes pratiques professionnelles, réunion des personnes qualifiées,...) mais également par les associations et les représentants d'usagers (ex. enquête réalisée par le CODERPA sur les structures disposant d'une charte d'éthique et de la bientraitance et sur leurs pratiques) ;
- **un label « Service plus »** (service adapté à la prise en charge de la grande dépendance) a été expérimenté de 2010 et à juin 2014 dans le cadre de la convention de modernisation des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) signée avec la CNSA. L'évaluation de cette expérimentation montre que le dispositif a permis d'accompagner une dynamique de changement pour les SAAD avec une meilleure considération des besoins de la personne hors actes essentiels de la vie quotidienne (lien social, répit pour les aidants etc.).

Un travail important a également été réalisé pour **consolider le dispositif de traitement des plaintes**. Un **protocole de signalement des événements indésirables⁶** a été mis en place et transmis à l'ensemble des établissements et services médico-sociaux. Il peut permettre aux autorités de proposer un appui aux établissements et services rencontrant un événement indésirable. Parallèlement, un **observatoire départemental de gestion plaintes et des signalements** en établissements et à domicile (public des personnes âgées et personnes handicapées) a été créé, ainsi qu'une cellule interinstitutionnelle (Département, ARS, DDSCS, association Alma 71/21)

⁶ Protocole de signalement aux autorités administratives des événements indésirables et des situations exceptionnelles et dramatiques dans les établissements et services médico-sociaux.

➤ Les points clés à retenir

- ✓ **De nombreuses actions de prévention de la perte d'autonomie et de lutte contre l'isolement** initiées par une diversité d'acteurs en Saône-et-Loire : programmes nationaux et régionaux (ex. programme Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie ; Mobilisation nationale contre l'isolement des âgés ; Programme régional de prévention Santé Senior Bourgogne ; Programme Objectif Mieux Être Grand Age en Hébergement ; etc.), initiatives locales portées par les réseaux de santé, les centres communaux d'action sociale, les caisses de retraite, les acteurs associatifs etc.
- ✓ **Un enjeu de coordination et de co-construction de ces actions de prévention en Saône-et Loire, qui sera au cœur de la conférence des financeurs** dont l'instauration est prévue par la Loi d'adaptation de la société au vieillissement.

5. Le soutien aux proches aidants des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

Le soutien aux aidants est une des **thématiques majeures de la Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement**. Les aidants occupent une place centrale dans l'accompagnement et le bien-être des personnes vivant à domicile. Il s'agit principalement des membres de la famille de la personne aidée, mais ils peuvent aussi être des voisins, des proches, des amis, etc. Leur besoin de soutien est incontestable, et ne saurait être minimisé.

a. Une diversification des formes de soutien aux proches aidants, mais des freins à la mobilisation de l'offre demeurent

Les formes de soutien aux proches aidants se sont développées et diversifiées ces dernières années en Saône-et-Loire, répondant ainsi aux besoins d'information, d'écoute, de soutien, de formation et de répit des aidants non-professionnels.

Plusieurs initiatives peuvent être relevées (liste non exhaustive) :

- ✓ **le développement de formes de soutien en direction des aidants non professionnels dans le cadre de la convention de modernisation des services d'aide et d'accompagnement** (CNSA / Département) et l'expérimentation du label « Service Plus » ;
- ✓ **la création d'une plateforme de répit et d'accompagnement pour les aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer** par la Résidence départementale d'accueil et de soins à Mâcon, permettant d'offrir un lieu ressource et une offre diversifiée d'accompagnement et de répit ;
- ✓ **un projet de création d'une offre de type « Village répit famille »** par la Croix Rouge (séjours de vacances avec une offre médico-sociale et une offre touristique pour les aidants et les aidés dans un même lieu) ;
- ✓ **le développement des places en accueil de jour et en hébergement temporaire** (*cf. infra*) ;
- ✓ **l'action des réseaux gérontologiques** (cafés Alzheimer, ...), des caisses de retraite et organismes mutualistes (ex. programme Fil Mauve pour les aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer porté par la Mutualité française Bourgogne), des collectivités (ex. Le programme « Être aidant / être aidé » de la Direction des solidarités et de la santé du Grand Chalon), etc.

Un travail de **recensement de l'ensemble des actions de soutien aux proches aidants de personnes âgées a été initié dans le cadre de la mise en place de la méthodologie MAIA**, afin de bénéficier d'une meilleure vision de l'offre proposée aux aidants non-professionnels sur le territoire. Ce travail de recensement reste aujourd'hui à poursuivre.

Par ailleurs, les acteurs constatent **de nombreux freins à la mobilisation des formes de répit et de soutien existants** par les aidants non professionnels, parmi lesquels :

- des **freins psychologiques** : difficulté à se reconnaître dans son rôle d'aidant et à solliciter l'appui d'un professionnel, notion de culpabilité, difficulté à envisager la séparation,....
- des **freins liés à l'information** sur l'offre de service existante malgré les initiatives pour développer des outils d'information dans le département.
- des **freins financiers**, des **freins liés à la mobilité**, etc.

Le schéma départemental 2016-2018 entend ainsi **améliorer la mobilisation de l'offre existante par les proches aidants** des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, en tenant compte de ces différents freins.

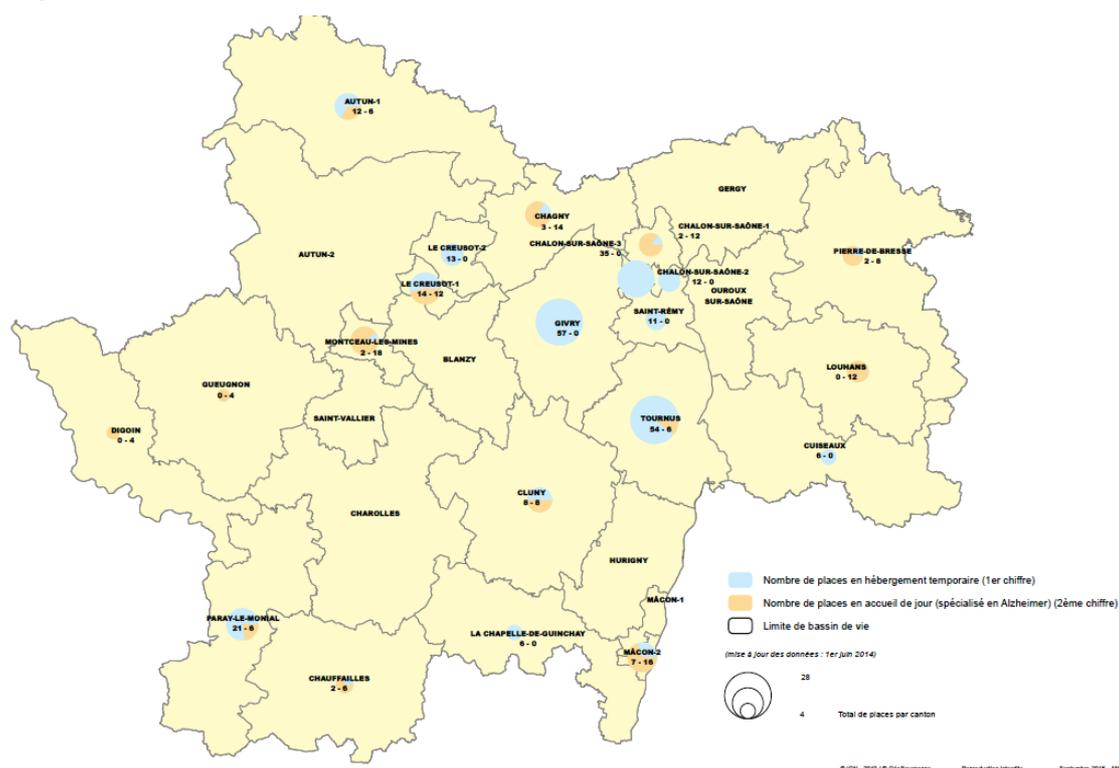
b. Un renforcement de l'offre de répit en direction des proches aidants des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

✓ Hébergement temporaire et accueil de jour pour personnes âgées

Le soutien aux aidants passe, entre autres, par **la mise en place de dispositifs de répit**, tels que l'hébergement temporaire et l'accueil de jour.

Au cours du schéma précédent, les capacités d'accueil en hébergement temporaire pour les personnes âgées ont été renforcées significativement. **267 places sont autorisées en hébergement temporaire** pour personnes âgées en 2014, alors que seules 212 l'étaient en 2013. **132 places sont en outre autorisées en accueil de jour** pour personnes âgées (107 en 2010). La carte ci-dessous permet de constater que ces places sont relativement bien réparties sur l'ensemble du territoire.

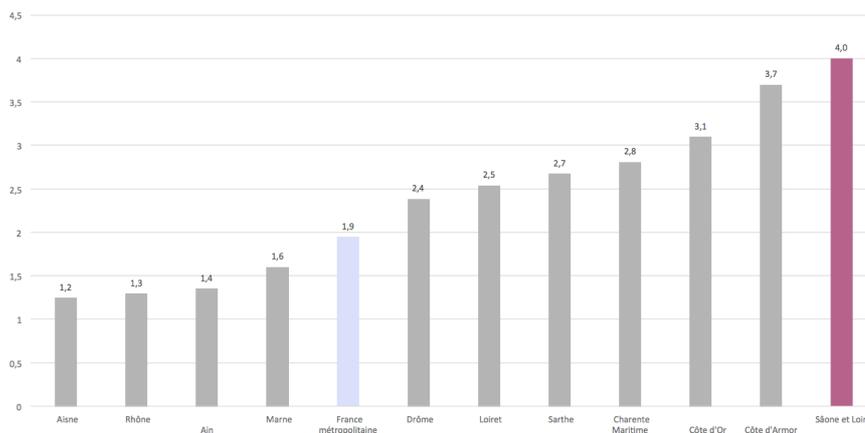
Carte 9 : Places en hébergement temporaire et en accueil de jour pour personnes âgées par canton en 2014



Comme le montre le graphique ci-contre, le département est relativement bien doté en nombre de places, en comparaison des autres départements de l'échantillon.

En effet, la Saône-et-Loire compte 4 places en hébergement temporaire pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus, alors que ce taux s'élève à 1,9 au niveau national.

Graphique 8 : Nombre de places en hébergement temporaire pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus



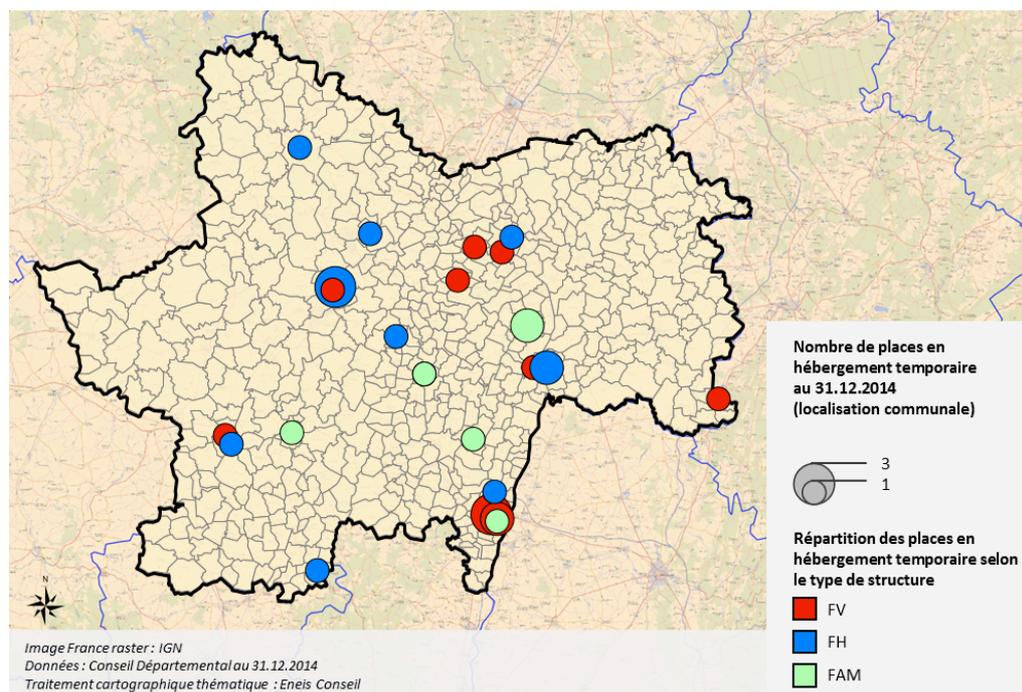
(Source : STATISS. Données au 1^{er} janvier 2014)

✓ Hébergement temporaire et accueil de jour pour personnes en situation de handicap

Le nombre de places en hébergement temporaire pour les personnes en situation de handicap est resté relativement stable sur la durée de mise en œuvre du précédent schéma (2010-2015).

En 2014, la Saône-et-Loire dispose **31 places en hébergement temporaire pour personnes handicapées**, quand 26 places étaient installées en 2010. La capacité d'accueil en hébergement temporaire se répartit comme suit : 13 places en Foyer de Vie (FV), 12 places en Foyer d'hébergement traditionnel (FHT) et 6 places en Foyer d'accueil médicalisé (FAM).

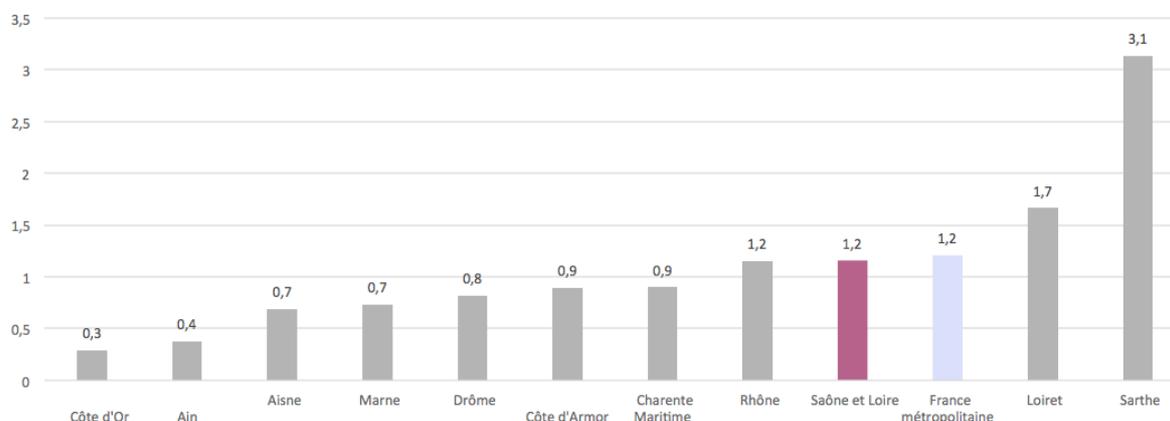
Carte 10 : Places en hébergement temporaire pour personnes handicapées en 2014



La Saône-et-Loire dispose d'un taux d'équipement en hébergement temporaire pour adultes handicapés équivalent à celui enregistré au niveau national.

Ce taux est supérieur à la majorité des départements de l'échantillon comparatif.

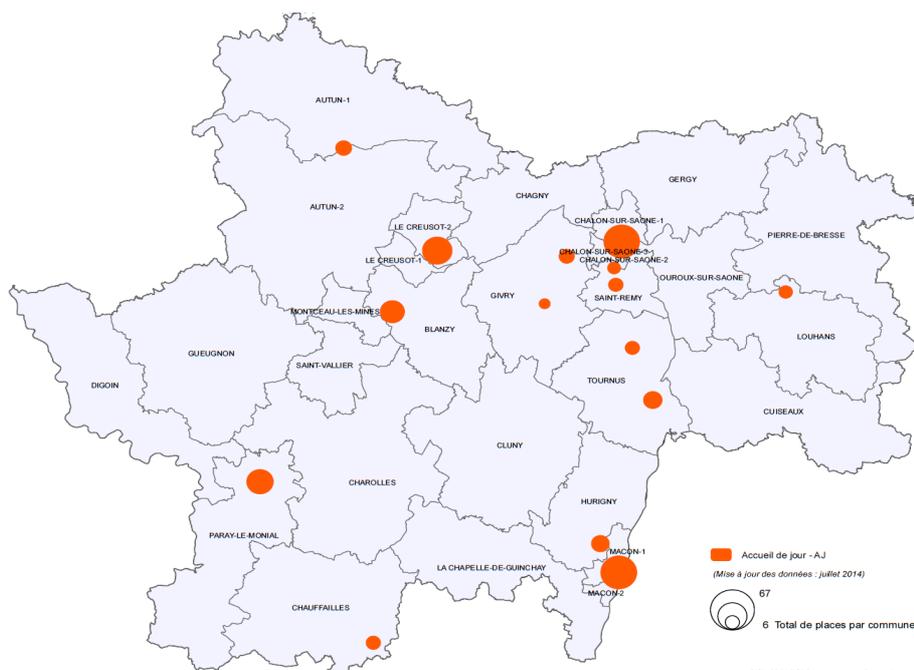
Graphique 9 : Nombre de places en hébergement temporaire pour adultes handicapés pour 10 000 personnes âgées de 20 à 59 ans



(Source : STATISS. Données au 1^{er} janvier 2014)

Des efforts conséquents ont été réalisés pour **augmenter l'offre d'accueil de jour pour personnes en situation de handicap**. En 2014, la Saône-et-Loire dispose de **322 places en accueil de jour**, réparties dans 27 établissements, contre 279 places en 2010.

Carte 11 : Équipement en services d'accueil de jour pour personnes en situation de handicap en 2014



➤ Les points clés à retenir

- ✓ **Un développement et une diversification des formes de soutien aux proches aidants en Saône-et-Loire** en réponse à plusieurs besoins qui coexistent : information, écoute et soutien, formation, répit etc.
- ✓ **Des freins identifiés à la mobilisation des formes de répit et de soutien par les proches aidants** : freins psychologiques, freins liés à l'information, freins financiers, freins organisationnels,...
- ✓ **Une ambition forte du schéma départemental 2016-2018 : développer et améliorer la mobilisation de l'offre par les proches aidants** des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, en tenant compte de ces différents freins.

6. Le maintien à domicile

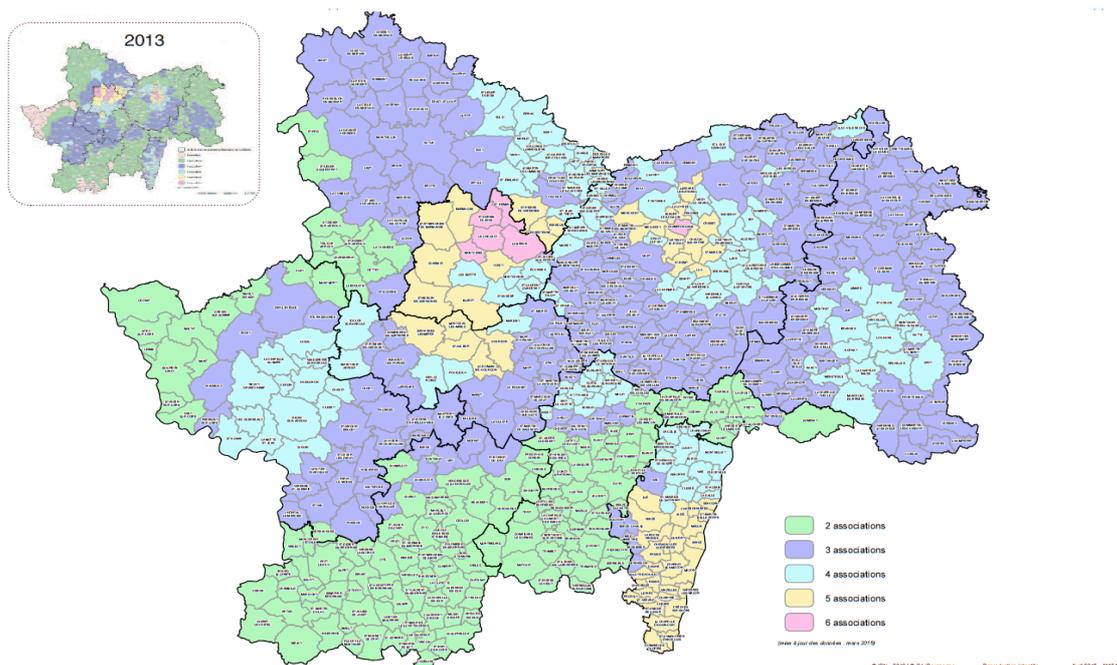
L'amélioration des conditions de maintien à domicile des personnes âgées et des personnes en situation de handicap a fait partie des priorités du Département sur la période 2010-2015. **La problématique du maintien à domicile interroge non seulement l'offre de services à domicile** pour personnes âgées et pour personnes en situation de handicap, mais également **l'adaptation du logement et l'usage des technologies** comme leviers d'un maintien à domicile sécurisé.

a. Le déploiement de l'offre de service en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

- ✓ *L'offre de Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et de Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)*

En 2014, **51 SAAD autorisés sont présents sur le territoire**, alors qu'il en existait 60 en 2010. Malgré la diminution du nombre de services, le **développement d'offres privées lucratives est observé dans les zones urbaines**. La carte ci-dessous permet de constater que **la couverture du territoire est satisfaisante**. En effet, toutes les communes sont couvertes *a minima* par deux associations.

Carte 12 : Nombre de services d'aide à domicile intervenant sur les communes en 2014



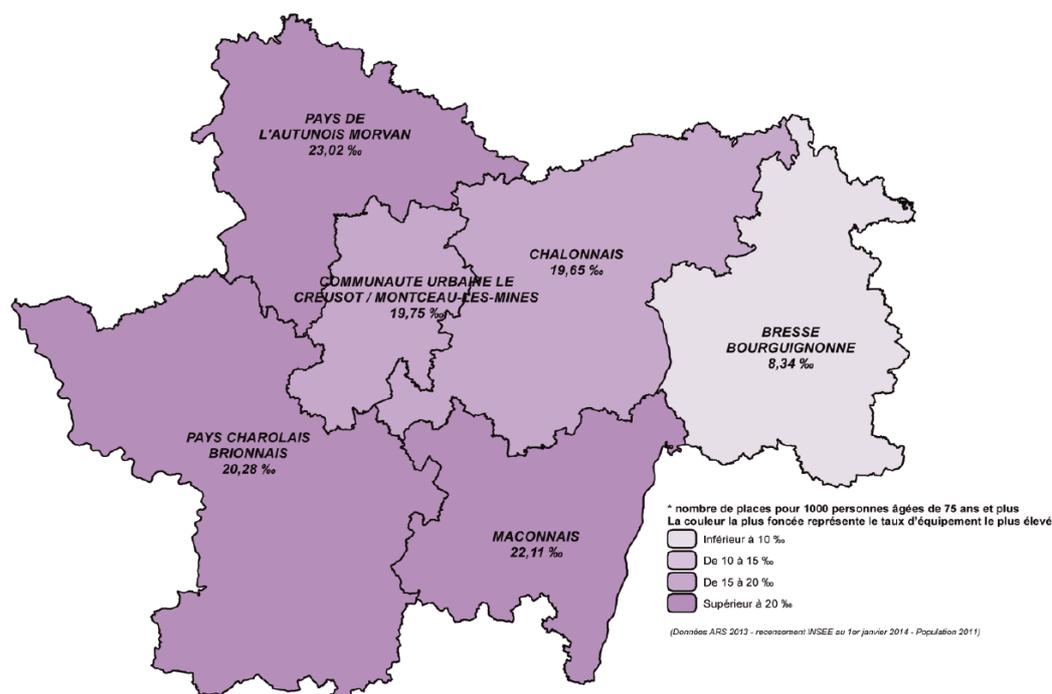
Parallèlement, un **développement de l'offre en SSIAD** a été constaté sur la période du schéma 2010-2015. En 2014, le Département compte **1 300 places de SSIAD** dont :

- 43 places pour personnes handicapées (43 en 2010)
- 1 257 pour personnes âgées (1 163 en 2010) dont 40 spécifiques Alzheimer

Avec un nombre de places en SSIAD rapporté aux personnes âgées de 75 ans et plus qui s'élève à **18,8% en Saône et Loire, contre 19,9% en France métropolitaine et 19,2% en Bourgogne, le taux d'équipement reste faible malgré l'augmentation du nombre de places.**

L'analyse de la répartition géographique de l'offre en SSIAD montre **des taux d'équipement relativement hétérogènes en fonction du territoire** (voir carte ci-dessous). Cet écart est d'autant plus marqué entre l'Est et l'Ouest du département.

Carte 13 : Taux d'équipement en SSIAD en 2014



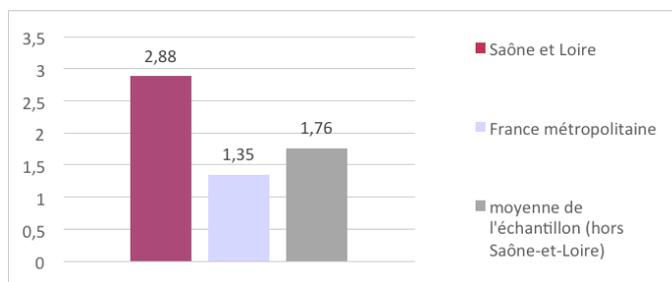
Dans un contexte où les bénéficiaires de l'APA à domicile voient leur nombre augmenter et sont de plus en plus dépendants (augmentation de la proportion de GIR 1-2), il existe **un enjeu fort d'articulation des acteurs intervenant conjointement auprès d'une même personne à son domicile, en particulier entre les SAAD et les services de soins (SSIAD ou services libéraux) : amélioration des passages de relais, mise en cohérence des secteurs d'intervention etc.** Le renforcement de l'articulation et la qualité des interventions à domicile constitue, à ce titre, l'une des orientations du schéma départemental pour l'autonomie 2016-2018.

✓ **L'offre de services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et de services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)**

Un développement progressif de l'offre en SAVS et SAMSAH est constaté en Saône-et-Loire. En 2014, le département compte **697 places en SAVS** (609 en 2010) et **75 places autorisées SAMSAH en 2014** (55 en 2010). Un appel à projet pour 3 nouveaux SAMSAH a en outre été lancé par l'Agence Régionale de Santé.

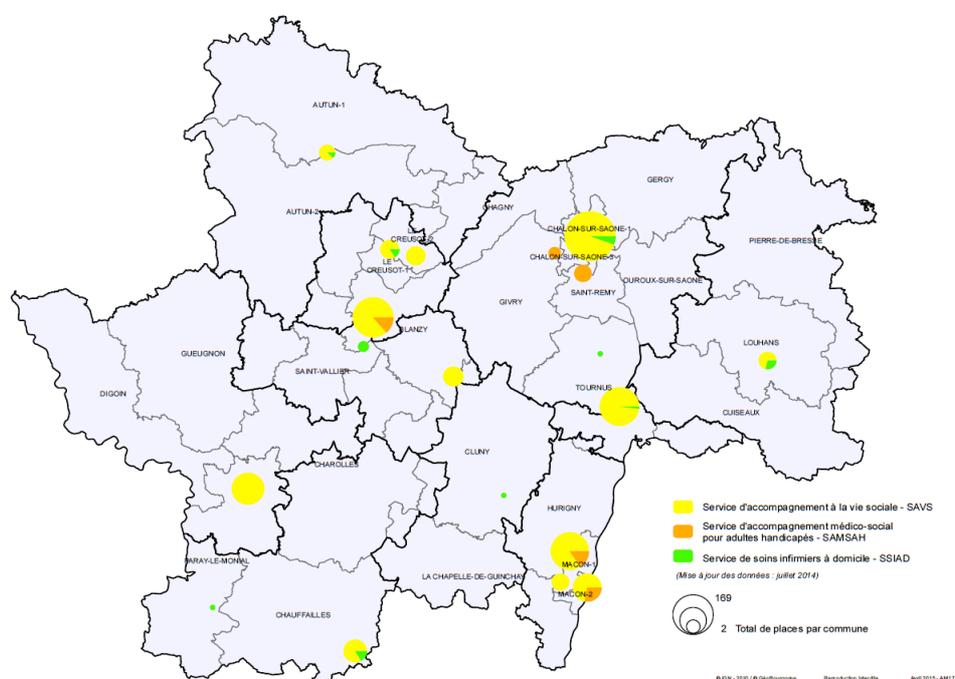
Comme le montre le graphique ci-contre, le **taux d'équipement en SAVS et SAMSAH est supérieur en Saône-et-Loire** à celui observé dans les territoires de comparaison.

Graphique 10 : Nombre de places en SAVS/SAMSAH pour 1000 personnes de 20-59 ans



(Source : STATISS. Données au 1er janvier 2014)

Carte 14 : Équipement en structures d'accompagnement pour adultes en situation de handicap et en services de soins infirmiers à domicile en 2014



Si à première vue, l'offre de service en faveur des personnes en situation de handicap apparaît répartie de façon équilibrée sur le territoire, **des difficultés liées au maillage territorial de l'offre en SAVS et SAMSAH peuvent être relevées.**

Historiquement, ces services sont en effet spécialisés dans l'accompagnement d'un type particulier de handicap. Par conséquent, l'organisation actuelle de l'offre de service ne permet pas d'offrir à chaque personne, quel que soit son handicap et son lieu de résidence, une offre de service de proximité. Le **développement de la polyvalence des SAVS SAMSAH et le renforcement des coopérations entre services** constituent des pistes explorées dans le cadre du nouveau schéma.

Par ailleurs, le Département de la Saône-et-Loire s'est inscrit dans une **démarche de promotion de l'usage des nouvelles technologies** à travers le plan Silver Économie, lancé fin 2014.

Plusieurs **freins à l'adaptation des logements et à l'utilisation de la domotique** comme leviers du maintien à domicile demeurent toutefois en Saône-et-Loire parmi lesquels :

- un défaut d'anticipation de l'adaptation des logements de la part des personnes âgées et de leurs proches, auquel s'ajoute une problématique de coût ;
- des freins culturels et financiers au développement de la domotique, souvent vue comme ayant un caractère complexe ou intrusif par les personnes âgées ou leurs proches. Il existe ainsi un double enjeu de sensibilisation des personnes et de financement des outils domotique.

➔ Les points clés à retenir

- ✓ **Une offre de service étoffée** destinée au maintien à domicile des personnes âgées et des personnes en situation de handicap :
 - **51 Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) autorisés en 2014**, offrant une couverture satisfaisante du territoire. Parallèlement, **un développement de l'offre en Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)** sur la période du schéma 2010-2015, mais un taux d'équipement en SSIAD inférieur au ratio national. Un enjeu fort d'articulation des acteurs intervenant conjointement auprès d'une même personne à son domicile, en particulier entre les SAAD et les services de soin (SSIAD ou services libéraux) ;
 - **697 places en Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et 75 places autorisées en Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)** en 2014. Un taux d'équipement supérieur aux territoires de comparaison, mais des difficultés liées au maillage territorial de l'offre en SAVS et SAMSAH ;
 - **74 accueillants familiaux**, accueillant 106 personnes âgées ou handicapées en 2014.
- ✓ **L'adaptation du logement et l'usage des technologies comme leviers d'un maintien à domicile facilité et sécurisé.** Plusieurs projets expérimentés durant le précédent schéma, mais plusieurs freins à l'adaptation des logements et à l'utilisation de la domotique : défaut d'anticipation, freins financiers, freins culturels etc.

7. L'offre d'hébergement médico-social

Le département bénéficie d'une offre d'hébergement médico-social diversifiée en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Celle-ci a connu un développement ces dernières années, dans le sens **d'un renforcement de l'offre médicalisée**.

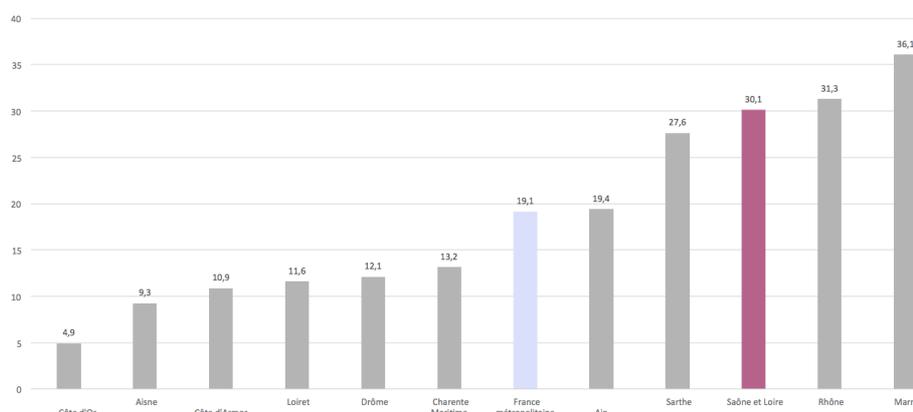
a. L'offre d'hébergement pour personnes âgées

✓ Les foyers logements

32 foyers logement en 2014 sont implantés dans le département, contre 25 en 2010.

Par rapport aux autres départements de l'échantillon comparatif, **le taux de 30,1 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus apparaît relativement élevé.**

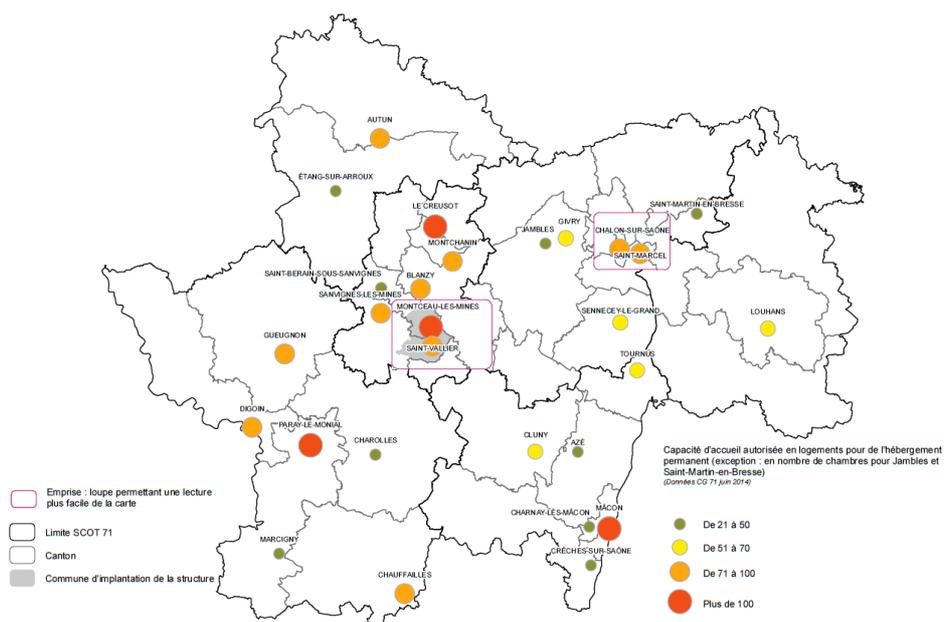
Graphique 11 : Nombre de logements en Foyer Logement pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus



(Source : STATISS. Données au 1^{er} janvier 2014)

La Saône-et-Loire compte au total **2 012 places au sein de structures non médicalisées pour personnes âgées**, contre 2 022 en 2010. La carte ci-dessous permet de constater une bonne répartition de ces structures sur le territoire.

Carte 16 : Localisation et capacité d'accueil des structures non médicalisées pour personnes âgées (structures répertoriées au fichier FINESS)

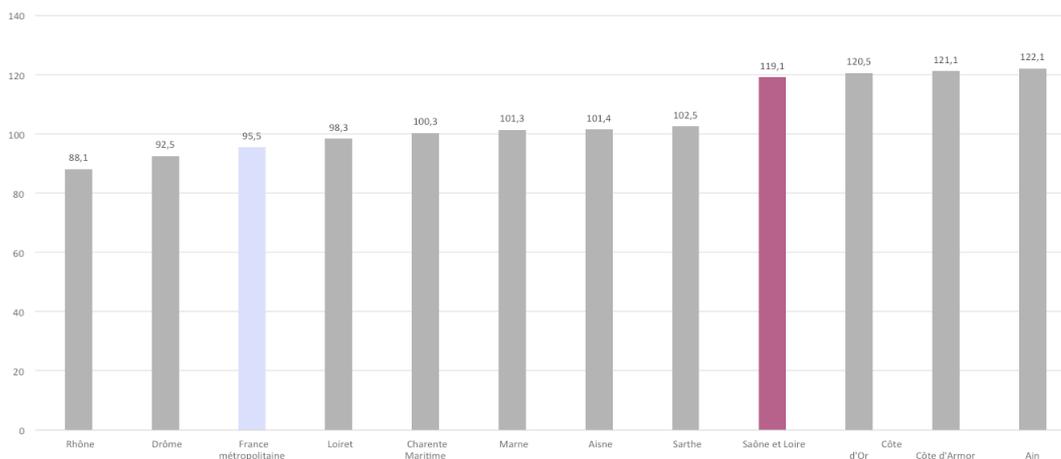


✓ **Les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)**

Un effort conséquent a été fourni en matière de création de places médicalisées pour personnes âgées en Saône-et-Loire. En effet, 261 places ont été créées entre 2010 et 2014. La Saône-et-Loire dispose ainsi en 2014 de 7 948 places.

Malgré cet effort, le **taux d'équipement en places médicalisées pour personnes âgées est en diminution** en raison de l'augmentation de la population âgée de 75 ans ou plus. En effet, ce taux est de **119,5 places médicalisées pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus**, contre 121,2‰ en 2013 (124‰ en 2010).

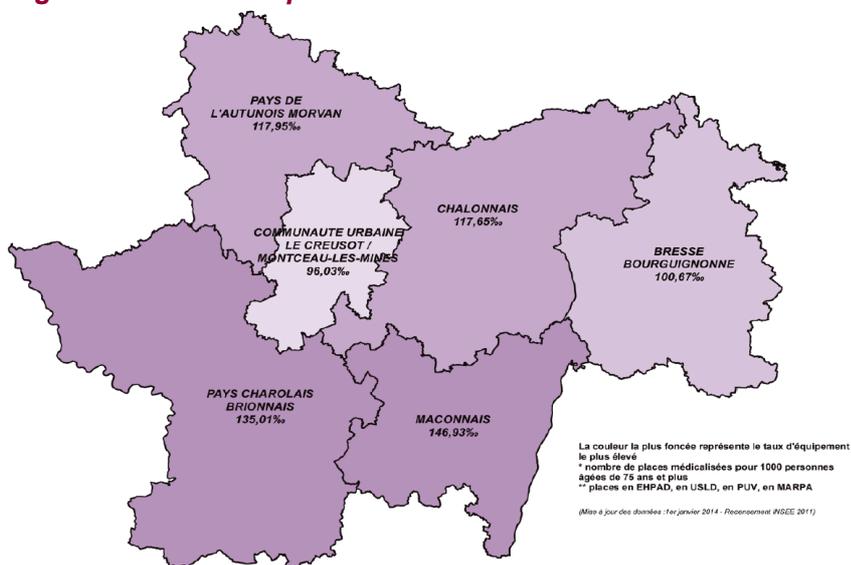
Graphique 12 : Nombre de places en Ehpad pour 1000 personnes âgées de 75 ans et +



(Source : STATISS. Données au 1^{er} janvier 2014)

Pour autant, le **nombre de places en EHPAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus est plus important en Saône-et-Loire que dans la majorité des départements de l'échantillon comparatif** (voir graphique ci-dessus). La Saône-et-Loire compte par ailleurs **214 places en Unités de soins longue durée (USLD)** au 1^{er} janvier 2014 (source STATISS), soit 3,2 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus contre 5,6‰ en France métropolitaine. La carte ci-dessous met en évidence des **écarts relativement marqués de taux d'équipement entre territoires**, la Communauté urbaine Le Creusot / Montceau-les-Mines étant la moins bien dotée du département.

Carte 17 : Nombre places médicalisées pour personnes âgées en 2014 pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus



Le **GIR moyen pondéré en EHPAD a connu une augmentation significative** durant les cinq dernières années (716 en 2014 contre 663 en 2010). Ce renforcement de la prise en charge de la grande dépendance en EHPAD appelle aujourd'hui une **adaptation des modes d'accompagnement et des pratiques**, en particulier pour mieux répondre aux besoins des personnes souffrant de troubles cognitifs ou psychiques.

✓ *L'offre en faveur des personnes souffrant de troubles cognitifs et de troubles du comportement*

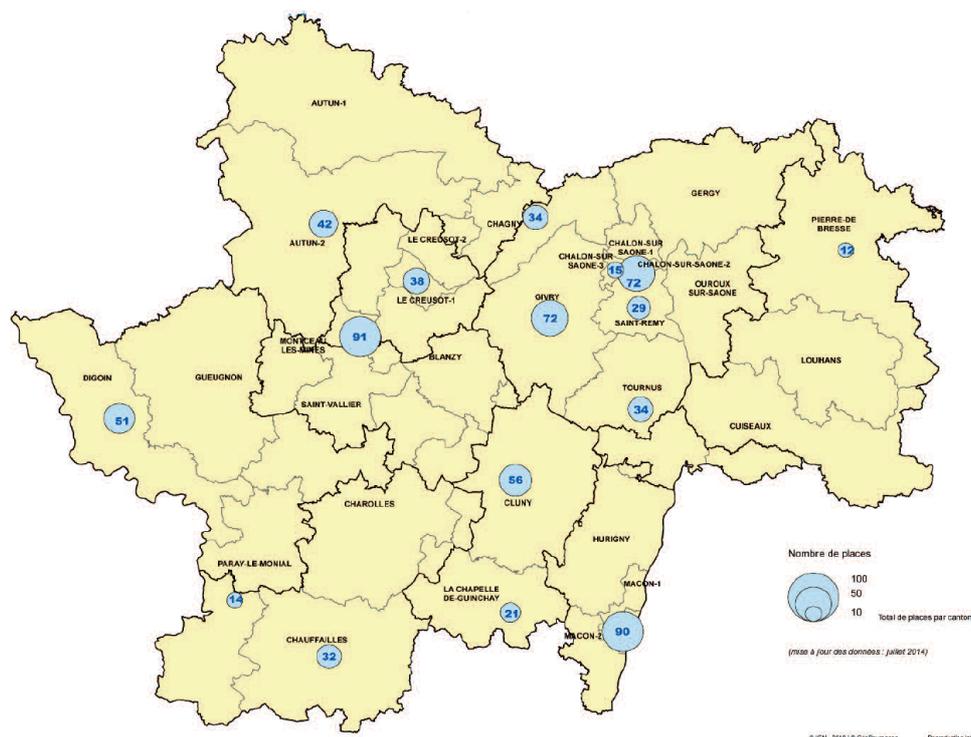
Un important **développement de l'offre dédiée à la prise en charge des troubles cognitifs et des troubles du comportement** est observé sur le département entre 2010 et 2014.

En 2014, **703 places sont autorisées en unités spécifiques Alzheimer en hébergement permanent** (25 en hébergement temporaire), contre 505 en 2010.

Deux types de structures ont été créés conformément aux orientations du Plan national Alzheimer :

- 12 places en Unité d'hébergement renforcé (UHR) (1 établissement à Montceau-les-Mines) ;
- 102 places en pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) réparties dans 8 établissements (62 en 2013), dont 76 labellisées.

Carte 18 : Places en unités spécifiques Alzheimer par canton en 2014



b. L'offre d'hébergement pour les adultes en situation de handicap

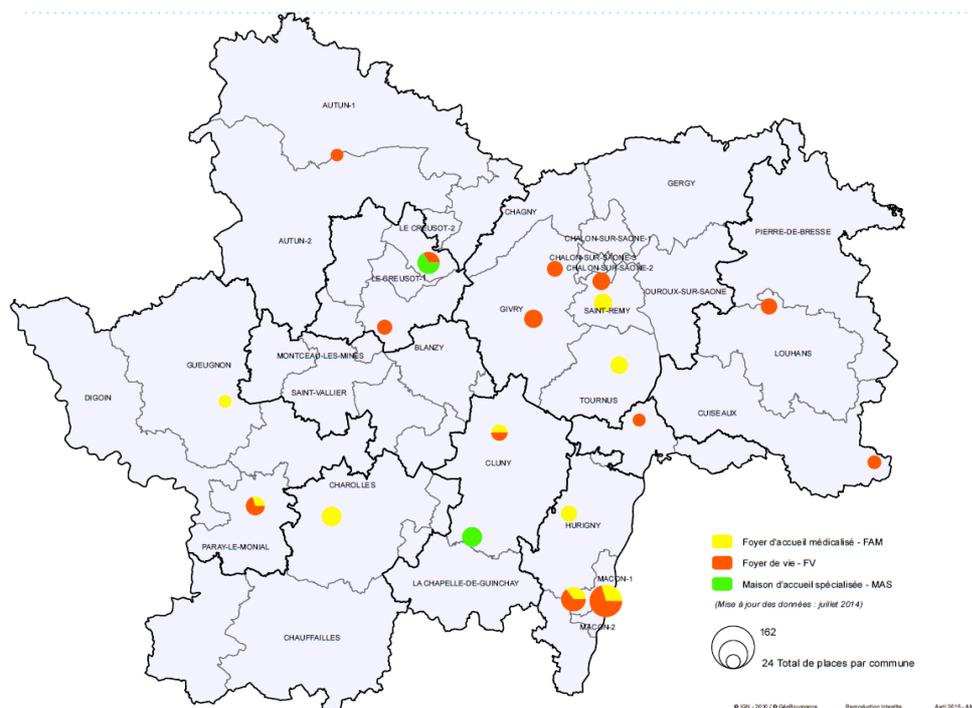
✓ L'offre d'hébergement permanent pour adultes en situation de handicap non travailleurs

En 2014, le département compte **991 places en structures d'hébergement permanent pour adultes en situation de handicap non travailleurs, contre 935 en 2012**. Celles-ci se répartissent de la façon suivante :

- 544 places en foyer de vie réparties dans 15 établissements (536 en 2010)
- 336 places en foyer d'accueil médicalisé réparties dans 9 établissements (228 en 2010)
- 111 places en maison d'accueil spécialisée réparties dans 2 structures (111 en 2012)

La Saône-et-Loire compte en outre **36 places en petite unité de vie dédiée aux personnes handicapées** (12 en 2010).

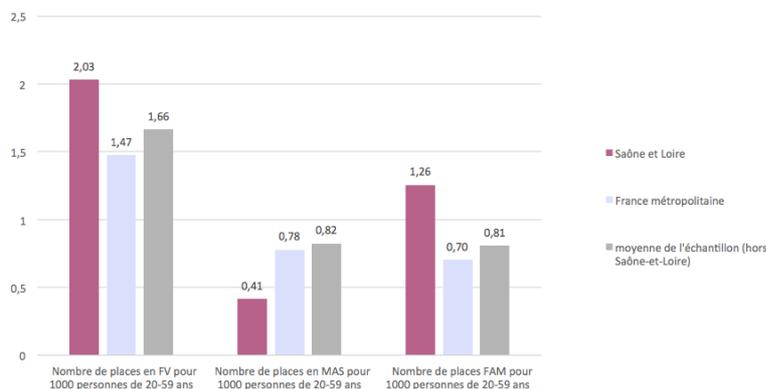
Carte 19 : Équipement en structures d'hébergement pour adultes en situation de handicap non travailleurs en 2014



Un effort de médicalisation des places dédiées aux personnes en situation de handicap permet de placer le département au-dessus du taux d'équipement national en Foyer d'accueil médicalisé (FAM).

Comme le montre le graphique ci-contre, les taux d'équipement en Foyer de vie et celui en FAM sont supérieurs au ratio national mais l'équipement en Maison d'accueil spécialisée (MAS) reste à renforcer.

Graphique 13 : Taux d'équipement en structures d'hébergement pour adultes handicapés non travailleurs



(Source : STATISS. Données au 1^{er} janvier 2014)

Comme pour le secteur des personnes âgées, la difficulté à prendre en compte des troubles psychiques et des troubles du comportement est relevée par les acteurs du champ du handicap. Ce constat appelle notamment au renforcement des liens avec les acteurs du soin, afin de trouver des relais et faciliter l'accès à l'offre de soin. Il s'agit de l'une des orientations fortes du schéma 2016-2018.

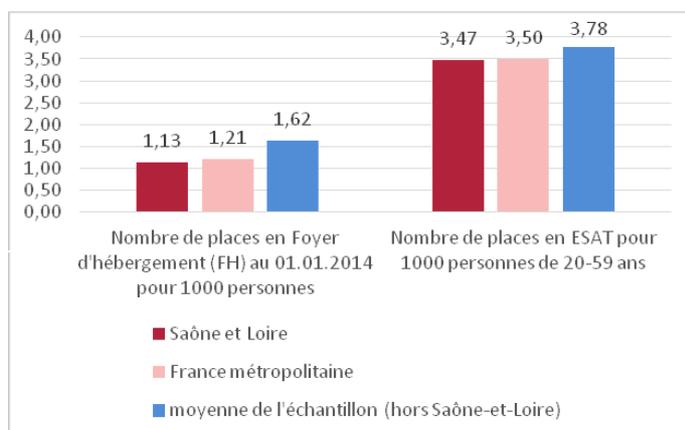
La réponse aux besoins d'accueil et d'hébergement des publics handicapés vieillissants constitue également un enjeu important pour le Département. Si des réponses existent (ex. unité spécifique au sein de la Maison départementale de retraite du Creusot), elles sont à consolider face aux besoins actuels et à venir.

✓ *L'offre d'hébergement pour travailleurs en situation de handicap*

Le département compte en 2014, **302 places en foyer d'hébergement** (internat) réparties dans 11 établissements, contre 319 places en 2010. L'offre en **Établissements et services d'aide par le travail (ESAT)** est quant à elle constituée de **929 places en 2014**.

Comme le montre le graphique ci-contre, les taux d'équipement en Foyer d'hébergement et en Etablissement et service d'aide par le travail (ESAT) apparaissent inférieurs à ceux observés dans les autres territoires de comparaison.

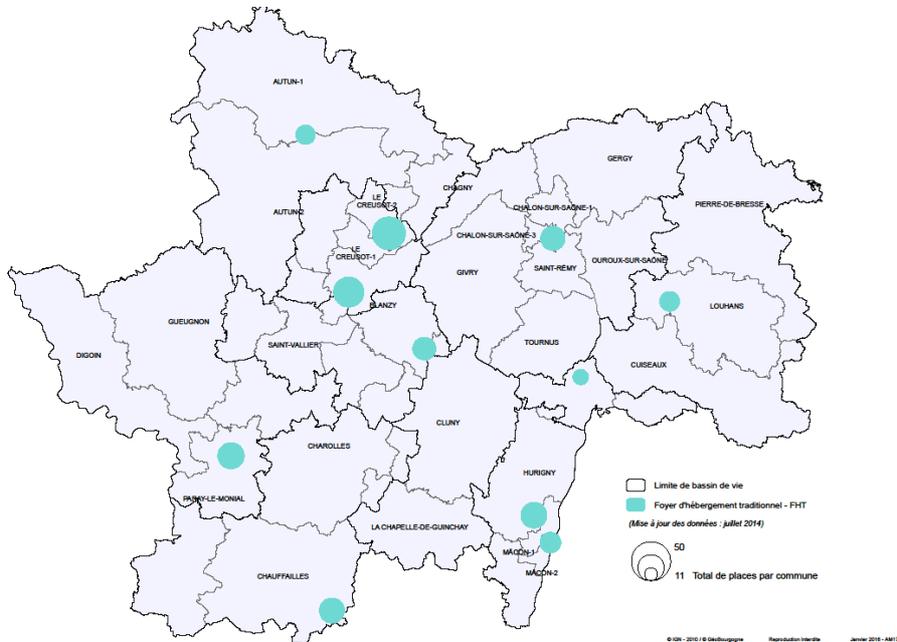
Graphique 14 : Offre en faveur des travailleurs handicapés



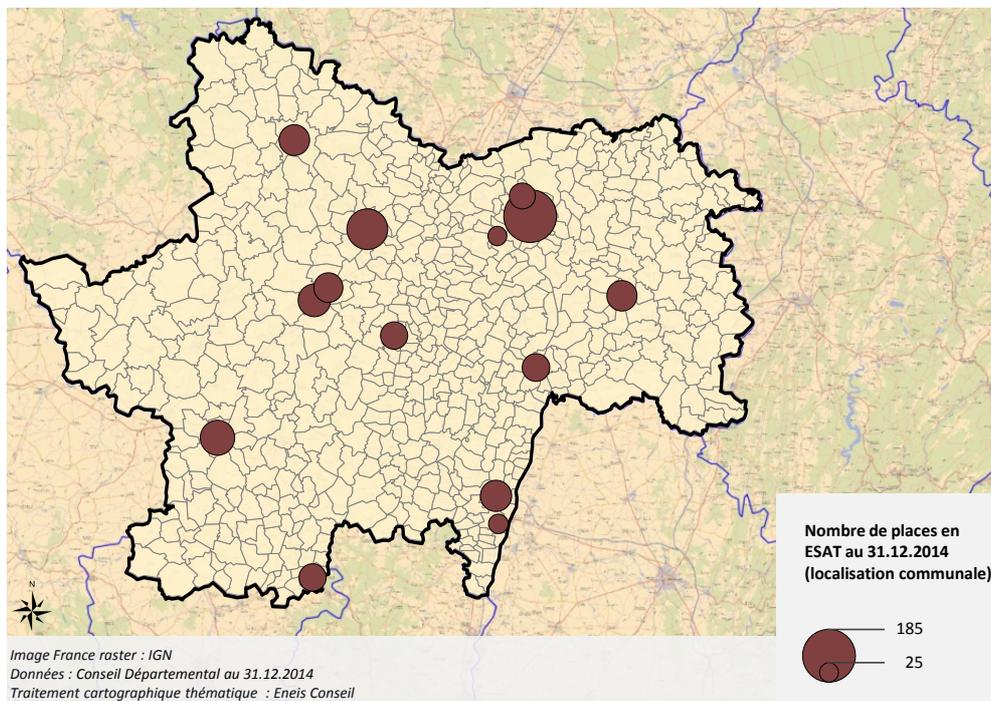
(Source : STATISS. Données au 1^{er} janvier 2014)

L'analyse infra départementale permet de constater un **déploiement géographique de l'offre en Établissements et services d'aide par le travail (ESAT) partiellement en cohérence avec l'offre en Foyer d'hébergement traditionnel**. Le territoire de Louhans, par exemple, ne compte pas de Foyer d'hébergement traditionnel malgré la présence d'un ESAT.

Carte 20 : Équipement en structures d'hébergement pour adultes en situation de handicap travailleurs en 2014



Carte 21 : Nombre de places en établissements et services d'aide par le travail (ESAT) en 2014



Toutefois, plusieurs tendances peuvent aujourd'hui amener à reconsidérer le lien traditionnel entre Foyer d'hébergement traditionnel (FHT) et ESAT : accueil de publics en ESAT pour qui l'accueil en Foyer d'hébergement n'apparaît pas pertinent, difficulté à articuler l'entrée dans le monde du travail et le besoin d'hébergement à l'arrivée à l'âge adulte, prise en compte des besoins des personnes handicapées vieillissantes sortant d'ESAT et hébergées en FHT etc.

Les modalités d'hébergement des travailleurs handicapés et la rénovation du statut des FHT constituent à ce titre des axes de réflexion du nouveau schéma départemental.

➤ Les points clés à retenir

- ✓ **Un développement de l'offre d'hébergement médico-social en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ces dernières années**, dans le sens d'un renforcement de l'offre médicalisée.
- ✓ **Un effort conséquent fourni en matière de création de places médicalisées pour personnes âgées** : 261 places créées entre 2010 et 2014, pour atteindre un total de 7 948 places. Au total 119,5 places médicalisées pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus en Saône et Loire, un taux d'équipement supérieur à celui observé en France métropolitaine. Un renforcement de la prise en charge de la grande dépendance en EHPAD, qui appelle aujourd'hui une adaptation des modes d'accompagnement et des pratiques.
- ✓ **991 places en structures d'hébergement permanent pour adultes en situation de handicap non travailleurs**, contre 935 en 2012. Un effort de médicalisation des places dédiées aux personnes en situation de handicap plaçant le département au-dessus du taux d'équipement national en Foyers d'accueil médicalisé (FAM), mais un taux d'équipement en Maisons d'accueil spécialisées (MAS) à renforcer.
- ✓ **S'agissant des travailleurs en situation de handicap, 302 places en foyer d'hébergement (internat) en 2014** réparties dans 11 établissements, contre 319 places en 2010. **929 places en Établissements et services d'aide par le travail (ESAT) en 2014**. Un lien traditionnel entre Foyer d'hébergement traditionnel (FHT) et ESAT à reconsidérer : une réflexion sur le statut du Foyer d'hébergement traditionnel programmée dans le cadre du schéma 2016-2018.

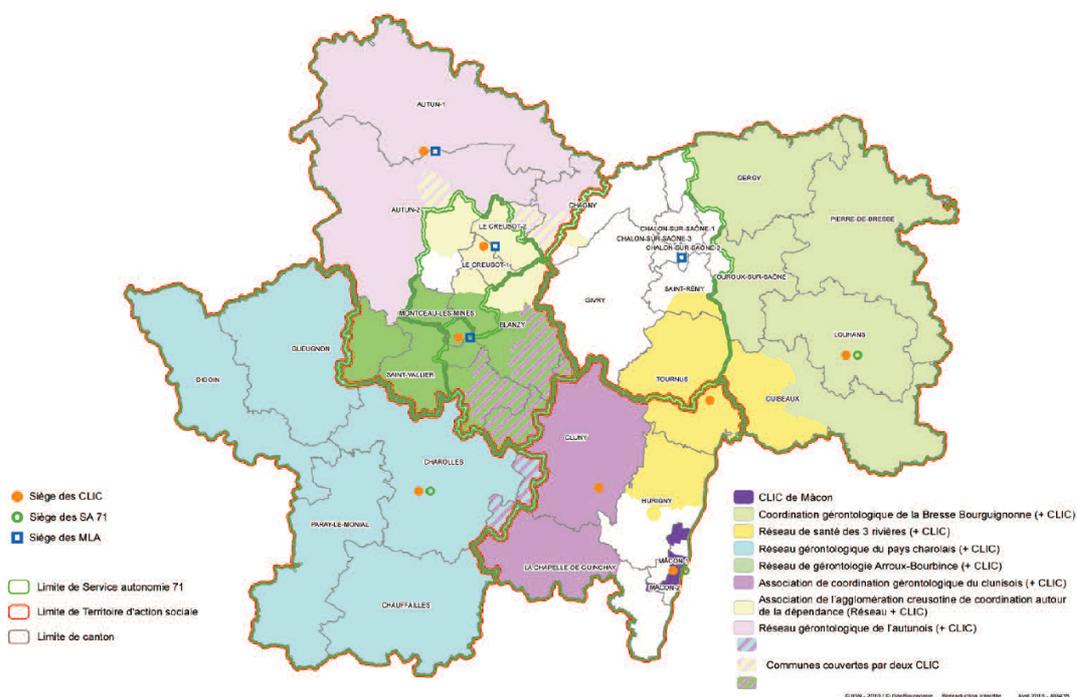
8. La territorialisation de la politique autonomie

La territorialisation de la politique en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap constituait un axe fort du schéma 2010-2015.

Au cours de ce précédent schéma, **deux Maisons Locales de l'Autonomie (MLA) ont ainsi été ouvertes : une au Creusot et l'autre à Chalon-sur-Saône, soit 5 lieux d'accueil**. Les MLA sont des lieux d'accueil de proximité destinés aussi bien pour les personnes âgées que pour les personnes en situation de handicap.

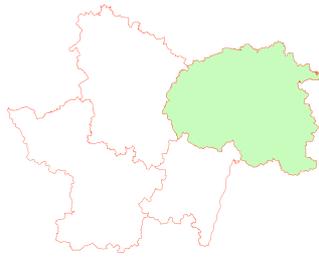
Comme le montre la carte ci-dessous, la territorialisation de la politique de la Saône-et-Loire reste à poursuivre, certains territoires d'action sociale étant dépourvus à ce jour de MLA (secteurs de Mâcon et Charolles).

Carte 22 : Localisation des sièges des Centres locaux d'information et de coordination (CLIC), des Services autonomie 71 (SA 71) et des MLA



Chacune de ces MLA a été créée en suivant un principe **d'intégration ou d'association de dispositifs existants** : Centres locaux d'information et de coordination (CLIC), Services autonomie 71, antennes locales de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) etc.

La **complémentarité entre les acteurs assurant l'accueil, l'information et l'orientation des personnes âgées et des personnes handicapées sur les territoires reste toutefois à travailler**, notamment la complémentarité et l'articulation entre les MLA et les Centres communaux d'action sociale.



Zoom sur le Territoire d'action sociale (TAS) de Chalon-sur-Saône / Louhans

La recherche de coordination et de complémentarité renforcée est largement ancrée au niveau des territoires. Le Territoire d'action sociale de Chalon-sur Saône/Louhans, dans le cadre de son projet de territoire, prévoit une action visant à renforcer la coordination entre la Maison locale de l'autonomie (MLA) et les acteurs locaux et soulignant la nécessité de coordonner les actions des services en fonction de la complexité des situations. Cet objectif suppose de développer la connaissance mutuelle des services en termes de missions, de moyens, de couverture territoriale et d'élaborer des procédures d'organisation et de coordination interinstitutionnelles

Le TAS de Chalon/Louhans souhaite aussi améliorer la coordination entre les secteurs du médical et du médico-social et « faciliter la collaboration des acteurs sur certaines prises en charge particulières »

➔ Les points clés à retenir

- ✓ La territorialisation de la politique en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap : un axe fort du précédent schéma. Un département désormais doté **deux Maisons Locales de l'Autonomie (MLA)**, une au Creusot et l'autre à Chalon-sur-Saône, correspondant à cinq lieux d'accueil.
- ✓ Une territorialisation de la politique de la Saône-et-Loire à poursuivre sur les territoires dépourvus de MLA, mais également dans le sens d'**une plus grande complémentarité entre les acteurs assurant l'accueil, l'information et l'orientation** des personnes âgées et des personnes handicapées à l'échelle locale.

Les enjeux du schéma départemental pour l'autonomie 2016-2018

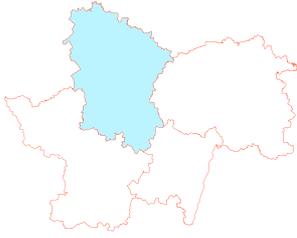
Le diagnostic départemental de l'offre et des besoins en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap met en évidence **plusieurs enjeux auxquels le schéma 2016-2018 entend apporter des réponses.**

Dans le champ de la prévention de la perte d'autonomie tout d'abord, **un enjeu de co-construction et de mise en cohérence des actions portées par les différents acteurs**, qui sera au cœur de la conférence des financeurs et permettra au Département de consolider son rôle de chef de file en matière d'action sociale et médico-sociale, tout en impulsant une politique du « faire ensemble ». Cette instance devra par ailleurs inclure dans son périmètre la coordination de la politique de soutien aux proches aidants, en tenant compte des freins rencontrés par ce public pour mobiliser l'offre existante.

Comme l'a souligné l'état des lieux de l'offre et des besoins, la Saône-et-Loire est marquée par un vieillissement démographique important, qui va se poursuivre dans les années à venir. Cette géronto-croissance met en évidence **la nécessité de renforcer la politique en faveur du maintien à domicile des personnes âgées et des personnes en situation de handicap**, en consolidant pour cela l'offre de services tout d'abord et en améliorant l'articulation des acteurs intervenant conjointement au domicile des personnes, mais également en proposant des outils innovants permettant de sécuriser le maintien à domicile (aides techniques, aménagement des logements, domotique).

Dans un contexte budgétaire fortement contraint, il s'agira donc non seulement d'optimiser l'offre existante, tout en prenant en compte un enjeu fort de médicalisation des structures, mais aussi d'innover pour trouver de nouvelles réponses, à coûts maîtrisés aux besoins évolutifs des usagers. En effet le diagnostic territorial souligne **l'évolution du profil des personnes maintenues à leur domicile ou accueillies en établissement** : augmentation du nombre de personnes âgées en GIR 1 et 2 à domicile, renforcement de la prise en charge de la grande dépendance en EHPAD, vieillissement des personnes en situation de handicap, difficulté à prendre en compte les troubles psychiques et les troubles du comportement des personnes âgées et des personnes handicapées etc.

Ces évolutions appellent aujourd'hui **une adaptation des modes d'accompagnement et des pratiques, mais également un renforcement de la coordination entre acteurs** : renforcement des liens avec le champ sanitaire afin de trouver des relais et faciliter l'accès à l'offre de soins, développement des passerelles entre établissements et services médico-sociaux afin de fluidifier le parcours des personnes et prendre en compte l'évolution de leurs besoins, etc. Le renforcement de l'interconnaissance et le décloisonnement des acteurs, doivent permettre d'apporter des réponses de qualité et de proximité, en garantissant une égalité de traitement en tout lieu du territoire de Saône-et-Loire, ce qui constitue un enjeu au cœur du nouveau schéma.



Zoom sur le Territoire d'action sociale Montceau-les-Mines / Autun / Le Creusot

Le vieillissement est un atout pour le territoire. Ce postulat est vérifié à travers les témoignages des professionnels qui font état d'une mobilisation des personnes âgées à des actions riches et variées. Ces actions s'inscrivent aussi bien dans des domaines culturels, intergénérationnels, économiques, que sociaux.

Cependant, une frange de la population reste hors lien social du fait d'un isolement. Le TAS de Montceau/Autun/Le Creusot doit repenser les moyens mis en place pour le repérage de ces personnes et ainsi apporter des réponses adaptées et mutualisées avec les différents acteurs. C'est cette démarche qui peut permettre de recréer du lien social et garantir la lutte contre l'isolement des personnes en rupture de lien.

Sur le TAS de Montceau/Autun/Le Creusot, la problématique de la mobilité a été identifiée comme récurrente, et elle peut également être une cause d'isolement. Il convient de développer une action de recensement de l'offre de transports et travailler ainsi sur de possibles mutualisations. L'intergénérationnel, est une manière de réinventer le lien social. Il faut parfois accompagner les rencontres, créer des espaces d'échanges et de partage. De nombreuses actions existent, elles doivent être soutenues. D'autres restent à initier. Le vieillissement n'est pas en soi une problématique, mais un enjeu. C'est par une approche globale et par une cohérence de l'action que le projet de territoire pourra modestement y répondre.

PARTIE II

Les orientations stratégiques et le plan d'action 2016-2018



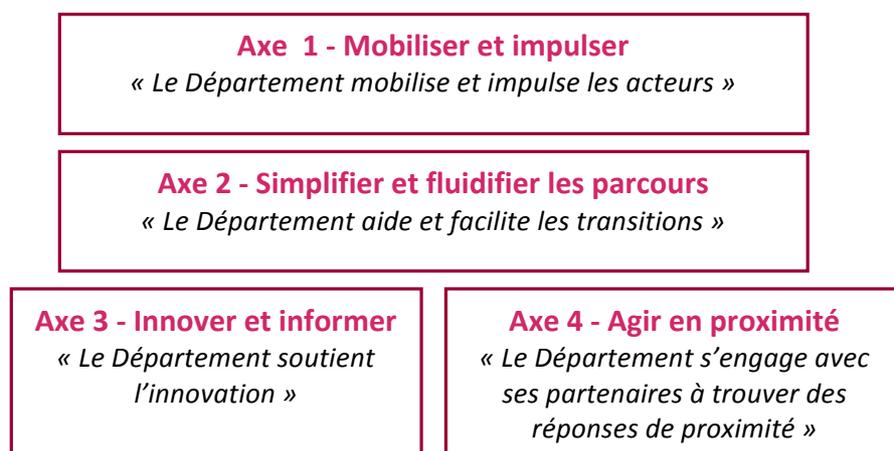
Face à ces défis à relever, le schéma départemental pour l'autonomie 2016-2018 est un **outil pertinent pour définir une nouvelle feuille de route commune pour l'ensemble des acteurs** (Département, Etat, CAF, MSA, CARSAT, Communes et intercommunalités, établissements publics et privés, bailleurs sociaux, associations, représentants des usagers etc.).

Le plan d'action 2016-2018 part du constat que si les dispositifs pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap sont nombreux et parfois complexes pour les usagers, ils le sont aussi pour les professionnels. Il importe donc de **faire évoluer les échanges et les manières de travailler entre les différents acteurs**.

La phase de concertation, qui a conduit la démarche d'élaboration, a ainsi mis en lumière des intentions fortes de la part des différents acteurs, à savoir davantage collaborer, se coordonner, échanger et s'informer, afin d'apporter à tout moment et en tout lieu du territoire, les réponses optimales aux besoins des publics concernés.

Les **axes stratégiques** qui constituent la colonne vertébrale de cette feuille de route pour les trois années à venir, **ont été construits à partir des volontés qui se sont dégagées globalement de chaque groupe de travail**.

Les quatre axes suivants ont ainsi été retenus :



Axe 1 : Mobiliser et impulser.

Le Département souhaite faire du schéma 2016-2018 un outil **d'impulsion et de mobilisation des acteurs, professionnels et société civile, autour des grands enjeux de la politique en faveur de l'autonomie**.

Les participants aux groupes de travail ont insisté sur la nécessité de mobiliser et mettre en synergie les acteurs autour de grandes problématiques tels que la prévention de la perte d'autonomie, le repérage des situations de fragilité ou encore le soutien aux proches aidants.

Ce premier axe prévoit notamment une nouvelle gouvernance avec d'une part, la **mise en place du Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA)** et d'autre part, celle de la **conférence des financeurs sur le volet prévention de la perte d'autonomie**, qui renforce ainsi la responsabilité du Département.

Tout en confortant le rôle de chef de file du Département, le schéma met également en avant la nécessité de placer l'utilisateur au cœur des préoccupations afin de lui permettre d'être acteur de son propre parcours (axe 2).

Axe 2 : Simplifier et fluidifier les parcours.

A travers cet axe, il s'agira de **faciliter les transitions aux moments clés du parcours des personnes âgées et des personnes en situation de handicap**.

En renouvelant sa confiance et son soutien à la richesse et à la diversité des établissements et services médico-sociaux (publics et associatifs notamment), engagés de longue date dans un processus continu de renforcement de la qualité de leurs interventions, le Département à travers son schéma, entend apporter une attention particulière au **renforcement de la coordination entre acteurs**. L'insuffisante souplesse des dispositifs a également été considérée par les acteurs ayant contribué aux travaux d'élaboration de ce schéma comme un frein au déploiement de réponses adaptées et de parcours sans rupture pour les personnes âgées et les personnes handicapées.

Le Département souhaite également, à travers cet axe 2, **déployer les outils nécessaires à la simplification des démarches pour les usagers**.

Pour simplifier et fluidifier le parcours des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, le nouveau schéma s'appuie d'une part, sur l'innovation et l'information (axe 3) et d'autre part, sur l'action de proximité (axe 4).

Axe 3 : Innover et informer

Le Département souhaite apporter des **réponses innovantes pour faciliter la vie quotidienne** des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, qu'elles soient à domicile ou en établissement.

Les échanges ayant eu lieu à l'occasion de l'élaboration du nouveau schéma ont montré la nécessité de communiquer de façon adaptée sur **l'adaptation des logements et l'utilisation des nouvelles technologies comme leviers d'un maintien à domicile de qualité**, et de sensibiliser les publics à ces questions.

Il s'agira également, à travers ce troisième axe du schéma, de **permettre à chacun de disposer d'une information complète** sur les droits, les prestations et les dispositifs d'aide et d'accompagnement existants dans le champ de l'autonomie

Axe 4 : Agir en proximité

La politique départementale en faveur de l'autonomie doit permettre de **proposer des réponses de proximité** aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap, quel que soit leur lieu de résidence.

Plusieurs chantiers seront donc engagés dans le cadre du nouveau schéma, suite aux propositions des groupes de travail : définition de modes de partenariats avec les EPCI, poursuite du déploiement des Maisons Locales de l'autonomie, amélioration du maillage territorial de l'offre de services, etc.

Ces axes sont déclinés en **19 actions opérationnelles** présentées ci-après.

Axe stratégique n°1 : Mobiliser et impulser

Le Département de la Saône-et-Loire entend faire de son nouveau schéma départemental **un levier d'impulsion et de mobilisation des acteurs, professionnels mais également issus de la société civile, autour des grands enjeux de la politique en faveur de l'autonomie** des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Les réflexions nationales en cours amènent à positionner **la prévention de la perte d'autonomie et le soutien aux proches aidants des personnes âgées et des personnes en situation de handicap** comme des thèmes phares de ce nouveau schéma départemental. L'installation de la conférence des financeurs, nouvelle instance prévue par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, devra permettre une mobilisation et une coordination des principales institutions autour de ces questions.

Il s'agira également, à travers le schéma 2016-2018, de **s'appuyer sur la société civile, comme force de proposition autour de la politique autonomie**. La loi d'adaptation de la société au vieillissement prévoit à ce titre la constitution d'un Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA). L'un des axes du rapport Piveteau est en outre consacré à la notion d'accompagnement et de soutien par les pairs avec pour objectif de valoriser l'expertise de l'utilisateur et de ses proches

Enfin, le nouveau schéma départemental porte pour ambition d'**impulser des dynamiques de mise en réseau des acteurs au niveau local**, mais également d'**encourager l'évolution des pratiques et le développement des compétences des acteurs** via de nouveaux modes de coopération (formations partagées, stages croisés,...). Ce dernier point s'inscrit également en pleine cohérence avec les préconisations issues du rapport Piveteau, dont le dernier axe est consacré à l'accompagnement au changement des acteurs.

L'axe stratégique n°1 se décline ainsi en 6 actions :

- ✓ **Action 1** : Impulser une politique départementale partagée en matière de prévention de la perte d'autonomie
- ✓ **Action 2** : Activer la société civile comme force de proposition autour de la politique autonomie
- ✓ **Action 3** : Impulser les dynamiques au niveau local en lien avec les projets de territoire et les contrats locaux de santé
- ✓ **Action 4** : Améliorer le repérage des situations de fragilité et promouvoir la bientraitance à domicile et en établissement
- ✓ **Action 5** : Soutenir les proches aidants des personnes âgées et des personnes en situation de handicap
- ✓ **Action 6** : Accompagner l'évolution des pratiques et favoriser le développement des compétences des professionnels

Action n°1

Impulser une politique départementale partagée en matière de prévention de la perte d'autonomie

Axe stratégique n°1 : Mobiliser et impulser	Niveau de priorité (1 à 2) : 1
Eléments de diagnostic	
<ul style="list-style-type: none">• De nombreuses actions de prévention de la perte d'autonomie et de lutte contre l'isolement sont portées par une diversité d'acteurs en Saône et Loire. Cependant, elles ne sont pas toujours suffisamment connues par le public et les professionnels. Par conséquent, il apparaît nécessaire de recenser ces actions et d'informer le public en s'appuyant sur les relais locaux.• Un besoin d'articulation et de convergence des politiques menées dans ce domaine a également été soulevé. A cet égard, la loi d'adaptation de la société au vieillissement prévoit la mise en place d'une conférence des financeurs visant à développer et articuler les actions de prévention de la perte d'autonomie	
Objectifs	
<ul style="list-style-type: none">• Définir un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention de la perte d'autonomie, en complément des prestations légales ou réglementaires• Donner de la lisibilité et de la cohérence aux actions de prévention de la perte d'autonomie.	
Pilote(s)	
<ul style="list-style-type: none">• Conférence des financeurs	
Publics visés	
<ul style="list-style-type: none">• Personnes âgées (modalités 1. 2. 3.)	
Modalités de mise en œuvre	
<p>1. Définir une position départementale en matière de financement des actions de prévention de la perte d'autonomie en délimitant le champ d'intervention en matière de prévention et en privilégiant les actions de prévention :</p> <ul style="list-style-type: none">• S'inscrivant dans un réseau de partenaires locaux pouvant jouer un rôle de relais d'information auprès des publics• S'appuyant sur la définition d'un plan de communication étayé auprès des professionnels et des publics cibles• Intégrant la question de l'accessibilité géographique et financière <p>2. Piloter la conférence des financeurs et articuler son fonctionnement avec la Table Stratégique Départementale MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie)</p> <p>3. Mettre en place une réflexion sur l'avancée en âge des personnes accueillies en Foyers Logement ou résidences autonomie.</p> <ul style="list-style-type: none">• Définir, dans le cadre de la conférence des financeurs, les modalités de gestion du « forfait autonomie » ayant vocation à financer des dépenses non médicales des résidences autonomie permettant de préserver l'autonomie des résidents.	
Indicateurs d'évaluation et de suivi	
<ul style="list-style-type: none">• Nombre et répartition territoriale des actions de prévention de la perte d'autonomie• Nombre de participants aux actions de prévention de la perte d'autonomie• Degré de complémentarité des actions mises en œuvre• Nombre de réunions de la Conférence des financeurs	

Action n°2

Activer la société civile comme force de proposition autour de la politique autonomie

Axe stratégique n°1 : Mobiliser et impulser	Niveau de priorité (1 à 2) : 1
Éléments de diagnostic	
<ul style="list-style-type: none">• La loi sur l'Adaptation de la Société au Vieillissement institue un Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) dans chaque département. Présidé par le Président du Conseil Départemental, le CDCA regroupera le Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées (CODERPA) et le Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées (CDCPH) dans une instance unique. Cette instance est un moyen d'assurer la participation des usagers à la mise en œuvre de la politique autonomie dans le Département.• La loi Santé prévoit parallèlement la constitution par les Agences régionales de Santé (ARS) de conseils territoriaux de santé permettant l'expression de représentants des usagers	
Objectifs	
<ul style="list-style-type: none">• Assurer la mise en place d'une nouvelle instance représentative des usagers et des associations des secteurs du grand âge et du handicap	
Pilote(s)	
<ul style="list-style-type: none">• Département	
Publics visés	
<ul style="list-style-type: none">• Personnes âgées (modalités 1. 2. 3.)• Personnes en situation de handicap (modalités 1. 2. 3.)	
Modalités de mise en œuvre	
<p>1. Installer le Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA)</p> <ul style="list-style-type: none">• Nommer les membres du Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie• Définir les collèges spécialisés du Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie et leur composition• Mettre en place un calendrier des réunions et définir une feuille de route de cette nouvelle instance <p>2. Associer le Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie au suivi de la mise en œuvre du schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.</p> <ul style="list-style-type: none">• Prévoir une présentation régulière des avancées de la mise en œuvre du schéma par les pilotes des fiches actions devant le Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie. <p>3. Prévoir l'articulation du Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie avec les conseils territoriaux de santé prévus par l'article 38 du projet de loi de santé</p>	
Indicateurs d'évaluation et de suivi	
<ul style="list-style-type: none">• Nombre de réunions du Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie• Nombre de réunions consacrées au suivi la mise en œuvre du schéma départemental	

Action n°3

Impulser les dynamiques au niveau local en lien avec les projets de territoire et les contrats locaux de santé

Axe stratégique n°1 : Mobiliser et impulser	Niveau de priorité (1 à 2) : 2
<i>Action(s) liée(s) : Action 6 - Axe 1 ; Action 9 - Axe 2</i>	
Éléments de diagnostic	
<ul style="list-style-type: none">• La coordination entre les acteurs locaux, et notamment les secteurs sanitaire, social et médico-social, demeure insuffisante et génère des ruptures dans le parcours des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.• Le manque de connaissance réciproque des missions, des modes de fonctionnement et des limites d'intervention de chacun contribuent au cloisonnement des différents secteurs• Les Maisons Locales de l'Autonomie (MLA) peuvent constituer un véritable « lieu ressource » en matière de coordination et d'interconnaissance entre les différents acteurs. Leur action doit s'articuler sur ce champ avec celle de contrats locaux de santé.	
Objectifs	
<ul style="list-style-type: none">• Favoriser le décroisement des secteurs social, sanitaire et médico-social et la convergence entre le secteur des personnes âgées et le secteur des personnes handicapées par une meilleure interconnaissance des acteurs	
Pilote(s)	
<ul style="list-style-type: none">• Département	
Publics visés	
<ul style="list-style-type: none">• Personnes âgées• Personnes en situation de handicap	
Modalités de mise en œuvre	
1. Organiser des conférences thématiques sur les territoires à destination des professionnels travaillant dans le secteur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap	
<ul style="list-style-type: none">• Associer les Maisons Locales de l'Autonomie à l'organisation de ces réunions thématiques territorialisées• Associer à ces conférences des professionnels des différents secteurs : secteurs des personnes âgées et des personnes en situation de handicap d'une part, secteurs social, médico-social et sanitaire d'autre part	
Indicateurs d'évaluation et de suivi	
<ul style="list-style-type: none">• Nombre de conférences thématiques organisées par territoire• Nombre de professionnels ayant assistés aux conférences et degré de satisfaction	

Action n°4

Améliorer le repérage des situations de fragilité et promouvoir la bientraitance à domicile et en établissement

Axe stratégique n°1 : Mobiliser et impulser	Niveau de priorité (1 à 2) : 2
Éléments de diagnostic	
<ul style="list-style-type: none">• En 2012, 51,7% de la population de 80 ans ou plus vit seule dans le département, générant un risque de solitude subie pour les personnes âgées.• La définition de la notion de fragilité et les outils permettant de repérer les situations de vulnérabilité ne sont pas partagés par les acteurs en Saône et Loire.• Les situations de fragilité en établissement sont traitées par le personnel de l'établissement, en lien avec le Département et l'ARS dans le cadre d'un circuit défini. Les situations de fragilité, voire de maltraitance, à domicile font également l'objet d'un circuit de signalement, mais sont plus difficiles à détecter.	
Objectifs	
<ul style="list-style-type: none">• Contribuer à la lutte contre l'isolement des personnes âgées• Mieux repérer et appréhender les situations de fragilité et de maltraitance des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, en particulier lorsqu'elles vivent à leur domicile	
Pilote(s)	
<ul style="list-style-type: none">• Conférence des financeurs• Département• Préfecture	
Publics visés	
<ul style="list-style-type: none">• Personnes âgées	
Modalités de mise en œuvre	
<ol style="list-style-type: none">1. Aller vers l'utilisation d'un outil commun de repérage des fragilités et de vulnérabilité : partager une définition commune de la notion de fragilité et les outils de repérage existants2. Poursuivre la structuration du circuit de signalement des situations à risque de personnes majeures3. Mettre en place le dispositif MONALISA (Mobilisation Nationale contre L'Isolement des Agés) dans le département	
Indicateurs d'évaluation et de suivi	
<ul style="list-style-type: none">• Diffusion d'un outil commun de repérage des fragilités et degré d'appropriation par les acteurs• Nombre de situations à risque signalées et qualité du suivi• Nombre de chartes MONALISA signées	

Action n°5

Soutenir les proches aidants des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

Axe stratégique n°1 : Mobiliser et impulser	Niveau de priorité (1 à 2) : 1
Eléments de diagnostic	
<ul style="list-style-type: none">• Diverses formes de soutien aux aidants ont été développées en Saône et Loire de manière à répondre à plusieurs besoins : un besoin d'information, un besoin d'écoute et de soutien, un besoin de formation, un besoin de répit.• Toutefois de nombreux freins à la mobilisation de ces actions par le public des proches aidants subsistent : freins psychologiques, difficultés organisationnelles, déficit d'information, etc.• La loi sur l'adaptation de la société au vieillissement prévoit la reconnaissance d'un «droit au répit» pour les proches aidants des personnes âgées dans le cadre de l'allocation personnalisée autonomie	
Objectifs	
<ul style="list-style-type: none">• Répondre aux besoins d'écoute, de répit et de formation des proches aidants des personnes âgées et des personnes en situation de handicap	
Pilote(s)	
<ul style="list-style-type: none">• Conférence des financeurs• Département• Agence Régionale de Santé	
Publics visés	
<ul style="list-style-type: none">• Personnes âgées (modalités 1. 2. 3. 4.)• Personnes en situation de handicap (modalités 1. 3. 4.)	
Modalités de mise en œuvre	
<p>1. Présenter le diagnostic territorial de l'offre et des besoins à destination des proches aidants dans le cadre de la Conférence des financeurs</p> <p>2. Définir les modalités d'utilisation possible de l'enveloppe permettant aux proches aidant de bénéficier d'un « droit au répit » dans le cadre de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA).</p> <p>3. Poursuivre le soutien apporté par le Département en matière de soutien aux aidants non professionnels des personnes âgées et des personnes en situation de handicap en privilégiant :</p> <ul style="list-style-type: none">• Les actions s'adressant conjointement au public des aidants et au public des aidés, afin de limiter les freins organisationnels et psychologiques à la mobilisation de l'offre existante• Les actions pérennes et souples, c'est à dire sans obligation de participation systématique pour les personnes <p>4. Accompagner la création d'un village vacances aidants-aidés portée par l'Agence régionale de Santé</p>	
Indicateurs d'évaluation et de suivi	
<ul style="list-style-type: none">• Nombre et répartition territoriale des actions de soutien aux aidants• Nombre de personnes ayant bénéficié du « droit au répit » dans le cadre de l'APA• Nombre de bénéficiaires des actions de soutien mises en place dans le cadre de l'appel à projet départemental• Nombre de bénéficiaires de l'action du village vacances aidants-aidés	

Action n°6

Accompagner l'évolution des pratiques et favoriser le développement des compétences des professionnels

Axe stratégique n°1 : Mobiliser et impulser	Niveau de priorité (1 à 2) : 1
<i>Action(s) liée(s) : Action 3 - Axe 1 ; Action 9 - Axe 2</i>	
Eléments de diagnostic	
<ul style="list-style-type: none">• Un besoin d'adaptation des modes d'accompagnement aux besoins des personnes souffrant de troubles cognitifs ou psychiques lourds et aux personnes handicapées vieillissantes a été relevé.• La réponse pour ce type de public doit conjuguer à la fois un niveau de prise en charge sanitaire assez élevé, avec un encadrement éducatif au sein d'une structure qui constitue un réel lieu de vie.• Elle ne peut s'organiser sans une coordination renforcée des acteurs. Or cette coordination présente des marges de progrès significatives sur le terrain.	
Objectifs	
<ul style="list-style-type: none">• Améliorer l'efficacité et la qualité des réponses apportées aux besoins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, en particulier lorsqu'elles souffrent de troubles psychiques ou cognitifs	
Pilote(s)	
<ul style="list-style-type: none">• Département• Agence Régionale de Santé	
Publics visés	
<ul style="list-style-type: none">• Personnes âgées• Personnes en situation de handicap	
Modalités de mise en œuvre	
<p>1. Favoriser la montée en compétence des personnels des services et établissements médico-sociaux pour personnes âgées et pour personnes en situation de handicap sur la question de la prise en charge des troubles psychiques et cognitifs.</p> <ul style="list-style-type: none">• Identifier les modes de financement permettant de développer les modules de formation sur ces questions• Développer les formations partagées et les stages croisés avec des personnels d'autres secteurs sur ces questions (secteur sanitaire notamment)• S'appuyer sur le Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie pour définir les modalités d'organisation et le contenu de ces formations	
Indicateurs d'évaluation et de suivi	
<ul style="list-style-type: none">• Nombre de formations partagées et de stages croisés réalisés	

Axe stratégique n°2 : Simplifier et fluidifier

La fluidification des parcours des personnes âgées et des personnes en situation de handicap et la prévention des ruptures constituent des enjeux forts pour le Département.

La Saône et Loire a souhaité à ce titre faire partie des **départements pionniers dans la mise en œuvre des préconisations du rapport Piveteau, dont l'ambition est d'offrir un parcours de vie sans rupture pour les personnes en situation de handicap**. L'axe 2 du schéma 2016-2018 devra ainsi permettre de mobiliser les acteurs autour de la mise en œuvre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous » et en particulier du « dispositif d'orientation permanent ».

Au-delà, plusieurs leviers devront permettre d'améliorer les transitions aux moments clés du parcours des personnes âgées et des personnes handicapées, en particulier **le renforcement de la coordination entre les secteurs social, sanitaire et médico-social et le développement des passerelles entre les services et établissements médico-sociaux**.

Enfin, le Département souhaite, à travers son nouveau schéma, **pouvoir simplifier le parcours des personnes**. La poursuite du déploiement d'un dossier unique d'admission en établissement médico-social et d'un outil de gestion centralisé des listes d'attente, à l'appui du logiciel *Via trajectoire*, constitue ainsi l'un des objectifs de ce schéma.

L'axe stratégique n°2 se décline ainsi en huit actions :

- ✓ **Action 7** : Mobiliser les acteurs autour de la mise en œuvre des préconisations de la démarche " une réponse accompagnée pour tous" et notamment du dispositif d'orientation permanent
- ✓ **Action 8** : Favoriser l'articulation et la qualité des interventions à domicile
- ✓ **Action 9** : Renforcer la coordination entre les secteurs social, sanitaire et médico-social
- ✓ **Action 10** : Faciliter les passerelles entre établissements et services médico-sociaux
- ✓ **Action 11** : Simplifier les démarches d'admission au sein des établissements médico-sociaux pour les usagers
- ✓ **Action 12** : Rénover les modalités de fonctionnement de l'offre en faveur des adultes en situation de handicap
- ✓ **Action n°13** : Accompagner les besoins de médicalisation des structures accueillant des personnes âgées et des personnes en situation de handicap
- ✓ **Action 14** : Renforcer la coordination avec la CARSAT et la MSA en termes d'évaluation et de parcours sans rupture

Action n°7

Mobiliser les acteurs autour de la mise en œuvre des préconisations de la démarche " une réponse accompagnée pour tous" et notamment du dispositif d'orientation permanent

Axe stratégique n°2 : Simplifier et fluidifier	Niveau de priorité (1 à 2) : 1
Éléments de diagnostic	
<ul style="list-style-type: none">• Le rapport Piveteau « Zéro sans solution » émet plusieurs préconisations visant à limiter les ruptures de parcours des personnes en situation de handicap.• Il prévoit en particulier une réforme du processus d'orientation des personnes en situation de handicap, avec l'élaboration d'un plan d'accompagnement global par un groupe opérationnel de synthèse mobilisable à tout moment critique du parcours des personnes• La Saône et Loire a été retenue comme département pionnier pour la mise en œuvre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », faisant suite au rapport Piveteau	
Objectifs	
<ul style="list-style-type: none">• Limiter les ruptures de parcours des personnes en situation de handicap et proposer une réponse à chaque situation critique	
Pilote(s)	
<ul style="list-style-type: none">• Maison Départementale des Personnes Handicapées• Département• Agence Régionale de Santé	
Publics visés	
<ul style="list-style-type: none">• Personnes en situation de handicap	
Modalités de mise en œuvre	
<ol style="list-style-type: none">1. Assurer l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'accompagnement global pour les situations critiques2. Garantir, en partenariat avec l'Agence Régionale de Santé, la présence des acteurs du soin dans les groupes opérationnels de synthèse chargés de l'élaboration et du suivi du plan d'accompagnement global3. Identifier des référents locaux4. Intégrer dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) la réponse accompagnée pour tous, en particulier le plan d'accompagnement global5. Réfléchir dans ce cadre aux modalités de tarification et d'autorisation des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap	
Indicateurs d'évaluation et de suivi	
<ul style="list-style-type: none">• Nombre de plans d'accompagnement global élaborés et nombre de réunions du groupe opérationnel de synthèse• Nombre de CPOM intégrant la réponse accompagnée pour tous et le plan d'accompagnement global	

Action n°8

Favoriser l'articulation et la qualité des interventions à domicile

Axe stratégique n°2 : Simplifier et fluidifier	Niveau de priorité (1 à 2) : 1
Eléments de diagnostic	
<ul style="list-style-type: none">• La loi d'Adaptation de la société au vieillissement prévoit de compléter la grille AGGIR, actuellement utilisée dans le cadre de l'Allocation personnalisée autonomie (APA), par un nouvel outil d'évaluation multidimensionnelle des besoins du demandeur et de son/ses aidant(s)• Dans un contexte où les bénéficiaires de l'APA à domicile voient leur nombre augmenté et sont de plus en plus dépendants (augmentation de la proportion de GIR 1-2), il existe un enjeu fort d'articulation des acteurs intervenant conjointement auprès d'une même personne à son domicile.• Des conséquents efforts ont été menés ces dernières années pour poursuivre la montée en qualité de l'accueil familial et sécuriser ce mode d'accueil. Cette politique nécessite aujourd'hui d'être poursuivie en cohérence avec les dispositions de la loi d'Adaptation de la société au vieillissement	
Objectifs	
<ul style="list-style-type: none">• Assurer une prise en charge globale et coordonnée de la personne maintenue à domicile.• Poursuivre la professionnalisation et l'amélioration de la qualité de l'accueil familial	
Pilote(s)	
<ul style="list-style-type: none">• Département• MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie)	
Publics visés	
<ul style="list-style-type: none">• Personnes âgées (modalités 1. 2. 3.)• Personnes en situation de handicap (modalités 2. 3.)	
Modalités de mise en œuvre	
<p>1. Etudier l'opportunité de s'approprier le nouvel outil d'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins des demandeurs de l'Allocation personnalisée autonomie et de leurs aidants :</p> <ul style="list-style-type: none">• Définir, le cas échéant, les modalités de formation des équipes médico-sociales du Département chargées de l'évaluation de l'APA à l'utilisation de ce nouvel outil• Promouvoir l'utilisation de ce nouvel outil par les autres acteurs du territoire œuvrant dans le domaine de l'autonomie sur le territoire <p>2. Améliorer la coordination des professionnels du domicile intervenant autour d'une personne âgée ou d'une personne en situation de handicap :</p> <ul style="list-style-type: none">• Etudier dans le cadre du Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie la faisabilité d'identifier un référent chargé de coordonner la définition d'un projet d'accompagnement, d'articuler l'action des différents intervenants (sur le modèle des situations entrant dans le champ de compétence des gestionnaires de cas MAIA) et d'être l'interlocuteur privilégié de l'utilisateur.• Promouvoir et généraliser la mise en place de cahiers de liaison partagés par l'ensemble des intervenants au domicile de la personne, en lien avec le dispositif « territoires de soins numériques » (TSN). <p>3. Poursuivre la politique d'amélioration de la qualité de l'accueil familial :</p> <ul style="list-style-type: none">• Assurer la mise en œuvre des dispositions de la loi d'adaptation de la société au	

vieillesse relatives aux critères d'agrément et à la formation des accueillants familiaux
<ul style="list-style-type: none">• Mener une réflexion sur les relais mobilisables pour assurer, lorsque nécessaire, un remplacement ponctuel de l'accueillant familial.• Mieux faire connaître et promouvoir le métier d'accueillant familial
Indicateurs d'évaluation et de suivi
<ul style="list-style-type: none">• Degré d'appropriation du nouvel outil d'évaluation multidimensionnel et du cahier de liaison entre différents services intervenant au domicile• Nombre de nouvelles familles d'accueil agréées

Action n°9

Renforcer la coordination entre les secteurs social, sanitaire et médico-social

Axe stratégique n°2 : Simplifier et fluidifier	Niveau de priorité (1 à 2) : 2
<i>Action(s) liée(s) : Action 3 - Axe 1 ; Action 6 - Axe 1</i>	
Eléments de diagnostic	
<ul style="list-style-type: none">Des ruptures de parcours sont signalées dans le parcours des personnes âgées et des personnes en situation de handicap à défaut d'une articulation suffisante entre les acteurs médico-sociaux, les acteurs du soin et les acteurs du champ social (ex. protection de l'enfance).	
Objectifs	
<ul style="list-style-type: none">Eviter les ruptures de parcours en renforçant l'articulation entre les secteurs social, sanitaire et médico-social	
Pilote(s)	
<ul style="list-style-type: none">DépartementMAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie)Agence régionale de santé	
Publics visés	
<ul style="list-style-type: none">Personnes âgées (modalités 1. 2.)Personnes en situation de handicap (modalités 1. 2.)	
Modalités de mise en œuvre	
<p>1. Développer des stratégies de coordination sanitaire, sociale et médico-sociale communes :</p> <ul style="list-style-type: none">S'appuyer sur la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA)S'appuyer sur les plateformes territoriales d'appui (PTA) permettant une concertation clinique pour faciliter l'orientation et l'accompagnement de situations complexes.Poursuivre le déploiement des commissions permettant d'analyser et de trouver des réponses aux situations communes aux secteurs de la protection de l'enfance et de l'enfance handicapée <p>2. Favoriser parallèlement l'émergence de formes de coopérations entre les acteurs de terrain de ces différents secteurs :</p> <ul style="list-style-type: none">Tirer les enseignements des expériences locales sur l'amélioration des sorties d'hospitalisationDévelopper les conventionnements entre les établissements et les services médico-sociaux et le secteur sanitaire permettant de favoriser l'interconnaissance des professionnels (ex. formations communes, stages croisés) et d'améliorer les prises en charges conjointes (ex. anticipation des situations de crise, préparation des hospitalisations, sécurisation des sorties d'hospitalisation...). Les dispositifs existants et travaux en cours devront être pris en compte (dispositif PRADO, action des réseaux de santé au titre de l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale)	
Indicateurs d'évaluation et de suivi	
<ul style="list-style-type: none">Nombre de conventions signées entre les établissements et les services médico-sociaux et le secteur sanitaire	

Action n°10

Faciliter les passerelles entre établissements et services médico-sociaux

Axe stratégique n°2 : Simplifier et fluidifier	Niveau de priorité (1 à 2) : 2
Eléments de diagnostic	
<ul style="list-style-type: none">Un certain nombre de personnes font face aujourd'hui à des ruptures à des moments clés de leur parcours, faute d'articulation suffisante entre les établissements et services médico-sociaux : passage du domicile à l'établissement pour les personnes âgées dépendantes, passage du secteur enfant au secteur adulte pour les personnes en situation de handicap, avancée en âge des personnes handicapées, etc.	
Objectifs	
<ul style="list-style-type: none">Anticiper l'évolution des besoins des personnes et améliorer l'efficacité des réponses proposéesAdapter l'offre de services à l'avancée en âge des personnes en situation de handicap	
Pilote(s)	
<ul style="list-style-type: none">DépartementAgence Régionale de Santé	
Publics visés	
<ul style="list-style-type: none">Personnes âgées (modalités 1. 2.)Personnes en situation de handicap (modalités 1. 2. 3. 4. 5.)	
Modalités de mise en œuvre	
<p>1. Anticiper le vieillissement des publics en développant les partenariats entre les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les autres établissements et services du territoire :</p> <ul style="list-style-type: none">Définir des modalités de coopérations entre services d'aide et d'accompagnement à domicile et EHPAD pour préparer l'entrée en établissement des personnes vivant à domicile, en associant les médecins et les mandataires judiciairesFavoriser les approches innovantes permettant des parcours de vie plus fluides (exemple : établissement pour les personnes handicapées spécialisé sur le public des personnes handicapées vieillissantes)Favoriser les partenariats entre établissements pour adultes handicapés et EHPAD d'un même territoire, afin de préparer l'orientation des personnes handicapées vieillissantes et favoriser les échanges entre les professionnels des deux secteurs (ex. formations communes, stages croisés)Envisager des prises en charge conjointes entre établissements pour personnes âgées et services dédiés aux personnes handicapées (accueil de jour notamment) afin d'offrir un accompagnement plus adapté en journée aux personnes handicapées vieillissantes accueillies en EHPAD. Mener une réflexion sur les implications en termes de tarification.	
<p>2. Poursuivre la contractualisation avec les établissements et orienter les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) vers une plus grande fluidité des parcours</p>	
<p>3. Définir les modalités de coopération entre les établissements pour enfants et les établissements et services pour adultes handicapés, de manière à permettre une intégration progressive dans le secteur adulte et prévenir les ruptures.</p>	
<p>4. Faciliter les passages entre le milieu de travail protégé et le milieu ordinaire :</p>	

-
- Mener notamment une réflexion, avec les partenaires concernés (établissements du milieu protégé, Maison Départementale des Personnes Handicapées, Pôle emploi, Cap emploi) sur la possibilité d'organiser des périodes de stage en milieu de travail protégé avant orientation.

5. Etablir un état des lieux des différentes pratiques en établissement pour l'accueil de stagiaires et définir une procédure partagée relative à l'accueil de résidents en stages en établissements médico-social

Indicateurs d'évaluation et de suivi

- Nombre de partenariats entre établissements et services médico-sociaux d'un même territoire
- Diffusion et degré d'appropriation de la procédure d'accueil des stagiaires (incluant la question de l'organisation des stages en milieu de travail protégé)

Action n°11 : Simplifier les démarches d'admission au sein des établissements médico-sociaux pour les usagers

Axe stratégique n°2 : Simplifier et fluidifier	Niveau de priorité (1 à 2) : 2
Eléments de diagnostic	
<ul style="list-style-type: none"> • Au cours du schéma précédent, une progression et la médicalisation du nombre de places dédiées aux personnes en situation de handicap a été observée. Cependant, les listes d'attente en Foyer d'accueil médicalisé (FAM) et en Maison d'accueil spécialisée (MAS) constituent un enjeu à prendre en compte. Les personnes sur liste d'attente tendent aujourd'hui à mobiliser des solutions d'accueil par défaut. Il n'existe pas de définition partagée des critères de priorité d'admission dans ces établissements. • Ce travail de partage des critères de priorité d'admission apparaît également nécessaire pour les autres types d'établissements pour adultes en situation de handicap (foyers de vie, foyers d'hébergement, ESAT). • La création d'un dossier unique de préadmission en EHPAD et le déploiement de l'outil <i>Via Trajectoire</i> constitue une réponse au besoin de simplification des modalités d'admission en établissement pour personnes âgées. Par conséquent, le déploiement du dossier unique de préadmission et l'outil de gestion centralisée des listes d'attentes doivent être poursuivis. 	
Objectifs	
<ul style="list-style-type: none"> • Harmoniser les pratiques et les critères de priorité d'admission en FAM et en MAS • Simplifier les demandes d'admission en établissement 	
Pilote(s)	
<ul style="list-style-type: none"> • Département • Maison Départementale des Personnes Handicapées • Agence régionale de santé 	
Publics visés	
<ul style="list-style-type: none"> • Personnes âgées (modalité 3.) • Personnes en situation de handicap (modalités 1. 2. 3.) 	
Modalités de mise en œuvre	
<p>1. Mettre en place une commission d'harmonisation des admissions pour chaque type d'établissement pour adultes en situation de handicap :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place dans un premier temps une commission d'harmonisation des admissions en Foyers d'accueil médicalisés (FAM) et en Maison d'accueil spécialisée (MAS) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Se doter d'un système d'information en mesure de fournir une liste actualisée des résidents en FAM et en MAS et des personnes en attente d'une place (sur la base d'une définition partagée de la notion de liste d'attente) ○ Adopter une définition collective des critères de priorité d'admission en FAM et en MAS ○ Définir un mode d'organisation de la commission d'harmonisation des admissions en FAM et en MAS : composition, rythme de réunion, ... • Envisager dans un second temps de déployer ces modalités de travail pour les autres types d'établissements pour adultes en situation de handicap (Foyers de vie, Foyers d'hébergement, ESAT) <p>2. Intégrer ces nouvelles modalités de partenariat et de co-construction des parcours des personnes handicapées dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et</p>	

de Moyens conclus par le Département**3. Poursuivre la mise en œuvre de Via Trajectoire en Saône et Loire :**

- Favoriser l'appropriation de l'outil dans le secteur des personnes âgées par les particuliers et les professionnels, en particulier les médecins libéraux.
- Réfléchir aux modalités de déploiement possibles de l'outil dans le champ du handicap

Indicateurs d'évaluation et de suivi

- Nombre de situations traitées par la commission d'harmonisation des admissions en FAM et MAS
- Nombre d'utilisateurs de Via Trajectoire et part des admissions réalisées à l'aide de l'outil (secteurs du grand âge et du handicap)

Action n°12

Rénover les modalités de fonctionnement de l'offre en faveur des adultes en situation de handicap

Axe stratégique n°2 : Simplifier et fluidifier	Niveau de priorité (1 à 2) : 2
<i>Action(s) liée(s) : Action 16 a – Axe 3</i>	
Éléments de diagnostic	
<ul style="list-style-type: none">• Le lien traditionnel entre Foyer d'hébergement traditionnel (FHT) et Etablissement et services d'aide par le travail (ESAT) est aujourd'hui remis en question par plusieurs constats : difficulté à articuler l'entrée dans le monde du travail et le besoin d'hébergement à l'arrivée à l'âge adulte, accueil de publics de plus en plus autonomes en ESAT pour qui l'accueil en Foyer d'hébergement n'apparaît pas pertinent, personnes handicapées vieillissantes sortant d'ESAT et hébergées en Foyer d'hébergement traditionnel...• Ces éléments peuvent amener à interroger le statut du Foyer d'hébergement traditionnel, notamment son articulation avec les ESAT, et nécessitent d'être affinés.	
Objectifs	
<ul style="list-style-type: none">• Proposer une offre d'hébergement adaptée aux travailleurs en situation de handicap	
Pilote(s)	
<ul style="list-style-type: none">• Département	
Publics visés	
<ul style="list-style-type: none">• Personnes en situation de handicap	
Modalités de mise en œuvre	
<p>1. Actualiser le diagnostic territorial de d'habitat et des besoins d'hébergement des adultes en situation de handicap</p> <p>2. Diversifier l'offre d'habitat à destination des travailleurs en situation de handicap :</p> <ul style="list-style-type: none">• Actualiser le diagnostic territorial de l'offre en foyer d'hébergement traditionnel (FHT) et des besoins d'hébergement des travailleurs handicapés• Sur la base des conclusions du diagnostic, rénover le statut du foyer d'hébergement traditionnel notamment sur la question du lien avec les ESAT• Sur la base des conclusions du diagnostic, étudier les modalités d'hébergement possibles des travailleurs handicapés sur les territoires où l'offre en foyer d'hébergement traditionnel est faible par rapport aux places en ESAT.	
Indicateurs d'évaluation et de suivi	
<ul style="list-style-type: none">• Nombre et répartition territoriale des places d'hébergement à destination des adultes en situation de handicap (Foyer d'hébergement traditionnel et logements intermédiaires)• Formalisation du statut du Foyer d'Hébergement Traditionnel et de son lien avec les ESAT	

Action n°13

Accompagner les besoins de médicalisation des structures accueillant des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

Axe stratégique n°2 : Simplifier et fluidifier	Niveau de priorité (1 à 2) : 2
Éléments de diagnostic	
<ul style="list-style-type: none">• L'augmentation de la prise en charge de la grande dépendance en EHPAD nécessite aujourd'hui d'être accompagnée et implique un besoin de médicalisation, de même que le vieillissement des publics accompagnés.• A cet égard il peut être relevé que le GIR moyen pondéré des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes dans le département a augmenté de 53 points entre 2010 et 2015.	
Objectifs	
<ul style="list-style-type: none">• Accompagner les établissements médico-sociaux dans la montée en dépendance et le vieillissement de leurs publics	
Pilote(s)	
<ul style="list-style-type: none">• Département• Agence régionale de santé	
Publics visés	
<ul style="list-style-type: none">• Personnes âgées• Personnes en situation de handicap	
Modalités de mise en œuvre	
<ol style="list-style-type: none">1. Renforcer l'offre d'hébergement en places médicalisées en poursuivant les appels à projets visant à la création de petites unités de vie et en créant un nouvel EHPAD départemental.2. Poursuivre le développement de l'offre en services médicalisées pour les personnes en handicapées (voir également l'action 18).	
Indicateurs d'évaluation et de suivi	
<ul style="list-style-type: none">• Nombre d'appels à projets lancés• Nombre de places médicalisées sur la période de mise en œuvre du schéma	

Action n°14

Renforcer la coordination avec la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT) et la Mutualité Sociale Agricole (MSA) en termes d'évaluation et de parcours sans rupture

Axe stratégique n°2 : Simplifier et fluidifier	Niveau de priorité (1 à 2) : 2
Éléments de diagnostic	
<ul style="list-style-type: none">L'évaluation des situations et le suivi des parcours des personnes âgées supposent une collaboration étroite entre la CARSAT et la MSA d'une part et le Département d'autre part. Ces modes de collaboration ne sont pas formalisés à l'heure actuelle.	
Objectifs	
<ul style="list-style-type: none">Améliorer l'articulation entre le Département d'une part et la CARSAT et la MSA d'autre part en matière d'évaluation et de suivi des parcours	
Pilote(s)	
<ul style="list-style-type: none">DépartementCARSATMSA	
Publics visés	
<ul style="list-style-type: none">Personnes âgées	
Modalités de mise en œuvre	
<ol style="list-style-type: none">Finaliser la convention de collaboration entre le Département de Saône-et-Loire et la CARSAT Bourgogne- Franche ComtéFormaliser les modalités de collaboration entre le Département de Saône et Loire et la MSA	
Indicateurs d'évaluation et de suivi	
<ul style="list-style-type: none">Signature de la convention de collaboration	

Axe stratégique n°3 : Innover et informer

Le nouveau schéma départemental en faveur de l'autonomie devra permettre d'**apporter des réponses innovantes pour faciliter la vie quotidienne des personnes âgées et des personnes en situation de handicap**.

Dans **le domaine de la vie sociale** tout d'abord, en mobilisant les acteurs sur le renforcement de l'accessibilité des offres culturelles, sportives et de loisirs de droit commun. Dans **le domaine du maintien à domicile** également, puisque le nouveau schéma ambitionne de faciliter l'adaptation des logements et de promouvoir le déploiement de la domotique comme leviers de sécurisation du maintien à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées.

Le Département souhaite également **développer et améliorer la qualité de l'information disponible, pour le public et les professionnels**, sur les droits, les prestations et les dispositifs d'aide et d'accompagnement existants dans le champ de l'autonomie. Il s'agira de permettre à chacun de disposer d'une information complète, favorisant la bonne connaissance et la bonne compréhension des dispositifs existants.

L'axe stratégique n°3 se décline ainsi en quatre actions :

- ✓ **Action 15** : Promouvoir les offres culturelles, sportives et de loisirs de droit commun accessibles aux personnes âgées et aux personnes en situation handicap
- ✓ **Action 16** : Soutenir les réponses innovantes permettant de sécuriser le maintien à domicile des personnes âgées et des personnes en situation de handicap
- ✓ **Action 16 - a** : *Faciliter l'adaptation des logements aux besoins des personnes âgées et des personnes handicapées*
- ✓ **Action 16 - b** : *Soutenir et promouvoir les outils domotiques et leur déploiement en Saône-et-Loire*
- ✓ **Action 17** : Développer l'information pour améliorer la connaissance et la compréhension des dispositifs en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées pour les usagers et les professionnels

Action n°15

Promouvoir les offres culturelles, sportives et de loisirs de droit commun accessibles aux personnes âgées et aux personnes en situation handicap

Axe stratégique n°3 : Innover et Informer Niveau de priorité (1 à 2) : 2
Éléments de diagnostic
<ul style="list-style-type: none">• Au cours du schéma précédent, des efforts conséquents ont été fournis pour prendre plus largement en compte les publics du schéma de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées par les différentes directions thématiques du Département.• Cependant, ce travail demande à être poursuivi en mobilisant davantage les offres de droit commun.
Objectifs
<ul style="list-style-type: none">• Elargir l'accessibilité des offres culturelles, sportives et de loisirs pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap, en tenant compte de la diversité des territoires, des degrés d'autonomie et des types de handicap.• Favoriser la mise en lien des acteurs des champs sportifs et culturels d'une part et les acteurs du champ médico-social d'autre part
Pilote(s)
<ul style="list-style-type: none">• Département
Publics visés
<ul style="list-style-type: none">• Personnes âgées (modalités 1. 2. 3. 4.)• Personnes en situation de handicap (modalités 1. 2. 3. 4. 5.)
Modalités de mise en œuvre
<p>1. Renforcer le travail en transversalité entre la Direction de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées et les services culturels du Département autour de cette question :</p> <ul style="list-style-type: none">• Mener un inventaire des ressources mobilisables par la mission de l'action culturelle, la Direction des archives et du patrimoine culturel et la Direction de la lecture publique. Elaborer un support et le partager avec l'ensemble des services du Département.• Proposer des temps d'information et de formation thématiques aux professionnels du secteur médico-social sur la question de l'accès à la culture des personnes âgées et des personnes en situation handicap.
<p>2. Encourager les actions innovantes entrant dans le cadre du développement social local</p>
<p>3. Favoriser, à travers la politique départementale de soutien aux acteurs culturels et sportifs, l'accessibilité des offres aux personnes âgées et aux personnes en situation handicap :</p> <ul style="list-style-type: none">• Prévoir de façon systématique dans les conventions qui lient le Département aux acteurs culturels et sportifs des dispositions portant sur l'accessibilité des offres.• Conditionner l'attribution des subventions départementales aux manifestations sportives et culturelles à la prise en compte de la question de l'accès des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.
<p>4. Envisager le déploiement de la plateforme CULTUREàVIE dans le domaine du handicap</p> <ul style="list-style-type: none">• Etudier la possibilité de permettre aux accueillants familiaux d'accéder à cette

plateforme.

5. Encourager la nomination de référents handicap dans les structures sportives, culturelles, de loisirs.

- S'appuyer sur le partenariat avec les comités sportifs pour accompagner les clubs dans la formation des référents handicap.

Indicateurs d'évaluation et de suivi

- Elaboration d'un support référençant les ressources mobilisables au sein des services d'action culturelle du Département
- Nombre de réunions d'information en direction des professionnels du secteur médico-social
- Effectivité de la plateforme CULTUREàVIE dans le domaine du handicap et nombre d'utilisateurs
- Nombre de référents handicap nommés dans les structures sportives, culturelles, de loisirs

Action 16

Soutenir les réponses innovantes permettant de sécuriser le maintien à domicile des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

Action n°16 – a : Faciliter l'adaptation des logements aux besoins des personnes âgées et des personnes handicapées

Axe stratégique n°3 : Innover et Informer	Niveau de priorité (1 à 2) : 2
<i>Action(s) liée(s) : Action 12 – Axe 2</i>	
Eléments de diagnostic	
<ul style="list-style-type: none">• De nombreux projets et expérimentations ont été menés en faveur de l'adaptation des logements. Toutefois, il apparaît nécessaire que l'offre et la demande se rencontrent plus facilement.• En outre, une tendance à adapter les logements en fonction des besoins immédiats de la personne est apparue. Cette situation est notamment attribuée à un défaut d'anticipation ainsi qu'à des freins financiers.	
Objectifs	
<ul style="list-style-type: none">• Favoriser une culture de la prévention de l'adaptation des logements	
Pilote(s)	
<ul style="list-style-type: none">• Maison Départementale des Personnes Handicapées• Bailleurs sociaux• Etablissements médico-sociaux• Département	
Publics visés	
<ul style="list-style-type: none">• Personnes âgées (modalités 1. 2. 4. 5.)• Personnes en situation de handicap (modalités 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.)	
Modalités de mise en œuvre	
<p>1. Sensibiliser et améliorer l'information des professionnels et du public sur les enjeux de l'adaptation du logement et sur les aides et les acteurs mobilisables :</p> <ul style="list-style-type: none">• Proposer des outils d'information sur les enjeux de l'adaptation du logement (logique de prévention et d'anticipation) et sur les acteurs en mesure de renseigner le public.• Faire connaître les possibilités de financement de l'adaptation des logements : renforcer la collaboration entre le Département et l'Agence nationale de l'habitat (ANAH), renforcer la capacité des Maisons locales de l'autonomie à transmettre une information exhaustive sur aides financières existantes.	
<p>2. Former les professionnels du domicile aux possibilités d'adaptation et d'aménagement des logements dans le cadre de la convention de modernisation des services d'aide à domicile signée avec la CNSA</p>	
<p>3. Veiller à prendre en compte les besoins en aides techniques dans le cadre des plans de compensation du handicap, en particulier lorsque les projets d'adaptation des logements ne peuvent aboutir</p>	
<p>4. Expérimenter en lien avec les bailleurs sociaux les résidences services</p>	
<p>5. Accompagner les initiatives des bailleurs sociaux sur le développement d'offres permettant le maintien de l'autonomie</p>	

6. Diversifier les formules d'habitat du droit commun pour les travailleurs handicapés en milieu ordinaire.

7. Conduire une réflexion sur l'adaptation des établissements médico-sociaux à coûts maîtrisés

- Organiser un groupe de travail interprofessionnel sur l'évolution de la programmation de manière à offrir des conditions d'accueil plus adaptées aux personnes souffrant de troubles psychiques et aux personnes handicapées vieillissantes :
- Elaborer un cahier des charges portant sur les constructions neuves et sur l'existant sur la base des conclusions de ce groupe. Tenir compte dans ce cahier des charges des enjeux liés au développement durable.

Indicateurs d'évaluation et de suivi

- Nombre d'outils d'information déployés sur les questions liées à l'adaptation des logements et degré d'exhaustivité de l'information
- Nombre de bénéficiaires de la Prestation de compensation du handicap (PCH) Aides techniques
- Nombre de formations données aux professionnels du domicile
- Nombre de résidences services à caractère social
- Nombre de constructions neuves élaborées à partir cahier des charges issu du groupe de travail interprofessionnel sur l'évolution de la programmation de manière

Action n°16 - b : Soutenir et promouvoir les outils domotiques et leur déploiement en Saône-et-Loire

Axe stratégique n°3 : Innover et Informer	Niveau de priorité (1 à 2) : 2
Éléments de diagnostic	
<ul style="list-style-type: none">Le matériel domotique a des difficultés pour rencontrer son public. Pourtant, une fois que les familles sont entrées dans la démarche, elles ont pu constater la facilité d'utilisation et le caractère non intrusif des outils. Il apparaît donc nécessaire de sensibiliser et d'accompagner les publics dans l'appropriation de ces outils.	
Objectifs	
<ul style="list-style-type: none">Positionner les technologies de l'information et de la communication (TIC) comme l'un des leviers du maintien à domicileLever les freins financiers, culturels et psychologiques à l'utilisation de la domotique	
Pilote(s)	
<ul style="list-style-type: none">Département	
Publics visés	
<ul style="list-style-type: none">Personnes âgées (modalités 1. 2. 3. 4.)Personnes en situation de handicap (modalités 1. 2. 4.)	
Modalités de mise en œuvre	
<p>1. Sensibiliser les personnes, leurs proches aidants, ainsi que les professionnels du domicile à l'intérêt de la domotique, comme levier de sécurisation du maintien à domicile et comme vecteur d'amélioration des conditions de travail des professionnels du domicile</p> <p>2. Former les personnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) à l'utilisation de la domotique avec mise en situation, dans le cadre de la convention de modernisation des SAAD signée avec la CNSA</p> <p>3. Mobiliser les possibilités offertes par la loi dans le cadre du plan Allocation Personnalisée Autonomie (APA) et de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) en faveur des aides domotiques</p> <p>4. Engager une réflexion sur la domotique lors de la restructuration des établissements médico- sociaux</p>	
Indicateurs d'évaluation et de suivi	
<ul style="list-style-type: none">Nombre de campagnes de communication sur l'intérêt de la domotique et nombre de personnes touchéesNombre de personnels des services d'aide à domicile formés	

Action n°17

Développer l'information pour améliorer la connaissance et la compréhension des dispositifs en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées pour les usagers et les professionnels

Axe stratégique n°3 : Innover et Informer	Niveau de priorité (1 à 2) : 2
Eléments de diagnostic	
<ul style="list-style-type: none">• Les outils d'informations actuels ne permettent pas toujours au public et aux professionnels d'obtenir des renseignements exhaustifs sur les dispositifs existants• Les établissements en faveur des personnes âgées souffrent souvent d'une image négative auprès du public	
Objectifs	
<ul style="list-style-type: none">• Permettre à chaque usager de disposer rapidement d'une réponse à la question qu'il se pose• Mettre à disposition une information exhaustive et actualisée des dispositifs existants	
Pilote(s)	
<ul style="list-style-type: none">• Département	
Publics visés	
<ul style="list-style-type: none">• Personnes âgées (modalités 1. 2.)• Personnes en situation de handicap (modalités 1. 2.)	
Modalités de mise en œuvre	
<p>1. Développer sur le site internet du Département une information la plus exhaustive possible sur les droits, les prestations et les dispositifs existants en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap</p> <ul style="list-style-type: none">• Envisager un double accès, pour les particuliers d'une part et pour les professionnels d'autre part, avec un niveau d'information et de technicité adapté• Mettre en particulier à disposition des usagers une information complète sur l'offre d'hébergement médico-social (médicalisée et non médicalisée)• Etudier les solutions possibles pour permettre l'accès et le téléchargement des principaux dossiers de demandes (APA, aide sociale, MDPH, etc...) <p>2. Etudier dans le cadre du Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie la possibilité d'organiser une journée départementale "portes ouvertes" dans les établissements</p>	
Indicateurs d'évaluation et de suivi	
<ul style="list-style-type: none">• Refonte du site Internet du Département sur les questions liées à l'autonomie, degré d'exhaustivité de l'information disponible, nombre de visiteurs des pages liées à l'autonomie du site du Département• Organisation d'une journée départementale « portes ouvertes »	

Axe stratégique n°4 : Agir en proximité

Le Département, en lien avec ses partenaires, s'est engagé à **proposer des réponses de proximité aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap**, quel que soit leur lieu de résidence.

Cette ambition suppose tout d'abord de réinterroger **le maillage territorial de l'offre de services intervenant au domicile** des personnes âgées et des personnes handicapées, de manière à renforcer sa cohérence et sa structuration. Cette orientation s'inscrit en cohérence avec les préconisations du rapport Piveteau, dont l'axe 2 est consacré au déploiement territorialisé d'une réponse accompagnée pour tous.

Cette ambition implique également **la poursuite de la territorialisation de la politique autonomie** qui reste à ce jour inaboutie. Le **déploiement des Maisons Locales de l'Autonomie (MLA) sur les territoires d'action sociale qui en sont dépourvus** constitue ainsi l'un des objectifs de ce nouveau schéma. Ce déploiement devra s'accompagner d'un travail sur **le renforcement de la complémentarité des acteurs** assurant l'accueil, l'information, l'évaluation et l'orientation des personnes âgées et des personnes handicapées à l'échelle d'un territoire.

Enfin, cette territorialisation devra se traduire par **la définition de modalités de coopération et de partenariat entre le Département et les EPCI**, de manière à construire des projets locaux en faveur de l'autonomie.

L'axe stratégique n°4 se décline ainsi en deux actions :

- ✓ **Action 18** : Réinterroger le maillage territorial de l'offre de services à domicile
- ✓ **Action 19** : Poursuivre la territorialisation de la politique en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

Action n°18

Réinterroger le maillage territorial de l'offre de services à domicile

Axe stratégique n°4 : Agir en proximité	Niveau de priorité (1 à 2) : 2
Eléments de diagnostic	
<ul style="list-style-type: none">• Une situation fragile des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD): professionnalisation à concilier avec les contraintes budgétaires, difficultés de recrutement, concurrence entre les services à but non lucratif, modalités de transmission d'information entre les SAAD et Département à optimiser... Un régime unique d'autorisation des SAAD est prévu par la loi d'Adaptation de la société au vieillissement.• Un maillage territorial inabouti de l'offre en services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et en service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), du fait de la spécialisation des structures implantées sur le territoire sur un type de handicap particulier• Des difficultés d'articulation entre SAAD et services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) du fait notamment de périmètre géographiques d'intervention différents.	
Objectifs	
<ul style="list-style-type: none">• Proposer une offre de service adaptée et de proximité aux personnes âgées et aux personnes handicapées• Accompagner et soutenir les services d'aide à domicile dans leur modernisation	
Pilote(s)	
<ul style="list-style-type: none">• Département• Agence Régionale de Santé	
Publics visés	
<ul style="list-style-type: none">• Personnes âgées (modalités 1. 4. 5.)• Personnes en situation de handicap (modalités 1. 2. 3. 4. 5.)	
Modalités de mise en œuvre	
<p>1. Structurer l'offre d'aide à domicile sur le territoire départemental :</p> <ul style="list-style-type: none">• Assurer le passage au régime unique d'autorisation sur la base du cahier des charges national précisant les modalités de fonctionnement et d'organisation des services autorisés• Améliorer le système et la transmission d'informations entre le Département et les SAAD (dématérialisation des factures, des plans d'aides / Modalité de paiement à l'usager / CESU) <p>2. Renforcer la cohérence de l'offre de services pour personnes handicapées, de manière à permettre à chaque personne, quel que soit son handicap et son lieu de résidence, de bénéficier d'une réponse de proximité :</p> <ul style="list-style-type: none">• Recenser de manière partagée les missions réalisées et les périmètres d'intervention (géographique, types de handicap) des SAVS et SAMSAH• Réfléchir à adapter le cahier des charges des SAVS et des SAMSAH pour mieux répondre à l'évolution des besoins <p>3. Réinterroger les modalités d'orientation vers les SAMSAH en recentrant l'évaluation sur le repérage d'un besoin en coordination, en plus de l'existence d'un projet de soin)</p> <p>4. Conduire une réflexion sur le développement des Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD)</p> <p>5. Etudier la possibilité d'assouplir le périmètre géographique d'intervention des</p>	

services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)
--

Indicateurs d'évaluation et de suivi

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Nombre de places en SAVS et SAMSAH par spécialité et répartition territoriale des places en SAVS et SAMSAH• Nombre de SSIAD intervenant par commune |
|--|

Action n°19

Poursuivre la territorialisation de la politique en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

Axe stratégique n°4 : Agir en proximité	Niveau de priorité (1 à 2) : 1
Éléments de diagnostic	
<ul style="list-style-type: none">• Deux Maisons locales de l'autonomie (MLA) ont été ouvertes au Creusot et à Chalon-sur-Saône, soit 5 lieux d'accueil.• Un travail à mener sur la complémentarité des rôles entre les acteurs de proximité des territoires et les MLA. Des outils de liaison avec ces mêmes partenaires à développer• Un rôle essentiel des EPCI dans la politique en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées sur des thématiques telles que la prévention de la perte d'autonomie, le maintien du lien social, l'habitat ou encore l'accessibilité des équipements et des transports.	
Objectifs	
<ul style="list-style-type: none">• Assurer un accueil de proximité aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap en poursuivant le déploiement des MLA• Assurer une cohérence de la politique autonomie sur les territoires en matière d'information, d'orientation des personnes et d'évaluation des situations.• Mobiliser les intercommunalités sur la politique en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées	
Pilote(s)	
<ul style="list-style-type: none">• Département	
Publics visés	
<ul style="list-style-type: none">• Personnes âgées (modalités 1. 2. 3.)• Personnes en situation de handicap (modalités 1. 2. 3.)	
Modalités de mise en œuvre	
<p>1. Poursuivre le déploiement des MLA sur les territoires d'action sociale qui en sont dépourvus, en s'appuyant sur les atouts des contextes locaux et les collaborations territoriales</p> <p>2. Renforcer la complémentarité des acteurs assurant l'accueil, l'information, l'évaluation et l'orientation des personnes âgées et des personnes handicapées à l'échelle d'un territoire :</p> <ul style="list-style-type: none">• Définir un système de liaison afin de faciliter la réorientation des personnes d'un service à l'autre, en particulier entre les MLA et les CCAS• Renforcer la connaissance par chacun des acteurs des offres proposées sur les territoires, afin d'améliorer l'information et l'orientation des personnes : poursuivre le déploiement et la structuration du guichet intégré MAIA <p>3. Engager avec les EPCI (Etablissements publics de coopération intercommunale) de communes des projets locaux en faveur de l'autonomie et de la prévention</p>	
Indicateurs d'évaluation et de suivi	
<ul style="list-style-type: none">• Nombre de Maisons locales de l'autonomie• Degré d'appropriation des outils de liaison entre les acteurs en charge de l'information et de l'orientation sur les territoires• Nombre de projets locaux en faveur de l'autonomie engagés avec les EPCI	

ANNEXES

Glossaire

AAH : Allocation pour Adulte Handicapé

ACTP : Allocation Compensatrice pour Tierce Personne

AEEH : Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé

APA : Allocation personnalisée pour l'autonomie

ARS : Agence régionale de santé

CARSAT : Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail Bourgogne Franche Comté

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CCAS : Centre communal d'action sociale

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

CDCA : Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie

CDCPH : Conseil départemental consultatif des personnes handicapées

CLIC : Centre local d'information et de coordination

CLS : Contrat Local de Santé

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CODERPA : Comité départemental des retraités et des personnes âgées

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CVS : Conseil de la vie sociale

DDCS : Direction départementale de la cohésion sociale

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EPCI : Etablissement Public de Coopération Intercommunale

ESAT : Établissement et service d'aide par le travail

ESSMS : Établissement ou service social et médico-social

FAM : Foyer d'accueil médicalisé

FHT : Foyer d'hébergement traditionnel

GIR : Groupe iso-ressources

GMP : GIR moyen pondéré

MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

MAS : Maison d'accueil spécialisé

MDA : Maison départementale de l'autonomie

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

MLA : Maison locale de l'autonomie

MONALISA : MOBilisation NAtionale contre l'ISolement social des Agés

MSA : Mutualité Sociale Agricole

PASA : Pôles d'activités et de soins adaptés

PCH : Prestation de compensation du handicap

PRADO : Programme d'accompagnement de retour à domicile

PRS : Projet Régional de Santé

PUV : Petite unité de vie

RGP : Recensement Général de la Population

SAAD : Service d'aide et d'accompagnement à domicile

SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

UHR : Unité d'hébergement renforcée

USLD : Unité de soins longue durée

Composition des instances de pilotage du schéma 2016-2018

a. Comité stratégique du schéma 2016-2018

- **7 représentants du Conseil départemental de Saône et Loire**
 - Claude CANNET, Vice-présidente en charge des affaires sociales, du 5ème risque, des séniors, des personnes handicapées et offres de soins
 - Josiane CORNELOUP, Conseillère départementale du canton de Charolles
 - Marie Thérèse FRIZOT, Vice-présidente en charge de l'éducation, de l'enfance et des familles
 - Jean-François RIOUFOL, Directeur général adjoint aux Solidarités
 - Josette JUILLARD, Directrice chargée du développement social, des territoires et des systèmes d'information,
 - Agnès JAEGLE-BARRUOL, Directrice de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées
 - Thierry JUILLET, Directeur de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)
- **6 représentants des partenaires institutionnels**
 - Martine CHARRIER, Directrice départementale de la cohésion sociale (DDCS),
 - Geneviève FRIBOURG, Directrice de l'Agence régionale de santé bourgogne (ARS) délégation territoriale de Saône-et-Loire,
 - Francis LEBELLE, Directeur de la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail Bourgogne Franche Comté (CARSAT),
 - Eric PHILIPPART, Directeur général de l'Office Public d'Aménagement et de Construction (OPAC) de Saône-et-Loire
 - Christian RAUCHE, Président de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)
 - Dominique BOSSONG, Président de la Mutualité sociale agricole (MSA), représenté par Jean-Paul BAUDIN, Vice-président

b. Comité opérationnel du schéma 2016-2018

- **9 représentants du Conseil départemental de Saône et Loire**
 - Claude CANNET, Vice-présidente en charge des affaires sociales, du 5ème risque, des séniors, des personnes handicapées et offres de soins
 - Josiane CORNELOUP, Conseillère départementale du canton de Charolles,
 - Marie Thérèse FRIZOT, Vice-présidente en charge de l'éducation, de l'enfance et des familles
 - Françoise VERJUX PELLETIER, Conseillère départementale du canton de Chalon-sur-Saône
 - Catherine FARGEOT, Conseillère départementale du canton d'Hurigny
 - Jean-François RIOUFOL, Directeur général adjoint aux Solidarités
 - Josette JUILLARD, Directrice chargée du développement social, des territoires et des systèmes d'information,
 - Agnès JAEGLE-BARRUOL, Directrice de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées
 - Thierry JUILLET, Directeur de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)

-
- **6 représentants des partenaires institutionnels**
 - Martine CHARRIER, Directrice Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS)
 - Geneviève FRIBOURG, Directrice Agence Régionale de Santé Bourgogne (ARS) délégation territoriale de Saône-et-Loire
 - Francis LEBELLE, Directeur de la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail Bourgogne Franche Comté (CARSAT)
 - Eric PHILIPPART, Directeur général de l'Office Public d'Aménagement et de Construction (OPAC) de Saône-et-Loire
 - Christian RAUCHE, Président Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)
 - Dominique BOSSONG, Président de la Mutualité sociale agricole (MSA), représenté par Jean-Paul BAUDIN, Vice-président de la MSA

 - **8 représentants des usagers**
 - Représentants associations personnes âgées : Angel LHOSTE, Président de la Fédération Génération Mouvement et Marie-Claire LANOIZELEE, Présidente de l'association Alzheimer 71
 - Représentants associations personnes handicapées : Florence LECOMTE LE GRAND, Directrice de l'Association des paralysés de France et Annie LONGET THIERRY, Présidente de l'Association de défense des malades, invalides et handicapés 71 (AMI 71)
 - Représentants des organisations syndicales :
 - Danièle LAMUR, Secrétaire générale Union territoriale des retraités CFDT de Saône-et-Loire
 - Christophe BRIDE, Secrétaire général Union départementale CGT de Saône-et-Loire, section des Retraités, représenté par Michel MAILLET
 - Gilles DENOSJEAN, Secrétaire général de l'Union départementale CGT-FO
 - Pierre COLIN, Secrétaire général de l'Union départementale CFTC

 - **9 représentants des professionnels du secteur des personnes âgées et des personnes handicapées**
 - Jean-Marc PIETRIGA Délégué départemental de Saône-et-Loire du Groupe national des Etablissements Publics Sociaux et médico-sociaux (GEPSSO)
 - Bernard QUARETTA, Président de l'Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux (URIOPSS)
 - Florence DARDOUILLET, Directrice de la Résidence départementale d'accueil et de soins à Mâcon
 - Jean Philippe FEVE, Directeur du Foyer d'accueil médicalisé, du Foyer de vie Bonnav, de la Maison d'enfants à caractère social , du Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés et du Service d'accompagnement à la vie sociale
 - Marie-Catherine MARTIN, Directrice générale des Papillons Blancs du Bassin Minier
 - Jean-Claude NICOLAS, Président de la Fédération ADMR de Saône-et-Loire
 - Jean-Pierre DEL BON, Président de la Mutualité Française de Saône-et-Loire
 - Gérard JANIN, Président réseau de santé « RESOVAL »
 - Mme DELHOMME, Présidente du Centre locale d'information et de coordination (CLIC) de Cluny

Table des illustrations

Cartes :

Carte 1 : Indice de vieillissement de la population de Saône-et-Loire	17
Carte 2 : Évolution annuelle moyenne de la population	18
Carte 3 : Part de la population des ménages âgée de 80 ans ou plus vivant seule en 2012	22
Carte 4 : Montant moyen des retraites en 2012	22
Carte 5 : Densité médicale pour 100 000 habitants	23
Carte 6 : Part de bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile par rapport à la population âgée de 75 ans et plus par canton en 2014	25
Carte 7 : Part des bénéficiaires de l'APA à domicile classés en GIR 1 et 2 au 31.12.2014	26
Carte 8 : Nombre de bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP pour 1000 personnes âgées de 20 à 64 ans	28
Carte 9 : Places en hébergement temporaire et en accueil de jour pour personnes âgées par canton en 2014	34
Carte 10 : Places en hébergement temporaire pour personnes handicapées en 2014	35
Carte 11 : Équipement en services d'accueil de jour pour personnes en situation de handicap en 2014	36
Carte 12 : Nombre de services d'aide à domicile intervenant sur les communes en 2014	37
Carte 13 : Taux d'équipement en SSIAD en 2014	38
Carte 14 : Équipement en structures d'accompagnement pour adultes en situation de handicap et en services de soins infirmiers à domicile en 2014	39
Carte 15 : Localisation des accueillants familiaux pour personnes âgées et/ou en situation de handicap et des secteurs d'intervention des services de suivi en 2014	40
Carte 16 : Localisation et capacité d'accueil des structures non médicalisées pour personnes âgées	42
Carte 17 : Nombre places médicalisées pour personnes âgées en 2014 pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus	43
Carte 18 : Places en unités spécifiques Alzheimer par canton en 2014	44
Carte 19 : Équipement en structures d'hébergement pour adultes en situation de handicap non travailleurs en 2014	45
Carte 20 : Équipement en structures d'hébergement pour adultes en situation de handicap travailleurs en 2014	47
Carte 21 : Nombre de places en établissements et services d'aide par le travail (ESAT) en 2014	47
Carte 22 : Localisation des Centres locaux d'information et de coordination (CLIC)	49

Graphiques :

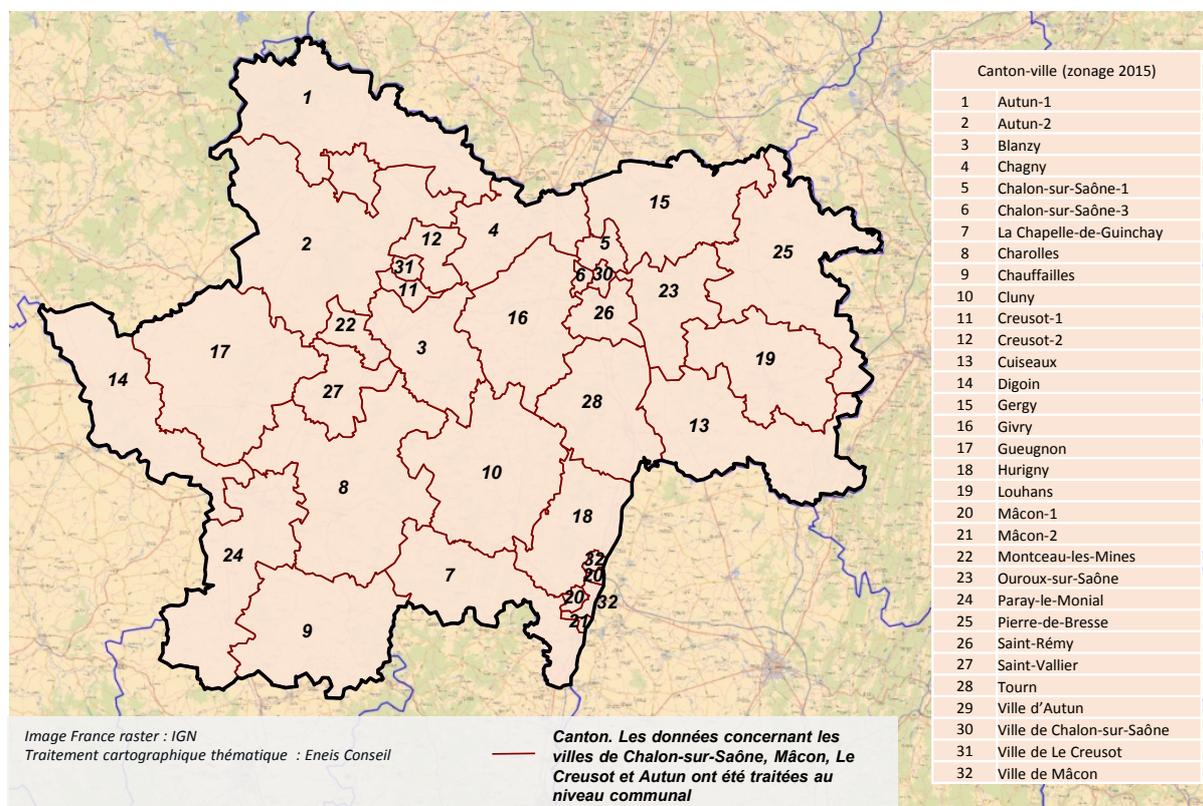
Graphique 1 : Évolution du nombre d'habitants en Saône-et-Loire entre 2012 et 2030 selon trois scénarii d'évolution	19
Graphique 2 : Structure par âge et sexe de la population de la Saône-et-Loire en 2012 et projection en 2030 selon le scénario central	19
Graphique 3 : Densité médicale en médecins généralistes pour 100 000 habitants	23
Graphique 4 : Part des bénéficiaires de l'APA à domicile classés en GIR 1 et 2 (en%)	25
Graphique 5 : Nombre d'allocataires de l'AAEH pour 1000 personnes âgées de 0 à 19 ans	26
Graphique 6 : Nombre d'allocataires de l'AAH pour 1000 personnes de 20-64 ans	27
Graphique 7 : Nombre d'allocataires de l'ACTP et de la PCH pour 1000 habitants (enfants et adultes)	27
Graphique 8 : Nombre de places en hébergement temporaire pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus	35
Graphique 9 : Nombre de places en hébergement temporaire pour adultes handicapés pour 10 000 personnes âgées de 20 à 59 ans	36
Graphique 10 : Nombre de places en SAVS/SAMSAH pour 1000 personnes de 20-59 ans	39

<i>Graphique 11 : Nombre de logements en Foyer Logement pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus</i>	42
<i>Graphique 12 : Nombre de places en EHPAD pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus</i>	43
<i>Graphique 13 : Taux d'équipement en structures d'hébergement pour adultes handicapés non travailleurs</i>	46
<i>Graphique 14 : Offre en faveur des travailleurs handicapés</i>	46

Tableaux :

<i>Tableau 1 : Tableau récapitulatif des principaux résultats des projections démographiques à l'échelle départementale, selon le scénario central</i>	20
<i>Tableau 2 : Croissance du nombre de personnes dépendantes à l'horizon 2030</i>	21
<i>Tableau 3 : Une croissance du nombre de personnes dépendantes plus accentuée dans le territoire du Sud Bourgogne</i>	21
<i>Tableau 4 : Évolution du nombre de bénéficiaires APA à domicile dans le département</i>	24
<i>Tableau 5 : Évolution du nombre de bénéficiaires de prestations (enfants et adultes)</i>	28

Aide à la lecture des cartes



Département de Saône-et-Loire

Direction de l'autonomie des personnes âgées

et des personnes handicapées

schema-autonomie@cg71.fr

Tél. : 03 85 39 75 61