

# SCHÉMA

## AUTONOMIE 2018 - 2022



## Schéma départemental de l'**AUTONOMIE**





# Édito

## Le Département définit sa feuille de route en faveur de l'autonomie jusqu'en 2022.

L'accompagnement des personnes âgées et/ou en situation de handicap, ainsi que de leurs proches aidants, constitue un enjeu majeur pour le Département de l'Aisne.

Depuis 2017, le Conseil départemental a engagé un large processus de concertation dont l'aboutissement se traduit, un an plus tard, par l'adoption du Schéma départemental 2018-2022 de l'Autonomie.

Les récentes évolutions législatives dans le champ des personnes en situation de handicap ainsi que de la gérontologie sont intégrées dans ce document qui réaffirme le rôle central du Conseil Départemental en tant que chef de file de l'action sociale et médico-sociale.

L'élaboration de ce schéma s'est basée sur un diagnostic étayé de l'offre et de l'évolution des besoins. Une large concertation de tous les partenaires sociaux, médico-sociaux et sanitaires du secteur, mais également des représentants d'usagers, a contribué à l'élaboration d'un document riche et proche des réalités de terrain.

Le schéma départemental 2018-2022 offre une feuille de route lisible et partagée à l'ensemble des acteurs qui interviennent auprès des personnes fragilisées par la perte d'autonomie, pour les cinq prochaines années.

Ce document prend appui sur cinq grands axes stratégiques, qui s'articulent autour des besoins des personnes à accompagner et des grandes étapes du parcours de vie de la personne :

- Prévenir la perte d'autonomie,
- Améliorer et soutenir l'accompagnement des personnes à leur domicile,
- Faciliter le parcours résidentiel des personnes via une offre intermédiaire entre domicile et établissement,
- Adapter l'offre médico-sociale à l'évolution du secteur et des besoins de la population,
- Renforcer la place et le rôle de l'usager dans la gouvernance des politiques de l'autonomie.

Le Schéma départemental 2018-2022 de l'Autonomie guidera les actions du Département de l'Aisne pour les prochaines années, tout en garantissant son action sociale et médico-sociale, au bénéfice des Axonais et au plus proche des besoins du territoire

**Nicolas FRICOTEAUX**  
Président du Conseil  
départemental de l'Aisne

# Sommaire

<b>EDITORIAL</b>	<b>3</b>
<b>SOMMAIRE</b>	<b>4</b>
<b>RAPPEL MÉTHODOLOGIQUE</b>	<b>6</b>
<b>1. INTRODUCTION</b>	<b>7</b>
<b>Contexte</b>	<b>9</b>
a) Les principaux impacts de la loi d'adaptation de la société au vieillissement	<b>9</b>
b) Le déploiement de la Réponse Accompagnée Pour Tous dans le secteur du handicap	<b>10</b>
<b>Méthodologie</b>	<b>13</b>
<b>2. ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE ET DES BESOINS</b>	<b>15</b>
1) Etat des lieux sociodémographiques	<b>17</b>
Synthèse des constats sociodémographiques	<b>17</b>
2) Etat des lieux des besoins et de l'offre à destination des personnes âgées	<b>25</b>
Synthèse des constats sur l'offre à destination des personnes âgées	<b>25</b>
3) Etat des lieux des besoins et de l'offre à destination des personnes handicapées	<b>33</b>
Synthèse des constats sur l'offre à destination des personnes handicapées	<b>33</b>
<b>3. BILAN DU SCHÉMA DE L'AUTONOMIE 2012-2017</b>	<b>47</b>
Orientation 1 : Garantir la fluidité des parcours de vie	<b>49</b>
Orientation 2 : Assurer équité et qualité	<b>61</b>
Orientation 3 : Piloter la politique publique départementale	<b>63</b>
<b>4. PLAN D'ACTIONS</b>	<b>69</b>
<b>Liminaire au plan d'actions</b>	<b>71</b>
<b>Orientation 1 : Prévenir la perte d'autonomie et favoriser l'inclusion sociale</b>	<b>75</b>
<b>FICHE ACTION N° 1</b> : Renforcer l'efficacité et la visibilité des actions de prévention menées dans le cadre de la Conférence des financeurs dans une logique d'équité territoriale	<b>76</b>
<b>FICHE ACTION N° 2</b> : Expérimenter des outils numériques et collaboratifs favorisant l'accès à la vie sociale pour les personnes en perte d'autonomie	<b>77</b>
<b>FICHE ACTION N° 3</b> : Encourager le développement de la domotique afin de mettre les nouvelles technologies au service des personnes en perte d'autonomie	<b>78</b>
<b>Orientation 2 : Améliorer l'accompagnement des personnes à leur domicile</b>	<b>79</b>
<b>FICHE ACTION N° 4</b> : Formaliser la stratégie territoriale pour le secteur de l'aide à domicile	<b>81</b>

<b>FICHE ACTION N° 5</b> : Diversifier et développer l'offre de soutien aux aidants _____	<b>82</b>
<b>FICHE ACTION N° 6</b> : Faciliter l'accès aux aides techniques et aux logements adaptés pour les personnes en perte d'autonomie _____	<b>84</b>
<b>Orientation 3 : Faciliter le parcours résidentiel des personnes via une offre intermédiaire entre domicile et établissement</b> _____	<b>85</b>
<b>FICHE ACTION N° 7</b> : Promouvoir le dispositif de l'accueil familial et poursuivre la professionnalisation des accueillants familiaux _____	<b>86</b>
<b>FICHE ACTION N° 8</b> : Accompagner le développement de nouvelles formes d'habitat et promouvoir l'habitat inclusif pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap _____	<b>88</b>
<b>FICHE ACTION N° 9</b> : Accompagner le développement et la modernisation de l'offre de Résidences Autonomie _____	<b>89</b>
<b>Orientation 4 : Adapter l'offre médico-sociale à l'évolution du secteur et des besoins de la population</b> _____	<b>91</b>
<b>FICHE ACTION N° 10</b> : Diversifier et enrichir l'offre d'accompagnement en établissement dans une dynamique d'ouverture sur l'extérieur _____	<b>94</b>
<b>FICHE ACTION N° 11</b> : Faire évoluer les établissements et services – en lien avec la feuille de route Réponse accompagnée pour Tous et la réforme des autorisations – pour leur permettre d'accueillir et accompagner les personnes en situation les plus complexes _____	<b>96</b>
<b>FICHE ACTION N° 12</b> : Améliorer l'anticipation et la réactivité des dispositifs aux âges charnières afin notamment de mieux réussir le passage de l'adolescence à l'âge adulte pour les personnes en situation de handicap _____	<b>97</b>
<b>FICHE ACTION N° 13</b> : Diversifier les réponses face au vieillissement des personnes en situation de handicap _____	<b>98</b>
<b>FICHE ACTION N° 14</b> : Faciliter les liens de coopération et de coordination entre le secteur médico-social et le secteur psychiatrique en lien avec le programme régional de santé mentale _____	<b>99</b>
<b>FICHE ACTION N° 15</b> : Poursuivre la dynamique de contractualisation avec les établissements dans le cadre des CPOM en formalisant des objectifs d'évolution de l'offre _____	<b>100</b>
<b>Orientation 5 : Renforcer la place de l'usager dans la gouvernance de la politique de l'autonomie</b> _____	<b>101</b>
<b>FICHE ACTION N° 16</b> : Renforcer le positionnement des acteurs de proximité sur l'accueil généraliste de premier niveau et sur l'accès aux droits pour les usagers _____	<b>103</b>
<b>FICHE ACTION N° 17</b> : Conforter le rôle et la place du Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie dans la définition et la mise en œuvre de la politique de l'autonomie _____	<b>104</b>
<b>FICHE ACTION N° 18</b> : Améliorer l'articulation et la cohérence entre les dispositifs de coordination CLIC-MAIA via un travail de modélisation _____	<b>105</b>
<b>FICHE ACTION N° 19</b> : Diffuser une culture de la pair-aidance _____	<b>106</b>
<b>FICHE ACTION N° 20</b> : Animer et dynamiser la Conférence des financeurs de la perte d'autonomie dans une optique de plus grande coordination interinstitutionnelle _____	<b>108</b>
<b>FICHE ACTION N° 21</b> : Entreprendre une réflexion sur la labellisation de la Maison départementale de l'Autonomie _____	<b>109</b>

<b>5. GLOSSAIRE</b> _____	<b>111</b>
---------------------------	------------

# Rappel méthodologique



**Phase 1 : Initialisation de la mission**

**Phase 2 : Etat des lieux et bilan du précédent schéma**

*Etape 1 - Elaboration du bilan du précédent schéma*

*Etape 2 - Recueil, traitement et analyses des données quantitatives et qualitatives*

*Etape 3 - Rédaction du rapport d'état des lieux et restitution*

**Phase 3 : Recueil de données et conduite du travail de terrain**

*Etape 1 - Préparation des groupes de travail*

*Etape 2 - Elaboration de l'architecture du schéma*

**Phase 4 : Rédaction et présentation du schéma départemental**

# 1.

# Introduction





# Contexte

Le schéma en faveur de l'autonomie des axonais s'inscrit dans un contexte en pleine évolution sur le plan réglementaire, à travers notamment deux textes législatifs récemment promulgués :

- La loi d'Adaptation de la Société au Vieillissement (dite « ASV ») du 28 décembre 2015
- La loi de Modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, qui introduit la mise en place du dispositif de Réponse Accompagnée Pour Tous (dit « RAPT »)

## *a) Les principaux impacts de la loi d'adaptation de la société au vieillissement*

**La loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillissement** réforme l'action du Conseil Départemental 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.

La loi est entrée en vigueur début 2016 et implique plusieurs évolutions pour les Départements avec un renforcement de leur rôle de chef de file de l'action sociale et médico-sociale :

- Le pilotage départemental de la **Conférence des Financeurs** pour la prévention de la perte d'autonomie, nouveau mode de gouvernance interinstitutionnel chargé d'assurer la cohérence des politiques de prévention sur le territoire et d'élaborer un programme coordonné d'actions.
- **La réforme de l'APA** et le déplafonnement des plans d'aide pour les personnes âgées les plus dépendantes nécessitent de tenir compte de la réévaluation des plans d'aide à l'aune d'un nouvel outil d'évaluation multidimensionnel couplée à la mise en place de nouveaux plafonds. Selon les situations préexistantes, ce dispositif doit avoir pour effet global l'augmentation du nombre d'heures d'intervention à domicile pour les personnes âgées.
- **La réforme du régime de l'autorisation des services d'aide à domicile** qui fait passer l'ensemble des services sous le régime de l'autorisation départementale invite les Départements à engager une réflexion de fonds sur la structuration du secteur et sur ses évolutions.
- **La mise en place du « forfait autonomie »**, qui permet de financer les dépenses non médicales permettant de préserver l'autonomie des résidents dans les « résidences autonomie » ayant conclu un CPOM avec un socle minimal de prestations.
- **La reconnaissance d'un « droit au répit » pour les proches aidants** dans le cadre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). La loi vise à mieux reconnaître la place et l'épuisement des aidants et 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 à l'appui d'un outil d'évaluation multidimensionnel.

- **La création du Conseil départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA)**, chargé d'assurer la participation des personnes âgées et des personnes handicapées à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de l'autonomie dans le Département. Il est notamment consulté pour avis sur le schéma départemental ainsi que le schéma régional de santé. Ce comité remplace le Comité Départemental des Retraités et des Personnes Âgées (CODERPA) et le Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées (CDCPH).

*b) Le déploiement de la Réponse Accompagnée Pour Tous dans le secteur du handicap*

**La récente loi de Modernisation de notre Système de santé** introduit, dans son article 89, la mise en place du dispositif de Réponse Accompagnée pour Tous sur l'ensemble du territoire national au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2018. Ce dispositif s'appuie sur le rapport Piveteau publié en 2014, visant à permettre « un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et leurs proches ».

Cette réforme en profondeur nécessite de revoir l'ensemble des pratiques des opérateurs et des financeurs dans la lecture des besoins et la construction de l'offre de prestations. La nomenclature SERAFIN PH constitue le nouveau référentiel du secteur et invite à raisonner davantage en termes de « prestation de service » que de « places ».

Quatre axes guident son déploiement :

- **La mise en place du dispositif permanent d'orientation**, qui représente l'objet le plus visible du déploiement national, avec la construction des **projets d'accompagnement global (PAG)**.
- **Le déploiement d'une réponse territorialisée**, avec la mise en place d'une coordination territoriale et le développement de contrats partenariaux pour éviter les ruptures de parcours, ainsi que l'intégration d'objectifs de qualité et d'adaptation de l'offre dans la contractualisation.
- **La création d'une dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs**, par le renforcement de l'implication des personnes concernées et des associations dans la prise de décision, ainsi que le développement de la formation, de l'accompagnement et de la conciliation par les pairs.
- **L'accompagnement au changement des pratiques**, avec la simplification des tâches administratives des MDPH et l'adaptation de leurs systèmes d'information pour renforcer la place de l'accompagnement.

### Focus – Le dispositif d'orientation permanent

L'axe 1 de la démarche de Réponse Accompagnée consiste au déploiement du dispositif d'orientation permanent dont les enjeux sont :

- **Apporter une solution à l'ensemble des personnes handicapées**, et non pas seulement aux personnes en situation critique
- **Mobiliser l'ensemble des acteurs** à la recherche de solutions
- **Créer les conditions nécessaires** à l'évolution de l'offre (quantitatif et qualitatif)
- Apporter aux usagers handicapés **des réponses de qualité**, requérant au préalable leur accord
- Apporter, si besoin, **des réponses allant au-delà de la mobilisation du seul secteur médico-social**

La mise en place du dispositif permanent d'orientation (axe 1) représente l'objet le plus visible du déploiement national, avec la construction des projets d'accompagnement global (PAG) et l'ingénierie que ce processus sous-entend.

## Focus sur le concept d'universalisme proportionné



L'universalisme proportionné est un concept né en 2010 dans le rapport de Michael Marmot intitulé *Fair Society, Healthy Lives*. Le concept consiste en une hybridation entre les politiques sociales universelles et les politiques sociales ciblées sur des populations spécifiques. Dans le secteur médico-social, l'enjeu est de garantir l'accès au plus grand nombre aux dispositifs médico-sociaux tout en garantissant l'accès aux personnes les plus vulnérables.

Le concept d'universalisme proportionné invite donc notamment à tenir compte des difficultés spécifiques des groupes sociaux les plus fragiles dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques sociales.

## Les apports de la Loi de modernisation de notre système de santé



La loi de Modernisation de notre Système de santé est une réforme en profondeur qui nécessite de revoir l'ensemble des pratiques des opérateurs et des financeurs dans la lecture des besoins et la construction de l'offre de prestations. Fait non négligeable, nous constatons depuis plusieurs années un changement de sémantique majeur : les acteurs ne parlent plus en termes de « place », mais en termes de « prestations de service ». **La nomenclature SERAFIN PH** constitue le nouveau référentiel du secteur et doit être approprié par tous.



Le **Plan national « Maladie neurodégénérative 2014-2019 »**, visant à améliorer le diagnostic et la prise en charge du malade ainsi que sa qualité de vie et celle de son aidant, doit nécessairement être considéré au cours de l'élaboration de votre schéma (il succède au plan Alzheimer et prend en compte désormais les maladies de Parkinson et la Sclérose en plaques).



La loi de Modernisation de notre Système de santé vient également amender ou créer des mesures telles que les **communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)**, pouvant regrouper des médecins généralistes et spécialistes, des auxiliaires médicaux, des acteurs médico-sociaux et sociaux. Cette mesure vient renforcer les **coordinations entre professionnels** qui améliorent au premier chef le parcours de santé des patients chroniques, des personnes en situation de précarité sociale, de handicap et de perte d'autonomie.



Une mesure vient également **renforcer la coopération entre hôpitaux publics, avec la création des groupements hospitaliers de territoires (GHT)** qui prévoit, en sus de l'élaboration d'un diagnostic territorial et d'un projet médical unique entre les EPS d'un même territoire (les spécialités et les activités à mutualiser), l'ouverture aux établissements et services médico-sociaux, aux établissements de santé privés et aux établissements situés dans les États limitrophes par voie conventionnelle.



Il conviendra aussi de prendre en compte **les dispositions de l'amendement Creton** en définissant de manière partenariale les différentes alternatives pour une prise en charge fluide et sans rupture des jeunes en situation de handicap.



# Méthodologie

Le Département de l'Aisne a souhaité inscrire les travaux d'élaboration du schéma de l'autonomie dans le cadre d'une **forte concertation** avec les acteurs et les usagers.

Le Département s'est appuyé sur un diagnostic précis de l'offre et des besoins du territoire tout en faisant le bilan de son précédent schéma. A ce titre, **plusieurs travaux ont été conduits** :

- Réalisation d'un diagnostic de l'offre et des besoins du territoire en s'appuyant notamment sur des cartographies ;
- Réalisation d'un bilan des actions du précédent schéma en s'appuyant sur une quinzaine d'entretiens ;
- Identification des principaux enjeux du département pour les années à venir ;
- Identification des thématiques prioritaires à traiter en groupes de travail.

Le cadre de réflexion de la concertation s'est structuré autour de **4 axes stratégiques** :

- Axe 1 : La vie au domicile
- Axe 2 : L'adaptation de l'offre médicosociale
- Axe 3 : Les alternatives à l'institutionnalisation
- Axe 4 : Accès à la vie sociale

Et ces 4 axes stratégiques ont eux-mêmes été déclinés en **9 enjeux** :

- Les stratégies de prévention et l'accès aux aides techniques
- Le maintien à domicile
- Les aidants en difficulté
- La structuration de l'offre d'établissements PA et PH
- La prise en compte des besoins spécifiques (troubles psychiques, grande dépendance...)
- L'articulation entre les dispositifs de coordination
- L'offre alternative : habitat inclusif, accueil familial, etc.
- L'accès à la vie sociale des publics PA et PH
- L'insertion professionnelle des PH

Le Département a souhaité donner à cette démarche un caractère participatif en associant les professionnels et partenaires dans le cadre de **8 ateliers de concertation** :

- Atelier 1 : La prévention de la perte d'autonomie, 22 participants.
- Atelier 2 : L'aide aux Aidants, 31 participants.
- Atelier 3 : L'adaptation de l'offre médico-sociale pour les PA, 17 participants.
- Atelier 4 : L'adaptation de l'offre médico-sociale pour les PH, 30 participants.
- Atelier 5 : Coordination et territorialisation de l'offre médico-sociale, 14 participants.
- Atelier 6 : Les alternatives à l'hébergement institutionnel, 24 participants.
- Atelier 7 : L'accès à la vie sociale, 20 participants.
- Atelier 8 : L'aide à domicile, interne au conseil départemental.

Les groupes de travail se sont déroulés en deux temps : un premier temps de formulation de constats et d'enjeux partagés et un deuxième temps de formulation de propositions d'actions visant à répondre aux besoins et aux aspirations des personnes dépendantes du département.

De manière transversale, un **consensus** émerge des différents groupes de travail vis-à-vis de l'identification des **enjeux** suivants :

- La réflexion sur la question du transport adapté
- L'articulation du sanitaire et du médico-social notamment dans le cadre de la problématique des troubles psychiques
- Le besoin de communication sur le rôle et la place des professionnels de la perte d'autonomie
- Le besoin d'interconnaissance entre les professionnels
- Le besoin d'harmonisation des pratiques entre les professionnels
- Le besoin d'outillage des acteurs sur la question des projets innovants comme l'habitat inclusif

Suite à ces groupes de travail, les propositions ont été consolidées et formalisées sous la forme d'un **plan d'actions**. Plusieurs réunions techniques ont ensuite eu vocation à amender et valider ce plan d'action, et le décliner en **fiches actions**.

**Le présent schéma** est donc le fruit d'une **forte concertation** avec les acteurs du département participant à la mise en œuvre des politiques en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

# 2.

## Etat des lieux de l'offre et des besoins





# Etat des lieux socio-démographiques

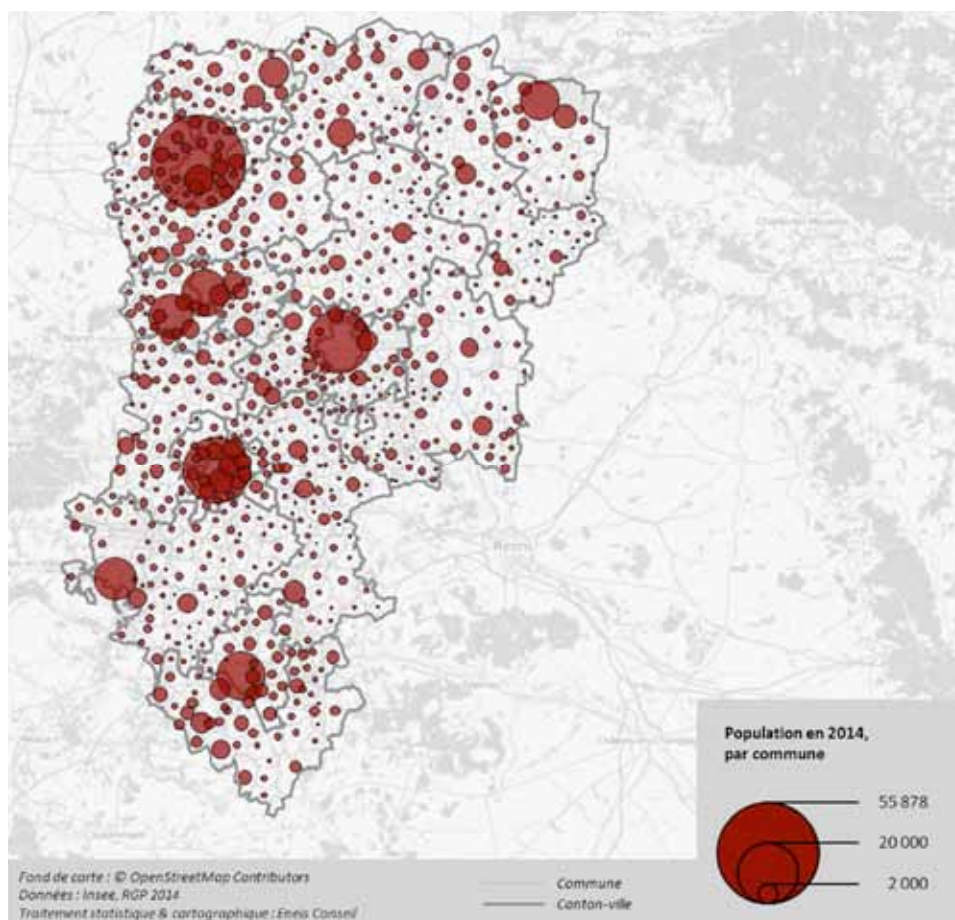
## Une population inégalement répartie sur le territoire

L'Aisne, qui compte 540 000 habitants, est marquée par une **concentration de sa population sur plusieurs bassins de vie se situant principalement à l'Ouest** (Saint-Quentin, Chauny/Tergnier, Soissons).

Saint-Quentin et ses cantons limitrophes représentent le plus gros foyer de population axonaise avec plus de 55 878 habitants.

Le département de l'Aisne est **faiblement peuplé dans le Nord-Est**, en ce qui concerne notamment les cantons de Marle et de Vervins où les communes ne dépassent pas plus de 2 000 habitants. A noter que ces cantons enregistrent même une légère **baisse de leur population** entre 2009 et 2014.

Figure 1 La population totale

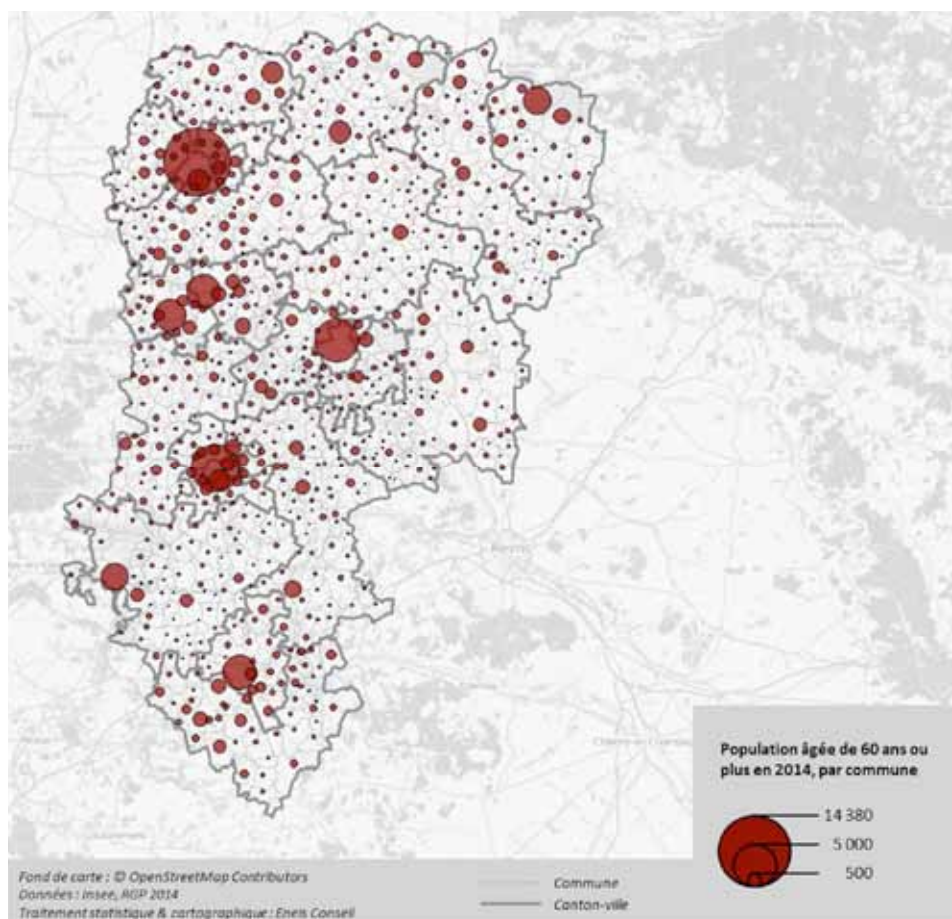


## Un département plus âgé que la moyenne régionale

L'Aisne se caractérise par une **population plus âgée que la moyenne régionale et métropolitaine** : avec 24,8% de personnes âgées de 60 ans et plus, le département se place au-dessus de la moyenne régionale (22,1%) et métropolitaine (24,6%).

Le plus grand nombre de personnes âgées se retrouve dans les grands bassins de population, à l'image de Saint-Quentin où il y a plus de 14 380 personnes de plus de 60 ans.

**Figure 2 La population âgée de 60 ans ou plus**



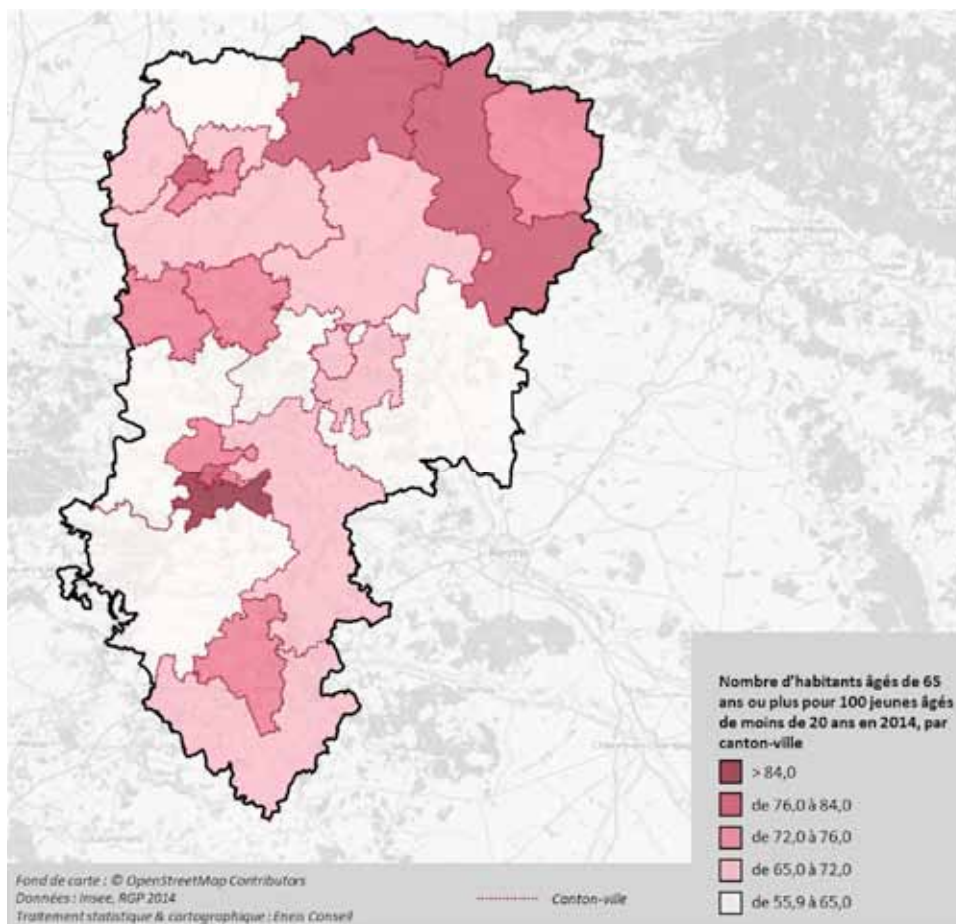
## Le Nord du département marqué par un vieillissement plus marqué

**Le Nord de l'Aisne présente une population plus vieillissante** (65 ans ou plus), comparativement à l'ensemble du département. Il y a par exemple 76 à 84 habitants âgés pour 100 jeunes dans les cantons de Vervins, Guise et Saint-Quentin, ou encore 72 à 76 pour les cantons de Hirson, Tergnier et Chauny.

Peu peuplé et éloigné des pôles urbains, le Nord-Est de l'Aisne présente une population très âgée, l'accessibilité aux services étant de fait un réel enjeu.

Indice de vieillesse (2014)	
Saint-Quentin (Nord du département)	77,1
Villers-Cotterêts (Sud du département)	55,9
Département	70,6
Région (Haut De France)	60,4

Figure 3 L'indice de vieillesse

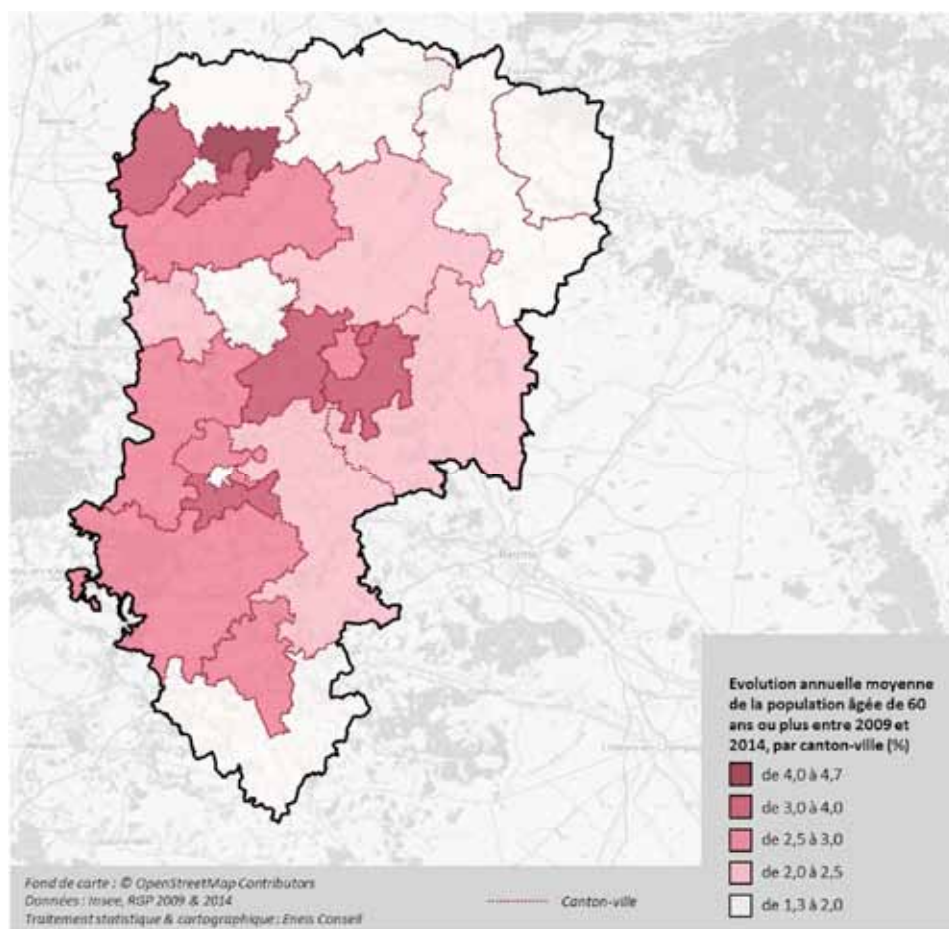


### Une augmentation significative des plus de 60 ans sur la majorité des cantons

Les cantons situés dans le centre – Laon-1, Laon-2, Soissons-2 – ainsi que le canton de Saint-Quentin-2 présentent la démographie la plus vieillissante du département.

Les cantons (à l'extrême Nord) de Guise, Vervins, et Hirson dont la population est âgée, ont connu une évolution faible de cette population entre 2009 et 2014.

**Figure 4 L'évolution de la population de plus de 60 ans**



**Un isolement marqué en zone urbaine ainsi que dans la moitié nord du département**

**La part des 80 ans ou plus vivant seules en 2014 est plus élevée dans l'Aisne (51,2%)** par rapport à la France Métropolitaine (49%), mais plus faible comparativement à la région (52,1%).

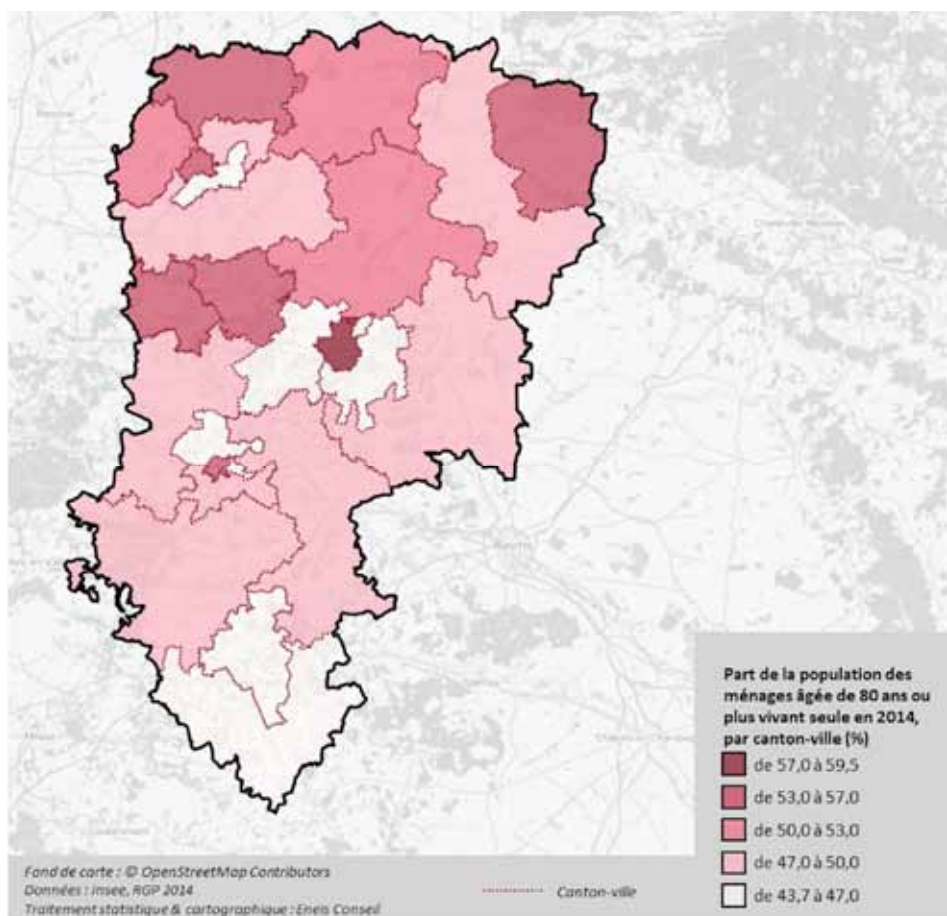
**La proportion et le nombre de personnes âgées isolées sont particulièrement importants sur les cantons urbains** de Saint-Quentin (1872 personnes de plus de 80 ans isolées), Laon (812 personnes de plus de 80 ans isolées), ou encore de Chauny et de Tergnier.

De manière générale, la **moitié nord** du département est plus impactée par l'isolement des personnes âgées, notamment sur les cantons de Hirson (53,8%) et de Bohain-en-Vermandois (53,9%).

<i>Part de la population des ménages âgés de 80 ans et plus vivant seules en 2014</i>	
Laon	59,5%
Soissons	56,4%
Saint-Quentin	55,6%
Tergnier	54,5%
Bohain-en-Vermandois	53,9%
Hirson	53,8%
Chauny	53,1%
<b>Département</b>	<b>51,2%</b>



**Figure 5 La population âgée de 80 ans ou plus vivant seule**



### Un niveau de retraites inférieur à la moyenne

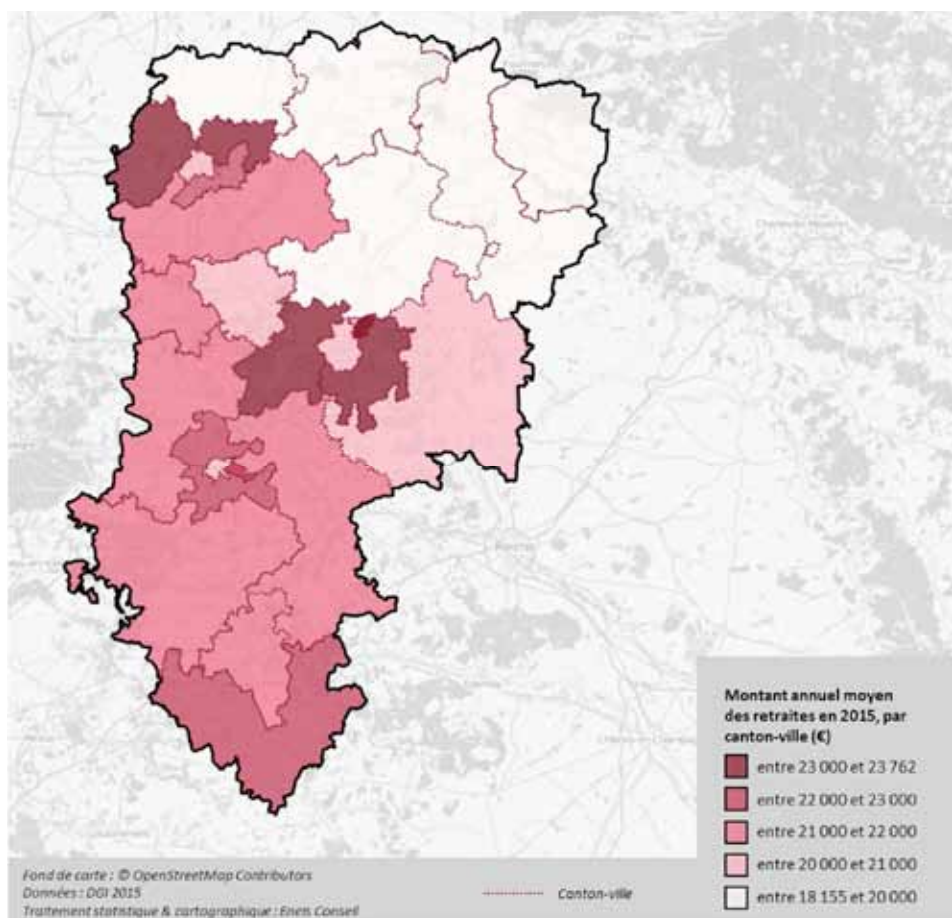
Globalement, **les séniors axonais ont un niveau moyen de retraite (20 790 €) inférieur** à la moyenne nationale (22 833 €) et régionale (21 099 €).

**Une différence marquée apparaît en défaveur du nord du territoire**, dont le niveau moyen des retraites est nettement plus bas, à l'instar des cantons de Vervins (18 155 €) ou encore de de Hirson (18 359 €).

A ce stade, on constate un cumul d'indicateurs de fragilité socio-économique dans la partie nord du département qui concentre une forte proportion de personnes âgées avec des problématiques d'isolement et de bas revenus.

Montant moyen des retraites en 2015 (€)	
Laon 2 (plus élevé)	23 762 €
Vervins (plus bas)	18 155 €
Département	20 790 €
Région (Haut De France)	21 099 €
France Métropolitaine	22 833 €

**Figure 6 Le niveau de revenu des personnes âgées**



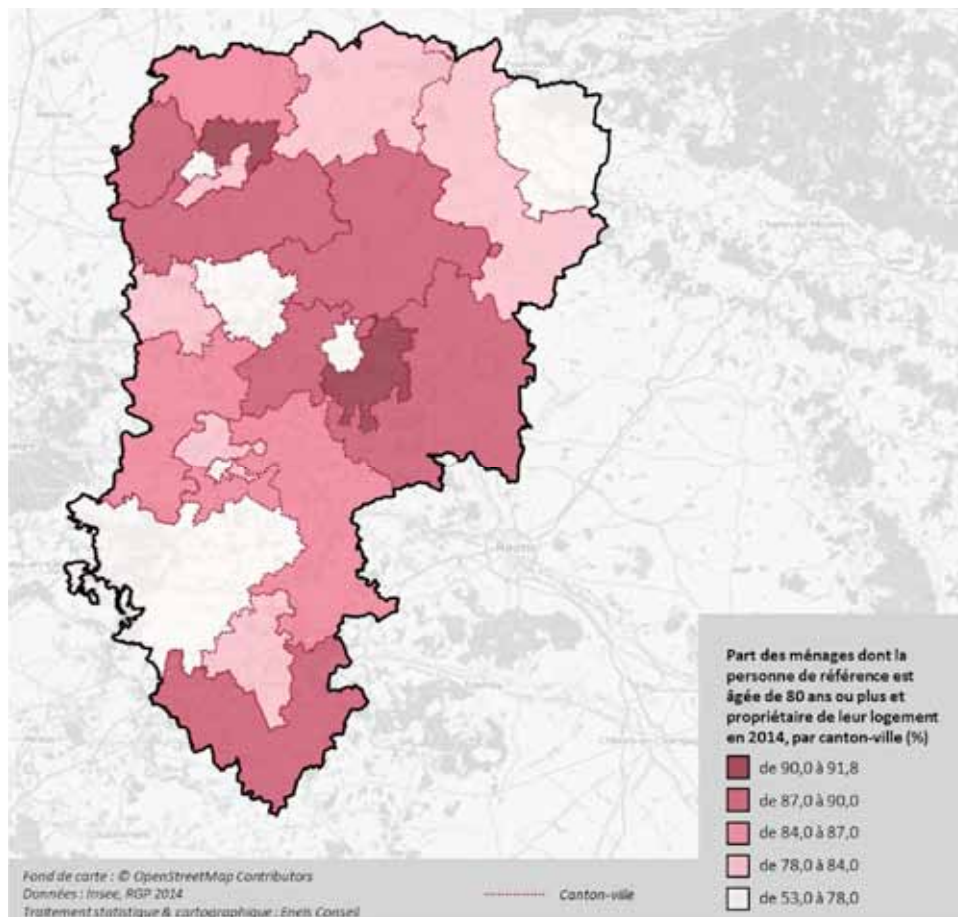
### Une part importante de séniors propriétaires de leur logement

L'Aisne se caractérise par une forte part des personnes âgées de 80 ans et plus propriétaires (78,2%), par rapport à la région (70,3%) et à la France métropolitaine (73,8%). Ces personnes propriétaires sont particulièrement nombreuses à Saint-Quentin-2 (91,8%) et Laon-2 (91,4%). Elles sont moins nombreuses en proportion à Soissons (53%) et Laon (60%).

Cet indicateur suppose des besoins potentiellement importants concernant l'adaptation des logements à la perte d'autonomie.

Part des ménages dont la PRM âgée de 80 ans ou plus est propriétaire (2014)	
Département	78,2%
Région (Haut De France)	70,3%
France Métropolitaine	73,8%

**Figure 7 Les ménages dont la personne de référence est âgée de 80 ans ou plus et est propriétaire**



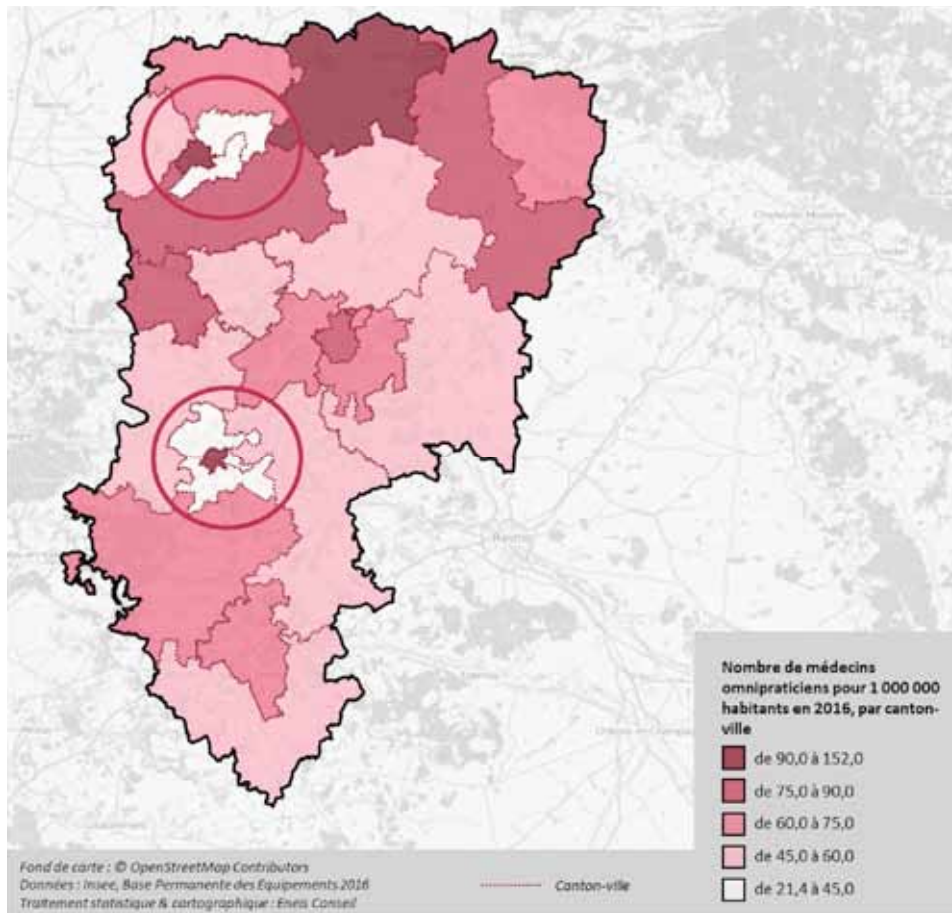
### Un département touché par la désertification médicale

Globalement, le territoire de l'Aisne dispose d'une plus faible densité de médecins (77,6 médecins pour 100 000 habitants) par rapport à la région (92) et à la France (95,5).

De plus, certains grands bassins de population particulièrement concernés par le vieillissement, comme Saint-Quentin-2, Saint-Quentin-3, Soissons-1 et Soissons-2, ont un nombre de médecins inférieur à 45 pour 100 000 habitants.

Densité médicale en médecins généralistes en 2016 (pour 100 000 hab.)	
Département	77,6
Région (Haut De France)	92
France Métropolitaine	95,5

Figure 8 La densité médicale



## Synthèse des constats sociodémographiques

- L'Aisne se caractérise par une **population plus âgée que la moyenne régionale** avec 24,8% de personnes âgées de 60 ans et plus. Le plus grand nombre de personnes âgées se retrouve dans les grands bassins de population à proximité de Laon, Saint-Quentin, Soissons et Château-Thierry.
- Selon le dernier recensement de l'INSEE, on dénombre **13 950 personnes âgées de plus de 80 ans et vivant seules sur le territoire**. Cette population est plus importante sur la moitié nord du département ainsi que sur les zones urbaines.
- Globalement, les séniors de l'Aisne perçoivent **un niveau de retraite inférieur à la moyenne nationale** (22 833 € contre 20 790 € au niveau départemental) avec des disparités infra-territoriales au détriment des cantons ruraux situés au nord du département.



# Etat des lieux des besoins et de l'offre à destination des personnes âgées

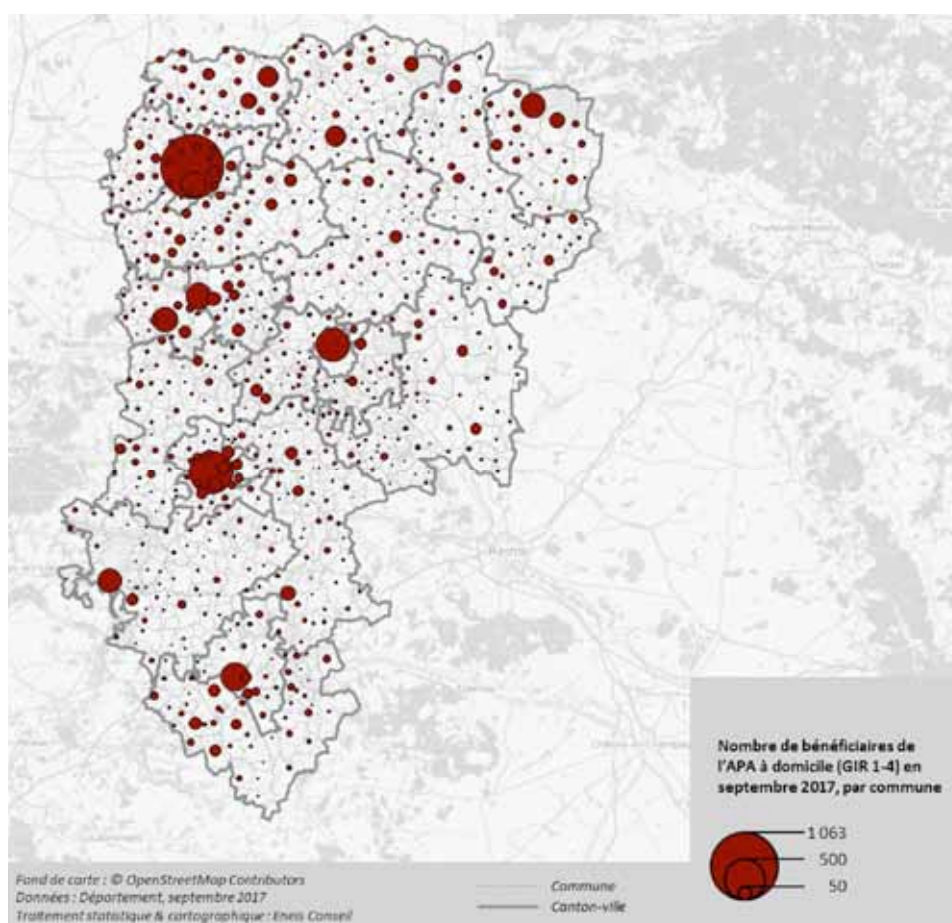
## Près de 8000 bénéficiaires de l'APA à domicile dans l'Aisne

Le département de l'Aisne totalise 7946 bénéficiaires de l'APA à domicile répartis sur l'ensemble du territoire avec des concentrations de bénéficiaires dans les bassins de vie de l'Ouest.

Certains cantons affichent un nombre de bénéficiaires particulièrement élevés : Saint-Quentin et Soissons comptabilisent respectivement 1063 et 492 bénéficiaires.

Les cantons de Tergnier, Ribemont, Hirson, Guise et Bohain-en-Vermandois comptent également plus de 400 bénéficiaires de l'APA à domicile.

Figure 9 Les bénéficiaires de l'APA à domicile



## Une couverture complète du territoire par les 28 SAAD autorisés et habilités à l'aide sociale

Cette cartographie représente le niveau de couverture par les 26 services autorisés et habilités à l'aide sociale uniquement.

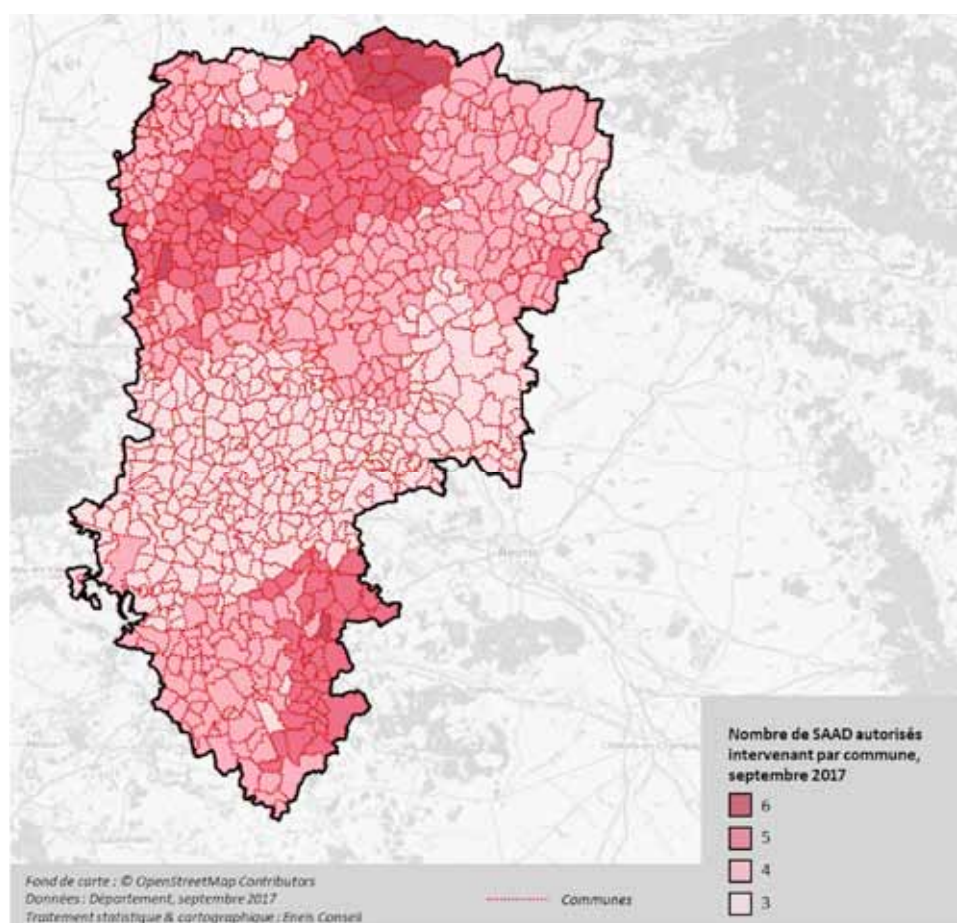
Ces services se répartissent le territoire avec **des concentrations d'intervention** (6 services intervenant ou plus) **dans certains cantons du Nord**, à savoir Ribemont et Guise, et dans certains cantons du Sud, à l'instar d'Essômes-Sur-Marne, Château-Thierry et Fère-en-Tardenois.

La partie centrale du territoire, aux alentours de Soissons, Vic-Sur-Aisne et Guignicourt comptabilise trois services intervenants.

Par ailleurs, 29 services nouvellement autorisés suite à la loi ASV sont autorisés à intervenir sur l'ensemble du département.

Cette bonne couverture territoriale du département en SAAD invite à **ne pas déstabiliser le secteur en limitant l'augmentation** du nombre de services autorisés.

**Figure 10 L'intervention des SAAD**

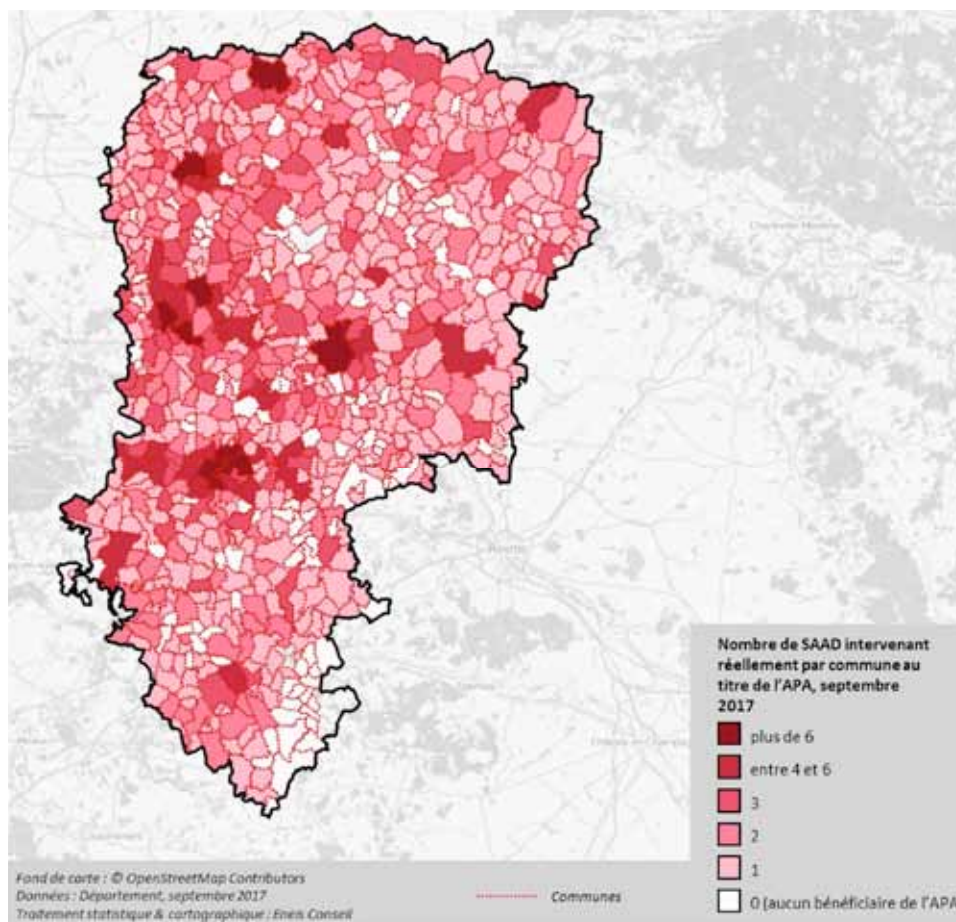


## Une bonne répartition des interventions réelles des SAAD autorisés et habilités à l'aide sociale

La cartographie ci-dessus fait apparaître le nombre de saad qui interviennent réellement dans chaque commune. Au maximum, 6 SAAD interviennent dans les communes du territoire, principalement au niveau des communes les plus peuplées.

Le secteur rural se caractérise en général par un nombre de SAAD intervenant sur les communes de l'ordre de 1 à 3. **Ainsi, même au sein de territoires ruraux, le libre choix de l'utilisateur est respecté.**

**Figure 11 : Les zones d'intervention réelles des SAAD**



### Clé de lecture de la figure 11

Les zones blanches de cette cartographie signifient simplement qu'il n'y a aucun SAAD autorisé et habilité à l'aide sociale intervenant au titre de l'APA en mode prestataire dans ces communes. L'absence d'intervention des SAAD est directement corrélée à l'absence de bénéficiaires dans ces territoires. Ces zones blanches ne veulent donc pas dire que les SAAD ne sont pas en mesure d'intervenir dans ces territoires.

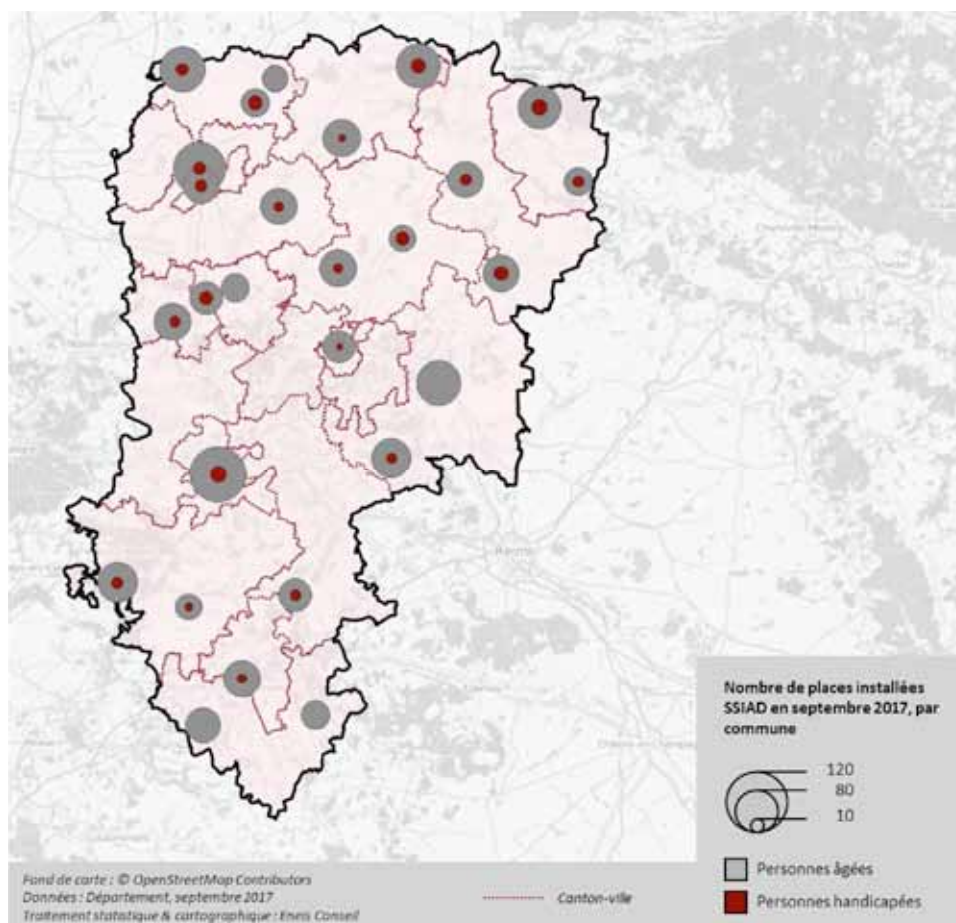


## Des besoins potentiels sur l'offre de SSIAD PH

La cartographie des implantations de SSIAD laisse apparaître une couverture complète du territoire pour les services intervenant auprès des personnes âgées.

En ce qui concerne les services intervenant auprès des personnes handicapées, certaines zones semblent dépourvues de places de SSIAD PH en proximité, à savoir le canton d'Essômes-sur-Marne dans le sud ainsi que le canton de Guignicourt à l'Est du département. **Au total, le département comptabilise 1392 places de SSIAD PA et 134 places de SSIAD PH.**

Figure 12 L'offre de Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD)



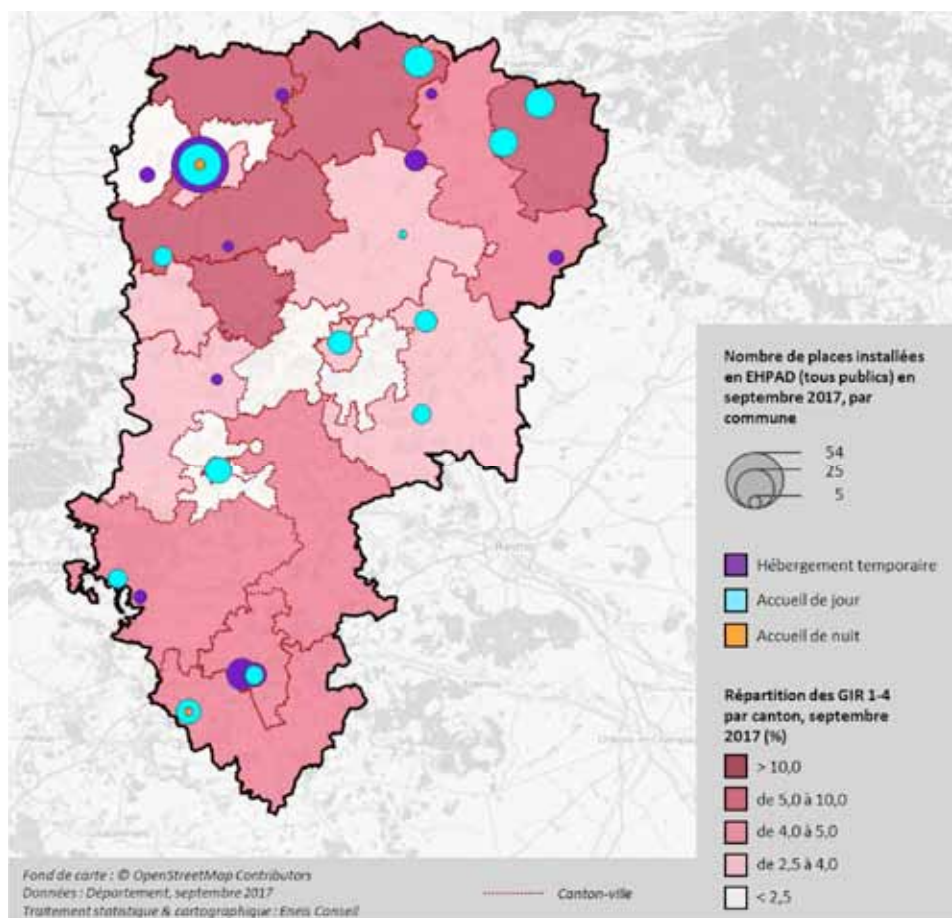
## Une offre confrontée à une problématique de non recours

Cette cartographie représente en fonds de carte la proportion de bénéficiaires de l'APA en GIR 1 à 4 par cantons, laissant de nouveau apparaître une présence plus marquée des populations dépendantes au nord du département.

La répartition de l'offre en accueil temporaire (hébergement temporaire et accueil de jour) suit également une logique de bassins de population, avec une forte concentration de places à Saint-Quentin : 54 places d'hébergement temporaire et 30 places d'accueil de jour.

On dénombre au total sur le département 122 places en hébergement temporaire, 140 en accueil de jour et 3 en accueil de nuit situées à Saint-Quentin (2 places) et Villiers-Saint-Denis (1 place).

Figure 13 Une offre d'accueil temporaire

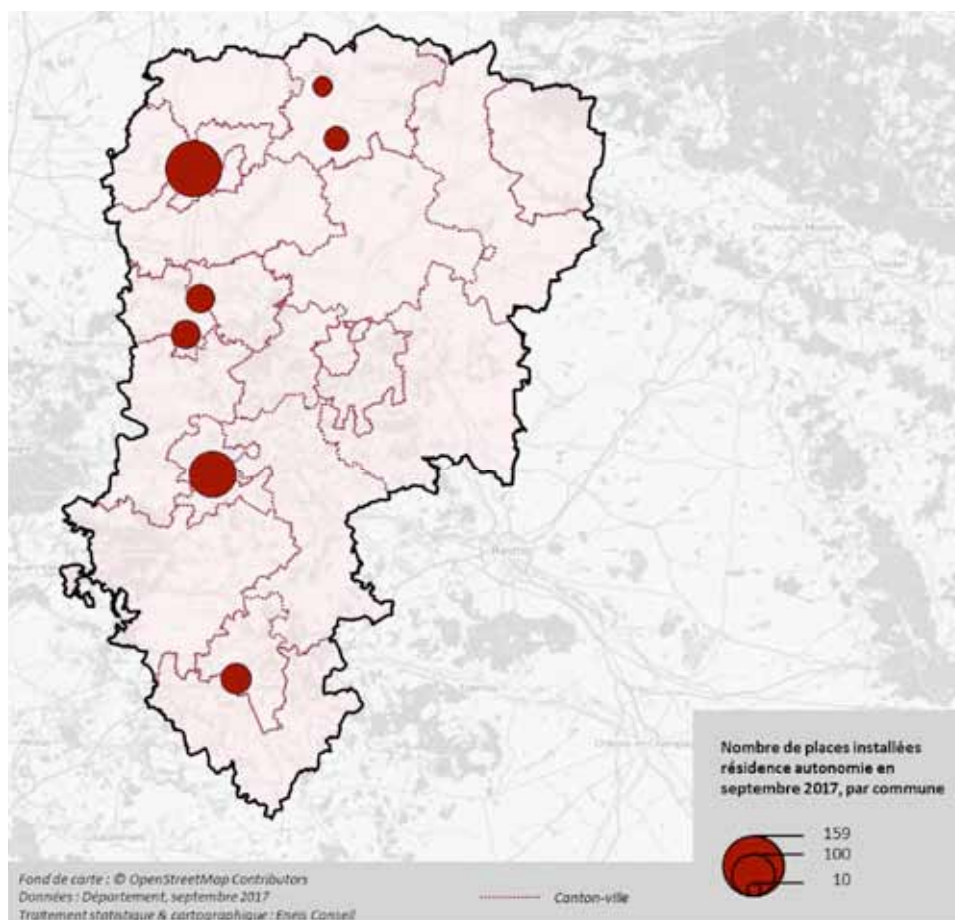


### Des Résidences Autonomies situées dans les zones urbaines et périurbaines du territoire

Il y a au total **449 places en Résidence Autonomie dans l'Aisne**. Les résidences autonomie sont davantage situées dans les zones urbaines : Saint-Quentin (159 places), Soissons (111 places), Château-Thierry (48 places), Tergnier (41 places), Sinceny (40 places), Guise (30 places) et Tupigny (20 places).

Cette offre à destination des personnes peu dépendantes comprend également **95 places de logements foyer** installés sur les communes de Laon et Gauchy.

Figure 14 L'offre de résidences Autonomie



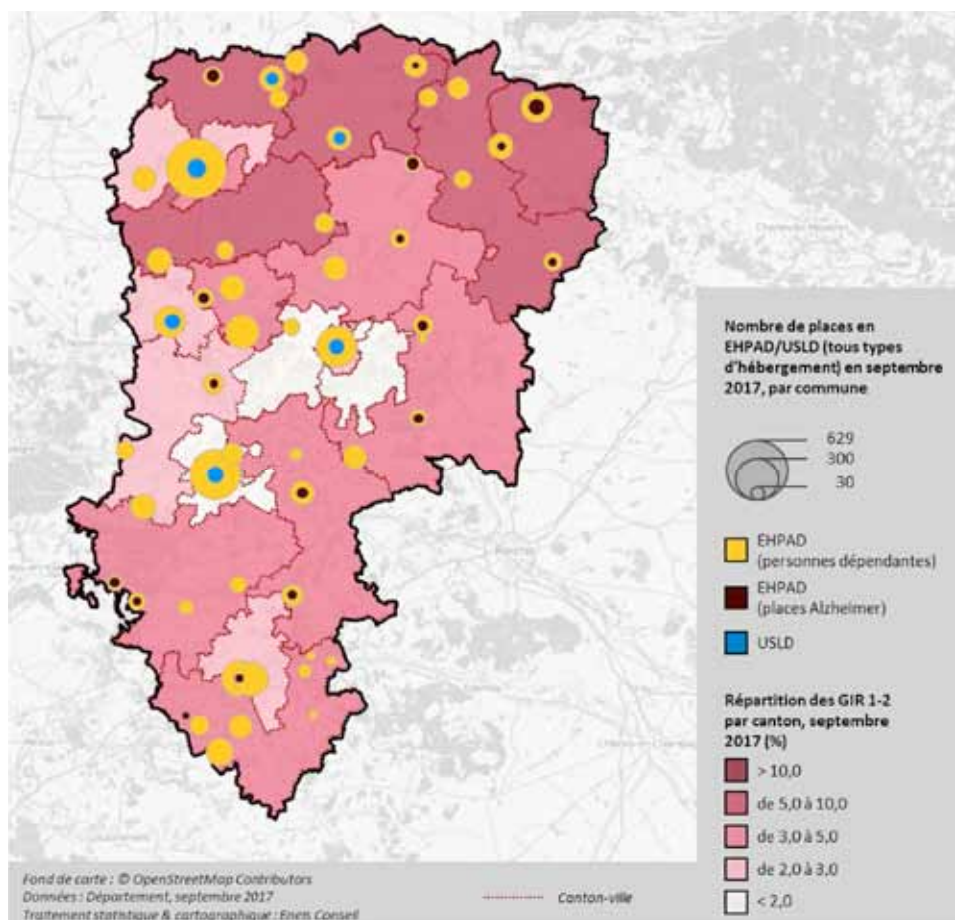
### L'ensemble du territoire couvert par l'offre d'hébergement en médico-social

L'Aisne comptabilise **1351 bénéficiaires de l'APA à domicile en GIR 1-2**, répartis sur l'ensemble du territoire. On constate là encore une plus forte concentration de personnes très dépendantes dans le Nord du département, où l'indice de vieillesse est le plus conséquent. A l'inverse, quelques cantons du centre, notamment Laon et Soissons en comptabilisent moins de 2%.

L'offre d'EHPAD couvre l'ensemble du territoire avec des concentrations de places dans les grands bassins de population de Saint-Quentin, Laon et Soissons. Entre 2012 et 2015, 249 places en EHPAD ont été ouvertes sur le département.

Au total, on comptabilise 5 738 places d'EHPAD (autorisées) pour personnes dépendantes, dont 399 places d'EHPAD en unité d'hébergement Alzheimer et 255 places en Unités de soins longues durées.

Figure 15 L'offre d'hébergement médico-sociale



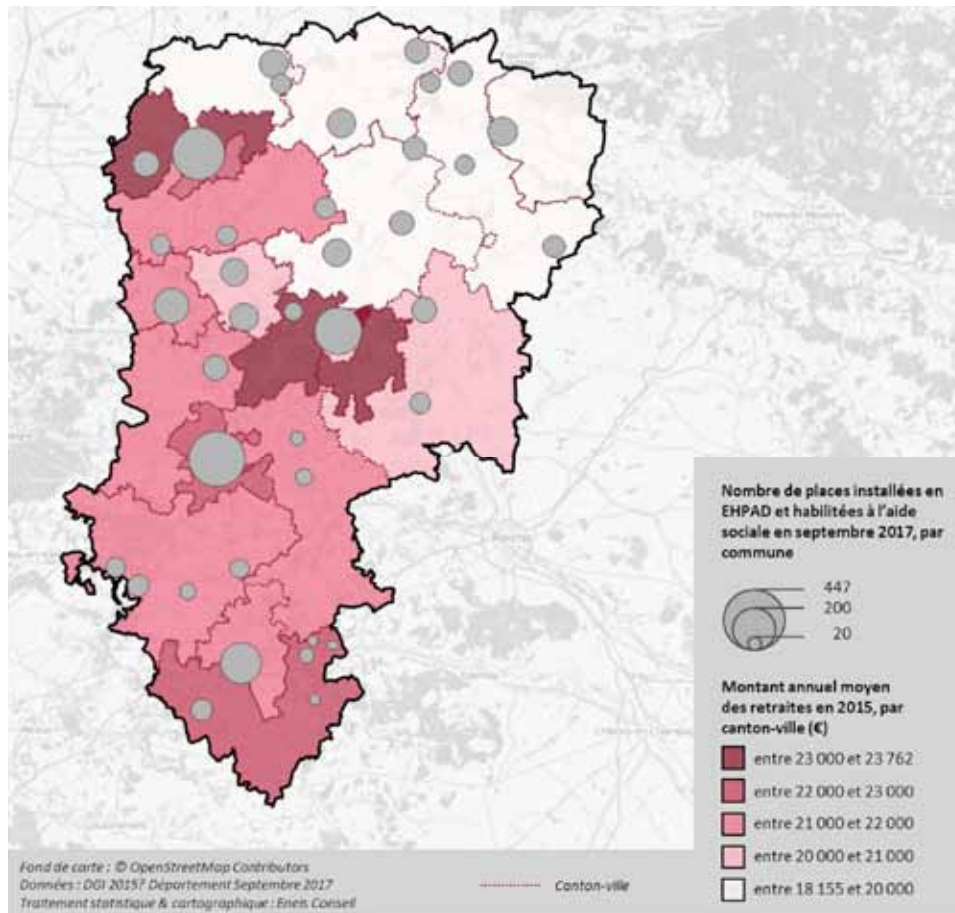
### Un taux significatif d'habilitation à l'aide sociale : 66 % des places en EHPAD

Il y a au total 3812 places d'EHPAD habilitées à l'aide sociale dans l'Aisne, soit 66 % du total des places en EHPAD, dont 326 de ces places se trouvent sur la seule commune de Soissons. Le fonds de carte coloré représente ici le montant annuel moyen des retraites. On constate notamment que le Nord de l'Aisne, caractérisé par sa fragilité économique, est relativement bien couvert en places habilitées à l'aide sociale. On en trouve en effet dans plus de 20 communes.

Nombre de places d'EHPAD autorisées habilitées à l'aide sociale	
Laon	305
Saint-Quentin	380
Soissons	326
<b>Département</b>	<b>3 812</b>



Figure 16 L'offre d'hébergement médico-social



## Synthèse des constats sur l'offre à destination des personnes âgées

- **7 946 bénéficiaires de l'APA à domicile** répartis sur l'ensemble du territoire. 1 351 de ces bénéficiaires de l'APA à domicile, soit 17%, sont en situation de forte dépendance (GIR 1-2).
- Le territoire est doté de **5738 places d'EHPAD**, dont 399 places d'EHPAD en unité d'hébergement Alzheimer et 255 places en Unités de soins longues durées. Parmi ces places, 3 812 sont habilitées à l'aide sociale dans l'Aisne, dont 326 se trouvent dans la seule commune de Soissons.
- On dénombre au total sur le département **122 places en hébergement temporaire, 140 en accueil de jour et 3 en accueil de nuit.**
- Le territoire est entièrement couvert par les **28 SAAD autorisés et habilités à l'aide sociale** ainsi que par les services nouvellement autorisés suite à la loi ASV. On comptabilise également **1526 places de SSIAD**, dont 1392 pour les Personnes Âgées et 134 pour les Personnes Handicapées.



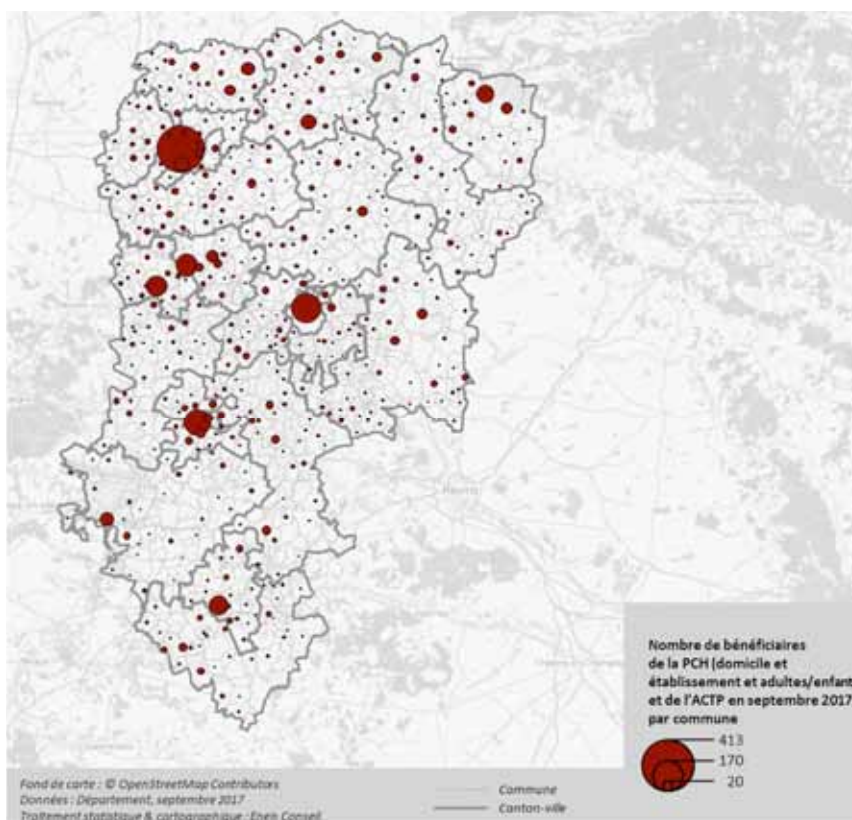
# Etat des lieux des besoins et de l'offre à destination des personnes handicapées

## Environ 2700 bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP

Les bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP sont au nombre de 2690 et tendancielle-ment plus présents dans les grands bassins de population du territoire. Ils sont par exemple 413 à Saint-Quentin et de 161 à Tergnier.

Les cantons comptant le plus de bénéficiaires de l'ACTP		La distribution de la PCH dans l'Aisne	
Saint-Quentin	105	PCH Adultes en établissement	145
Bohain-en-Vermandois	50	PCH Enfants en établissement	7
Vervins	49	PCH Adultes à domicile	1 739
Tergnier	46	PCH Enfants à domicile	62
Département	737	Département	1953

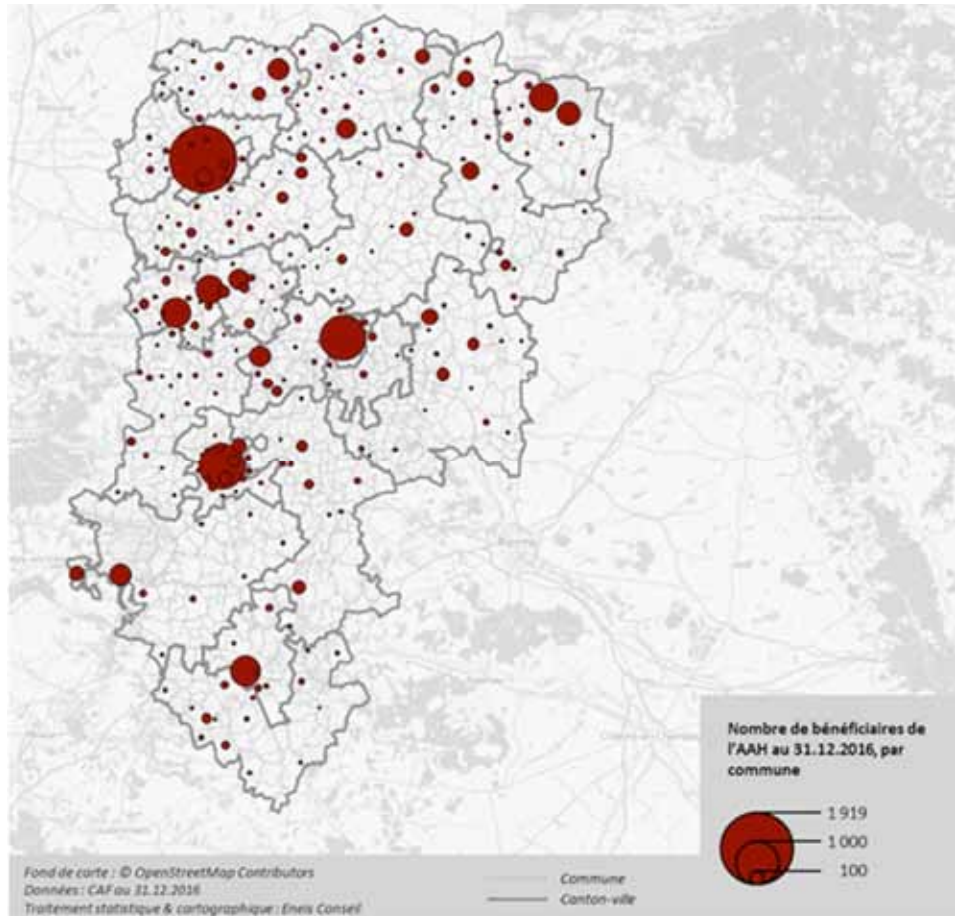
Figure 17 Les bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP



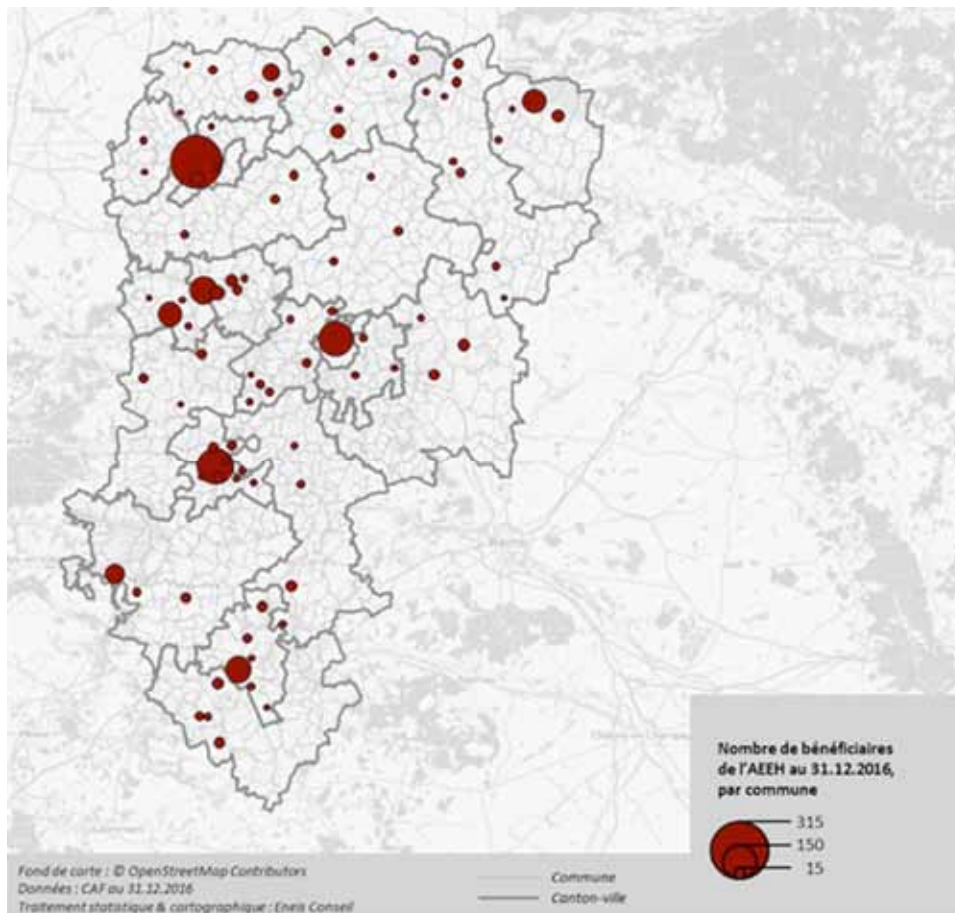
## 1684 bénéficiaires de l'AAEH et 9965 bénéficiaires de l'AAH

Le département comptabilise **1684 bénéficiaires de l'AAEH et 9965 bénéficiaires de l'AAH**. Globalement, les bénéficiaires de l'AAH et de l'AAEH sont concentrés dans les grands bassins de vie. En effet, Saint-Quentin, Laon, Soissons ou encore Tergnier comptent le plus de bénéficiaires.

**Figure 18 Les bénéficiaires de l'AAH**



**Figure 19 Les bénéficiaires de l'AEEH**



## Une offre en SAVS et en SAMSAH renforcée au cours de la période du précédent schéma

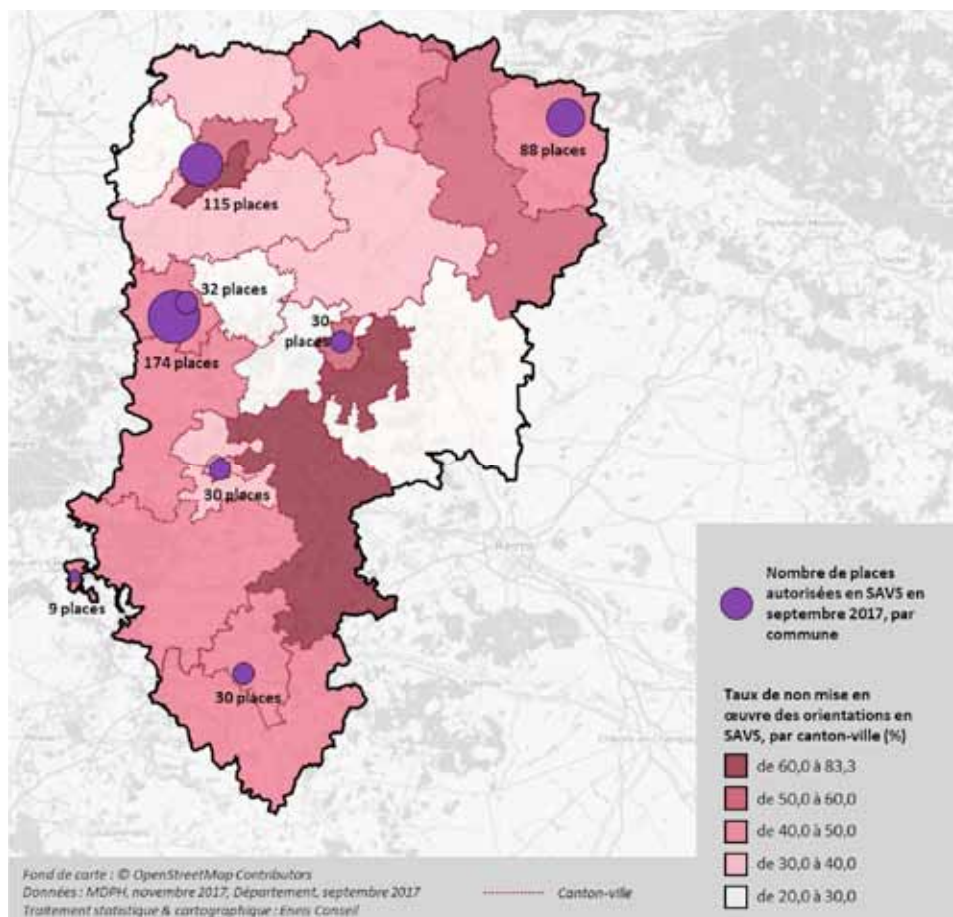
Le territoire comptabilise 559 places de SAVS ainsi 144 places de SAMSAH. Les services sont principalement installés sur Laon, Saint-Quentin, Soissons et Saint-Erme-Outre-et-Ramecourt. Entre 2013 et 2017, 36 places ont été créées en SAVS et 37 en SAMSAH.

Sur les 144 places en SAMSAH, 61 relèvent de places spécialisées sur le handicap psychique.

L'offre de services spécialisés à destination des personnes handicapées a été développée durant la période du précédent schéma. Cependant, 39% des orientations en SAVS et 46% des orientations en SAMSAH ne sont pas mises en œuvre.

Création de places en SAVS sur la période du précédent schéma			
Année	2014	2016	2017
Nombre de places créées	9	10	17

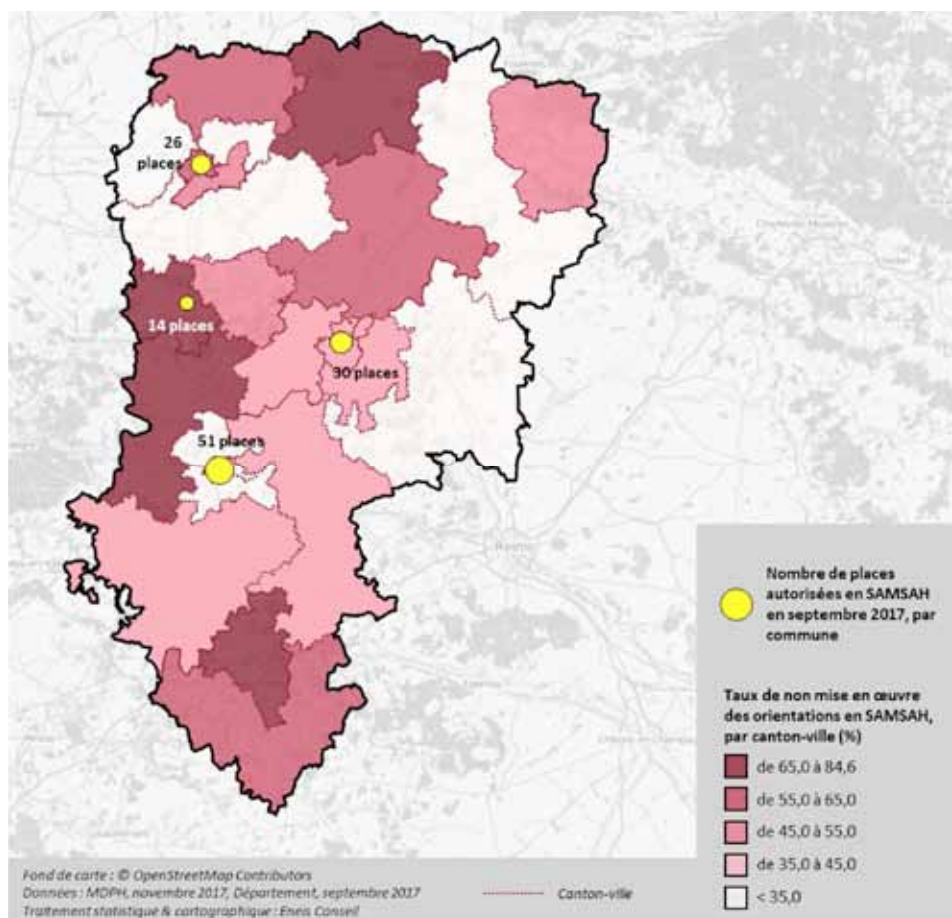
**Figure 20 L'offre de service en SAVS**



Création de places en SAMSAH sur la période du précédent schéma			
Année	2013	2015	2017
Nombre de places créées	11	16	6



Figure 21 L'offre de service en SAMSAH

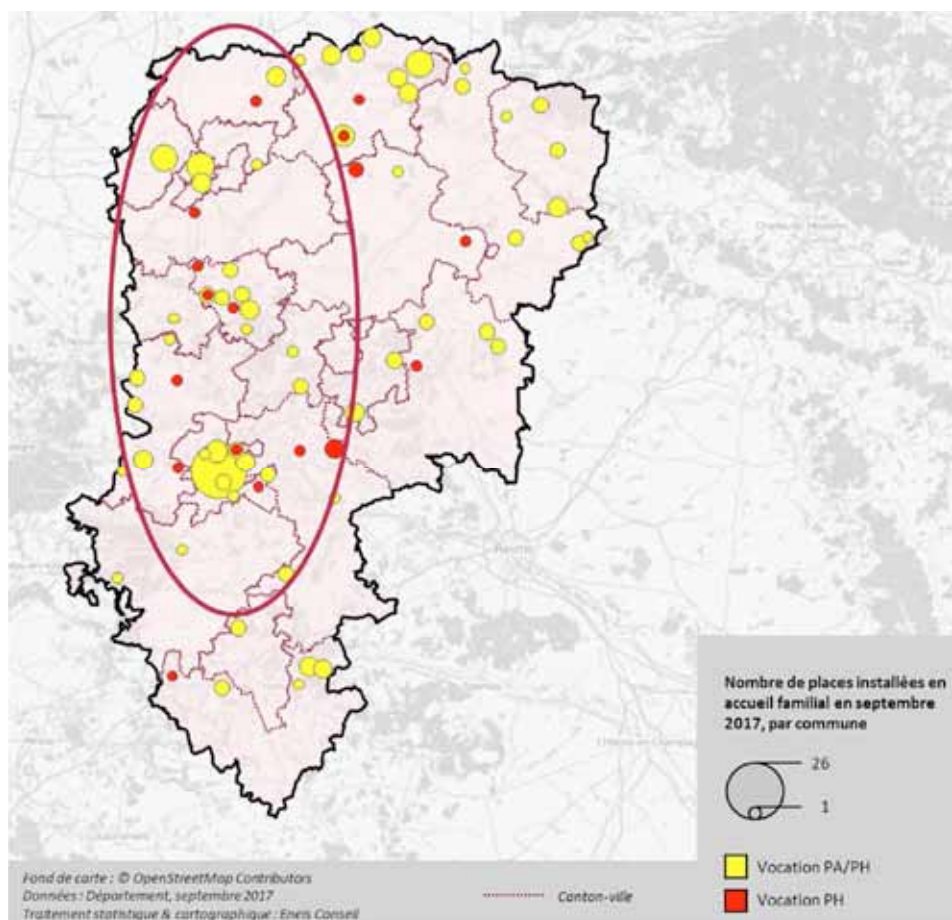


### Un accueil familial ancré dans les bassins de vie de l'ouest du département

Le département compte une offre conséquente d'accueil familial caractérisée par la prévalence d'agrément mixtes permettant d'accueillir des personnes âgées et des personnes handicapées. Aujourd'hui le département ne délivre que des agrément mixtes.

L'offre est particulièrement concentrée à Soissons (26 places sur la commune) et plus globalement sur un axe Ouest du territoire tandis que certains cantons du Sud et de l'Est sont très peu desservis : c'est le cas des cantons d'Essômes-sur-Marne, de Guignicourt ainsi que de Laon.

Figure 22 L'offre en accueil familial



### L'habitat intermédiaire, une offre déployée au cours du précédent schéma

Le département dispose de 93 places d'habitat intermédiaire. Cette offre s'est structurée au cours de du précédent schéma de l'autonomie. Il s'agit d'une offre intermédiaire entre le domicile et l'établissement portée par des établissements et des services médico-sociaux. Cette offre intermédiaire sera à faire évoluer dans le cadre des nouvelles dispositions concernant l'habitat inclusif. En effet, Le *guide de l'habitat inclusif* édité par la CNSA définit trois critères de définition de l'habitat inclusif

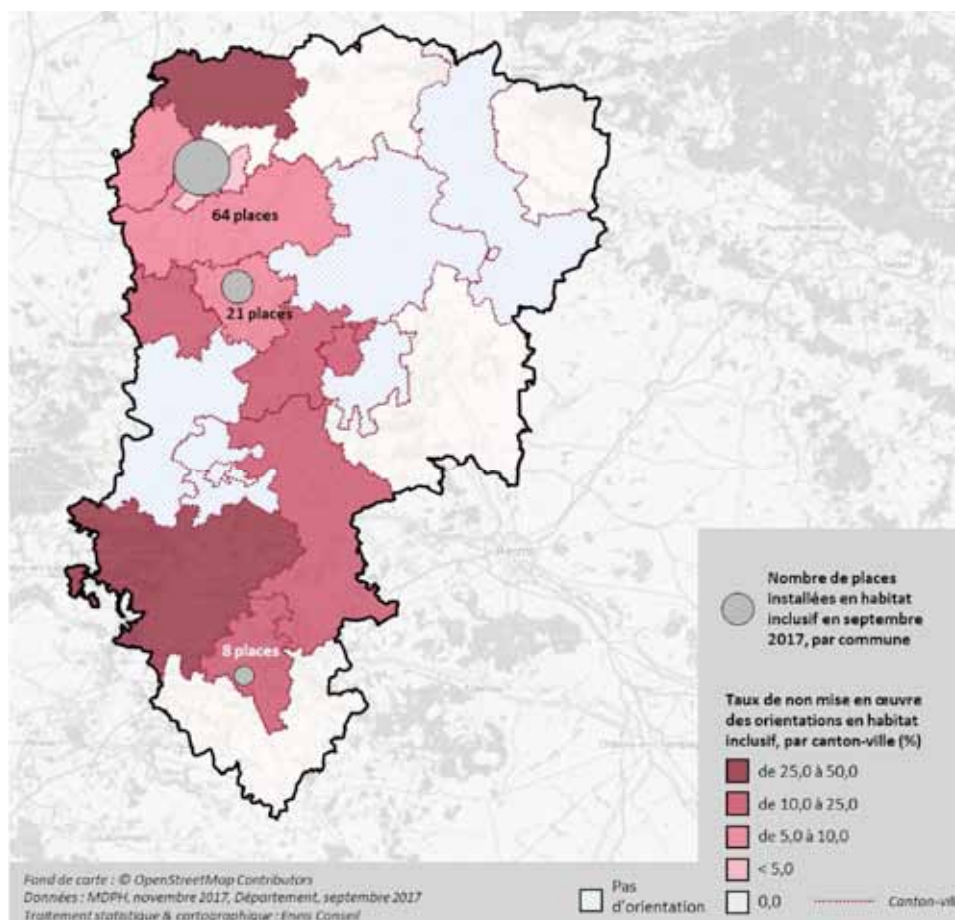
1. Offrir à la personne « un chez soi », dans la vie de la cité
2. Permettre le libre choix et, donc, s'inscrire en dehors de tout dispositif d'orientation sociale ou médico-sociale
3. Etre ouvert aux personnes non éligibles à la PCH ou à l'APA

Par ailleurs, la CNSA relève également quatre volets dans l'accompagnement des personnes bénéficiant de type d'offre :

- Soutenir l'autonomie de la personne
- Veille et sécurisation de la vie à domicile
- Soutien à la convivialité
- Aide à l'inclusion sociale des personnes en situation de fragilité

L'habitat inclusif est donc une offre intermédiaire de droit commun entre le domicile et l'établissement s'inscrivant hors du secteur médico-social, qui permet notamment de fluidifier les parcours des usagers. Cette offre peut s'adresser aussi bien aux personnes en situation de handicap car des personnes âgées dépendantes ou entrant dans la dépendance. L'enjeu, pour le présent schéma de l'autonomie, consiste à développer l'émergence d'une véritable offre inclusive de droit commun s'appuyant sur les ressources techniques et financières des bailleurs sociaux et un étayage médico-social de la part de services et établissements.

Figure 23 L'offre d'habitat intermédiaire



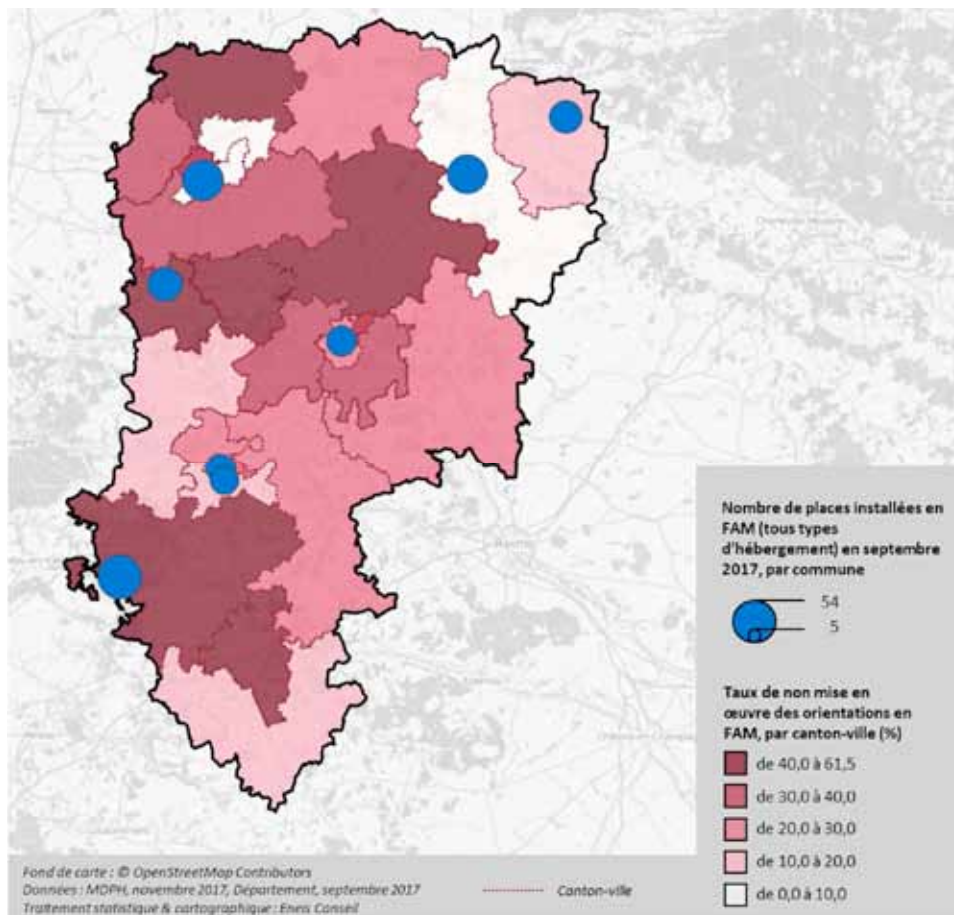
### Des établissements médicalisés (FAM, MAS) pour personnes handicapées relativement embolisés

Le département de l'Aisne comptabilise **280 places en Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM)** ainsi que **244 places en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS)**. **54 places supplémentaires de FAM** ont été autorisées et vont être installés sur le Foyer d'accueil médicalisé de Coyolles dans le sud du département.

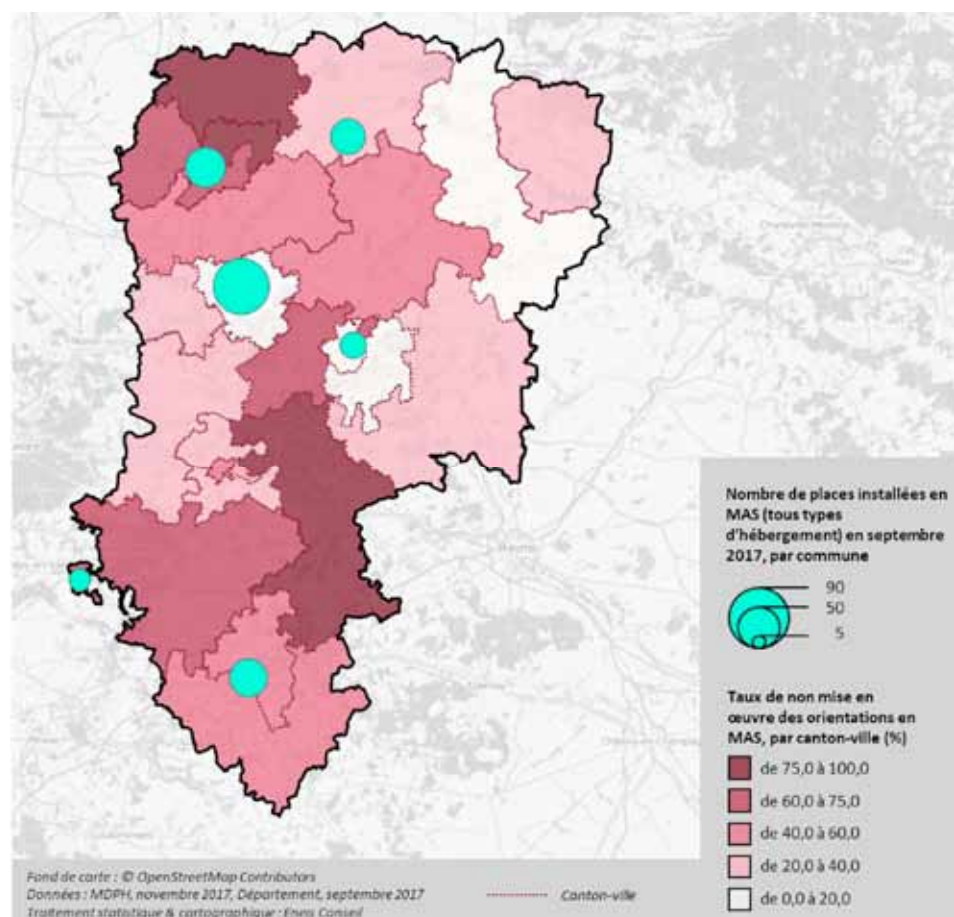
Au niveau départemental, **26% des orientations en FAM ne sont pas mises en œuvre contre 39% des orientations MAS**. Cela suggère des phénomènes d'embolisation plus importants au niveau des établissements les plus médicalisés.



**Figure 24 L'offre d'établissement en FAM**



**Figure 25 L'offre d'établissement en MAS**



## Une répartition territoriale des places en foyers de vie équilibrée

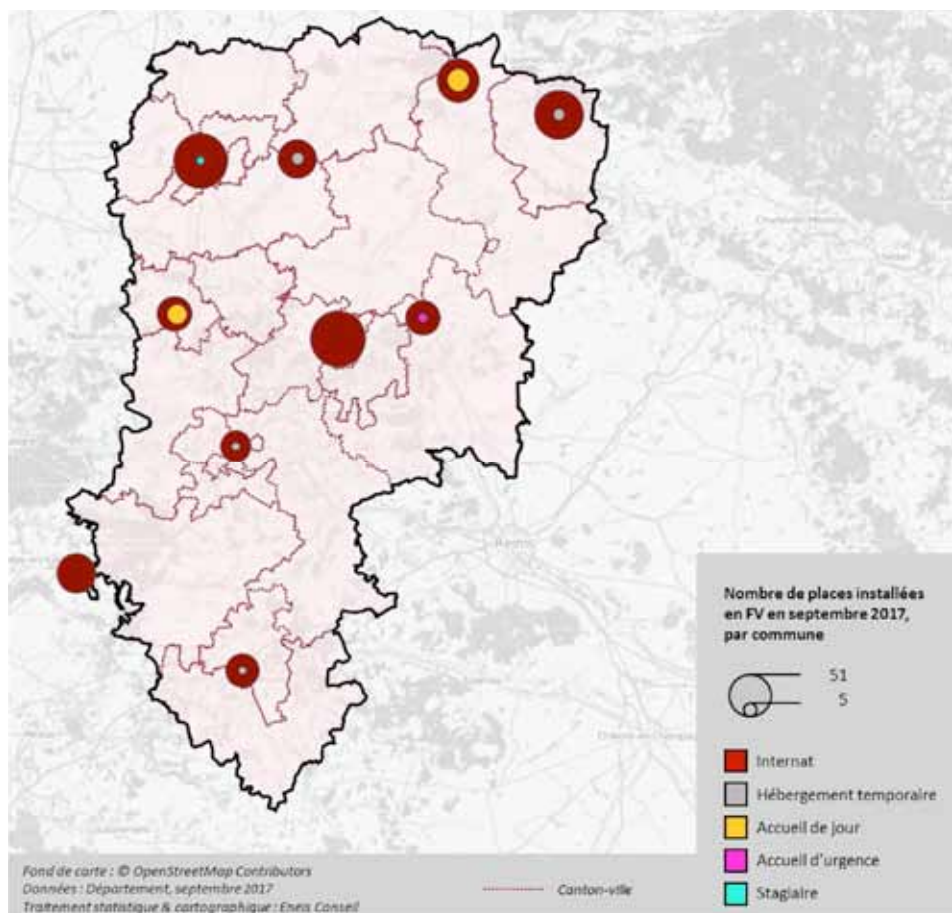
Les foyers de vie mettent en œuvre des soutiens médico-sociaux destinés aux adultes handicapés qui disposent d'une certaine autonomie. On dénombre **317 places en foyer de vie** réparties dans l'Aisne :

- 291 places en internat ;
- 8 places en hébergement temporaire,
- 14 places en accueil de jour,
- 3 places en accueil d'urgence,
- 1 place en stagiaire.

Par ailleurs, au niveau départemental, le taux de non mise en œuvre des orientations est de 49%. Ce fort taux de non mise en œuvre pourrait avoir comme une de ses causes explicatives, le fort niveau d'embolisation de ces établissements sur le territoire. Le présent schéma s'inscrit dans une dynamique de croissance de l'offre en foyers de vie par le biais d'extensions non importantes (ENI) de places ou de transformation de places existantes.

Création de places en FV sur la période du précédent schéma					
Année	2013	2014	2017	2018	2019
Nombre de places créées	2	19	5	23	8

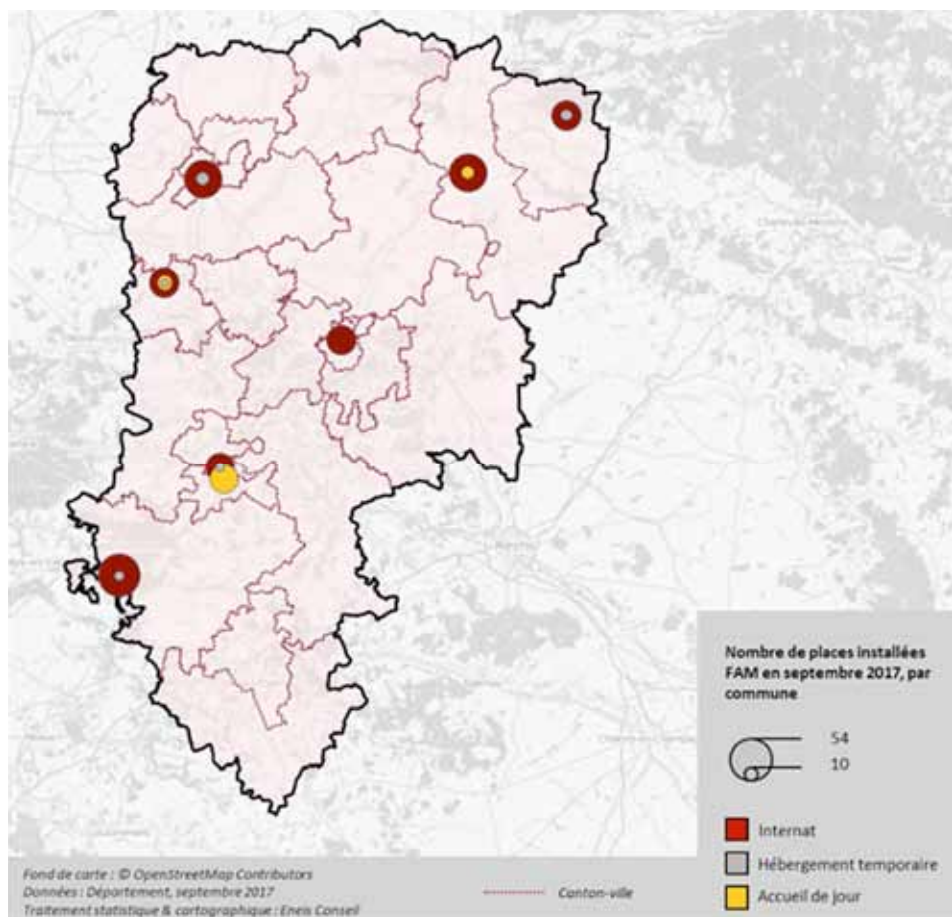
Figure 26 L'offre d'établissement en Foyer de vie



## Une répartition homogène de l'offre d'accueil temporaire en établissement médicalisé

Le département de l'Aisne comptabilise 13 places de FAM en hébergement temporaire et 38 places de FAM en accueil de jour.

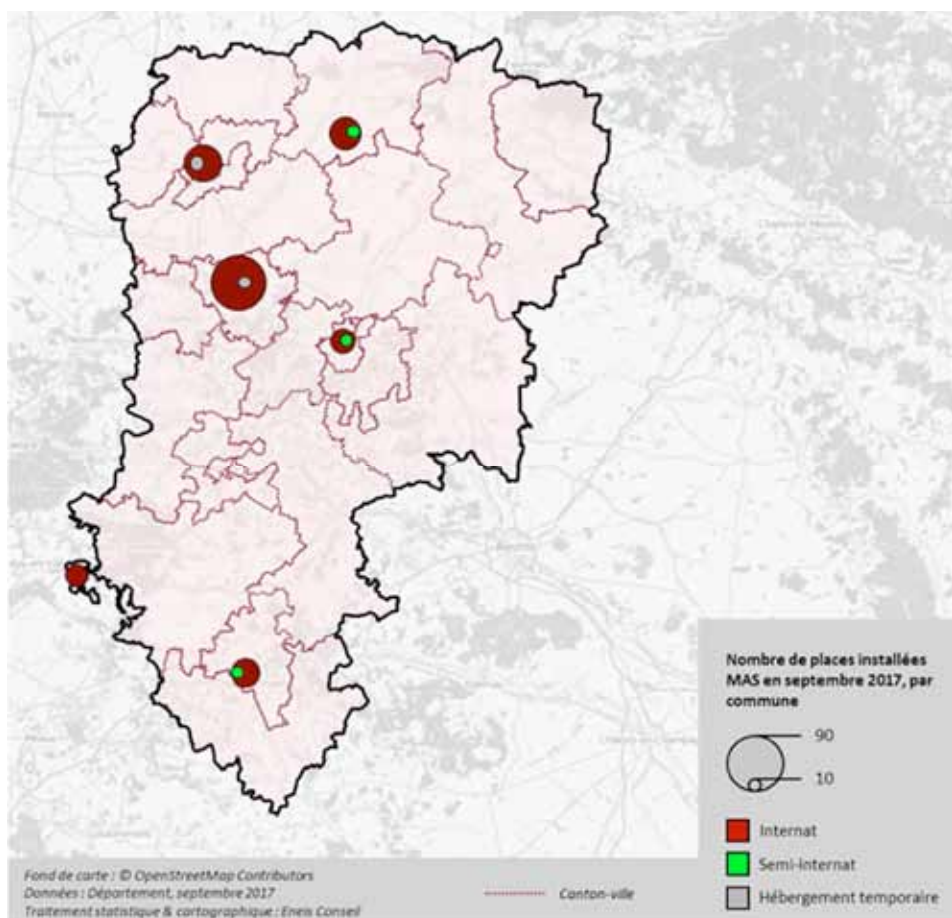
Figure 27 L'offre d'établissement en FAM (temporaire)



Le département de l'Aisne comptabilise 13 places de MAS en semi-internat 9 places de MAS en hébergement temporaire. Il n'existe pas de places d'accueil de jour en MAS sur le département.



**Figure 28 L'offre d'établissement en MAS (temporaire)**

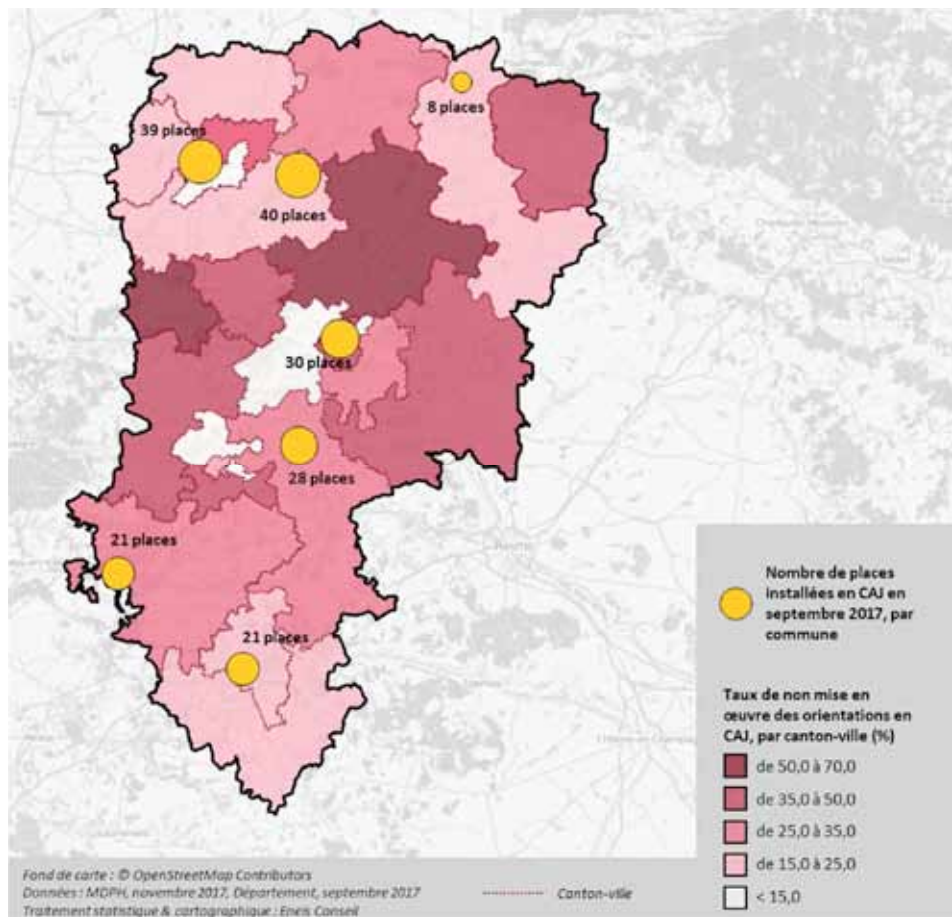


### **Une offre en accueil de jour en établissement pour personnes en situation de handicap difficilement accessible selon les territoires**

Le département compte 187 places en accueil de jour pour personnes en situation de handicap. Cette offre se concentre autour d'un axe nord-sud allant de Saint-Quentin à Laon.

Au niveau départemental, 25% des orientations en CAJ ne sont pas mises en œuvre. Les cantons de Marle et Chauny se caractérisent par un très fort taux de non mise en œuvre (70% et 57%). Alors que certains cantons comme Soissons-1 ou Ribemont se caractérisent par un taux faible de non mise en œuvre (12% et 16%). Le département se caractérise donc par de fortes disparités en ce qui concerne l'accès à cette offre de répit.

Figure 29 L'offre d'établissement en accueil de jour



### Une offre à destination des travailleurs en situation de handicap satisfaisante

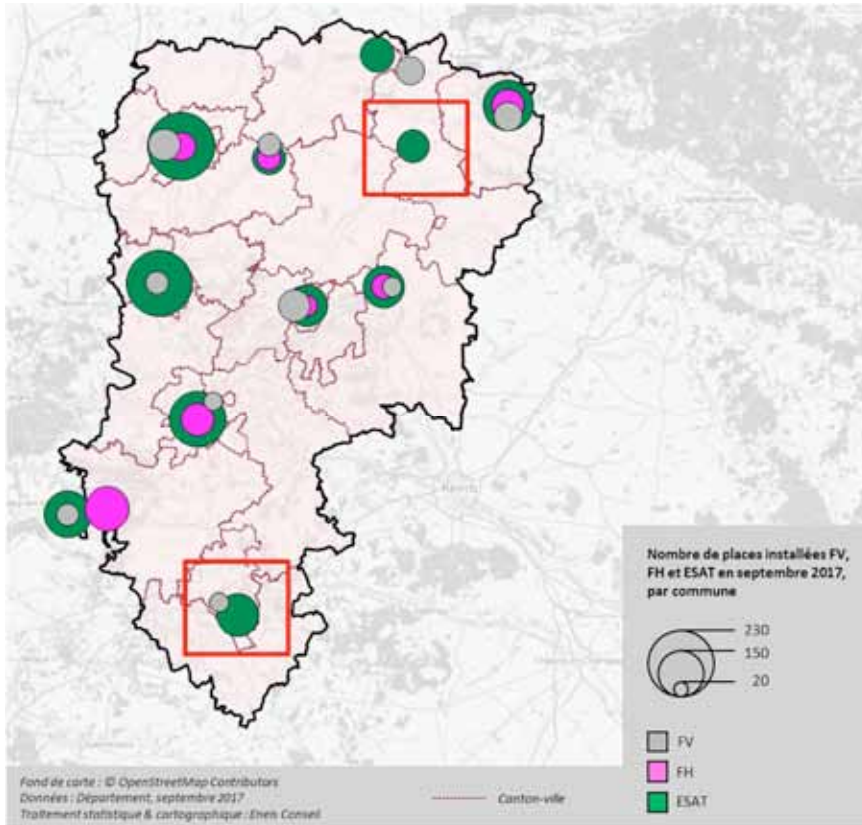
Le département de l'Aisne comptabilise :

- 317 places en foyers de vie,
- 443 en foyers d'hébergement,
- 1347 places en Etablissements et service d'aide par le travail (ESAT).

Certains territoires comportent une offre d'ESAT sans solutions d'hébergement à proximité : c'est le cas de la commune de Fontaine-les-Vervins qui compte 53 places d'ESAT.



**Figure 30 L'offre d'établissement pour les travailleurs handicapés**



Le département compte **1 347 places d'ESAT** équitablement réparties sur le territoire. Les ESAT du territoire ne semblent globalement pas concernés par un phénomène de saturation de l'offre (72% des orientations sont mises en œuvre).

**Figure 31 L'offre en ESAT**

Le département compte **443 places en foyer d'hébergement**. Les foyers d'hébergement ne connaissent pas de phénomène de saturation à l'échelle départementale et le taux de mise en œuvre des orientations est satisfaisant à proximité des territoires d'implantation.

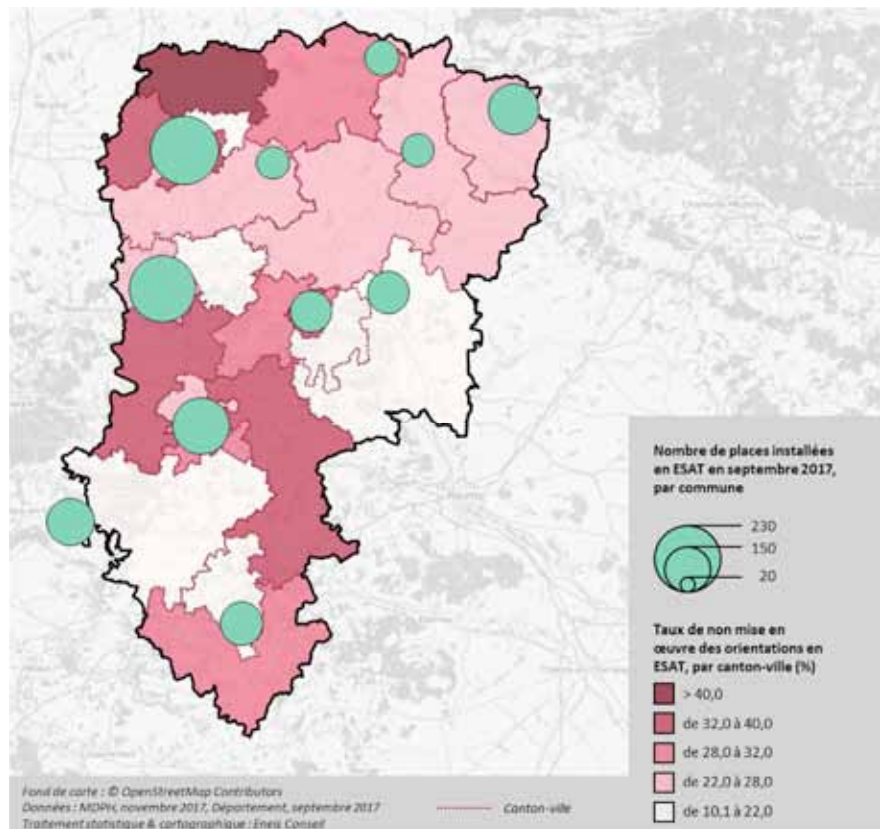


Figure 32 L'offre en Foyer d'hébergement

Le département compte **317 places en foyer de vie largement concentrées au nord du département**. A l'échelle du département, seulement 51% des orientations en foyer de vie sont mises en œuvre ce qui suggère un fort niveau d'embolisation de ces structures. Le taux de mise en œuvre est plus significatif au nord du département, à proximité des structures.

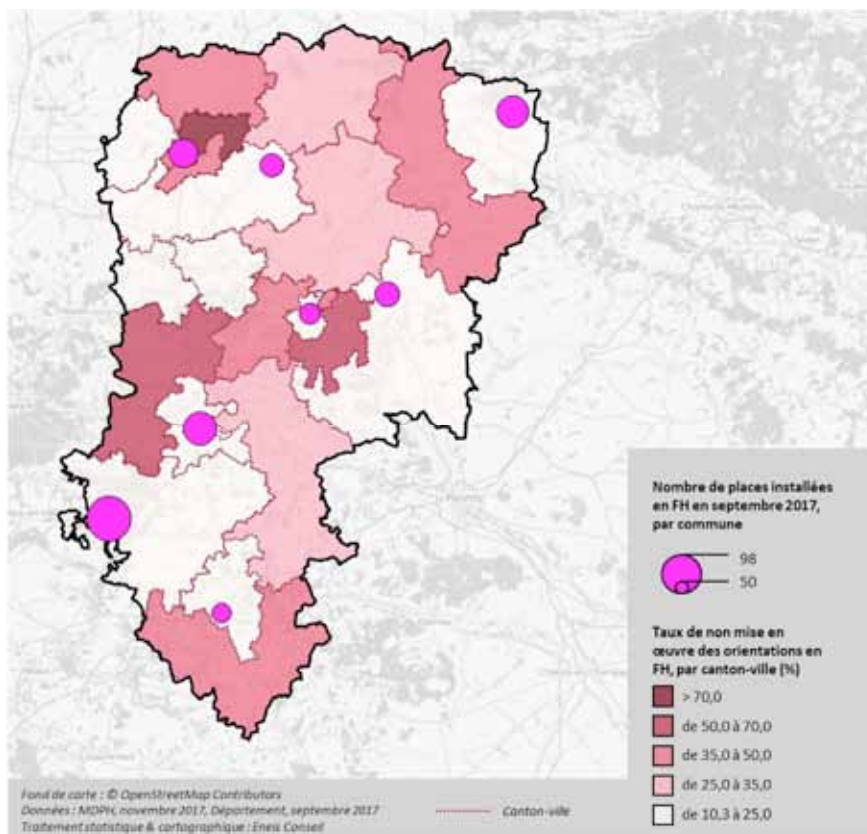
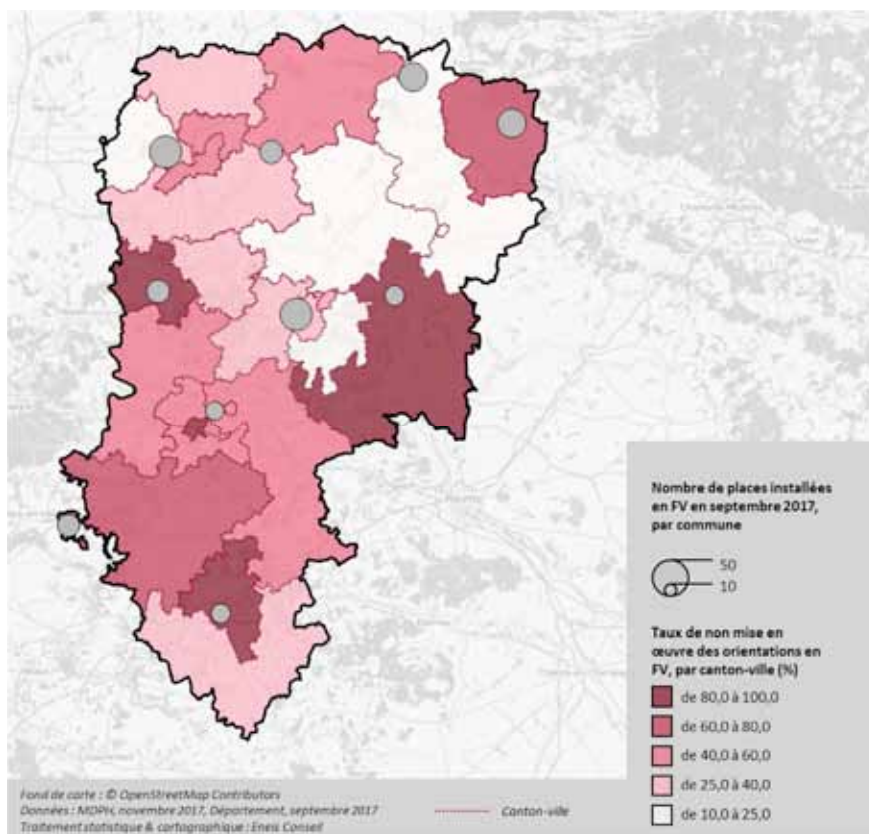







Figure 33 L'offre en Foyer de Vie



### Les 154 axonais hébergés en Belgique

Le Conseil départemental de l'Aisne accompagne, en dernier recours, des prises en charge en Belgique, et a pris une série de mesure visant à sécuriser ces prises en charge et obtenu un plafonnement des prix de journée pour les bénéficiaires axonais concernés.

	<p><b>24 établissements et services accueillent 154 PH axonais :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 8 en FAM</li> <li>▪ 2 en foyer-hébergement (IME avec « amendement Creton »)</li> <li>▪ 144 en Foyer de Vie</li> </ul>
	<p><b>62 % des orientations en Belgique en cours de validité concernent des hommes</b></p>
	<p><b>Les 2/3 des personnes accueillies en Belgique avaient moins de 30 ans au moment de leur entrée dans l'établissement</b></p>
	<p><b>Les deux principaux motifs du placement des axonais en Belgique :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'absence de place en France</li> <li>2. Des besoins nécessitant un accompagnement spécifique</li> </ol>
	<p>La Belgique représente 36,15% des frais d'hébergement des PH en Foyer de vie (7 500 000 €) et 6,5% en FAM (564 000 €) en 2015 pour un <b>total (FAM+FV) de 27,41% des frais d'hébergement</b></p>

## Synthèse des constats sur l'offre à destination des personnes handicapées

- **2690 bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP** tendanciellement plus présents dans les grands bassins de vie du territoire.
- 317 places en foyers de vie, 443 en foyer d'hébergement, et 1347 places en établissements et service d'aide par le travail (ESAT).
- Le territoire comptabilise 559 places de SAVS ainsi 144 places de SAMSAH.
- Une **inégale répartition de l'offre d'accueillants familiaux** avec une concentration des places à l'ouest du département.
- **154 axonais handicapés** en Belgique en 2016 dont 8 en FAM, 2 en foyer-hébergement (ce qui correspond aux IME pour les personnes bénéficiant d'un « amendement Creton ») et 144 en Foyer de Vie.

# 3.

## Bilan du schéma de l'autonomie 2012-2017





## • Orientation 1 : Garantir la fluidité des parcours de vie

### Synthèse :

L'orientation « Garantir la fluidité des parcours de vie » se caractérise par un bon niveau de mise en œuvre, notamment à travers la réalisation de grands chantiers : Pour professionnaliser, développer et sécuriser le dispositif d'accueil familial, le département a eu recours à des **services tiers régulateurs**. Ce besoin de services tiers a mené à la **création des services d'accompagnement de l'accueil familial (SAAF)**. Les SAAF sont adossés à des établissements et des dispositifs pour personnes en situation de handicap. Ils assurent le suivi médico-social des accueillants et des accueillis. Le département a également réalisé un **diagnostic organisationnel de l'aide à domicile** et l'élaboration d'une charte qualité du secteur, ou encore la démarche de **diagnostic auprès des SAVS** ayant abouti à la réalisation d'un cahier des charges départemental et une évolution des pratiques. Le département a aussi pu mettre à profit les opportunités issues des dispositifs nationaux avec la mise en place de **43 actions de préventions de la perte d'autonomie** dans le cadre de la Conférence des financeurs.

### **Action 1 : Garantir les conditions optimales d'un maintien à domicile souhaité**

#### **Pour les personnes âgées**







##### **Résultat attendu :**

##### **Assurer la continuité des services concourant au maintien à domicile**

- Réalisation d'un diagnostic organisationnel et financier de 32 SAAD de l'Aisne en 2014. Le diagnostic a abouti à la formalisation d'une charte qualité portant sur les différents aspects de l'aide à domicile :
  - Objectifs d'extension des horaires
  - Mise en place d'astreintes techniques
  - Coordination des interventions notamment entre SAAD et SSIAD
  - Extension des zones d'intervention, etc.
- La charte qualité a été conçue par le conseil départemental comme le document de référence pour de futurs contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les services.
- Par le biais d'une convention de modernisation CNSA (section IV), un projet d'élargissement des plages horaires pour certains SAAD et de mise en place d'astreintes techniques a été lancée.

## Pour les personnes handicapées

<b>Résultat attendu : Repositionner les places de SAVS et SAMSAH dans une logique de couverture territoriale</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réalisation d'un diagnostic portant sur les activités des SAVS et des SAMSAH durant l'année 2015. Ce diagnostic a mis en évidence plusieurs dysfonctionnements :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Superpositions des tâches entre SAVS et SAMSAH</li> <li>○ Superpositions de tâches entre SAVS et services de transports à la demande</li> <li>○ Superpositions avec la PMI et les dispositifs de soutien à la parentalité</li> </ul> </li>   <li>▪ Suite au diagnostic, un cahier des charges des SAVS et SAMSAH a été rédigé et validé. Le cahier des charges comporte plusieurs recommandations fortes qui ont été mises en œuvre :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Passage en file active pour optimiser le nombre de places</li> <li>○ Passage à la dotation globale pour passer d'une logique de moyens à une logique de résultats</li> <li>○ Mise en avant de la polyvalence des SAVS pour mieux prendre en compte l'évolution des besoins des publics</li> </ul> </li> </ul>	

<b>Les enjeux identifiés pour le présent schéma</b>	
<b>Pour les PA</b>	
	<b>L'augmentation de la forte dépendance au domicile posant un enjeu de prise en charge</b>
	<b>L'accès aux aides techniques notamment les aides au financement</b>
	<b>L'attractivité du secteur de l'aide à domicile</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les difficultés de recrutement</li> <li>▪ Les conditions de travail</li> <li>▪ La fidélisation du personnel</li> </ul>
	<b>La coordination entre les acteurs du maintien à domicile sanitaires et le médico-social (SAAD et SSIAD)</b>
<b>Pour les PH</b>	
	<b>La connaissance partagée et la clarification du rôle des SAVS notamment au niveau de la coordination des interventions</b>
	<b>L'amélioration de la couverture territoriale en SAMSAH</b>

## Action 2 : Veiller au maintien du lien social

### Pour les personnes âgées

#### Résultat attendu : Renforcer la prévention de la perte d'autonomie auprès des personnes âgées

##### Dans le cadre de la conférence des financeurs :

- Formalisation d'un diagnostic des besoins de la population et d'un recensement de l'existant en ce qui concerne les actions de prévention faisant le constat de l'inégale répartition des actions et le constat de l'hétérogénéité des modes de financement.
- Lors du premier appel à projet de la conférence des financeurs, un plan d'actions et un appel à projet ont été lancés.
  - Définition d'un plan d'actions en s'appuyant sur quatre axes :
    1. Développer la prévention en direction des jeunes seniors et sécuriser le passage à la retraite
    2. Garantir le capital autonomie et améliorer la prévention santé
    3. Structurer la « Silver Economie » et l'accès aux aides techniques pour éviter le basculement dans la grande dépendance
    4. Renforcer l'offre de soutien et d'accompagnement des aidants
  - Mise en place d'un appel à projets et sélection de 43 projets :
    - 14 sur les jeunes seniors
    - 23 sur le développement de la prévention santé
    - 18 sur la santé morale des seniors
    - 8 sur la « silver économie » / domotique
  - Le suivi des actions est assuré par le département et un reporting annuel est rédigé en direction de la CNSA.

## Pour les personnes handicapées

**Résultat attendu :**  
**Poursuivre les partenariats existants entre la MDPH  
et les acteurs de l'emploi en milieu ordinaire**

**Mise en place de l'outil vise à faciliter l'insertion professionnelle des PH :**

- Signature d'une convention de partenariat entre Pôle emploi, Cap emploi et la MDPH
- Mise en place de l'outil record est un classeur visant à faciliter l'accueil, l'information et l'orientation des travailleurs handicapés. Il a été mis en place par la MDPH via un financement de la CNSA et vise à faciliter l'emploi en milieu ordinaire en améliorant le suivi des démarches professionnelles de la personne.
- Distribution d'environ 2700 classeurs depuis janvier 2011 aux partenaires qui sont le relai auprès des travailleurs handicapés.
- Développement ou renforcement de partenariats grâce à l'outil Record entre :
  - **Pôle emploi et Cap Emploi : participation hebdomadaire aux travaux de l'équipe pluridisciplinaire** insertion professionnelle de la MDPH
  - **CARSAT et Services de Santé au travail** : Participation de la MDPH à la Cellule de Coordination du Maintien dans l'Emploi (CCME) de la CARSAT Picardie
  - **FAGERH** : partenariat entre l'ERP Maginot de Roubaix, le centre de préorientation de Valenciennes et la MDPH pour évaluer l'employabilité des personnes handicapées
- Retour d'expérience en cours de réalisation auprès de la Région sur le Contrat de Rééducation Professionnelle en Entreprise (CRPE).

**Résultat attendu :**  
**Favoriser l'organisation des temps partiels en ESAT en complémentarité  
avec les autres offres médico-sociales**

**Mise en place de l'outil record lancé en 2011 qui vise à faciliter l'insertion professionnelle des PH :**

- Introduction du temps partiel en ESAT pour favoriser le maintien en institution des personnes handicapées vieillissantes.
- Les résidents en temps partiel peuvent désormais faire l'objet d'un suivi SAVS et SAMSAH et intégrer des dispositifs d'accueil de jour.

## Les enjeux identifiés pour le présent schéma

**Pour les PH**



**La poursuite de l'assouplissement des orientations au niveau de la MDPH**



**Les acteurs du handicap remontent des besoins sur les secteurs suivants :**

- L'accompagnement des personnes handicapées en milieu de vie et de travail ordinaire
- L'accompagnement des personnes handicapées en milieu scolaire et universitaire
- L'amélioration des transitions notamment en ce qui concerne l'articulation FAM et ITEP

### Action 3 : Faciliter le passage entre domicile et établissement

#### Pour les personnes handicapées

<b>Résultat attendu : Optimiser les modalités d'accueil des personnes vieillissantes en situation de handicap</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Rédaction d'un document synthétique</b> proposant un panel des solutions envisageables pour les personnes handicapées vieillissantes par un groupe de travail animé par le GADES.</li> <li>▪ <b>Suppression des barrières d'âge pour les résidents en ESAT, en foyers de vie, en FAM et en MAS.</b> Ils peuvent désormais rester plus longtemps dans leur établissement. L'extension a été actée dans le cadre du renouvellement des autorisations.</li> <li>▪ <b>Un appel à projets conjoint ARS/CD</b> va être lancé pour créer, par transformation de places, des unités de vie pour personnes handicapées vieillissantes (12 à 14 places par unités) en EHPAD.</li> </ul>	<b>Age des personnes handicapées en structures en 2017</b>	
	Foyer d'hébergement	Moyenne d'âge : 43 ans Personne la plus âgée : 62 ans
	Foyer de vie	Moyenne d'âge : 47 ans Personne la plus âgée : 77 ans
	Foyer d'accueil médicalisé	Moyenne d'âge : 46 ans Personne la plus âgée : 70 ans
	Maison d'accueil spécialisée	Moyenne d'âge : 47 ans Personne la plus âgée : 77 ans
	ESAT	58 % des personnes ont plus de 45 ans
	SAVS	10% des usagers accompagnés ont plus de 60 ans
	SAMSAH	14% des usagers accompagnés ont plus de 60 ans



**Résultats attendus :  
Garantir une offre d'hébergement suffisante et adaptée**

- Mise en place d'un outil de gestion partagé des listes de demandes :
  - Outil visant à améliorer en temps réel le suivi des orientations, des demandes et des places disponibles
  - Outil actualisé et renseigné mensuellement par tous les établissements PH du département
  - La liste des demandes est cependant un outil lourd à manipuler.






**L'outil devra évoluer dans le cadre plus général de l'harmonisation des systèmes d'information des MDPH notamment dans le cadre de la réponse accompagnée pour tous (RAPT) et du développement de ViaTrajectoire pour les PH.**

## Document synthétique sur les risques et solutions à apporter aux personnes handicapées vieillissantes

LE VIEILLISSEMENT DES PH : CONSTATS ET RISQUES POTENTIELS		SOLUTIONS ENVISAGEABLES
<p><b>CONSTAT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perte d'autonomie entraînant une diminution de la capacité de travail :</li> <li>- Baisse de la motivation</li> <li>- Baisse de la productivité</li> <li>- Augmentation de la fatigue</li> <li>- Apparition de troubles du comportement associés</li> <li>- Problème de santé</li> <li>- Diminution de la mobilité géographique</li> </ul>	<p><b>TRAVAIL PROTEGE</b></p> <p><b>RISQUE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inadéquation de l'accompagnement</li> <li>- Rupture d'accompagnement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aménagement de poste</li> <li>- Passage en temps partiel</li> <li>- Réorientation par la CDAPH vers un établissement (CAJ / FV / FAM / CH ...) pour un nouvel accompagnement plus adapté</li> <li>- Domicile avec éventuellement un accompagnement (SAVS / SAMSAH / SAAD / SSIAD)</li> <li>- Accueil familial</li> <li>- EHPAD</li> </ul>
<p><b>CONSTAT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perte d'autonomie rendant difficile le maintien à domicile :</li> <li>- Aggravation de l'état de santé</li> <li>- Evolution du handicap</li> <li>- Apparition de troubles du comportement associés</li> <li>- Epuisement des aidants</li> </ul>	<p><b>ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE</b></p> <p><b>RISQUE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Isolement de la personne</li> <li>- Inadéquation du milieu de vie</li> <li>- Difficultés à faire face aux actes de la vie quotidienne</li> <li>- Maltraitance</li> </ul>	<p><b>UNE SOLUTION GLOBALE: LA MISE EN ŒUVRE D'UNE PLATEFORME DE SERVICES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réponse multiservices offerte à l'usager et à ses proches,</li> <li>- Meilleure coordination des établissements et services,</li> <li>- Flexibilité du passage d'un établissement à l'autre pour permettre un accompagnement adapté</li> <li>- Décloisonnement du social et du sanitaire: une véritable réponse médico-sociale</li> </ul>
<p><b>CONSTAT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perte d'autonomie entraînant des difficultés liées aux besoins d'accompagnement spécifique.</li> <li>- Inadéquation des moyens techniques et humains aux enjeux du vieillissement ("manutention ...") en établissement spécialisé pour les PH et aux enjeux du handicap en EHPAD (crise psy par ex.)</li> </ul>	<p><b>ACCOMPAGNEMENT EN ETABLISSEMENT</b></p> <p><b>RISQUE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Epuisement des professionnels dépassés par la situation</li> <li>- Mal-être de la personne ( à mettre en premier)</li> <li>- Inadéquation des méthodes d'accompagnement</li> <li>- Rupture de parcours</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adaptation des structures existantes aux besoins des PH,</li> <li>- Formation du personnel à l'accompagnement des PH,</li> <li>- Hospitalisation temporaire</li> <li>- Réorientation par la CDAPH vers un autre -- EMS</li> <li>- EHPAD</li> <li>- Accueil familial</li> </ul>

Rédaction d'un document synthétique proposant un panel des solutions envisageables pour les personnes handicapées vieillissantes par un groupe de travail animé par le GADES.

## Les enjeux identifiés pour le présent schéma

Pour les PH	
	<b>Saturation de l'offre médicalisée PH : des phénomènes d'embolisation des FAM et des foyers de vie ont été remontés par les acteurs du handicap</b>
	<b>Poursuite de la diversification de l'offre en accueil temporaire : hébergement temporaire, Accueil séquentiel, Accueil de jour</b>
	<b>Limitation des risques de rupture de parcours :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pour les PHV à domicile : vieillissement et mortalité des aidants des PHV</li> <li>○ Pour les jeunes adultes : 126 amendements Creton et enjeu d'articulation ITEP/IME/FV/FAM</li> </ul>
	<b>Evolution de l'outil de gestion des listes d'attente dans le cadre du déploiement de ViaTrajectoire</b>
	<b>Développement d'alternatives entre domicile et établissement notamment l'habitat inclusif</b>

### Action 4 : Améliorer la prise en charge globale par un meilleur soutien des aidants

#### Pour les personnes âgées






Résultat attendu : Structurer, mutualiser et mettre à jour l'information
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Communications régulières via le portail PA depuis sa mise en ligne en 2015 sur les places en hébergement temporaire et en accueil de jour classiques et Alzheimer.</li> </ul>

Résultat attendu : Développer et soutenir les actions de « formation » et de sensibilisation aux aidants
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dans le cadre d'une convention entre la CNSA et le CD, des groupes d'échanges mêlant des aidants familiaux PA/PH et des professionnels de l'aide à domicile pour un temps de formation et d'échanges ont été mis en place dans 8 communes du département en 2015/2016 par le CLIC de la Fère. Cette action est poursuivie en 2017</li> <li>▪ Des formations en direction des aidants sont régulièrement proposées (6 sessions en fin d'année 2017) par l'AMSAM (Association Médico-Sociale Anne Morgan)</li> </ul>

## Pour les personnes handicapées

Résultat attendu : Continuer d'informer les personnes et leurs aidants sur les possibilités d'accueil	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réalisation d'actions portées par le secteur associatif mais de manière éparse :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Panel d'aides spécifiques proposé par l'UNAFAM pour les aidants personnes handicapées :                   <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cafés rencontres mensuelles,</li> <li>▪ Formations,</li> <li>▪ Groupes de paroles, etc.</li> <li>▪ <b>Déploiement de la plate-forme de répit et de l'accueil de jour</b> par la MRDA le 1<sup>er</sup> janvier 2016 ;</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>▪ Conception du portail PH destiné à s'intégrer au site du département (arborescence et contenu) mais il n'est pas encore mis en ligne ;</li> <li>▪ Diffusion d'un questionnaire visant à identifier les besoins des aidants PH néanmoins son contenu n'a pas encore été exploité.</li> </ul>	

Résultat attendu : Le renforcement des dispositifs d'aide aux aidants			
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Création de 52 places en accueil de jour PH entre 2013 et 2016 et création d'une place en hébergement temporaire PH en 2013, soit une augmentation d'environ 20% de l'offre de répit PH.</li> <li>▪ L'enjeu pour le présent schéma est de poursuivre cet effort d'augmentation de l'offre en accueil de jour à destination des personnes en situation de handicap</li> </ul>	<b>Création de places offre de répit PH</b>		
	<b>Structure</b>	<b>AJ</b>	<b>HT</b>
	<b>2013</b>	1	1
	<b>2014</b>	1	
	<b>2015</b>	26	
	<b>2016</b>	24	
	<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>1</b>

Les enjeux identifiés pour le présent schéma	
Pour les PA/PH	
	L'amélioration du repérage des aidants en difficulté
	L'amélioration de l'information à destination des aidants sur les dispositifs de répit
	La mobilisation du droit au répit prévu par la loi ASV
Pour les PA	
	<p><b>Les freins et difficultés concernant l'accès à l'offre de répit pour les personnes âgées :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Pour l'hébergement temporaire :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les dispositifs de répit sont faiblement mobilisés par les aidants</li> <li>▪ Des difficultés de gestion du retour au domicile sont remontées</li> <li>▪ Les usagers ne sont pas ou peu orientés vers l'hébergement temporaire par les partenaires locaux (médecins traitants, CLIC, SAAD, CCAS...)</li> </ul> </li> <li>○ <b>Pour l'accueil de jour :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'accueil de jour est sous-utilisé du fait de freins liés aux transports, à la faiblesse de la communication et à la solvabilisation des bénéficiaires, et parfois de l'intégration de la structure à un EHPAD.</li> </ul> </li> </ul>
Pour les PH	
	Poursuivre les efforts d'augmentation de l'offre de répit pour les personnes en situation de handicap en lien notamment avec la réforme des autorisations des établissements (Décret n° 2017-982 du 9 mai 2017)








## Action 5 : Soutenir un accueil familial de qualité pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap

### Pour les personnes âgées et les personnes handicapées

Résultat attendu : Développer le dispositif d'accueil familial en agréant de nouvelles familles
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mise en place de 3 Services d'Accompagnement de l'Accueil Familial (SAAF) : services tiers régulateurs dédiés au suivi social et médico-social.</li> <li>▪ Professionnalisation des accueillants familiaux :               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Rédaction par un groupe de travail d'un cahier des charges de la formation des accueillants familiaux ;</li> <li>○ Application du cahier des charges par la mise en œuvre de cycles de formations des accueillants familiaux.</li> <li>○ Mise en place d'une équipe pluridisciplinaire à la MDPH qui fournit un avis consultatif sur les demandes d'orientation en accueil familial pour sécuriser le dispositif SAAF.</li> </ul> </li> </ul>

Résultat attendu : Mieux faire connaître le dispositif de l'accueil familial aux grand public et potentiels usagers
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Communication sur ces dispositifs via le portail internet senior et l'édition de plaquettes.</li> </ul>

Les enjeux identifiés pour le présent schéma	
Pour les PA/PH	
	<b>Le sud est bien couvert en accueil familial mais des zones moins pourvues sont identifiées sur Laon et le Nord du département (cf. cartographie page 37)</b>
	<b>L'attractivité du métier d'accueillant et la valorisation de l'accueil familial comme solution alternative</b>
	<b>La formation des accueillants familiaux notamment en ce qui concerne le handicap psychique</b>
	<b>La répartition des rôles entre les accueillants familiaux et les professionnels du domicile (ex : SSIAD)</b>
	<b>L'articulation du dispositif d'accueil familial avec l'offre d'hébergement médico-social notamment pour anticiper le passage de l'accueil familial à l'établissement médico-social</b>

## Synthèse de l'orientation 1 : Garantir la fluidité des parcours de vie

Bilan de l'orientation 1 : Garantir la fluidité des parcours de vie		
Action	Résultat attendu	Réalisation
<b>Action 1 : Garantir les conditions optimales d'un maintien à domicile souhaité</b>	Assurer la continuité des services concourant au maintien à domicile	
	Repositionner les places de SAVS et SAMSAH dans une logique de couverture territoriale	
<b>Action 2 : Veiller au maintien du lien social</b>	Renforcer la prévention de la perte d'autonomie auprès des personnes âgées	
	Poursuivre les partenariats existants entre la MDPH et les acteurs de l'emploi en milieu ordinaire	
	Favoriser l'organisation des temps partiels en ESAT en complémentarité avec les autres offres médico-sociales	
<b>Action 3 : Faciliter le passage entre domicile et établissement</b>	Optimiser les modalités d'accueil des personnes vieillissantes en situation de handicap	
	Garantir une offre d'hébergement suffisante et adaptée	
<b>Action 4 : Améliorer la prise en charge globale par un meilleur soutien des aidants</b>	Structurer, mutualiser et mettre à jour l'information	
	Développer et soutenir les actions de « formation » et de sensibilisation aux aidants	
	Continuer d'informer les personnes et leurs aidants sur les possibilités d'accueil	
	Le renforcement des dispositifs d'aide aux aidants	
<b>Action 5 : Soutenir un accueil familial de qualité pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap</b>	Développer le dispositif d'accueil familial en agréant de nouvelles familles	
	Mieux faire connaître le dispositif de l'accueil familial aux grand public et potentiels usagers	

## Orientation 2 : Assurer équité et qualité

### Synthèse :

L'orientation 2 fait état d'un niveau satisfaisant de mise en œuvre. Un travail important a été mené autour des **dispositifs de coordination et de proximité**. En ce sens, six relais contact ont été mis en place sur le territoire. Ces relais contact visent à faciliter, à l'échelon de proximité, l'accès aux droits des personnes handicapées. Les relais contact sont adossés aux CCAS et aux CLIC. Le département a également repris en main **le pilotage des CLIC**. Désormais, dans le cadre du prochain schéma, le département envisage de mettre l'accent sur **l'articulation entre les MAIA et les dispositifs de proximité** en direction des personnes âgées et notamment des CLIC. Enfin la **qualité des accompagnements** en établissement s'est également améliorée de fait de l'adhésion départementale à la plateforme « culture à vie ».

## Action 7 : Soutenir la qualité des accompagnements

### Pour les personnes âgées

Résultat attendu : Améliorer la qualité et la diversité de l'animation en établissement	
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Adhésion du département à la plateforme « Culture à vie »<ul style="list-style-type: none"><li>○ Financement pour 3 ans par le département de la plateforme d'animation « Culture à vie » puis passage à un financement par les établissements.</li></ul></li><li>▪ Intégration d'un volet animation dans les premiers CPOM d'EHPAD</li></ul>	<p> <b>Le Fonctionnement de la plateforme Culture à Vie</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Rédaction d'animations clés en main par la référente culture à vie</li><li>▪ Les EHPAD, les résidences autonomie et les SAAD disposent d'un accès pour pouvoir télécharger les animations</li><li>▪ Près de la moitié des EHPAD utilisent aujourd'hui cette plateforme.</li></ul>

## Action 8 : Développer des moyens au service de l'équité

### Pour les personnes handicapées

#### Résultat attendu : Coordonner les CLIC et leur pilotage

- Elaboration d'un référentiel des acteurs et de leurs missions dans une perspective d'harmonisation des missions.
- Le CD a redéfini le périmètre d'intervention des CLIC :
  - Recentrage sur l'accompagnement individuel
  - Recentralisation de la communication par le Conseil départemental
  - Mise en place de réunions techniques trimestrielles

#### Résultat attendu : Développer des relais d'autonomie sur les territoires

- Création des relais contact pour faciliter l'accès aux droits des personnes handicapées.
- Ces relais sont d'anciens relais contact MDPH adossés dans les UTAS et intégrés aux CLIC.
- Actuellement 6 relais couvrent le territoire : CLIC de Soissons, UTAS de La Fère, CCAS de Saint-Quentin, CLIC de Guise, CLIC de Château-Thierry, CLIC d'Hirson.

### Les enjeux identifiés pour le présent schéma

#### Pour les PA/PH



#### L'évolution et le positionnement des dispositifs de coordination et de proximité PA/PH :

- Evolution des relais contact notamment par la mobilisation des CCAS/CIAS
- Evolution du pilotage des CLIC et de leur identification sur le territoire
- Mise en place de tables stratégiques MAIA au niveau départemental
- Coordination et articulation entre les différents dispositifs : CLIC/MAIA/CCAS...



#### L'adaptation de l'offre médico-sociale à l'évolution des besoins

## Synthèse de l'orientation 2 : Assurer équité et qualité sur l'ensemble du territoire départemental

Bilan de l'orientation 2 - Assurer équité et qualité sur l'ensemble du territoire départemental		
Action	Résultat attendu	Réalisation
<b>Action 7 : Soutenir la qualité des accompagnements</b>	Améliorer la qualité et la diversité de l'animation en établissement	
<b>Action 8 : Développer des moyens au service de l'équité</b>	Coordonner les CLIC et leur pilotage	
	Développer des relais d'autonomie sur les territoires	

## Orientation 3 : Piloter la politique publique départementale

### Synthèse :

L'orientation 3 concernant le pilotage de la politique publique de l'autonomie et du précédent schéma a donné lieu à des évolutions notables sur les outils de contractualisation et d'échange d'information. Les CPOM sont en cours de déploiement auprès des structures PH et une dizaine d'établissements PA ont d'ores et déjà signé un CPOM. De même, les échanges d'information entre le département et les établissements se sont structurés autour, notamment, du GADES. Cependant, deux points de vigilance peuvent être relevés : la persistance du **manque de structuration de l'information à destination des personnes handicapées** et de leurs aidants ainsi que la **faible visibilité du précédent schéma** départemental de l'Autonomie. Ces actions gardent leur pertinence pour le prochain schéma. Une réflexion est donc à mener sur la manière d'atteindre ces résultats attendus.

### **Action 9 : Structurer les réseaux professionnels au profit d'une meilleure coordination**

#### Pour les personnes âgées et les personnes handicapées

Résultat attendu : Donner un cadre aux échanges d'informations
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bonne transmission d'informations auprès des établissements PH via les petits déjeuners du GADES</li> <li>▪ Réunions régulières avec les fédérations représentatives des organismes gestionnaires PA (SEAP, FHF, URIOPSS, MECSEM, UNA...)</li> </ul>



## Action 10 : Garantir l'efficacité et la cohérence du schéma

### Pour les personnes âgées et les personnes handicapées

Résultat attendu :  
Renouveler le dialogue de gestion par la contractualisation  
avec les établissements et services (CPOM)

- Signature de 2 CPOM SAAD (AAGDA et AMSAM)
- Signature de CPOM avec les EHPAD prévue pour 2017
- Signature de 2 CPOM SPASAD
- Signature de 5 CPOM auprès des 9 résidences autonomie
- Signature de CPOM avec l'ensemble des établissements PH en cours

## Action 11 : Assurer une information de qualité à destination du grand public, des usagers et leur famille

### Pour les personnes âgées

Résultat attendu :  
Réaliser et assurer la diffusion d'un recensement actualisable de l'offre  
à destination des personnes âgées ou en situation de handicap

- Le portail PA comporte plusieurs rubriques sur notamment les aides, l'accueil de jour, l'aide aux aidants, etc.

### Pour les personnes handicapées

Résultat attendu :  
Structurer les canaux d'information

- Participation au **forum santé handicap infos** porté par des associations notamment par l'association des personnes handicapées (APH).
- Mise en place de permanences associatives (association des personnes handicapées) à la MDPH de 14h à 16h

## **Action 12 : Animer la mise en œuvre du schéma Autonomie**

### **Pour les personnes âgées et les personnes handicapées**

**Résultat attendu :**  
**Garantir la visibilité du schéma départemental de l'autonomie**

- Projet de bilans intermédiaires du schéma
- Absence de restitution du bilan sur les dernières années.

**Résultat attendu :**  
**Articuler le présent schéma avec les différents schémas directeurs (SROMS, schéma accessibilité, logement, etc.)**




- Présence d'un chargé de mission de la direction de l'autonomie au sein de diverses réunions avec les partenaires afin d'articuler les actions et permettre une cohérence

## Le portail d'information à destination des personnes âgées a été mis en ligne



The screenshot shows the homepage of 'aisne.com', the departmental portal for seniors. The header includes navigation links for 'Vous êtes...', 'Collectivité', 'Association', 'Jeune Sénior', and 'Quitter Profil'. A search bar is located at the top right. The main navigation menu contains 'Accueil', 'Vie Pratique', 'Services en Ligne', 'Annuaire', 'Actualités', and 'Contact'. The central content area features several articles with images and titles: 'L'Actualité' (Culture à vie), 'Zoom sur l'aide aux aidants', 'Vie Pratique' (Vivre chez soi), 'Santé - Bien-être - Loisirs' (Santé - Bien-être - Loisirs), and 'Annuaire' (Vous recherchez?). A sidebar on the right lists 'Services en Ligne' (Allocations et Aides, Se Déplacer, Ou S'adresser, Publications et Fiches) and 'Les Clics' (Centres Locaux d'Informations et de Coordination - CLIC).

Mise en ligne du portail des seniors sur le site du conseil départemental

Les enjeux identifiés pour le présent schéma	
Les enjeux en termes de pilotage	
	L'interconnaissance et la coordination entre les structures personnes handicapées et les structures personnes âgées
	L'adéquation entre le périmètre de l'action du schéma et les compétences du responsable d'action
	La réflexion sur la mise en place d'une maison de l'autonomie (MDA)
Les enjeux en termes de dialogue de gestion	
	La clarification de la stratégie de régulation du secteur de l'aide à domicile
	La réforme de la tarification
	Le déploiement des CPOM dans les EHPAD et dans les établissements PH
Les enjeux en termes de communication	
	La transmission d'information du département auprès des structures
	La communication autour de l'avancement des actions du schéma
	L'utilisation des outils de communication du département (actualisation du site internet du CD, rédaction d'articles dans le journal du département, etc.)

### Synthèse de l'orientation 3 : Piloter la politique publique départementale en faveur de l'autonomie

Bilan de l'orientation 3 : Piloter la politique publique départementale en faveur de l'autonomie		
Action	Résultat attendu	Réalisation
<b>Action 9 : Structurer les réseaux professionnels au profit d'une meilleure coordination</b>	Donner un cadre aux échanges d'informations	
<b>Action 10 : Garantir l'efficacité et la cohérence du schéma</b>	Résultat attendu : Renouveler le dialogue de gestion par la contractualisation avec les établissements et services (CPOM)	
<b>Action 11 : Assurer une information de qualité à destination du grand public, des usagers et leur famille</b>	Réaliser et assurer la diffusion d'un recensement actualisable de l'offre à destination des personnes âgées	
	Structurer les canaux d'information PH	
<b>Action 12 : Animer la mise en œuvre du schéma Autonomie</b>	Garantir la visibilité du schéma départemental de l'autonomie	
	Articuler le présent schéma avec les différents schémas directeurs (SROMS, schéma accessibilité, logement, etc.)	





# 4.

## Plan d'actions



# Liminaire au plan d'actions

## L'architecture du schéma

Le plan d'actions du Schéma Départemental de l'Autonomie se décline **autour de cinq orientations déclinées en 21 fiches-actions** :

1. Prévenir la perte d'autonomie et favoriser l'inclusion sociale
2. Améliorer et soutenir l'accompagnement des personnes à leur domicile
3. Faciliter le parcours résidentiel des personnes via une offre intermédiaire entre domicile et établissement
4. Adapter l'offre médico-sociale à l'évolution du secteur et des besoins de la population
5. Renforcer la place et le rôle de l'utilisateur dans la gouvernance de la politique de l'autonomie

Le nouveau schéma en faveur de l'autonomie du Département de l'Aisne s'inscrit également dans un contexte en pleine évolution sur le plan réglementaire, marqué par deux textes législatifs récents :

- la loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement (dite loi « ASV ») du 28 décembre 2015
- la loi de Modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, qui introduit la démarche de Réponse Accompagnée Pour Tous

Les orientations du schéma de l'Autonomie s'inscrivent dans la continuité de ces textes structurants.

## Les cinq grandes orientations du schéma de l'Autonomie

1. Prévenir la perte d'autonomie et favoriser l'inclusion sociale

L'objectif de cette première orientation consiste à **agir en amont de la perte d'autonomie, en développant la politique de prévention de la perte d'autonomie, tout en favorisant l'inclusion des personnes âgées et des personnes en situation de handicap dans la vie de la cité.**

Pour ce faire, le département cherchera à faire converger les initiatives des acteurs de la prévention dans la cadre de la conférence des financeurs et à renforcer les dynamiques de coordination entre les porteurs d'actions qui interviennent dans ce champ.

Le département entend également, dans une logique multi-partenariale, mettre en place des projets structurants sur la domotique et le numérique comme vecteur d'inclusion sociale.

2. Améliorer l'accompagnement des personnes à leur domicile

Le département veut **répondre à l'aspiration des personnes dépendantes de vivre, tant qu'elles le souhaitent, au sein de leur domicile.** Pour répondre à cet objectif, sanctuarisé par les nouvelles dispositions nationales et affirmé avec conviction par les acteurs du département de l'Aisne lors de la consultation, le département compte activer trois grands leviers : élaborer une stratégie départementale de l'aide à domicile (en lien avec la contractualisation), diversifier et renforcer l'aide aux proche-aidants ainsi que l'accès aux aides techniques.

### 3. Faciliter le parcours résidentiel des personnes via une offre intermédiaire entre domicile et établissement

La troisième orientation vise à **garantir aux personnes accompagnées le choix de leur lieu de vie et de leur environnement**. L'enjeu est d'élargir la palette de l'offre entre le tout domicile et le tout établissement en favorisant des **solutions alternatives**. Il s'agit notamment de **diversifier les solutions de droit commun pour permettre des parcours résidentiels fluides et sans ruptures**. Pour mettre en œuvre cette orientation, le département veillera à structurer un écosystème d'acteurs et de solutions diversifiées combinant une offre d'accueil familial appelée à se développer et à se moderniser, une offre de résidence autonomie qui acquiert un rôle prépondérant en termes de prévention de la perte d'autonomie et une offre émergente d'habitat inclusif.

### 4. Adapter l'offre médico-sociale à l'évolution du secteur et des besoins de la population

**Les besoins des personnes en situation de dépendance évoluent** : l'augmentation de l'espérance de vie des personnes engendre de nouvelles problématiques de prise en charge, tel que la prévalence des maladies chroniques chez les personnes âgées ou encore l'augmentation des troubles psychiatriques. De même, le vieillissement des personnes en situation de handicap suggère une adaptation des modes d'accompagnement et de prise en charge. L'offre médico-sociale doit également s'adapter à un secteur dont les référentiels évoluent fortement pour privilégier davantage des réponses individualisées et séquentielles, dans le sillage de la Réponse Accompagnée pour tous notamment.

L'offre médico-sociale doit également tenir compte des enjeux d'accès aux droits et aux services pour les personnes les plus vulnérables et s'inspirer de la notion « d'universalisme proportionné » qui invite à tenir compte des difficultés spécifiques des groupes sociaux les plus fragiles dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques sociales.

Concrètement, il s'agit de transformer les établissements dans une optique de décroisement, d'accompagnement pluriel et modulaire, d'ouverture sur l'extérieur et de mise à disposition des compétences auprès des partenaires (plateaux techniques). Pour les EHPAD par exemple, il s'agira alors de tendre vers le concept de « l'EHPAD de demain ». L'objectif est de favoriser les dispositifs souples et modulaires permettant de promouvoir la complémentarité des réponses de tous les acteurs et de répondre aux cas complexes. L'usage de la nomenclature Sérafin PH et la réforme des autorisations constituent deux instruments majeurs au service de ces transformations. Les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) seront des outils privilégiés pour accompagner ces transformations, en collaboration étroite avec l'ARS.

### 5. Renforcer la place de l'utilisateur dans la gouvernance de la politique de l'autonomie

La troisième orientation vise à **garantir aux personnes accompagnées le choix de leur lieu de vie et de leur environnement**. L'enjeu est d'élargir la palette de l'offre entre le tout domicile et le tout établissement en Renforcer la place de l'utilisateur dans la gouvernance de la politique de l'autonomie

Dans cette dernière orientation, il s'agit de **positionner l'utilisateur comme acteur des politiques de l'autonomie**. Cette orientation s'inscrit dans la continuité du précédent schéma de l'Autonomie qui accordait déjà une importance particulière à la parole de l'utilisateur et à ses instances de représentation.

Ce renforcement de la place de l'utilisateur s'entend à la fois à l'échelle du département avec la volonté de renforcer le rôle du Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) mais également au niveau local avec la volonté de simplifier l'accès aux informations et aux droits pour les usagers.

Les réflexions qui seront lancées sur une possible labellisation d'une Maison départementale de l'Autonomie s'appuyant sur le groupement d'intérêt public (GIP) et un investissement accru de l'Etat et des associations partenaires, s'inscrivent également dans cette volonté de mettre l'utilisateur au centre des dispositifs.

## **La mise en œuvre opérationnelle des grandes orientations**

La phase de concertation réalisée en début d'année 2018 a permis à l'ensemble des acteurs consultés de formuler des propositions d'actions concrètes s'inscrivant dans ces orientations. A partir de ces propositions, le Département de l'Aisne a défini des fiches-actions et des modalités d'action opérationnelles - relevant de sa compétence et de celle de ses partenaires - autour desquelles il souhaite mener sa politique de soutien aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap, pour les cinq prochaines années.

Chaque orientation est déclinée en fiches-actions, composées de huit rubriques :

- Les principaux constats issus de la concertation
- Objectifs de l'action
- Feuille de route opérationnelle
- Responsable de l'action
- Co-pilotes
- Contributeurs
- Indicateurs de suivi et d'évaluation
- Calendrier

La mise en œuvre des actions s'étalera sur toute la durée du schéma, soit entre 2018 et 2022.

Enfin, il est important de noter que ce schéma se veut « agile », évolutif, c'est-à-dire qu'il s'adaptera aux évolutions réglementaires majeures qui pourraient intervenir durant la période de mise en œuvre, ainsi qu'aux opportunités ou contraintes qui pourraient émerger (notamment financières).

Ainsi, certaines actions, complémentaires à celles déclinées dans le plan d'actions qui suit, pourront être envisagées, tout en s'inscrivant dans les cinq grandes orientations définies pour ce schéma.







# Orientation 1 : Prévenir la perte d'autonomie et favoriser l'inclusion sociale

Le vieillissement important de la population annoncé d'ici à 2030 conduit le Département à privilégier un axe fort autour de la prévention de la perte d'autonomie. Cette orientation s'inscrit dans le cadre posé par la loi d'adaptation de la société au vieillissement qui fait du département le chef de file de la politique de prévention de la perte d'autonomie avec l'instauration de la Conférence des financeurs.

Les éditions 2016 et 2017 de la Conférence des financeurs ont permis de renforcer l'offre de prévention avec un grand nombre d'actions collectives de prévention de la perte d'autonomie déployées sur l'ensemble du territoire.

Avec le schéma 2018-2022 le Département de l'Aisne souhaite développer de grands chantiers de prévention transversaux et amener les forces vives du territoire à se positionner collectivement sur les thématiques prioritaires : le développement des solutions domotiques pour les personnes dépendantes au domicile et l'amélioration de l'accès aux aides techniques.

Cette première orientation se décline en trois fiches actions :

**Fiche-action 1** : Renforcer l'efficacité et la visibilité des actions de prévention menées dans le cadre de la Conférence des financeurs dans une logique d'équité territoriale

**Fiche-action 2** : Expérimenter des outils numériques et collaboratifs favorisant l'accès à la vie sociale pour les personnes en perte d'autonomie

**Fiche-action 3** : Encourager le développement de la domotique afin de mettre les nouvelles technologies au service des personnes en perte d'autonomie.

**FICHE ACTION N° 1 :**  
**Renforcer l'efficacité et la visibilité des actions de prévention menées  
dans le cadre de la Conférence des financeurs dans une logique d'équité territoriale**

**Les principaux constats issus de la concertation**

- La mise en place de la Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) a permis de renforcer les moyens alloués aux actions de prévention. Cependant il est nécessaire de mieux accompagner la mise en place des actions pour assurer leur efficacité notamment au niveau de la diffusion de l'information et de la coordination des porteurs de projet.
- En effet, les actions de prévention organisées peuvent manquer de visibilité, notamment en raison de la faible sensibilisation des publics concernés et de l'accessibilité des actions de prévention dans un contexte de forte ruralité.
- Par ailleurs, les acteurs interrogés durant la phase de concertation font remonter que certains territoires bénéficient moins que d'autres des actions financées au titre de la conférence des financeurs.

**Objectifs de l'action**

1. Définir des grands chantiers prioritaires pour la CFPPA
2. Coordonner les actions financées de la conférence des financeurs afin de favoriser les synergies entre les porteurs d'actions
3. Améliorer la visibilité des actions de prévention

**Feuille de route opérationnelle**

1. Clarifier les priorités d'actions de la conférence des financeurs en actualisant le programme de prévention coordonné.
2. Territorialiser l'appel à projet pour l'année 2019 en indiquant des cibles en termes de couverture territoriale dans l'appel à projet
3. Favoriser le regroupement d'acteurs autour d'actions similaires
4. Favoriser les actions à l'échelle du département sur des thématiques transversales (par exemple la sécurité routière ou la domotique)
5. Faciliter l'interconnaissance entre les porteurs de projet en organisant des rencontres au Conseil départemental
6. Editer un catalogue des actions de prévention portées par la conférence des financeurs

Responsable de l'action	Co-pilote	Contributeurs
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conférence des financeurs</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partenaires retenus dans le cadre de l'appel à projets</li> <li>• Porteurs d'action du schéma directeurs d'usages et de services numériques (SDUS)</li> <li>• CDCA</li> </ul>

**Indicateurs de suivi et d'évaluation**

- Nombre d'actions co-portées
- Nombre d'actions portées à l'échelle du département
- Différence entre le nombre d'actions du territoire le moins doté en actions avec le territoire le mieux doté.

**FICHE ACTION N° 2 :**  
**Expérimenter des outils numériques et collaboratifs favorisant l'accès à la vie sociale  
pour les personnes en perte d'autonomie**

**Les principaux constats issus de la concertation**

- L'inclusion numérique (e-inclusion) constitue désormais une composante essentielle de l'accès à la vie sociale. Les inégalités d'accès aux services numériques portent autant sur la question des équipements techniques que sur la maîtrise des usages spécifiques du numérique.
- Les porteurs d'actions de prévention sur l'initiation des personnes âgées aux outils numériques ont souligné, lors de la concertation, l'importance des besoins rencontrés sur le terrain.
- Les services numériques permettent notamment de s'informer sur l'offre socio-culturelle, de communiquer avec ses proches ou encore de bénéficier de services innovants de mobilité.

**Objectifs de l'action**

1. Evaluer les besoins et l'offre
2. Formaliser une doctrine départementale sur l'e-inclusion
3. Lutter contre les inégalités d'accès aux services et à la vie sociale

**Feuille de route opérationnelle**

1. Lancer un groupe de travail partenarial pour dresser un diagnostic de l'offre et des besoins
2. Cartographier les partenaires potentiels dans l'écosystème régional de start-up notamment sur la question des mobilités
3. Formaliser un document de synthèse sur le point de vue du département sur l'e-inclusion
4. Valoriser les actions d'initiation à l'informatique via la CFPPA en veillant à l'équité territoriale

Responsable de l'action	Co-pilote	Contributeurs
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseil départemental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conférence des financeurs</li> <li>• Schéma directeur d'usages et de services numériques (SDUS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acteurs privés à identifier (start-up innovantes)</li> <li>• CDCA</li> </ul>

**Indicateurs de suivi et d'évaluation**

- Nombre de réunions tenus
- Nombre de start-ups rencontrées
- Formalisation du document de synthèse
- Nombre de bénéficiaires touchés par des actions d'initiation au numérique financées au titre de la CFPPA

**FICHE ACTION N° 3 :**  
**Encourager le développement de la domotique afin de mettre  
 les nouvelles technologies au service des personnes en perte d'autonomie**

**Les principaux constats issus de la concertation**

- Pour permettre aux personnes en perte d'autonomie de continuer à vivre à domicile dans les meilleures conditions, il est essentiel de les aider à adapter leur logement.
- La filière de la silver économie propose des solutions domotiques innovantes à même de faciliter la vie au domicile. Il existe, à ce titre des pôles de compétitivité à Lille et Amiens qui regroupent notamment des acteurs innovants et fiables sur le secteur de l'autonomie.
- Cependant, les acteurs interrogés durant la concertation expliquent que ces innovations ont du mal à rencontrer leurs bénéficiaires. Ces innovations rencontrent plusieurs freins : maturité parfois insuffisante des technologies, absence d'expérimentation prouvant la plus-value de la solution, structuration insuffisante de la filière.

**Objectifs de l'action**

1. Identifier et expérimenter une solution domotique en prévision d'un déploiement à l'échelle départementale

**Feuille de route opérationnelle**

1. Réaliser une étude de marché de l'ensemble des solutions domotiques existantes
2. Identifier un partenaire ou plusieurs partenaires innovants de la filière de la silver économie
3. Expérimenter une solution de domotique via un financement conférence des financeurs
4. Evaluer l'expérimentation et identifier les facteurs clefs de succès de son changement d'échelle (dont sécurisation du modèle économique retenu)
5. Définir une feuille de route d'un éventuel déploiement (stratégie de co-financement, calendrier, implication des partenaires institutionnels)

Responsable de l'action	Co-pilote	Contributeurs
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseil départemental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conférence des financeurs</li> <li>• Schéma directeur d'usages et de services numériques (SDUS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clusters</li> <li>• Start-up</li> <li>• CDCA</li> </ul>

**Indicateurs de suivi et d'évaluation**

- Réalisation de l'étude de marché
- Tenue de l'expérimentation

# Orientation 2 : Améliorer l'accompagnement des personnes à leur domicile

L'accompagnement des personnes au domicile reste un objectif central de la politique de l'autonomie du département de l'Aisne, structuré autour de trois thématiques prioritaires : la structuration du secteur de l'aide à domicile, l'aide aux proches-aidants et l'accès aux aides techniques.

La loi d'adaptation de la société au vieillissement a donné la compétence pleine et entière au département sur le secteur de l'aide à domicile, qui a désormais la responsabilité de réguler l'offre de service sur le territoire et d'en garantir la qualité et la continuité pour tous les usagers. C'est pourquoi le département souhaite formaliser une stratégie pour emmener l'ensemble des services dans une direction commune.

Les acteurs du secteur ont par ailleurs souhaité que ce schéma apporte une nouvelle impulsion à la politique de soutien aux aidants qui doit également figurer comme un sujet phare de ce schéma de l'autonomie. Il s'agira d'importer des pratiques et outils issus d'autres secteurs, voire issus d'autres cultures, afin d'expérimenter des solutions innovantes tel que la pair-aidance ou encore le relai à domicile.

Enfin, le Département souhaite ouvrir un chantier de travail d'ampleur sur l'accès aux aides techniques ainsi que l'accès aux logements adaptés. Il s'agit là en effet de conditions sine qua none du soutien des personnes au domicile.

Cette deuxième orientation se décline en quatre fiches actions :

**Fiche action 4** : Formaliser la stratégie territoriale pour le secteur de l'aide à domicile

**Fiche action 5** : Diversifier et développer l'offre de soutien aux aidants

**Fiche action 6** : Faciliter l'accès aux aides techniques pour les personnes à domicile ainsi que l'accessibilité à l'offre de logements adaptés





## FICHE ACTION N° 4 : Formaliser la stratégie territoriale pour le secteur de l'aide à domicile

### Les principaux constats issus de la concertation

- La loi d'Adaptation au Vieillessement du 28 décembre 2015 a entraîné la refonte du régime d'autorisation des services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD), l'agrément valant désormais autorisation départementale à intervenir auprès des bénéficiaires de l'APA et de la PCH.
- Le département a également expérimenté la contractualisation (CPOM) avec quelques SAAD (Aid-Aisne et l'AMSAM)
- Le secteur se caractérise par offre globalement importante de SAAD sur le territoire, bien que certains secteurs ruraux restent quantitativement moins desservis. De plus, certains SAAD sont concernés par des difficultés financières.
- La cartographie des interventions (cf. Diagnostic) révèle une couverture complète du département de l'Aisne. La nécessité d'assurer la stabilité du secteur implique de ce fait de ne pas favoriser l'ouverture de nouveaux services mais de consolider l'offre existante.

### Objectifs de l'action

1. Moderniser le partenariat entre les SAAD et le département au travers la mise en place de contrats de service public à domicile
2. Définir de manière concertée une stratégie du secteur

### Feuille de route opérationnelle

- Poursuivre et consolider la démarche de diagnostic territorial du secteur de l'aide à domicile pour mieux caractériser l'offre et les besoins
- Animer une démarche de concertation auprès des principaux services en travaillant notamment sur la question de la continuité des services, de la qualité rendue à l'utilisateur, des coûts et de l'attractivité du secteur.
- Etudier et conforter les opportunités relatives à la contractualisation avec les services et les modalités opérationnelles
- Construire un plan d'action pour le secteur de l'aide à domicile

Responsable de l'action	Co-pilote	Contributeurs
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseil départemental</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• SAAD autorisés</li> <li>• Autres partenaires</li> <li>• CDCA</li> </ul>

### Indicateurs de suivi et d'évaluation

- Réalisation du diagnostic territorial et du plan d'actions
- Nombre de réunions de concertation
- Nombre de SAAD entrés dans une démarche de contractualisation
- Evolution du nombre de bénéficiaires APA/PCH et décomposition de cette évolution par GIR

## **FICHE ACTION N° 5 :** **Diversifier et développer l'offre de soutien aux aidants**

### **Les principaux constats issus de la concertation**

- Un aidant est une personne « qui vient en aide, à titre non professionnel, en partie ou totalement, à une personne âgée dépendante ou une personne handicapée de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne » Guide de l'aidant familial, Ministère du travail.
- L'aidant peut être confronté au phénomène reconnu d'épuisement. Les conséquences peuvent être significatives pour l'aidant (dépression, syndrome d'épuisement, etc.) comme pour la personne aidée (maltraitance, rupture de prise en charge, etc.). La loi de l'adaptation de la société au vieillissement (28 décembre 2015) a permis la reconnaissance du statut d'aidant et des initiatives sur l'aide aux aidants ont pu être portées localement sur le département.
- Le département a mené une politique volontariste en matière de développement de l'offre de répit à destination des aidants. Cependant, le niveau de recours à cette offre reste perfectible.
  - **Pour l'hébergement temporaire :**
    - o Les dispositifs de répit sont faiblement mobilisés par les aidants
    - o Des difficultés de gestion du retour au domicile sont remontées
    - o Les usagers ne sont pas ou peu orientés vers l'hébergement temporaire par les partenaires locaux (médecins traitants, CLIC, SAAD, CCAS...)
  - **Pour l'accueil de jour :**
    - L'accueil de jour est sous-utilisé du fait de freins liés aux transports, à la faiblesse de la communication et à la solvabilisation des bénéficiaires, et parfois de l'intégration de la structure à un EHPAD (image négative).

### **Objectifs de l'action**

1. Accroître la connaissance des besoins des aidants sur le territoire
2. Améliorer la visibilité des actions à destination des aidants
3. Formaliser un diagnostic sur l'offre et des besoins des aidants sur le territoire en lien avec le diagnostic sur l'offre de répit menée au niveau régional.
4. Faire évoluer l'offre existante et diversifier l'offre

## Feuille de route opérationnelle

1. Optimiser l'accompagnement des aidants :
  - Réaliser un diagnostic sur l'aide aux aidants en complément du travail de l'ARS en cours sur les aidants de personnes en situation de handicap
  - Améliorer le repérage des aidants en s'appuyant sur l'évaluation multidimensionnelle APA et MDPH
  - Concevoir une brochure départementale sur le panel d'aides apporté aux aidants
  - Mener une réflexion sur la mise en place de plateformes territoriales d'aide aux aidants
  - Appuyer la mise en place de formations à destination des aidants
  - Poursuivre l'expérimentation d'une offre d'accompagnement à la parentalité pour les parents d'enfants en situation de handicap et pour les parents en situation de handicap
  
2. Mener une démarche de diagnostic et d'évolution de l'offre d'accueil de jour et d'hébergement temporaire auprès d'une série de structures volontaires et dont les taux d'occupation sont faibles :
  - Mener une série d'audit auprès des structures afin d'approfondir la connaissance des difficultés identifiées par grands types de difficultés : organisationnelles, architecturales, transport, offre de services, communication et information etc.
  - Mener un programme d'accompagnement au changement et d'appui technique auprès des structures sur la base du diagnostic approfondi : actions de communication, renouvellement des projets de services, nouveaux projets architecturaux, etc.
  
3. Diversifier l'offre de répit aux aidants
  - Développer une offre dédiée au répit pour les personnes handicapées bien distincte de l'offre d'accueil temporaire
  - Lancer une réflexion sur la mobilisation des accueillants familiaux sur le répit : ouvrir des agréments temporaires en accueil familial
  - Développer une offre d'accueil d'urgence (éventuellement par redéploiement de places en EHPAD ou en accueil de jour inoccupées)
  
4. Expérimenter des solutions innovantes :
  - Monter un groupe de recherche de solution sur la question du financement du relayage à domicile et de sa mise en œuvre opérationnelle notamment au regard du droit du travail

Responsable de l'action	Co-pilote	Contributeurs
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseil départemental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SAAD autorisés</li> <li>• Autres partenaires (CARSAT, MSA, Mutuelles)</li> <li>• CDCA</li> </ul>

### Indicateurs de suivi et d'évaluation

- Mise en place d'une expérimentation
- Rédaction d'un document de synthèse sur l'offre innovante
- Publication de la brochure départementale
- Taux d'occupation des services

**FICHE ACTION N° 6 :**  
**Faciliter l'accès aux aides techniques et aux logements adaptés  
pour les personnes en perte d'autonomie**

**Les principaux constats issus de la concertation**

- Les acteurs interrogés durant la concertation et notamment les SAAD relèvent le fait qu'un nombre important de bénéficiaires continuent de vivre dans un logement inadapté.
- La concertation a permis d'identifier plusieurs freins relatifs à l'adaptation des logements et à l'accès aux aides techniques :
- L'acceptation de la nécessité de l'aide (travail facilité par les auxiliaires et la famille)
- Lisibilité et visibilité des dispositifs d'accès aux aides
- L'installation des aides est parfois problématique (exemple : barres d'appui mal positionnées)
- Le contrôle d'effectivité de la prestation fait parfois défaut
- Le processus d'aménagement du logement est long et complexe

**Objectifs de l'action**

1. Améliorer l'accès aux aides techniques pour les personnes âgées et les personnes handicapées
2. Améliorer l'accès aux logements adaptés


**Feuille de route opérationnelle**

1. Positionner les acteurs de 1er niveau sur l'accès aux aides techniques (CLIC, CCAS, SAAD) :
  - via une offre de formation dédiée aux aides techniques pour les acteurs de 1er niveau ;
  - via l'identification de référents aides techniques dans les structures notamment les SAAD,
  - via la mise en place de lieux d'information dédiés sur le repérage des besoins, le conseil, la prévention, le suivi, etc.
2. Organiser un événement structurant de type forum pour sensibiliser le grand public à la question des aides techniques
3. Faciliter l'accès des personnes dépendantes aux logements sociaux adaptés existants (en s'appuyant sur le projet ADALOGIS de Soliha) par le rapprochement de l'offre et de la demande :
  - Caractérisation du parc
  - Caractérisation des besoins
  - Mise en relation via la technologie ADALOGIS
4. Ouvrir un groupe de réflexion pour la mise en place d'une formation de base sur la pose d'aides techniques pour les artisans et la diffusion d'un label « artisan recommandé »

Responsable de l'action	Co-pilote	Contributeurs
• Conseil départemental		<ul style="list-style-type: none"> <li>• SAAD</li> <li>• Bailleurs sociaux (dont Soliha)</li> <li>• Artisans</li> <li>• CDCA</li> </ul>

**Indicateurs de suivi et d'évaluation**

- Nombre d'acteurs de premier niveau formés
- Nombre d'artisans formés et labellisés
- Effectivité des adaptations préconisées dans le cadre de l'APA, la PCH
- Nombre de logements adaptés



# Orientation 3 : Faciliter le parcours résidentiel des personnes via une offre intermédiaire entre domicile et établissement

Cette orientation vise à rendre plus effective la notion de « parcours résidentiel » en développant les solutions intermédiaires entre le domicile et la vie en institution.

Pour cela, le Département souhaite structurer un écosystème d'acteurs et de solutions diversifiées combinant une offre d'accueil familial qui continuera à se développer et à se moderniser, une offre de résidence autonomie qui acquiert un rôle prépondérant en termes de prévention de la perte d'autonomie parallèlement à l'émergence de nouvelles formes d'habitat inclusives.

Cette troisième orientation se décline en trois fiches actions :

**Fiche Action 7** : Promouvoir le dispositif de l'accueil familial et poursuivre la professionnalisation des accueillants familiaux

**Fiche Action 8** : Accompagner le développement de nouvelles formes d'habitat et promouvoir l'habitat inclusif pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap

**Fiche Action 9** : Accompagner le développement et la modernisation de l'offre de Résidences Autonomie



## **FICHE ACTION N° 7 : Promouvoir le dispositif de l'accueil familial et poursuivre la professionnalisation des accueillants familiaux**

### **Les principaux constats issus de la concertation**

- Sur la période du précédent schéma, le Département a mis en place trois services d'Accompagnement de l'Accueil Familial (SAAF). Il s'agit de services tiers régulateurs dédiés au suivi social et médico-social du dispositif d'accueil familial.
- Par l'intermédiaire des SAAF, le département a mené un travail de professionnalisation des accueillants familiaux en mettant en place un cahier des charges de la formation des accueillants familiaux.
- Pour améliorer la visibilité de l'accueil familial, le département a également communiqué sur ces dispositifs via le portail internet senior et l'édition de plaquettes.
- Le diagnostic a permis d'identifier les principaux enjeux de l'accueil familial pour le présent schéma :
  - o L'activité d'accueillant familial continue de souffrir d'un déficit de notoriété ;
  - o Les accueillants familiaux ont besoin d'accompagnement à la professionnalisation sur des thématiques spécifiques : sur la question du handicap psychique et la répartition et sur la répartition des rôles entre les accueillants familiaux et les professionnels du domicile ;
  - o L'anticipation de la sortie du dispositif d'accueil familial quand celui-ci n'est plus adapté et l'articulation de l'accueil familial avec l'offre d'hébergement médico-social ;
  - o La mobilisation de l'accueil familial pour le répit des aidants en favorisant l'accueil séquentiel et l'accueil temporaire en accueil familial.

### **Objectifs de l'action**

1. Adopter une stratégie de structuration de l'offre dans une logique d'équité territoriale
2. Améliorer l'attractivité de l'accueil familial
3. Sécuriser le dispositif pour la personne accueillie comme la personne accueillante
4. Améliorer la fluidité des parcours des personnes bénéficiant de l'accueil familial
5. Mobiliser l'accueil familial sur le répit

### **Feuille de route opérationnelle**

1. Renouveler l'offre de formation à destination des accueillants familiaux en mettant davantage l'accent sur le handicap psychique et les risques de glissement de tâches
2. Appuyer le travail des SAAF sur l'anticipation de sortie du dispositif en améliorant l'articulation des accueillants familiaux avec les acteurs de premier niveau (CCAS, CLIC, SAAD, SSIAD)
3. Positionner les accueillants familiaux sur le répit des aidants en favorisant l'accueil temporaire et l'accueil séquentiel en accueil familial
4. Aborder spécifiquement avec l'ARS la question de l'anticipation et de la préparation de l'orientation en accueil familial pour le public jeune de 14-17 ans, ayant une notification MDPH et relevant du champ de l'ASE
5. Poursuivre le travail de promotion du dispositif d'accueil familial en actualisant les supports de communication

Responsable de l'action	Co-pilote	Contributeurs
<ul style="list-style-type: none"> <li>Conseil départemental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ARS</li> <li>SAAF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Accueillants familiaux, Acteurs du domicile (SAAD, SSIAD)</li> <li>CDCA</li> </ul>
Indicateurs de suivi et d'évaluation		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de formations suivies abordant la question de la répartition des tâches et le handicap psychique</li> <li>Nombre de personnes faisant une demande d'agrément</li> </ul>		

**FICHE ACTION N° 8 :**  
**Accompagner le développement de nouvelles formes d'habitat  
 et promouvoir l'habitat inclusif pour les personnes âgées et les personnes  
 en situation de handicap**

**Les principaux constats issus de la concertation**

- Les aspirations des personnes en situation de dépendance évoluent et les personnes expriment davantage le souhait de vivre de manière autonome tout en bénéficiant d'un accompagnement social, médico-social et sanitaire.
- L'habitat inclusif peut répondre à ces aspirations. L'habitat inclusif correspond à des logements regroupés avec une mutualisation (APA et PCH) des services accompagnant les personnes.
- Le guide l'habitat inclusif de la CNSA (2017) définit trois critères caractérisant l'habitat inclusif :
  - o Offrir à la personne « un chez soi », dans la vie de la cité
  - o Permettre le libre choix et, donc, s'inscrire en dehors de tout dispositif d'orientation sociale ou médico-sociale
  - o Etre ouvert aux personnes non éligibles à la PCH ou à l'APA
- La concertation a permis de faire émerger les difficultés des porteurs de projet d'habitat inclusif :
  - o Difficultés à mobiliser l'ingénierie pour monter un projet d'habitat inclusif
  - o Difficultés à caractériser de manière homogène les besoins d'habitat inclusif ainsi que l'offre existante
  - o Difficultés à caractériser la responsabilité juridique des porteurs de projet d'habitat inclusif notamment en ce qui concerne les normes de sécurité (SSI)
  - o Difficultés à identifier le bon niveau de proximité de la plateforme technique d'accompagnement médico-sociale

**Objectifs de l'action**

1. Définir un référentiel départemental en matière d'habitat inclusif en s'appuyant notamment sur le guide de l'habitat inclusif de la CNSA
2. Faire évoluer l'offre actuelle pour la rapprocher du droit commun en s'appuyant sur un étayage médico-social
3. Proposer un accompagnement aux porteurs de projet d'habitat inclusif
4. Encourager les expérimentations d'habitat inclusif
5. Améliorer la fluidité des parcours entre l'habitat inclusif et l'établissement

**Feuille de route opérationnelle**

1. Ouvrir un groupe de réflexion sur des modèles cibles d'habitat inclusif pour le département (logement social, logement de droit privé, projets portés par des ESMS, etc.).

Responsable de l'action	Co-pilote	Contributeurs
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseil départemental</li> <li>• Agence régionale de santé</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bailleurs sociaux, ESMS, acteurs privés de la construction</li> </ul>

**Indicateurs de suivi et d'évaluation**

- Nombre de résidents en habitat inclusif
- Satisfaction des résidents en habitat inclusif

**FICHE ACTION N° 9 :**  
**Accompagner le développement**  
**et la modernisation de l'offre de Résidences Autonomie**

**Les principaux constats issus de la concertation**

- Les résidences autonomie constituent un hébergement intermédiaire entre le domicile et l'établissement médicalisé qui permet de sécuriser les parcours. Les résidences autonomie contribuent à l'autonomisation de la personne âgée par la prévention, l'accompagnement et l'accès à une offre de service adaptée
- La loi d'adaptation de la société au vieillissement impose plusieurs transformations aux résidences autonomie. Celles-ci doivent désormais fournir un socle commun de prestations de base. Le département contribue à ce socle en finançant, au titre du forfait autonomie de la conférence des financeurs, des actions de prévention à destination des résidents.
- Le département de l'Aisne dispose d'une offre importante en termes de résidences autonomie (449 places). Les acteurs ont fait remonter durant la concertation que cette offre est encore insuffisante du fait de la croissance des besoins. L'offre départementale est également peu connue des bénéficiaires potentiels.

**Objectifs de l'action**

1. Mieux faire connaître les résidences autonomie auprès des potentiels bénéficiaires
2. Appuyer le développement de l'offre d'accueil en résidence autonomie
3. Moderniser l'offre de service apportée aux résidents

**Feuille de route opérationnelle**

1. Mener une première étape de contractualisation avec les gestionnaires de résidence autonomie en vue de les inciter à mettre en place des actions individuelles et collectives de prévention de la perte d'autonomie, financées par le forfait autonomie.
2. Communiquer sur l'offre de résidences autonomie et informer les partenaires étant directement en contact avec les bénéficiaires cibles (Gir 4-5-6) dont les SAAD et les SSIAD.
3. Favoriser les actions d'ouverture des résidences autonomie sur leur environnement proche : organisation d'activités ouvertes sur le territoire notamment dans le cadre du forfait autonomie.
4. Lancer un appel à projet pour l'autorisation de nouvelles structures

Responsable de l'action	Co-pilote	Contributeurs
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseil départemental</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestionnaires des résidences autonomie</li> <li>• CDCA</li> </ul>

**Indicateurs de suivi et d'évaluation**

- Evolution du nombre de personnes désirant entrer en résidence autonomie



# Orientation 4 : Adapter l'offre médico-sociale à l'évolution du secteur et des besoins de la population

Ce schéma cherchera à adapter l'offre médico-sociale pour les personnes en situation de handicap et pour les personnes âgées à deux types d'évolution majeures : une évolution rapide des besoins de la population dont l'espérance de vie augmente et dont les trajectoires socio-professionnelles se complexifient (augmentation des maladies chroniques, augmentation des troubles psychiatriques, vieillissement des personnes en situation de handicap, etc.) ainsi qu'une évolution du cadre réglementaire qui converge, dans le secteur des personnes âgées et dans celui des personnes en situation de handicap, vers des logiques de désinstitutionalisation et de réponses individualisées.

Concernant l'offre gériatrique, il s'agira de tendre progressivement vers « l'EHPAD de demain », qui représente un enjeu de société majeur au regard de l'ampleur du vieillissement de la population. S'il n'existe pas de définition partagée de l'EHPAD de demain, la notion sous-tend plusieurs principes, parmi lesquels le décloisonnement, l'accompagnement pluriel et modulaire, et l'ouverture sur l'extérieur. L'objectif est de favoriser une logique de parcours, en faisant de l'EHPAD une plateforme de ressources en lien avec une pluralité d'acteurs (résidences-autonomie, services du domicile, filière gériatrique, maisons de santé...) et proposant différentes modalités d'accueil (accueil temporaire, accueil de jour). Tout en offrant une palette de solutions aux personnes âgées, il sera également attendue une ouverture à d'autres types de publics, et notamment les personnes handicapées vieillissantes. Le défi sera également d'éviter la surmédicalisation, afin de conserver de véritables lieux de vie.

Concernant l'offre d'hébergement spécifique pour les personnes en situation de handicap, elle sera également amenée à évoluer : c'est tout le sens de la circulaire du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre dans le cadre de la Réponse Accompagnée Pour Tous. Là encore, il s'agira de « favoriser des dispositifs souples et modulaires pour répondre à la diversité des besoins », « promouvoir la complémentarité des réponses de tous les acteurs » ou encore « organiser des réponses aux situations complexes et d'urgence ». Les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) seront des outils privilégiés pour accompagner ces transformations, en collaboration étroite avec l'ARS.





Cette quatrième orientation se décline en six fiches actions :

**Fiche-action 10** : Diversifier et enrichir l'offre d'accompagnement en établissement dans une dynamique d'ouverture sur l'extérieur

**Fiche-action 11** : Faire évoluer les établissements et services – en lien avec la feuille de route Réponse accompagnée pour Tous - pour leur permettre d'accueillir et accompagner les personnes en situation les plus complexes

**Fiche-action 12** : Améliorer l'anticipation et la réactivité des dispositifs aux âges charnières afin notamment de mieux réussir le passage de l'adolescence à l'âge adulte pour les personnes en situation de handicap

**Fiche-action 13** : Diversifier les réponses face au vieillissement des personnes en situation de handicap

(Modalités : Appel à candidature pour des UVPHA, ...)

**Fiche-action 14** : Faciliter les liens de coopération et de coordination entre le secteur médico-social et le secteur psychiatrique en lien avec le programme régional de santé mentale (Modalités : Conventionnement ESMS et psychiatrie)

**Fiche-action 15** : Poursuivre la dynamique de contractualisation avec les établissements dans le cadre des CPOM en formalisant des objectifs d'évolution de l'offre

**FICHE ACTION N° 10 :**  
**Diversifier et enrichir l'offre d'accompagnement**  
**en établissement dans une dynamique d'ouverture sur l'extérieur**

**Les principaux constats issus de la concertation**

- La concertation a permis d'identifier des pratiques existantes d'ouverture des établissements sur l'extérieur. La MAIA Saint Quentin a, par exemple, initié une commission inter-EHPAD pour que les résidents puissent participer aux activités de la ville. De même, l'EHPAD de Villers-Cotterêts a monté des partenariats avec les écoles et les services de la municipalité pour créer ou accueillir des événements culturels. Le bilan de ces dynamiques d'ouverture est très positif.
- Les acteurs mobilisés durant la concertation ont également insisté sur l'image négative dont souffrent les EHPAD. Le changement de regard des usagers passe par une ouverture des établissements pour personnes âgées comme des établissements pour les personnes en situation de handicap sur leur environnement.
- L'ouverture des établissements permet donc de changer les regards et d'améliorer l'offre de services et d'animation à destination des résidents comme de la population. Cette dynamique s'inscrit dans une réflexion plus générale sur « l'EHPAD et l'établissement de demain »

**Objectifs de l'action**

1. Appuyer les dynamiques d'ouverture des établissements
2. Encourager les réflexions concernant « l'EHPAD de demain » :

**Feuille de route opérationnelle**

**1. Encourager les activités ouvertes sur l'extérieur**

- **Promouvoir les interventions au sein des établissements médico-sociaux :**
  - i. Identifier les forces vives du territoire pouvant porter des actions au sein des établissements : vente de produits, ateliers, activité culturelle (bibliothèques, exposition, médiation animale)
  - ii. Envisager de dédier une partie des locaux à des services extérieurs (kiné, coiffeur...) ou des lieux de culte
- **Développer des plateformes / lieuxressources pour faciliter la mise en œuvre d'animations** (identification des lieux accessibles, activités adaptées, formation, transport, mutualisation pour réduire les coûts...)
- **Promouvoir les activités intergénérationnelles**
- Travailler avec les communes pour **faciliter les passerelles avec les autres secteurs** (jeunesse, culture...)

**2. Mener un chantier sur les ressources humaines et médicales en établissement (en lien avec les CPOM) :**

- Formation et recrutement sur les sujets spécifiques identifiés : fin de vie, gestion des troubles psychiatriques
- Formations croisées avec le secteur psychiatrique et le secteur du handicap
- Immersion et partage d'expériences inter-établissements
- Mise en place de GPEC
- Mise en place de fonctionnements mutualisés (pool de compétences)

Responsable de l'action	Co-pilote	Contributeurs
<ul style="list-style-type: none"> <li>Conseil départemental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Agence régionale de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>EHPAD</li> <li>CDCA</li> </ul>
Indicateurs de suivi et d'évaluation		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre d'activités organisées par les établissements et ouvertes sur le territoire</li> </ul>		

**FICHE ACTION N° 11 :**  
**Faire évoluer les établissements et services - en lien avec la feuille de route Réponse accompagnée pour Tous et la réforme des autorisations - pour leur permettre d'accueillir et accompagner les personnes en situation les plus complexes**

**Les principaux constats issus de la concertation**

- En raison du vieillissement de la population et des aspirations des personnes à rester à leur domicile le plus longtemps possible, les établissements constatent un phénomène fort d'augmentation de la dépendance et de la complexité des situations prises en charge.
- Pour permettre aux établissements de prendre en charge dans les meilleures conditions ces situations complexes, il est nécessaire de favoriser les partenariats émanant de dispositifs divers. A ce titre, les acteurs font remonter les difficultés croissantes de prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques
- Le déploiement de la réforme « Une réponse accompagnée pour tous » permet de répondre en partie à l'enjeu de coordination, de renforcement des partenariats et de coordination des acteurs autour des situations.

**Objectifs de l'action**

1. Mieux prendre en charge les situations complexes
2. Faciliter la coordination des acteurs autour du parcours des personnes

**Feuille de route opérationnelle**

1. Mobiliser les acteurs autour de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » et notamment autour des groupes opérationnels de synthèse
2. Apporter de la souplesse dans les prises en charge en établissement en s'appuyant sur la réforme des autorisations (Décret n° 2017-982 du 9 mai 2017)
3. Mettre en cohérence les différents outils permettant l'interconnaissance entre les acteurs du secteur (ROR, Viatrajectoire, référentiel départemental).
4. Favoriser l'appropriation de la nomenclature Serafin PH
5. Identifier et repositionner les acteurs (SAVS, SAMSAH, établissements PH, référent PAG, etc.) en charge de la coordination des interventions autour de la personne handicapée dans une dynamique de parcours :
  - Au niveau des structures, faciliter la coordination des acteurs autour des situations en s'appuyant sur des conventions de partenariats entre ESSMS
  - Au niveau individuel, identifier un coordonnateur de parcours pour chaque situation.
6. S'appuyer sur le plan d'accompagnement global comme un outil de prise en charge modulaire des personnes relevant des situations les plus complexes

<b>Responsable de l'action</b>	<b>Co-pilote</b>	<b>Contributeurs</b>
• Conseil départemental	• Agence régionale de santé • MDPH	• Etablissements et services PH

**Indicateurs de suivi et d'évaluation**

- Nombre de conventions signées entre établissements

**FICHE ACTION N° 12 :**  
**Améliorer l'anticipation et la réactivité des dispositifs  
aux âges charnières afin notamment de mieux réussir le passage de l'adolescence  
à l'âge adulte pour les personnes en situation de handicap**

**Les principaux constats issus de la concertation**

- L'entrée dans l'âge « adulte » (défini à 20 ans) et le passage à la retraite constituent des périodes charnières pour les personnes en situation de handicap, qui se voient confrontées à un risque de rupture d'accompagnement. A ce titre, les acteurs consultés font état du manque de solutions pérennes pour les jeunes relevant de l'amendement Creton.
- De même, la concertation a également pointé le risque de rupture de parcours pour les jeunes de l'ASE bénéficiant d'une notification MDPH.
- Pour anticiper ces passages et éviter les ruptures, il est essentiel de pouvoir évaluer les besoins des personnes concernées et de préparer la mise en place des évolutions souhaitables (changement de lieu d'habitation, d'activité professionnelle...).

**Objectifs de l'action**

1. Anticiper et accompagner les transitions dans le parcours des personnes accompagnées
2. Faciliter les prises en charge modulaires durant ces phases de transition

**Feuille de route opérationnelle**

1. Développer l'information à destination des familles sur les dispositifs existants pour leur permettre de préparer l'avenir.
2. Identifier, créer et mobiliser des solutions de prise en charge, dont l'accueil familial (cf. fiche action n°7), pour les jeunes de l'ASE bénéficiant d'une notification MDPH en risque de rupture de parcours.
3. Encourager la possibilité d'effectuer des stages d'immersion en établissement, notamment au sein des foyers de vie, et travailler à des entrées progressives en établissements.
4. Accompagner l'entrée et la sortie des bénéficiaires en ESAT :
  - Renforcer la préparation à l'entrée en ESAT au niveau des Centres d'accueil de jour avec un accompagnement SAVS pour la constitution des dossiers
  - Conforter et renforcer le rôle de l'ESAT dans l'accompagnement à l'emploi en milieu ordinaire
  - Généraliser la double orientation MDPH permettant des temps partiel ESAT/CAJ/SAVS

Responsable de l'action	Co-pilote	Contributeurs
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseil départemental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agence régionale de santé</li> <li>• MDPH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissements et services PH</li> </ul>

**Indicateurs de suivi et d'évaluation**

- Pourcentage de jeunes relevant de l'amendement Creton dans les établissements axonais



**FICHE ACTION N° 13 :**  
**Diversifier les réponses face au vieillissement des personnes  
en situation de handicap**

**Les principaux constats issus de la concertation**

- « Une personne handicapée vieillissante est une personne qui a entamé ou connu sa situation de handicap (quelle qu'en soit la nature ou la cause) avant de connaître par surcroît les effets du vieillissement. La situation de handicap a donc précédé le vieillissement. » (ANESM).
- Les acteurs ont fait remonter durant la concertation l'accroissement de la problématique du vieillissement des personnes en situation de handicap vivant notamment en foyer de vie, à domicile ou dans l'offre inclusive.
- Le précédent schéma de l'Autonomie avait déjà pointé la problématique de l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes. A ce titre, un appel à projets conjoint ARS/CD va être lancé pour créer, par transformation de places, des unités de vie pour personnes handicapées âgées (12 à 14 places par unités) en EHPAD.

**Objectifs de l'action**

1. Apporter des solutions de prise en charge aux personnes vieillissantes en situation de handicap

**Feuille de route opérationnelle**

1. Mettre en place des unités de vie pour personnes handicapées âgées dans les EHPAD puis évaluer la pertinence et l'efficacité du dispositif.
2. Favoriser des liens de complémentarité entre les structures du handicap (SAVS, SAMSAH, établissements) et les acteurs du champ gérontologique pour construire des réponses adéquates :
  - Organiser des réunions d'échanges de pratiques et des formations croisées
  - Proposer des stages d'immersion
  - Mettre en place des espaces de partage de ressources

Responsable de l'action	Co-pilote	Contributeurs
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseil départemental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agence régionale de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissements et services PA et PH</li> <li>• CDCA</li> </ul>

**Indicateurs de suivi et d'évaluation**

- Nombre de personnes handicapées âgées accueillies en EHPAD

## FICHE ACTION N° 14 :

### Faciliter les liens de coopération et de coordination entre le secteur médico-social et le secteur psychiatrique en lien avec le programme régional de santé mentale

#### Les principaux constats issus de la concertation

- La consultation a permis d'identifier l'enjeu de coordination des établissements avec le secteur sanitaire et notamment psychiatrique notamment au niveau du secteur sud du département.
- Des efforts ont cependant été entrepris avec notamment la création de deux unités spécialisées de la Maison de retraite départementale de l'Aisne (MRDA) ainsi que la mise en place d'un groupe de travail piloté par la MAIA en lien avec l'Etablissement public de santé mentale (EPSMD).
- Par ailleurs, il subsiste un fort enjeu de fluidité des parcours entre le sanitaire et le médico-social notamment dans la prise en charge des crises, des décompensations, etc.

#### Objectifs de l'action

1. Améliorer l'interconnaissance entre les acteurs du secteur médico-social et les acteurs du secteur psychiatrique
2. Favoriser le partage d'expériences entre les professionnels
3. Faciliter la continuité de la prise en charge

#### Feuille de route opérationnelle

1. Sur la base des travaux menés par la MRDA et la MAIA, structurer une démarche partenariale permettant d'identifier les thématiques prioritaires de coopération et les formats adéquats de coopération entre le secteur médico-social et le secteur psychiatrique.
2. Appuyer, sur la base de ces enseignements, la dynamique de conventionnement entre le secteur médico-social et le secteur psychiatrique en facilitant l'interconnaissance et en diffusant des outils clefs en main (modèles types de convention).
3. En lien avec la fiche action n° 10, favoriser une dynamique autour de formations-actions et d'échanges de pratiques entre le secteur médico-social et le secteur psychiatrique.

Responsable de l'action	Co-pilote	Contributeurs
<ul style="list-style-type: none"><li>• Conseil départemental</li><li>• Agence régionale de santé</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Communauté psychiatrique de territoire</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ESSMS</li><li>• EPSMD</li><li>• CDCA</li></ul>

#### Indicateurs de suivi et d'évaluation

- Nombre de conventions signées

**FICHE ACTION N° 15 :**  
**Poursuivre la dynamique de contractualisation avec les établissements dans le cadre des CPOM en formalisant des objectifs d'évolution de l'offre**

**Les principaux constats issus de la concertation**

- Le secteur médico-social se caractérise par un mouvement général de contractualisation sous l'effet notamment de la réforme de la tarification des EHPAD et de la réforme du régime de l'autorisation pour les SAAD.
- Les CPOM constituent une facilité de gestion pour les structures et le département et ils permettent également de valoriser des objectifs qualitatifs. Par exemple, les premiers CPOM d'EHPAD intègrent un volet animation. Les CPOM constituent donc des outils au service de l'évolution de l'offre.
- Les CPOM sont actuellement en cours de déploiement auprès des structures PH et une dizaine d'établissements PA ont d'ores et déjà signé un CPOM.

**Objectifs de l'action**

1. S'appuyer sur les CPOM pour faire évoluer l'offre de services des structures

**Feuille de route opérationnelle**

1. Valoriser par les CPOM la notion de territorialisation des parcours des usagers ainsi que la possibilité de monter des actions de pair-aidance.
2. Formaliser des objectifs en termes de droit des usagers, de qualité des accompagnements, de politique d'animation, d'ouverture sur l'extérieur, d'éco-citoyenneté, d'éco-responsabilité, de gouvernance interne et d'optimisation de la performance.
3. Inscrire ces objectifs dans les CPOM à venir ou dans les supports en négociation en y associant les moyens nécessaires

Responsable de l'action	Co-pilote	Contributeurs
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseil départemental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agence régionale de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissements gestionnaires PA/PH</li> <li>• CDCA</li> </ul>

**Indicateurs de suivi et d'évaluation**

- Nombres de CPOM signés intégrant ces nouveaux objectifs

# Orientation 5 : Renforcer la place de l'utilisateur dans la gouvernance de la politique de l'autonomie

Depuis la constitution de son premier schéma de l'Autonomie, le Département de l'Aisne positionne l'utilisateur au cœur des dispositifs afin d'améliorer en continu le service qui lui est rendu et de l'impliquer dans les prises de décisions le concernant. Cette volonté politique historiquement forte trouve sa continuité dans le présent schéma de l'autonomie autour de deux engagements structurants : renforcer le rôle du conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie et simplifier l'accès aux informations et aux droits pour les usagers.

Le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) résulte de la convergence du comité départemental des retraités et des personnes âgées (CODERPA) et du Conseil départemental consultatif des personnes handicapées (CDCPH) sous l'effet de loi d'adaptation de la Société au Vieillessement. L'ambition du schéma départemental de l'Autonomie est de permettre au CDCA de jouer un rôle de premier rang dans la co-construction et l'animation de politique publique départementale de l'autonomie.

Le schéma de l'autonomie vise également à simplifier le parcours de l'utilisateur pour faciliter son accès aux droits. A ce titre, le positionnement des acteurs de proximité sera retravaillé au cours des cinq années du schéma. De même, la lisibilité des dispositifs pour l'utilisateur sera améliorée avec un travail de mise en cohérence des acteurs jouant un rôle de coordinateur de parcours. Ce travail de simplification des dispositifs s'incarne également dans la volonté de mener une politique publique intégrée et cohérente à destination des personnes âgées, des personnes en situation de handicap, et de leurs aidants. L'ouverture d'une réflexion sur un projet de labellisation d'une MDA traduit cette volonté d'intégration accrue des politiques de l'autonomie.

Cette cinquième orientation se décline en cinq fiches actions :

**Fiche-Action 16** : Renforcer le positionnement des acteurs de proximité sur l'accueil généraliste de premier niveau et sur l'accès aux droits pour les usagers

**Fiche-action 17** : Conforter le rôle et la place du Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie dans la définition et la mise en œuvre de la politique de l'autonomie

**Fiche-action 18** : Améliorer l'articulation et la cohérence entre les dispositifs de coordination CLIC-MAIA via un travail de modélisation

**Fiche-action 19** : Diffuser une culture de la pair-aidance

**Fiche-action 20** : Animer et dynamiser la Conférence des financeurs de la perte d'autonomie dans une optique de plus grande coordination interinstitutionnelle

**Fiche-action 21** : Entreprendre une réflexion sur la labellisation de la Maison départementale de l'Autonomie



**FICHE ACTION N° 16 :**  
**Renforcer le positionnement des acteurs de proximité sur l'accueil généraliste de premier niveau et sur l'accès aux droits pour les usagers**

**Les principaux constats issus de la concertation**

- Sur la période du précédent schéma, le Département a mis en place les relais autonomie maillant le territoire. Les relais autonomie sont des structures d'accueil généralistes (PA et PH) qui facilitent l'accès aux droits des personnes dépendantes.
- Actuellement 6 relais couvrent le territoire : CLIC de Soissons, UTAS de La Fère, CCAS de Saint-Quentin, CLIC de Guise, CLIC de Château-Thierry, CLIC d'Hirson.
- La concertation a permis de dresser un bilan très positif des relais autonomie. Ce dispositif est donc amené à s'étendre.

**Objectifs de l'action**

1. Renforcer la visibilité des relais autonomie et des CLIC
2. Améliorer la qualité de l'accueil et de l'information délivrée aux usagers
3. Appuyer l'ouverture de nouveaux relais de l'autonomie

**Feuille de route opérationnelle**

1. Renforcer le rôle des CCAS et CIAS sur l'accueil de premier niveau
  - Repréciser le périmètre d'intervention souhaité pour les CCAS ;
  - Formaliser dans le cadre d'une convention entre le Conseil départemental et l'UDCCAS les objectifs d'information et d'orientation attendus et les moyens mis en œuvre pour y parvenir ;
2. Positionner les CCAS et les CIAS sur l'accueil de nouveaux relais de l'autonomie
3. Faire évoluer le pilotage des CLIC pour améliorer leur identification sur le territoire

Responsable de l'action	Co-pilote	Contributeurs
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseil départemental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caisses de retraite (CARSAT, MSA, RSI)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CLIC</li> <li>• CCAS/CIAS</li> <li>• Collectivités</li> <li>• CDCA</li> </ul>

**Indicateurs de suivi et d'évaluation**

- Nombre de créations de relais de l'autonomie
- Satisfaction des usagers

**FICHE ACTION N° 17 :**  
**Conforter le rôle et la place du Conseil départemental de la citoyenneté  
 et de l'autonomie dans la définition et la mise en œuvre de la politique de l'autonomie**

**Les principaux constats issus de la concertation**

- Créé par la loi ASV, le CDCA assure la participation des personnes âgées et des personnes en situation de handicap à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de l'autonomie dans le département.
- L'implication des usagers à la conception des politiques qui les concernent est une dynamique de fond dans l'Aisne.
- Cependant, la concertation a permis d'identifier que le CDCA n'était pas encore assez outillé pour lui permettre de jouer avec ambition son rôle de représentation des usagers.

**Objectifs de l'action**

1. Faire du CDCA un espace privilégié de travail et de dialogue
2. Outiller le CDCA pour lui permettre d'être mobilisé sur des thématiques extra-légales notamment la mesure de la qualité des accompagnements

**Feuille de route opérationnelle**

1. Faire du CDCA un vrai espace de concertation, et faire en sorte que les représentants des usagers qui y siègent soient vecteurs de la parole de leurs concitoyens âgés ou en situation de handicap ainsi que de leurs proches aidants.
2. Impliquer le CDCA en amont en aval des décisions concernant le champ de l'autonomie
3. Faire en sorte que le CDCA se dote d'une méthodologie lui permettant d'être positionné au-delà de la simple consultation

Responsable de l'action	Co-pilote	Contributeurs
• Conseil départemental		• CDCA

**Indicateurs de suivi et d'évaluation**

- Rapport annuel d'activités du CDCA
- Nombre de recommandations du CDCA reconnues et nombre de recommandations mises en œuvre



**FICHE ACTION N° 18 :**  
**Améliorer l'articulation et la cohérence entre les dispositifs de coordination  
 CLIC-MAIA via un travail de modélisation**

**Les principaux constats issus de la concertation**

- La concertation menée à l'occasion de l'élaboration du présent schéma a permis de faire remonter le besoin d'une animation plus active du réseau de l'autonomie sur les différents territoires départementaux, afin de favoriser l'interconnaissance des acteurs.
- La période du précédent schéma avait permis de clarifier les rôles entre les CLIC et les MAIA. Cependant, les pratiques de coordination, notamment autour des situations individuelles, sont encore très hétérogènes selon les territoires.

**Objectifs de l'action**

1. Harmoniser les pratiques de coopération et de coordination sur l'ensemble du département

**Feuille de route opérationnelle**

1. Mener un travail de modélisation à deux niveaux :
  - Modéliser les liens d'articulation entre les différents dispositifs de proximité : CLIC, MAIA, CCAS, UTAS, Relais contacts, relais autonomie, etc.
  - Définir les rôles, les missions et les services fournis par chaque acteur
2. Lancer en parallèle la mise en place de la table stratégique MAIA permettant d'appuyer cette transformation
3. Intégrer cette réflexion aux travaux nationaux de mise en place de la Plateforme territoriale d'appui.

Responsable de l'action	Co-pilote	Contributeurs
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseil départemental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agence régionale de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CLIC</li> <li>• MAIA,</li> <li>• CCAS/CIAS/Relais</li> <li>• Autres dispositifs</li> <li>• CDCA</li> </ul>

**Indicateurs de suivi et d'évaluation**

- Réalisation de la modélisation

## **FICHE ACTION N° 29 :** **Diffuser une culture de la pair-aidance**

### **Les principaux constats issus de la concertation**

- La CNSA définit la pair-aidance comme relevant de « l'entraide entre personnes souffrant ou ayant souffert d'une même maladie, somatique ou psychique ».
- La pair-aidance, en s'appuyant sur le partage du vécu de la maladie et la rupture de l'isolement des malades, contribue à améliorer le parcours de vie des individus.
- L'axe 3 de la Réponse accompagnée pour tous, entend par ailleurs contribuer à lancer une dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs. Cet axe s'inscrit pleinement dans le concept de pair-aidance.
- Le diagnostic réalisé à l'occasion du présent schéma a également permis de valoriser des initiatives locales allant dans le sens de la pair-aidance (notamment les groupes d'entraide mutuelle) et de mesurer les fortes attentes des territoires concernant le développement de ces dispositifs.

### **Objectifs de l'action**

1. Favoriser l'accompagnement des personnes en situation de handicap par leurs pairs
2. Reconnaître et valoriser l'expertise d'usage des pairs

### **Feuille de route opérationnelle**

1. Dynamiser les initiatives d'accompagnement par les pairs :
  - Appuyer l'accompagnement des personnes en situation de handicap vivant à domicile et en établissement par leurs pairs en s'appuyant notamment sur les aidants de personnes en situation de handicap, sur les pairs eux-mêmes et sur les associations de personnes en situation de handicap.
  - Poursuivre les permanences associatives à la MDPH
  - Favoriser la pair-aidance à destination des aidants dans le cadre de rencontres ou de groupes d'aidants en mobilisant des relais associatifs
  - Faire vivre et augmenter le groupe de personnes ressources, issues des associations représentatives des personnes en situation de handicap, qui peuvent accompagner les personnes concernées et/ou leurs aidants dans le cadre de la réponse accompagnée
2. Valoriser l'expertise des pairs auprès des professionnels du domicile et des établissements :
  - Inscrire et permettre la participation des pairs dans les formations professionnelles en s'inspirant notamment du concept de formations croisées (croisement entre l'expertise d'usage et l'expertise professionnelle)
  - Définir les conditions d'intervention des experts d'usage dans les formations et dans les établissements, services et dispositifs professionnels
  - Favoriser l'accompagnement par les pairs dans les établissements, services et dispositifs, en complément de l'expertise professionnelle
3. Impliquer les pairs dans la gouvernance des politiques de l'Autonomie :
  - Poursuivre la participation des pairs dans les instances décisionnelles (CDAPH, Groupe opérationnel de synthèse, Comex de la MDPH, COPIL de la RAPT) et dans les instances consultatives comme le CDCA, la CRSA, le CTS.
  - Envisager la création, à moyen terme, d'un comité des usagers au sein de la future MDA ou MDPH

Responsable de l'action	Co-pilote	Contributeurs
<ul style="list-style-type: none"> <li>Conseil départemental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MDPH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organismes gestionnaires PH</li> <li>Associations d'usagers</li> <li>CDCA</li> </ul>

#### Indicateurs de suivi et d'évaluation

- Nombre de rencontres d'accompagnement par les pairs
- Nombre de formations ayant impliquées les pairs
- Nombre de situations accompagnées par les personnes ressources dans le cadre de la réponse accompagnée
- Nombre de personnes ressources formées
- Nombre de personnes ressources accompagnant des situations suivies dans le cadre de la réponse accompagnée
- Elaboration d'une charte d'accompagnement par les pairs dans les établissements, services et dispositifs

**FICHE ACTION N° 20 :**  
**Animer et dynamiser la Conférence des financeurs de la perte d'autonomie  
dans une optique de plus grande coordination interinstitutionnelle**

**Les principaux constats issus de la concertation**

- La conférence des financeurs (CFPPA) est un nouveau mode de gouvernance de la politique de prévention de la perte d'autonomie à destination des personnes âgées permettant d'assurer la cohérence territoriale des actions menées. La conférence des financeurs est également un lieu privilégié de concertation avec les principaux acteurs de la politique gériatrique locale.
- Sur la période du précédent schéma, le Département, dans le cadre de la conférence des financeurs, a mis en place 43 actions de préventions de la perte d'autonomie
- Le diagnostic réalisé en amont du premier plan d'action de la CFPPA a permis d'identifier une inégale répartition territoriale des actions et des modes de financement. Ce constat est toujours d'actualité et implique le renforcement de la cohérence entre les différents financeurs.

**Objectifs de l'action**

1. Renforcer la coordination interinstitutionnelle entre les financeurs de la politique de l'autonomie

**Feuille de route opérationnelle**

1. S'appuyer les temps de rencontres de la conférence des financeurs pour favoriser les synergies entre financeurs : définir plus fortement des priorités communes de financement et envisager des budgets de financements intégrés.

Responsable de l'action	Co-pilote	Contributeurs
• Conférence des financeurs		

**Indicateurs de suivi et d'évaluation**

**FICHE ACTION N° 21 :**  
**Entendre une réflexion sur la labellisation**  
**de la Maison départementale de l'Autonomie**

**Les principaux constats issus de la concertation**

- Le secteur de la prise en charge de la dépendance se caractérise au niveau national par une structuration de l'accueil, de l'orientation et de l'information des usagers, autour de trois acteurs : les équipes médico-sociales du Département, la MDPH (maison départementale des personnes handicapées), les CLIC centres locaux d'information et de coordination.
- Le diagnostic a permis d'identifier le manque de visibilité par les usagers sur le rôle et les fonctions de ces trois types d'acteurs et le besoin des usagers d'identifier un guichet unique.
- La loi d'adaptation de la société au vieillissement permet de créer une maison de l'Autonomie rapprochant ces trois acteurs.
- La CNSA délivre le label maison de l'Autonomie quand celle-ci répond aux critères d'un cahier des charges défini par le décret n°2016-1873 du 26 décembre 2016.

**Objectifs de l'action**

1. Initier la mise en place d'une maison de l'autonomie du département

**Feuille de route opérationnelle**

1. Monter un groupe de travail interne au département pour présenter un argumentaire sur les opportunités relatives aux MDA à soumettre aux décideurs politiques.
2. Communiquer et impliquer les partenaires et représentants des usagers
3. Réaliser une étude amont permettant d'identifier les gains en termes de service rendu à l'utilisateur et en termes d'impact financier pour le Département
4. S'appuyer juridiquement sur le groupement d'intérêt public (GIP) pour permettre un investissement accru de l'Etat et des associations partenaires

Responsable de l'action	Co-pilote	Contributeurs
• Conseil départemental		• Représentants des usagers (CDCA, associations d'usagers, collectivités territoriales), etc.

**Indicateurs de suivi et d'évaluation**

- Arbitrage sur l'objectif de mise en place d'une MDA
- Réalisation d'une feuille de route de la mise en place de la MDA



# 5.

## Glossaire





**ADIL** : Association Départementale d'Information sur le Logement  
**AJ** : Accueil de Jour  
**ANAH** : Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat  
**APA** : Allocation Personnalisée pour l'Autonomie  
**APF** : Association des Paralysés de France  
**ARS** : Agence Régionale de Santé  
**ASV** : Loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement  
**CAMSP** : Centre d'Action Médico-Social Précoce  
**CARSAT** : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail  
**CCAS** : Centre Communal d'Action Sociale  
**CD** : Conseil Départemental  
**CDCA** : Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie  
**CDCPH** : Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées  
**CFPPA** : Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie  
**CHS** : Centre Hospitalier Spécialisé  
**CIH** : Comité Interministériel du Handicap  
**CLIC** : Centre Local d'Information et de Coordination  
**CMP** : Centre Médico-Psychologique  
**CMS** : Centre Moselle Solidarités  
**CNSA** : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie  
**CODERPA** : Comité Départemental des Retraités et des Personnes Agées  
**CPOM** : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens  
**CVS** : Conseil de la Vie Sociale  
**EHPAD** : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes  
**EPCI** : Etablissement Public de Coopération Intercommunale  
**ESSMS** : Établissement ou Service Social et Médico-Social  
**FAM** : Foyer d'Accueil Médicalisé  
**FAS** : Foyer d'Accueil Spécialisé  
**FAP** : Foyer d'Accueil Polyvalent  
**FEPEM** : Fédération des particuliers employeurs  
**FHESAT** : Foyers d'Hébergement pour les travailleurs handicapés en Etablissement et Services d'Aide par le Travail  
**FV** : Foyer de Vie

**GIR** : Groupe Iso-Ressources  
**HAD** : Hospitalisation A Domicile  
**IRTS** : Institut Régional de Travail Social  
**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  
**MDPH** : Maison Départementale des Personnes Handicapées  
**MONALISA** : MObilisation NAtionale contre l'ISolement Social des Agés  
**MSA** : Mutualité Sociale Agricole  
**ONFV** : Observatoire National de Fin de Vie  
**PA** : Personne Âgée  
**PAG** : Projet d'Accompagnement Global  
**PCH** : Prestation de Compensation du Handicap  
**PH** : Personne Handicapée  
**PMI** : Protection Maternelle et Infantile  
**PRS** : Projet Régional de Santé  
**RAPT** : Réponse Accompagnée Pour Tous  
**ROR MSS** : Répertoire Opérationnel des Ressources Médico-sociales  
**RSA** : Revenu de Solidarité Active  
**RSI** : Régime Social des Indépendants  
**SAAD** : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile  
**SAHTMO** : Service d'Accompagnement à l'Hébergement des Travailleurs Handicapés en Milieu Ouvert  
**SAMSAH** : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés  
**SAVS** : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale  
**SERAFIN PH** : Services et Etablissements Réforme pour une Adéquation des Financements aux parcours des Personnes Handicapées  
**SPASAD** : Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile  
**SSIAD** : Service de Soins Infirmiers A Domicile  
**TIC** : Technologies de l'Information et de la Communication  
**UDCCAS** : Union Départementale des Centres Communaux et intercommunaux d'Action Sociale  
**UC** : Unité de Consommation  
**UHR** : Unité d'Hébergement Renforcée  
**USLD** : Unité de Soins Longue Durée