



2013-2017

SCHÉMA DÉPARTEMENTAL DE L'AUTONOMIE

POUR LES PERSONNES ÂGÉES
ET LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP





L'accompagnement des personnes les plus fragiles constitue une priorité pour le Département de Seine-Maritime. C'est à ce titre que nous avons engagé, fin 2012, un large processus de concertation avec plus de 300 acteurs institutionnels, médicaux et associatifs intervenant auprès des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Cette démarche a permis d'aboutir à l'adoption du Schéma Départemental de l'Autonomie pour la période 2013-2017.

L'implication de tous les partenaires sociaux, médico-sociaux, sanitaires, et des représentants des usagers, dans les champs du handicap et de la gérontologie, a contribué à l'élaboration d'un document complet et opérationnel tendant vers une amélioration de la prise en charge des personnes fragilisées. Ce texte repose sur quatre grandes orientations: l'amélioration du vivre-ensemble dans la cité, l'adaptation de l'offre de services et d'hébergement selon le niveau de dépendance, la coordination renforcée du parcours de vie de la personne et enfin le soutien à l'activité et à l'emploi.

Ce nouveau schéma permettra de réels progrès en matière d'accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Ambitieux, ce schéma met au cœur de ses actions la notion de parcours de vie de la personne en décroissant, autant que possible, les dispositifs qu'il préconise.

Ouvert, ce schéma vise à explorer et optimiser au maximum les liens existants entre politique de l'autonomie et développement des filières économiques répondant aux besoins des personnes fragilisées par l'âge ou le handicap.


Novateur et réaliste, ce schéma enrichit les solutions existantes et construit des réponses nouvelles pour faire face à des défis grandissants, que chacun d'entre nous a à cœur de relever.

Ce schéma nous engage pour les 4 années à venir. À l'image de la large concertation qui a présidé à son élaboration, je souhaite que l'ensemble des partenaires du Département se l'approprient pleinement afin que les usagers puissent rapidement bénéficier de l'amélioration de leurs conditions d'accompagnement.

A handwritten signature in black ink, reading "D. Marie". The signature is stylized with a long horizontal stroke at the bottom.

Didier Marie,
Président du Département
de Seine-Maritime

Sommaire

 Sommaire.....	2
PARTIE I - INTRODUCTION.....	5
I. Les fondements du Schéma de l'Autonomie de Seine-Maritime	6
1. Un renouvellement simultané des politiques en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap	6
2. Une volonté de transversalité et de territorialisation des actions.....	7
3. Un schéma d'organisation et d'optimisation de l'offre	7
II. La démarche d'élaboration du schéma	8
1. Instances de suivi des travaux d'élaboration du Schéma de l'Autonomie.....	8
A) SUIVI STRATÉGIQUE	8
B) SUIVI PARTENARIAL : COFIL PARTENARIAL	9
C) SUIVI INTERNE : GROUPE PROJET.....	9
2. Réalisations et méthodologie.....	10
III. Le contexte institutionnel des politiques de l'autonomie	12
1. Une évolution du cadre réglementaire au service de la qualité et de la continuité des parcours.....	12
2. Des compétences partagées et évolutives.....	13
PARTIE II - DIAGNOSTIC PARTAGE.....	15
I. Éléments de contexte démographique et socio-économique du département	16
1. Le découpage territorial retenu	16
2. Le contexte démographique et socio-économique	17
A) LE CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE	17
B) LE CONTEXTE SOCIO-ÉCONOMIQUE	18
II. Les publics du Schéma.....	19
1. Les publics en situation de handicap.....	19
A) LES BÉNÉFICIAIRES DE L'AAH	19
B) LES BÉNÉFICIAIRES DE LA PCH ET DE L'ACTP	19
C) LES DÉPENSES DE PCH	22
2. Les publics âgés	23
A) LA DÉMOGRAPHIE ET LES REVENUS DES PERSONNES ÂGÉES.....	23
B) LES BÉNÉFICIAIRES DE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA)	25
C) LES DÉPENSES D'APA	28
III. L'intégration des personnes âgées et des personnes en situation de handicap dans la vie de la cité.....	30
1. De nombreuses initiatives en faveur de la mobilité, à poursuivre et à optimiser	30
2. L'adaptation du logement : des aides dédiées et un travail engagé en matière d'information et de concertation	31
A) Les actions en faveur des personnes âgées	31
B) LES ACTIONS EN FAVEUR DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP	31
C) LES ACTIONS EN FAVEUR DES DEUX PUBLICS	32
3. L'insertion professionnelle des travailleurs en situation de handicap : un engagement et un travail d'articulation des acteurs à poursuivre.....	32

4. L'accès aux sports, aux loisirs et à la culture : entre l'inclusion et les dispositifs spécifiques, une offre en développement	35
A) LES ACTIONS EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES.....	36
B) LES ACTIONS EN FAVEUR DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP	36
C) LES ACTIONS EN FAVEUR DES DEUX PUBLICS.....	37
5. La participation des personnes à leur accompagnement et l'exercice de la citoyenneté	38
IV. L'accès aux droits et la coordination des professionnels au service de la cohérence des parcours	39
1. La prévention et le repérage des situations de détresse : de nombreux acteurs et des dispositifs innovants essentiellement tournés vers les personnes âgées.....	39
2. L'information, l'orientation, l'évaluation des besoins et la coordination autour des publics : des dispositifs dédiés mais une articulation institutionnelle à renforcer	41
A) LES DISPOSITIFS POUR LES PERSONNES ÂGÉES.....	41
B) LES DISPOSITIFS POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP	43
C) L'ENJEU DE COORDINATION DES PROFESSIONNELS.....	44
V. Le soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap à domicile.....	45
1. L'offre de services et de soins à domicile : une offre médico-sociale importante et en développement ; une démographie médicale déficitaire	45
A) LES SERVICES D'AIDE ET D'ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE (SAAD).....	45
B) LES SAVS (SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT À LA VIE SOCIALE) ET SAMSAH (SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL DES ADULTES HANDICAPÉS).....	47
C) L'OFFRE DE SOINS À DOMICILE.....	48
2. L'offre d'accueil séquentiel : une évolution quantitative importante mais un dispositif à optimiser.....	50
A) A DESTINATION DES PERSONNES ÂGÉES.....	50
B) A DESTINATION DES PERSONNES HANDICAPÉES.....	51
3. L'aide aux aidants : de nombreuses initiatives et expérimentations à piloter et à coordonner	52
A) L'OFFRE DE SOUTIEN AUX AIDANTS.....	52
B) LE RÉPIT À DOMICILE.....	53
VI. Les solutions d'accueil et d'hébergement permanent pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap	54
1. L'offre médico-sociale traditionnelle pour les personnes en situation de handicap : un effort de modernisation engagé.....	54
A) LES FOYERS D'HÉBERGEMENT	54
B) LES FOYERS DE VIE.....	55
C) LES SOLUTIONS D'HÉBERGEMENT MÉDICALISÉ POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP.....	55
2. L'offre médico-sociale traditionnelle pour les personnes âgées : une offre médicalisée ayant connu un renforcement qualitatif et une offre en foyer-logement importante.....	56
A) L'OFFRE EN FOYER-LOGEMENT	56
B) LES SOLUTIONS D'HÉBERGEMENT MÉDICALISÉ POUR LES PERSONNES ÂGÉES	57
3. L'offre d'accueil familial à destination des personnes âgées et des personnes en situation de handicap : une offre importante en cours de professionnalisation mais en diminution quantitative	59
4. Les solutions alternatives de semi-autonomie : de nombreux projets nécessitant une évaluation et un pilotage renforcé.....	60
5. Les réponses aux situations spécifiques en matière de vieillissement	61

VII. Les opportunités économiques liées au maintien de l'autonomie.....	63
1. La valorisation de l'emploi lié à l'accompagnement des publics âgés et des publics en situation de handicap : des efforts à poursuivre face à de nombreux défis.....	63
A) UN ÉTAT DES LIEUX DIFFICILE À ÉTABLIR.....	63
B) SOUTIEN AU SECTEUR ET ATTRACTIVITÉ DES MÉTIERS.....	64
2. Les opportunités économiques à saisir en matière de développement des nouvelles technologies au service de l'autonomie.....	66
PARTIE III - ORIENTATIONS ET PROPOSITIONS DU SCHEMA DE L'AUTONOMIE	69
I. Présentation du Schéma de l'Autonomie.....	70
➤ Axe 1 : Assurer la participation citoyenne de tous et favoriser le vivre ensemble	71
➤ Axe 2 : Proposer à chacun le soutien à l'autonomie adapté à ses besoins.....	73
➤ Axe 3 : Soutenir le développement des filières économiques pour l'autonomie ...	75
➤ Axe 4 : Construire une nouvelle gouvernance des politiques de l'autonomie en Seine-Maritime	78
II. Vue d'ensemble du plan d'actions.....	80
AXE 1 - Assurer la participation citoyenne de tous et favoriser le vivre ensemble	82
AXE 2 - Proposer à chacun un soutien à l'autonomie adapté à ses besoins	94
AXE 3 - Soutenir le développement des filières économiques pour l'autonomie	112
AXE 4 - Construire une nouvelle gouvernance des politiques de l'autonomie en Seine Maritime	120
Annexes.....	133
➤ Annexe 1.....	134
➤ Annexe 2.....	135
➤ Annexe 3.....	142
➤ Glossaire.....	148



PARTIE I INTRODUCTION

I. Les fondements du Schéma de l'Autonomie de Seine-Maritime

1. Un renouvellement simultané des politiques en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

La pertinence et la continuité des parcours des personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie liée à l'âge appellent des réponses personnalisées, coordonnées et de qualité. Afin de répondre à cet enjeu, le Département de Seine-Maritime a souhaité réaliser un **Schéma de l'Autonomie** favorisant la convergence entre les secteurs de la gérontologie et du handicap au sein d'un schéma unique.

Il est également une source d'**enrichissement qualitatif** des dispositifs permettant un échange d'expériences et de pratiques entre les professionnels à travers l'évaluation, la formation commune, la coordination, etc. De nombreuses problématiques sont en effet partagées par les deux secteurs et les réflexions menées dans le cadre de l'élaboration de ce nouveau schéma départemental ont porté sur des modalités d'actions communes sur ces champs : l'aide aux aidants, l'accessibilité, la préservation ou le maintien du lien social, la qualité de l'accompagnement par les établissements et les services médico-sociaux, les passerelles entre les acteurs de chacun des deux dispositifs et les acteurs des dispositifs de droit commun, le travail autour du domicile et de l'aménagement du logement, des questions de transport, etc.

Ainsi, l'élaboration d'une politique commune devrait permettre de répondre à plusieurs défis majeurs devant favoriser la mise en place d'un **dispositif plus complet, plus fluide et plus cohérent**. Cette démarche s'appuie sur la réorganisation effective du Département portant la **création d'une Direction de l'Autonomie en 2011** en vue d'apporter un meilleur service aux usagers et aux professionnels des deux secteurs.

Ce rapprochement a aussi vocation à permettre une articulation plus importante entre les acteurs autour des **personnes en situation de handicap vieillissantes** qui incarnent le point de rencontre entre les deux dispositifs.

Pour autant, comprendre les dysfonctionnements et envisager les leviers d'amélioration d'un dispositif global ne doit pas occulter les **spécificités propres à chaque secteur et la technicité des métiers liée à chaque politique**. La question de la convergence a donc été abordée de façon pragmatique, par une réflexion sur l'articulation des deux politiques tout en prenant en compte les besoins spécifiques de chacun des publics.

Ce Schéma de l'Autonomie constitue l'occasion de revoir les modalités de gouvernance de la politique à destination des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, notamment en clarifiant les responsabilités respectives de chaque acteur et en améliorant la visibilité sur les capacités et contraintes de chacun. Les impératifs de qualité et d'individualisation des accompagnements sont autant d'exigences qui justifient dans le contexte actuel de réinterroger la gouvernance au niveau départemental. Ces constats sont d'autant plus prégnants que la mise en œuvre d'une politique pour l'autonomie doit passer par un décloisonnement entre les différents secteurs et les différentes catégories d'intervenants.

2. Une volonté de transversalité et de territorialisation des actions

Ce nouveau schéma **s'inscrit dans la logique du Projet de Territoire « Seine-Maritime Imaginons 2020 »**, dont l'une des ambitions est de permettre aux seinomarins de « Bien vivre, tout au long de leur vie, pour vivre mieux ensemble », qui se décline en quatre orientations :

- Offrir des logements de qualité pour tous et faciliter la fluidité des parcours résidentiels tout au long de la vie ;
- Permettre un accès à la santé équitable et équilibré ;
- Garantir à tous les Seinomarins l'autonomie, tout au long de la vie ;
- Contribuer au lien social et à l'inclusion de tous.

Le projet de territoire entend par ailleurs « **placer l'autonomie au cœur des politiques publiques** », c'est-à-dire **favoriser la transversalité entre les politiques départementales** afin qu'elles soient porteuses de sens pour les seinomarins âgés ou en situation de handicap. Il s'est agi, tout au long de l'élaboration du présent schéma, de dépasser le champ médico-social pour valoriser la place citoyenne des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap dans leur lieu de vie. Cela s'est traduit concrètement par des rencontres régulières entre la Direction de l'Autonomie et les autres Directions de la collectivité.

Enfin, les **orientations du Schéma de l'Autonomie seront déclinées à l'échelle de chaque UTAS** (Unité Territoriale d'Action Sociale) durant le second trimestre 2013, afin de répondre au mieux aux besoins des territoires. Il s'agira en outre d'intégrer les résultats des **Diagnostics Sociaux de Territoire** (en cours, au moment de l'élaboration du schéma) afin d'adapter les priorités du Schéma de l'Autonomie aux spécificités locales, de garantir au mieux l'adéquation entre l'offre et les besoins et de sortir d'une logique de « guichet » pour assurer l'équité entre les territoires.

3. Un schéma d'organisation et d'optimisation de l'offre

Les précédentes générations des schémas d'organisation de l'offre médico-sociale, centrées sur le déploiement des places en établissements et services pour répondre aux besoins des personnes âgées ou des personnes handicapées, ont permis de développer une palette diversifiée de réponses. Aussi, le département de Seine-Maritime atteint-il aujourd'hui une couverture et une diversité de réponses équivalentes aux moyennes nationales. **C'est pourquoi les réflexions actuelles avec les partenaires dans le cadre de l'élaboration de cette nouvelle génération de schémas ont porté davantage sur les moyens d'optimiser l'existant pour répondre de manière plus pertinente et garantir une fluidité des parcours.**

Il s'agit en effet aujourd'hui de mesurer la **pertinence de l'offre** dans son ensemble, le positionnement et les rôles de chaque acteur afin de travailler sur la notion de complémentarité, les besoins non couverts et la coordination des solutions sur les territoires. **La notion de qualité des accompagnements sera au cœur des actions menées par le Département.**

De ces principes fondateurs ont émergé **quatre axes de réflexion, qui ont permis de structurer l'élaboration du Schéma de l'Autonomie** :

- La vie dans la cité
- Le lieu de vie adapté à la personne
- Les enjeux du développement local de l'autonomie
- La gouvernance.

II. La démarche d'élaboration du schéma

L'élaboration du Schéma Départemental de l'Autonomie de Seine-Maritime s'inscrit dans un cadre juridique qui reflète la dimension partenariale des politiques sociales. En effet, le Code de l'Action Sociale et des Familles¹ prévoit que **les schémas relatifs aux personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie sont arrêtés par le Président du Conseil Général, après concertation avec le représentant de l'État dans le département et avec l'Agence Régionale de Santé (ARS)**. Il est également prévu que les représentants du secteur du handicap ou de la perte d'autonomie, ainsi que les représentants des usagers, soient consultés pour avis sur le contenu de ces schémas.

Le renouvellement des précédents schémas représente **ainsi l'opportunité pour les acteurs d'un territoire** de s'interroger sur leurs politiques et leur impact, de croiser les regards sur les réponses apportées et les points d'amélioration, d'impulser de nouveaux partenariats et d'en approfondir d'autres, enfin de rendre lisibles et intelligibles les choix de la collectivité et ses priorités. **Le présent schéma est donc le fruit d'une concertation avec les acteurs du Département** participant à la mise en œuvre des politiques en direction des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

La démarche du Département de Seine-Maritime s'est appuyée sur une large mobilisation de tous les partenaires du handicap et de la gérontologie lors des différentes phases d'élaboration du schéma.

1. Instances de suivi des travaux d'élaboration du Schéma de l'Autonomie

Le suivi de l'élaboration du schéma a été assuré à **trois niveaux** : stratégique (comité d'arbitrage et réunions bilatérales entre le Département et l'Agence Régionale de Santé), partenarial (comité de pilotage partenarial) et interne (groupe projet interne départemental).

A) SUIVI STRATÉGIQUE

Deux espaces d'échanges ont permis de suivre les travaux d'élaboration du schéma à un niveau stratégique : le comité d'arbitrage d'une part, et les réunions bilatérales entre le Département et l'Agence Régionale de Santé d'autre part.

¹ Articles L.312-4 et L.312-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles

- **Comité d'arbitrage**

Présidé par Didier MARIE, Président du Conseil Général, il réunit Caroline DUTARTE, Vice-Présidente du Conseil Général et de la Commission Solidarités ayant compétence dans le domaine des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, le Directeur Général des Services, la Directrice Générale Adjointe du Pôle Solidarités et la Directrice de l'Autonomie.

Ce comité s'est réuni tout au long de la démarche : à son lancement, lors de la présentation de l'état des lieux des dispositifs, après la concertation pour arrêter le plan d'actions et enfin pour valider le projet de schéma.

- **Rencontres bilatérales avec l'ARS**

Elles réunissent le Directeur Général de l'ARS, le Directeur Général Adjoint de l'ARS, la Directrice du Pôle Social et Médico-social de l'ARS et les membres du comité d'arbitrage.

Les questions d'articulation et de coordination entre le Projet Régional de Santé et le Schéma de l'Autonomie ont été traitées dans toutes leurs dimensions stratégiques et opérationnelles au cours de ces rencontres.

Ce suivi stratégique a permis une validation institutionnelle de la méthodologie de travail et la définition des orientations stratégiques et des propositions d'actions.

B) SUIVI PARTENARIAL : COPIL PARTENARIAL

Instance de réflexion et de débat, ce comité consultatif a pour rôle d'alimenter les travaux d'élaboration du schéma, de faire converger les politiques, dispositifs ou pratiques des partenaires vers les objectifs du futur schéma et d'en soutenir la mise en œuvre ultérieure.

Présidé par Caroline DUTARTE, Vice-Présidente du Conseil Général et de la Commission Solidarités, le comité de pilotage est constitué des principaux partenaires intervenant dans la prise en charge des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap, ainsi que des représentants des services départementaux.

Ce comité s'est réuni tout au long de l'élaboration du schéma soit sous une forme restreinte (associant uniquement les membres permanents), soit sous une forme élargie (associant alors un nombre de partenaires plus important en fonction des thématiques).

C) SUIVI INTERNE : GROUPE PROJET

Le groupe projet interne au Département assure le suivi des travaux tout en garantissant le respect des orientations définies par le comité d'arbitrage. Il alimente les réflexions, analyse les propositions et s'assure de la faisabilité des objectifs, en particulier au niveau territorial.

Le groupe projet, ayant pu associer jusqu'à quinze directions thématiques du Département, s'est réuni à de nombreuses reprises au cours de la démarche afin de suivre au plus près chaque étape de l'élaboration du schéma.

2. Réalisations et méthodologie

La première phase d'état des lieux et de bilan des précédents schémas en direction des personnes âgées et des personnes en situation de handicap a donné lieu à :

- / Un bilan de l'ensemble des actions réalisées dans le cadre des précédents schémas « Bien Vieillir en Seine-Maritime » et « Vivre son Handicap » ;
- / Des études spécifiques réalisées par le Département, portant notamment sur les modalités de fonctionnement des SAVS-SAMSAH, ainsi que sur l'évaluation des CLIC ;
- / Un recueil de données exhaustif qui a abouti à un atlas cartographique départemental de l'action sociale et médico-sociale ;
- / Un travail de comparaison entre les données d'équipement en ESSMS de Seine-Maritime et celles de la Région Haute-Normandie, de la France métropolitaine et de quatre départements millionnaires présentant des caractéristiques sociodémographiques similaires (Haute Garonne, Loire-Atlantique, Seine-et-Marne et Essonne) ;

Nota Bene : la mise en parallèle des comparaisons interdépartementales et infra départementales pourra mettre en évidence des écarts dus à des différences entre sources et entre dates. En effet, l'analyse comparative interdépartementale se base sur plusieurs sources et données dont l'année de référence peut varier (INSEE, STATISS, DREES ...), comme indiqué dans le titre ou la légende de chaque graphique. Concernant l'analyse infra départementale en revanche, l'étude est basée sur des données actualisées fournies par le Département et l'ARS.

- / La rencontre de nombreux acteurs dans le cadre d'entretiens individuels ou collectifs. Au total, plus de 250 personnes ont contribué à cet état des lieux parmi les services du Département, les partenaires institutionnels, les professionnels et les usagers du territoire. Cette large consultation a notamment été rendue possible par l'organisation de huit ateliers de diagnostic les 29 et 30 janvier 2013, portant sur les thématiques suivantes :
 - o Prévention et soutien aux aidants
 - o Maintien du lien social, mobilité et accès aux dispositifs de droit commun
 - o Insertion professionnelle
 - o Adéquation de l'offre de prise en charge médico-sociale aux besoins
 - o Solutions alternatives au service d'un parcours résidentiel individualisé
 - o Accompagnement des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap, facteur de dynamisme économique sur les territoires
 - o Articulation institutionnelle et régulation des dispositifs
 - o Coordination entre les acteurs et continuité des prises en charge.
- / Un temps de concertation à l'échelle des huit UTAS à l'occasion des Diagnostics Sociaux de Territoire (DST) qui se sont déroulés de mi-janvier à mi-février 2013 ;
- / La mise en place d'outils de communication et d'échanges afin de favoriser la participation du plus grand nombre : lettres d'information, plateforme collaborative.

La deuxième phase de concertation a conforté la dimension participative de l'élaboration du schéma en donnant la parole à l'ensemble des partenaires : usagers, acteurs de terrain, élus locaux, représentants institutionnels et associatifs, etc.

Les Ateliers de l'Autonomie ont eu pour objectif de faire émerger collectivement des orientations au regard des problématiques identifiées lors de la phase d'état des lieux. Les différents groupes ont ainsi formulé des propositions d'actions qui ont servi de base à l'élaboration du plan d'actions du présent schéma.

Dix groupes, réunissant au total plus de 150 organismes, se sont tenus du 11 au 15 mars 2013 autour des thématiques suivantes :

- Le repérage des situations de fragilité et la prévention
- L'évaluation et l'observation des besoins des publics
- L'optimisation et la lisibilité des solutions de soutien et de répit offertes aux aidants des personnes âgées et des personnes en situation de handicap
- L'adaptation des accompagnements médico-sociaux (notamment au vieillissement des personnes en situation de handicap et aux situations de fragilité particulière : publics migrants, publics précaires...)
- L'accès à un logement adapté et le développement des solutions alternatives et innovantes, entre domicile et établissements
- La continuité des parcours et l'articulation des accompagnements sanitaires, médico-sociaux et sociaux
- La lutte contre l'isolement ainsi que l'accessibilité universelle : accessibilité/ transports/ sports/ loisirs/ culture
- Le renforcement du rôle des personnes âgées et en situation de handicap dans la société : l'expression citoyenne, l'insertion professionnelle, l'engagement associatif
- L'attractivité des métiers sociaux, médico-sociaux et paramédicaux
- La mobilisation des opportunités économiques liées à l'autonomie.

Ces temps d'échanges ont permis de renforcer le dialogue entre les représentants du secteur du handicap et de la gérontologie.

III. Le contexte institutionnel des politiques de l'autonomie

L'élaboration du Schéma de l'Autonomie s'inscrit dans un **contexte réglementaire particulièrement mouvant** auquel il devra se conformer.

1. Une évolution du cadre réglementaire au service de la qualité et de la continuité des parcours

Les dispositifs en faveur de l'autonomie ont connu de profonds bouleversements ces dernières années. **Les lois et les réglementations ont évolué dans le sens d'un accompagnement global et individualisé de la personne, faisant écho au respect de son projet de vie, à une prise en charge de qualité par des équipes pluridisciplinaires, au développement d'une offre accrue de services à destination des personnes souhaitant rester à leur domicile, etc.** C'est la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui modifie la conception de l'accompagnement des personnes en situation de dépendance, que celle-ci soit liée à l'âge ou au handicap. Elle affirme un certain nombre de principes, concourant tous à améliorer le bien-être et l'épanouissement des personnes :

- **L'évaluation continue des besoins** et des attentes de cette population rencontrant des difficultés, avec comme objectif d'aider la personne à conserver une autonomie et sa dignité malgré un état de santé fragilisé ;
- **L'exercice des droits et des libertés** de toutes les personnes accompagnées par un établissement ou un service social et médico-social (ESSMS) ainsi que l'information sur ces droits fondamentaux. Cela implique **la mise en place de plusieurs outils dans les ESSMS** visant à garantir ces droits et à prévenir tout risque de maltraitance : la charte des droits et des libertés de la personne accueillie, le règlement de fonctionnement de la structure, le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge, le Conseil de la Vie Sociale...
- **La qualité de la prise en charge**, caractérisée par les conditions de confort matériel et la qualité des prestations, notamment en matière d'hébergement et de soins. L'objectif de qualité se traduit également par **un bon niveau de qualification des professionnels et un recrutement en nombre suffisant des personnels**, ainsi que par la conduite d'évaluations interne et externe ;
- **La coordination et le partenariat tant entre les établissements et services médico-sociaux qu'entre les ESSMS et les établissements de santé.**

La loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap, rénove l'action publique en matière de handicap. Outre le fait qu'elle reconnaisse de manière claire les troubles psychiques et cognitifs comme pouvant relever d'une situation de handicap, elle marque un certain nombre d'avancées :

- **Elle crée les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH)**, groupements d'intérêt public placés sous l'autorité du Conseil Général. Les MDPH ont une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil auprès des personnes en situation de handicap et de leur famille, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap ;
- **Elle instaure le droit à la compensation des conséquences du handicap** quelles que soient l'origine et la nature de la déficience, l'âge ou le mode de vie de la personne concernée ;
- **Elle est aussi fondatrice de la notion de convergence des politiques en direction des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.** Elle fixe l'objectif de suppression des barrières d'âge et propose des dispositifs de transition pour éviter les ruptures de parcours.

2. Des compétences partagées et évolutives

Depuis les lois de décentralisation de 1982, le Conseil Général a bénéficié de nombreux transferts de compétences en matière de politiques gérontologiques et du handicap. La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a renforcé le rôle du Département dans ce domaine. Elle prévoit depuis le 1^{er} janvier 2005, que **« le Département définit et met en œuvre la politique d'action sociale, en tenant compte des compétences confiées par la loi à l'État, aux autres collectivités territoriales ainsi qu'aux organismes de sécurité sociale. Il coordonne les actions menées sur son territoire qui y concourent »**². Le Département est ainsi positionné en tant que **chef de file de l'action sociale**.

Pour autant, de **nombreux autres acteurs institutionnels** concourent également aux politiques de l'autonomie. Les **Communes** – notamment à travers leurs centres communaux d'action sociale – jouent un rôle de proximité important en termes d'accueil et d'information des usagers, d'accès aux droits dont l'aide sociale. Les **Caisse Nationale de Sécurité Sociale** assurent le paiement de certaines prestations sociales, telles que l'Allocation pour Adulte Handicapé (AAH) par exemple, et mènent des actions collectives, en particulier sur le champ de la prévention.

La **Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie**, un établissement public créé par la loi du 30 juin 2004, finance en partie les aides en faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées gérées par les Départements et joue un rôle d'expertise et d'appui technique. Dans ce cadre, elle suit notamment les plans nationaux dédiés aux personnes âgées et aux personnes handicapées :

- / Plan Alzheimer
- / Plan Bien Vieillir
- / Plan Cancer
- / Plan Handicap Visuel
- / Plan de Solidarité Grand Age
- / Plan Autisme
- / Plan Surdité (plate forme Web / relais téléphonique)
- / Schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour le handicap rare
- / Plan d'action national AVC (accidents vasculaires cérébraux).

⁴ Article L.121-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles0

Par ailleurs, au niveau territorial, **plusieurs services de l'État** concourent à l'accompagnement de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap :

- / Éducation nationale pour la scolarisation des enfants handicapés ;
- / DIRECCTE - anciennement DDTEFP – pour l'agrément des services d'aide à la personne ;
- / Agence Régionale de Santé (ARS) pour la gestion des établissements médico-sociaux médicalisés (dans le cadre d'une compétence partagée avec le Département à l'exception des MAS) et des structures de soins concourant à l'accompagnement à domicile des usagers, telles que les SSIAD ou les réseaux de santé.

La création des ARS par la **loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009** a par ailleurs été à la source d'une véritable réorganisation territoriale pour le secteur médico-social.

La **compétence conjointe** ARS / Département sur certains segments du dispositif en direction des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap exige de mener un **travail partenarial** le plus en amont possible. En effet, la place donnée au projet régional de santé renforce le poids des orientations régionales dans la planification médico-sociale.

En 2013, l'annonce faite par le gouvernement d'un « **acte III de la décentralisation** » induirait une nouvelle répartition des compétences avec les collectivités territoriales. Les Départements se verraient attribuer de nouvelles prérogatives.

Enfin, la sortie prochaine d'une véritable **réforme de l'autonomie** engendrerait également de nombreux bouleversements.



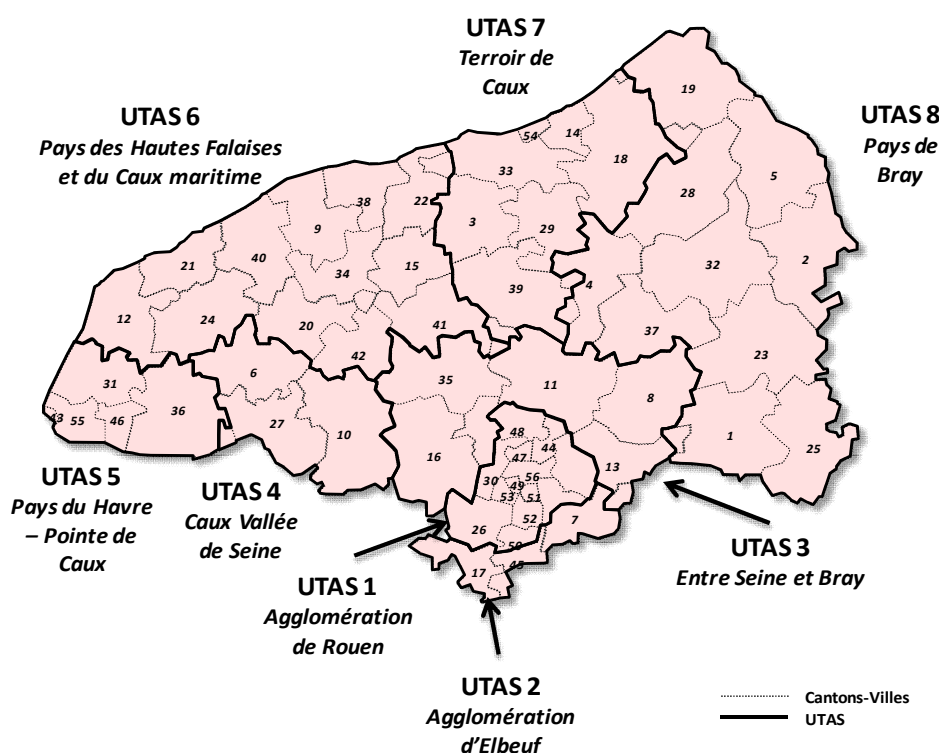
PARTIE II

DIAGNOSTIC PARTAGE

I. Éléments de contexte démographique et socio-économique du département

1. Le découpage territorial retenu

Le Département a souhaité procéder à une analyse fine des caractéristiques du territoire en termes d'équipement médico-social et de pénétration des prestations sociales, en retenant d'abord un **découpage par canton**³. Ces cantons ont ensuite été agrégés par **Unités Territoriales d'Action Sociale (UTAS)**, relais de l'action sociale du Département. Le Département en compte huit sur son territoire :



Si la politique départementale en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap se doit d'être globale et structurée, **l'approche territorialisée permet de connaître la répartition de l'offre en équipements et services** (structures d'accueil, services à domicile...) **tout en tenant compte des spécificités des territoires**, qu'elles soient démographiques, socio-économiques, ou géographiques.

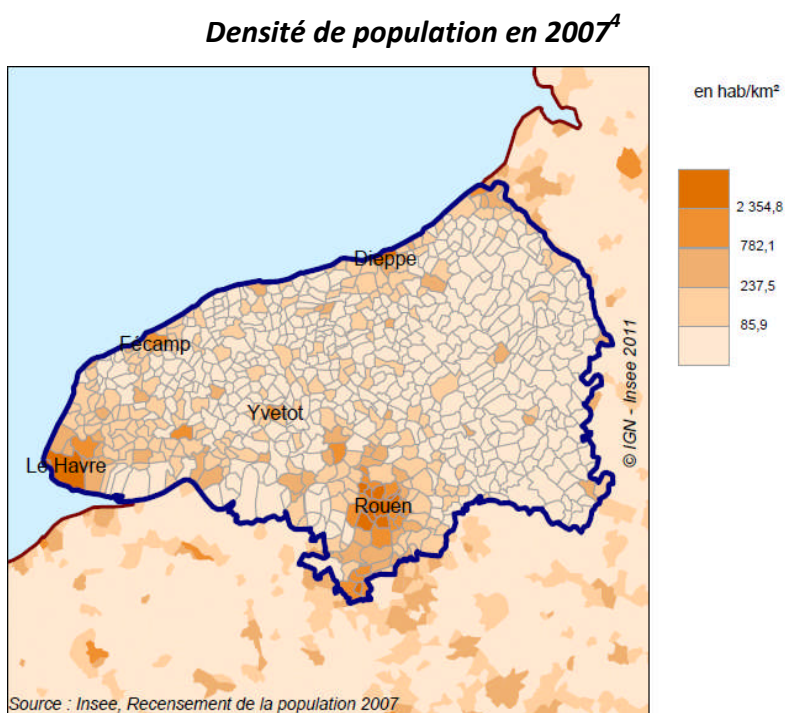
³ Il s'agit des cantons-villes au sens de l'INSEE. Le département de Seine-Maritime en compte 56. Le "Canton-ou-ville" (ou pseudo-canton) est, à la différence du canton, un regroupement d'une ou plusieurs communes entières. Dans les agglomérations urbaines, chaque canton comprend en général une partie de la commune principale et éventuellement une ou plusieurs communes périphériques. Dans ce cas, l'INSEE considère la commune principale, entière, comme un pseudo-canton unique et distinct. Au sens administratif, le département compte en revanche 69 cantons.

2. Le contexte démographique et socio-économique

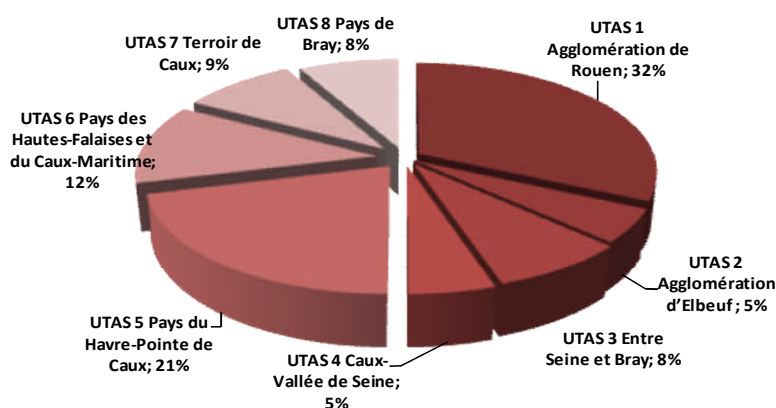
A) LE CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE

Au dernier recensement de l'INSEE (2009), le département de Seine-Maritime compte **1 250 120 habitants, soit une densité de 199 habitants par km²**, plus élevée qu'au niveau régional (149) ou national (115).

La population seinomarine est inégalement répartie sur le territoire : plus de la moitié de la population départementale est concentrée sur les UTAS 1 et 5 (agglomérations de Rouen et du Havre), tandis que l'UTAS 8 (Pays de Bray), la plus vaste, n'attire que 8% de la population totale.



Poids de la population départementale au sein de chaque UTAS



En 2010, la Seine-Maritime est un département à faible croissance démographique. Le département souffre d'un fort déficit migratoire depuis plus de 30 ans. Il n'est plus aujourd'hui compensé par un solde naturel suffisamment élevé (un excédent des naissances sur les décès) pour soutenir la croissance de la population. En effet, le taux d'accroissement annuel moyen de la population est de 0,1% entre 1999 et 2009, le plus faible du panel de comparaison.

⁴ Portrait de territoire, évolution et structure de la population, INSEE.

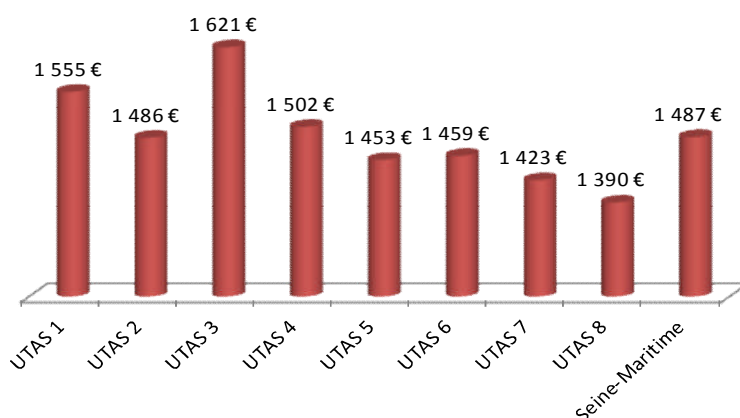
B) LE CONTEXTE SOCIO-ÉCONOMIQUE

Le niveau de ressources conditionne fortement le recours aux aides publiques ainsi que leur montant, d'où l'importance de caractériser le territoire afin de mieux comprendre les comportements de la population.

En 2008, **47% des foyers fiscaux seinomarins ne sont pas imposés**⁵, soit une proportion légèrement plus importante qu'en France métropolitaine.

Le revenu net imposable moyen annuel par foyer fiscal (imposé ou non) en 2008 est par ailleurs inférieur à la moyenne des départements métropolitains : 21 783 euros contre 23 450 euros.

Revenu mensuel médian en euros par unité de consommation, par UTAS en 2009⁶



Source : INSEE-DGFIP, Revenus fiscaux localisés des ménages, 2009.

On constate des **disparités de revenus relativement importantes entre les territoires.**

Concernant le revenu médian, il est au niveau départemental inférieur de 42 euros au revenu médian national. **Cinq UTAS sur huit ont un revenu médian inférieur au revenu médian départemental** et seulement deux (UTAS 1 et 3) ont un revenu médian supérieur au niveau national.⁷

⁵ DGFIP, impôt sur le revenu des personnes physiques.

⁶ Le nombre d'unités de consommation d'un ménage permet de tenir compte des économies d'échelle que procure la vie en commun. Le décompte effectué est le suivant : 1 unité de consommation pour le premier adulte du ménage, 0,5 UC pour les autres personnes de 14 ans ou plus, 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans.

La médiane est la valeur qui partage la population en deux parties de même effectif lorsque l'on trie celle-ci par valeurs ordonnées de la variable considérée.

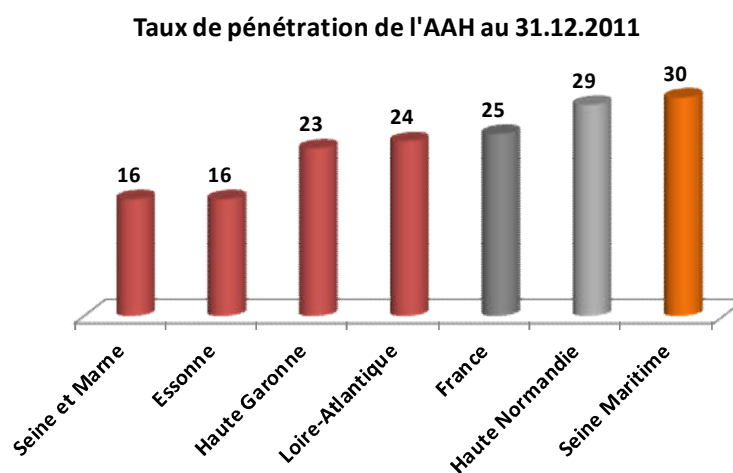
⁷ Note de conjoncture Pauvreté, Direction Observatoire et Coordination du Département de Seine-Maritime.

II. Les publics du Schéma

1. Les publics en situation de handicap

A) LES BÉNÉFICIAIRES DE L'AAH

L'Allocation Adulte Handicapé (AAH) est une allocation versée sous conditions de ressources afin de garantir aux personnes en situation de handicap un revenu minimum. Cette allocation est accessible aux personnes de plus de 20 ans (ou à partir de 16 ans dans des conditions particulières) qui présentent un taux d'incapacité permanente d'au moins 80% ou de 50 à 79% si cette incapacité entraîne une restriction substantielle et durable de l'accès à l'emploi. Attribuée par la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées), elle est versée par la CAF (Caisse d'Allocations Familiales) pour une durée de 1 à 5 ans renouvelable ou pour une durée de 1 à 2 ans renouvelable si le taux d'incapacité est compris entre 50 et 79%.



Source : STATISS 2012, nombre d'allocataires de l'AAH au 31.12.2011 pour 1 000 personnes âgées de 20 à 64 ans.

Au 31.12.2011, le département de Seine-Maritime compte **21 603 allocataires de l'AAH**, soit 30 bénéficiaires pour 1 000 personnes âgées de 20 à 64 ans. Ce taux de pénétration est supérieur de 5 points à la moyenne nationale. Il représente près du double du taux de certains départements de comparaison, tels que la Seine-et-Marne ou l'Essonne.

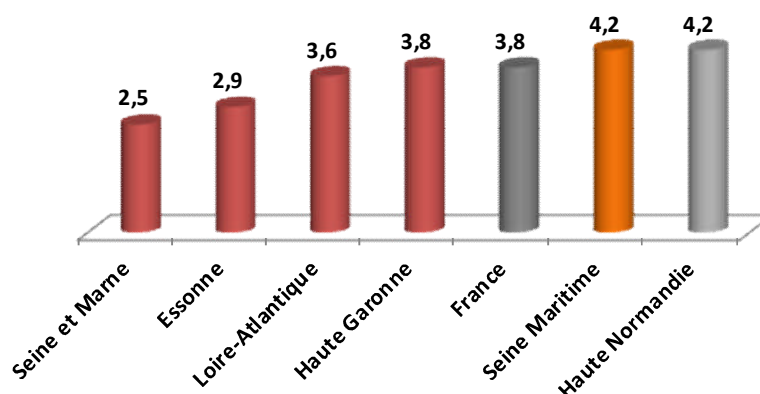
Le taux de pénétration de l'AAH en Seine-Maritime est à rapprocher de celui de la Région Haute-Normandie, qui est de 29 %.

B) LES BÉNÉFICIAIRES DE LA PCH ET DE L'ACTP

La Prestation de Compensation du Handicap (PCH), instaurée par la loi de 2005 et financée par les Départements, constitue l'une des pierres angulaires de la mise en œuvre du droit à la compensation, en particulier pour les personnes vivant à domicile. Cette prestation vise à permettre aux personnes en situation de handicap de satisfaire les besoins de leur vie courante grâce aux aides humaines, techniques, animalières, et grâce à l'aménagement de leur logement ou de leur véhicule.

L'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) est une allocation antérieure à la PCH qui s'adresse également aux personnes en situation de handicap.

**Taux de pénétration de l'ACTP et de la PCH au
31.12.2010**



Source : STATISS 2012, nombre d'allocataires de la PCH et de l'ACTP au 31.12.2010 pour 1 000 personnes sur la population générale.

Avec 4,2 bénéficiaires pour 1000 habitants, la Seine-Maritime se distingue aussi par un taux de pénétration de la PCH et de l'ACTP légèrement supérieur à la moyenne nationale et supérieur aux taux de tous les départements de comparaison.

La Seine-Maritime **compte 4 916 bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP en 2012 (dont 301 bénéficiaires de la PCH en établissement)**. Ce nombre est en augmentation de 4,3% depuis 2009. Cette augmentation est portée par le nombre de bénéficiaires de la PCH (+24,4% à domicile, +94,8% en établissement) tandis que le nombre de bénéficiaires de l'ACTP décroît (-17,7%).

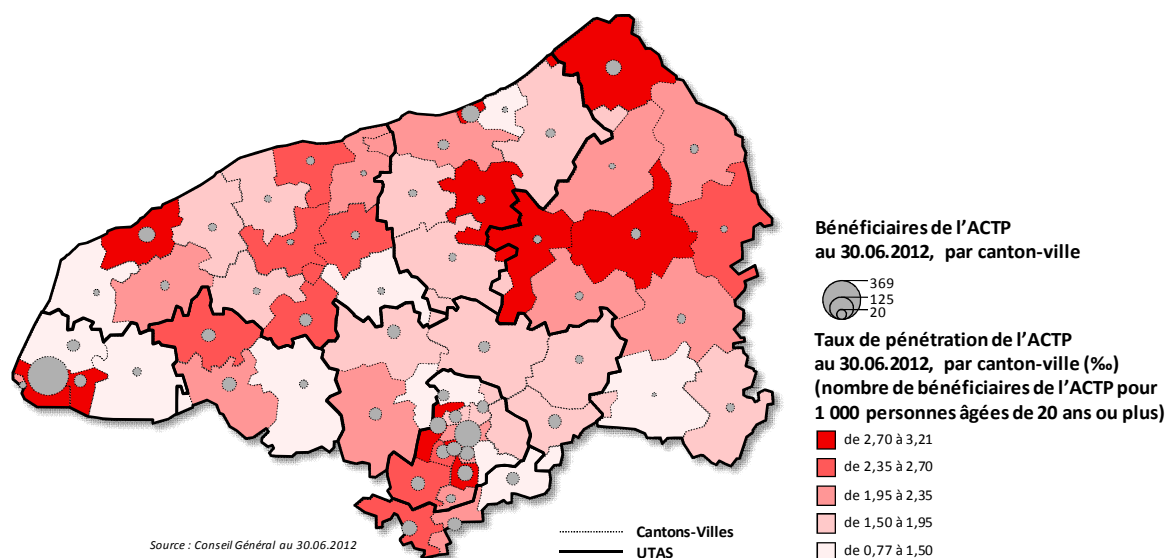
Suivant la répartition de la population totale en Seine-Maritime, les bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP à domicile sont plus nombreux sur les UTAS 1 et 5 (agglomérations rouennaise et havraise).

En revanche, les taux de pénétration de l'ACTP et de la PCH sont relativement homogènes entre les différentes UTAS de Seine-Maritime : de 1,9 à 2,4‰ pour l'ACTP, et de 2,4 à 3‰ pour la PCH.

UTAS	Bénéficiaires de l'ACTP	Taux de pénétration de l'ACTP sur la population de 20 ans et plus	Bénéficiaires de la PCH à domicile	Taux de pénétration de la PCH à domicile sur la population de 20 ans et plus
1	649	2,2	801	2,7
2	107	2,1	144	2,9
3	145	1,9	178	2,4
4	102	2,1	146	2,9
5	464	2,4	584	3,0
6	229	2,1	284	2,6
7	181	2,3	210	2,6
8	189	2,4	201	2,5
Total	2 066	2,2	2 548	2,7

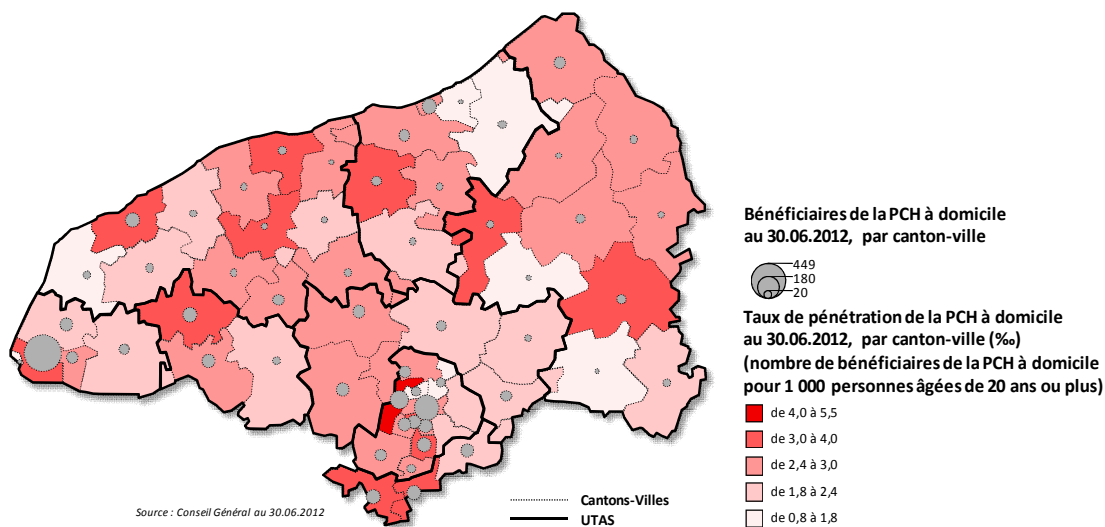
Au niveau cantonal, on observe en revanche des disparités plus marquées :

Nombre de bénéficiaires et taux de pénétration de l'ACTP par canton-ville au 30.06.2012



Source : Département au 30.06.2012

Nombre de bénéficiaires et taux de pénétration de la PCH à domicile par canton-ville au 30.06.2012



Source : Département au 30.06.2012

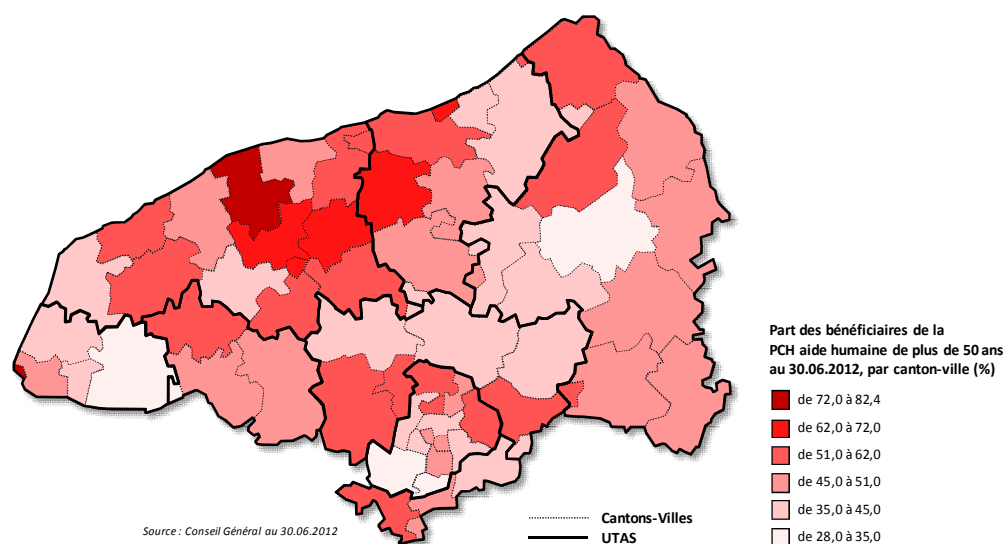
La PCH Aides Humaines

UTAS	Bénéficiaires de la PCH aides humaines	Bénéficiaires PCH aides humaines de plus de 50 ans	Part des bénéficiaires aides humaines de plus de 50 ans
1	763	346	45%
2	144	75	52%
3	170	73	43%
4	141	74	52%
5	559	248	44%
6	267	147	55%
7	202	119	59%
8	198	94	47%
Total	2 444	1 176	48%

Le département de Seine-Maritime compte **2444 bénéficiaires de la PCH aides humaines, dont 48% ayant plus de 50 ans.**

Ces bénéficiaires vieillissants vivant à domicile et nécessitant d'une aide humaine constituent potentiellement une population fragile, d'autant plus si cette aide humaine est prodiguée par les parents, eux-mêmes vieillissants.

Part des bénéficiaires de la PCH aides humaines de plus de 50 ans par canton-ville au 30.06.2012



Source : Département au 30.06.2012

L'avancée en âge des bénéficiaires de la PCH aides humaines varie considérablement selon les territoires. Ainsi, dans certains cantons, plus de 80% d'entre eux ont plus de 50 ans.

C) LES DÉPENSES DE PCH

La forte croissance du nombre de bénéficiaires de la PCH a entraîné une hausse consécutive des dépenses départementales liées à cette prestation. Celles-ci s'élèvent en 2012 à 27 403 798 € soit un coût moyen mensuel par bénéficiaire de 778 €.

Dans le même temps, les recettes provenant de la CNSA ont stagné, comme le montre le graphique ci-après :

Évolution des Dépenses PCH et Compensations de l'État depuis 2006

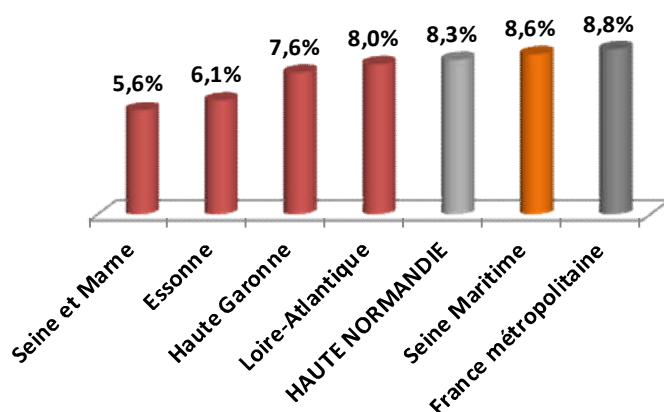


2. Les publics âgés

A) LA DÉMOGRAPHIE ET LES REVENUS DES PERSONNES ÂGÉES

En 2009, le département compte 272 966 personnes âgées de 60 ans et plus, soit 21,8% de la population et **107 058 personnes âgées de 75 ans et plus**, soit 8,6% de la population.

Part de la population âgée de 75 ans ou plus en 2009

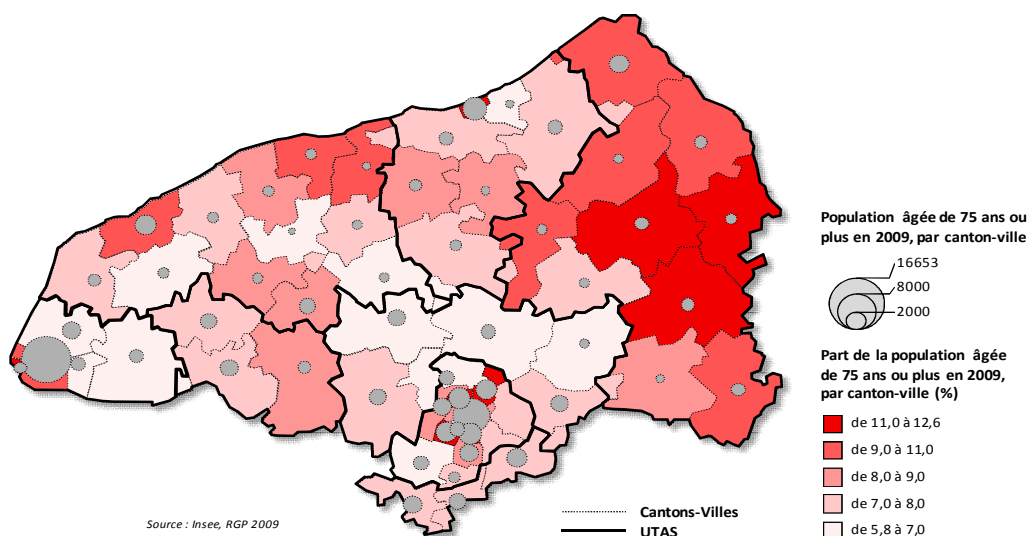


La Seine-Maritime accueille ainsi une proportion de personnes âgées de 75 ans et plus similaire à la moyenne métropolitaine, mais **supérieure à la moyenne régionale et à l'ensemble des départements de comparaison.**

Source : INSEE RGP 2009.

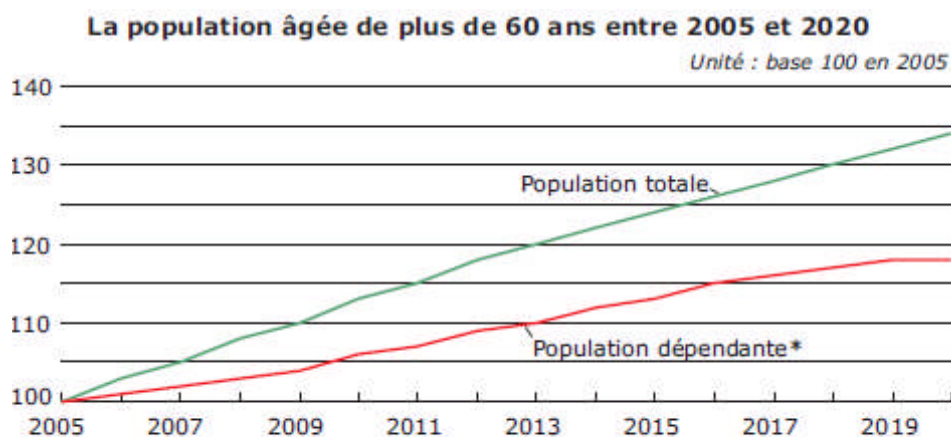
On observe par ailleurs que les personnes âgées de 75 ans et plus sont nombreuses sur les agglomérations de Rouen et du Havre comparativement au reste du territoire. Elles sont néanmoins **surreprésentées sur tout le Pays de Bray**, dans lequel 3 cantons comptent entre 11 et 12,6% de personnes de cette tranche d'âge.

Population âgée de 75 ans ou plus en 2009 par canton-ville



Selon l'INSEE⁸, le **vieillessement de la population devrait se poursuivre**, avec une augmentation de près d'un tiers de la population âgée de plus de 60 ans entre 2005 et 2020.

Si on fait l'hypothèse d'un recul de l'âge d'entrée en dépendance grâce à l'augmentation de l'espérance de vie et aux progrès de la médecine, **le nombre de personnes âgées dépendantes connaîtrait toutefois une hausse plus modérée (+ 18,5 %).**



Source : INSEE, Enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance 1998-1999, Omphale (projection en 2020).

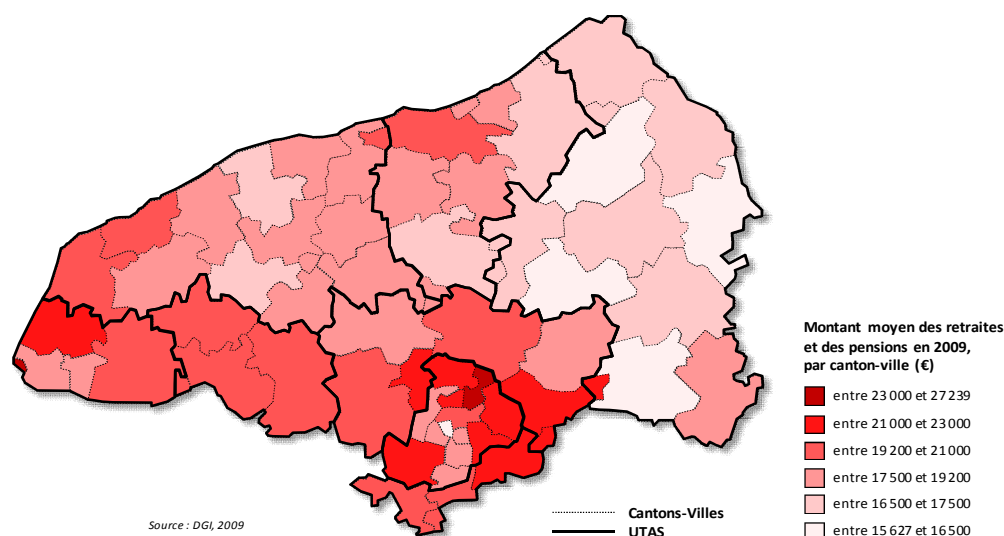
Par ailleurs, la structure par âge de la population dépendante serait amenée à évoluer d'ici 2020 au profit des plus âgés : les plus de 85 ans représenteraient plus de la moitié de la population dépendante (pour 44 % en 2005).

⁸ Note Aval n°80, Juin 2009, INSEE Haute-Normandie.

On note, par ailleurs, qu'en 2030, la part de la population âgée en Seine-Maritime sera équivalente – ou légèrement supérieure – à celle observée en moyenne en France métropolitaine : 22,2% des seinomarins auront entre 60 et 79 ans et 7,3% seront âgés de 80 ans et plus, contre 22,1% et 7,2% respectivement en moyenne métropolitaine⁹.

Concernant les ressources des personnes âgées, en 2009, le montant moyen des retraites et pensions par foyer fiscal dans le département s'élève à **18 543 euros par an**, soit un montant inférieur à celui de la France qui s'élève à 19 468 euros par an.

Montant des retraites et pensions par canton-ville en 2009



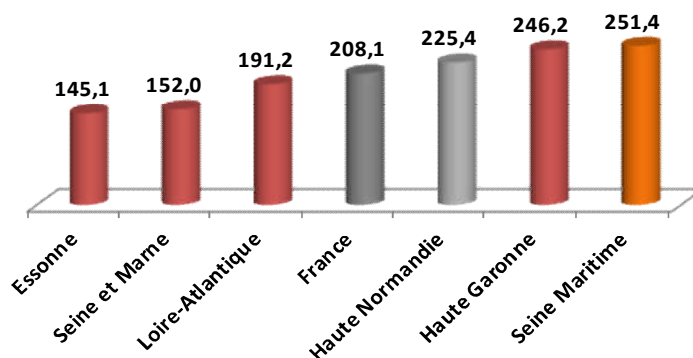
On observe que les **retraites et pensions sont plus élevées dans le sud du département**. Ainsi, les UTAS 1 à 5 disposent d'un montant moyen supérieur à la moyenne départementale contrairement aux UTAS 6 à 8. Ce constat est particulièrement marqué sur le Pays de Bray, où les retraites et pensions s'élèvent en moyenne à 16 848 euros par an.

B) LES BÉNÉFICIAIRES DE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA)

L'APA s'adresse aux personnes âgées de 60 ans et plus résidant à domicile ou en établissement et confrontées à des situations de perte d'autonomie. L'APA est une allocation personnalisée répondant aux besoins particuliers de chaque bénéficiaire. Elle n'est pas soumise à condition de ressources, mais son calcul tient compte des revenus des bénéficiaires. Elle permet la prise en charge d'aides et de services diversifiés.

⁹ INSEE, projection OMPHALE, 12/2008

Taux de pénétration de l'APA



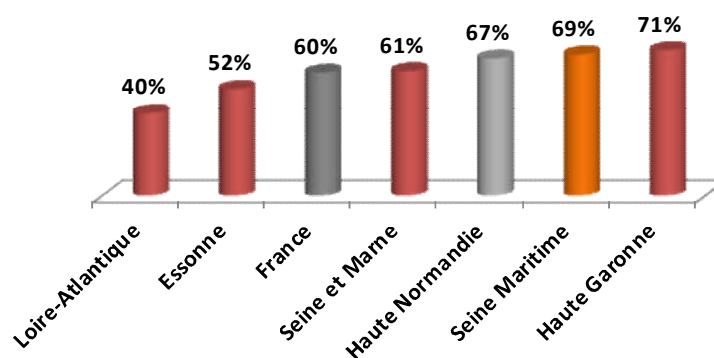
Source : DREES 2010, nombre de bénéficiaires de l'APA pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus au 31.12.2009.

Au 31.12.2009, le taux de pénétration de l'APA (à domicile et en établissement) en Seine-Maritime est largement supérieur à la moyenne nationale, avec 251,4 bénéficiaires pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus, contre 208,1 pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus au niveau national.

Le **nombre de bénéficiaires s'élève à 27 362 en juin 2012 (dont 8 770 en établissement)**. Ce nombre est relativement stable depuis 2010 (+2,1%).

L'APA à domicile

Part des bénéficiaires de l'APA à domicile



Source : DREES 2010, part des bénéficiaires de l'APA à domicile en 2009.

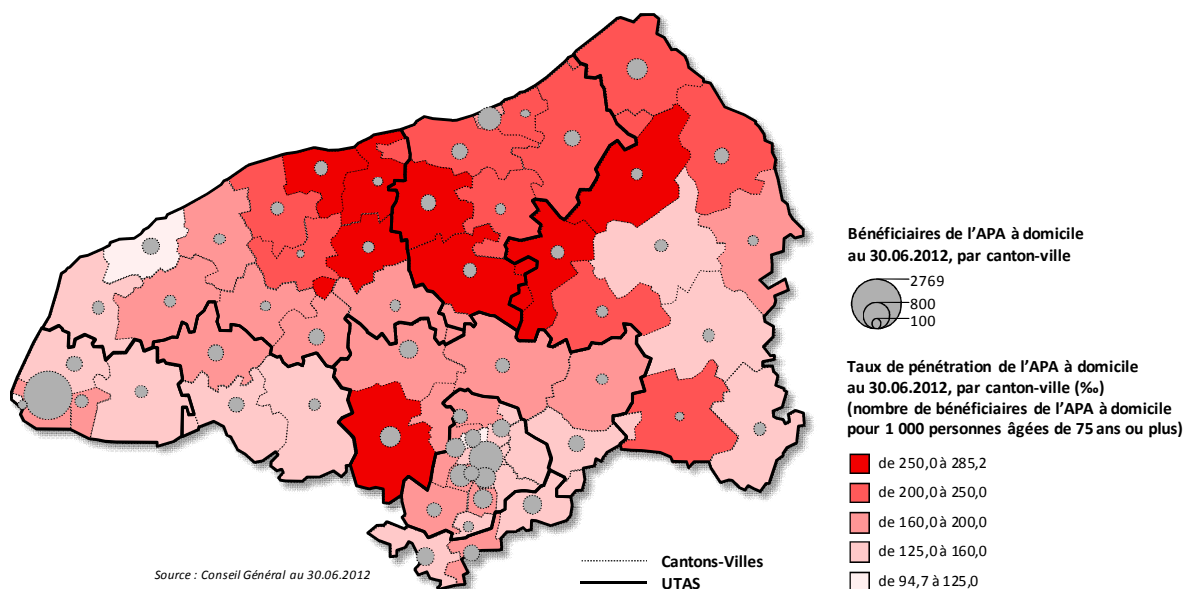
La part des bénéficiaires de l'APA à domicile parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'APA s'élève à 69%, contre 60% au niveau national.

UTAS	Bénéficiaires APA domicile	Taux de pénétration APA domicile
1	5 553	156,8
2	798	165,7
3	1 435	203,4
4	802	160,7
5	3 603	162,6
6	2 223	184,2
7	2 082	214,5
8	2 096	193,4
Total	18 592	173,7

Le taux de pénétration de l'APA à domicile est globalement plus fort sur l'UTAS 3 et dans les territoires périurbains ou ruraux du nord du département et du Pays de Bray.

En valeur absolue, les bénéficiaires de l'APA à domicile se concentrent toutefois dans les grandes agglomérations seinomarines que sont Rouen et Le Havre.

Nombre de bénéficiaires et taux de pénétration de l'APA à domicile par canton-ville au 30.06.2012



Source : Conseil Général au 30.06.2012.

Fin 2009, la Seine-Maritime comptait 77,6% des bénéficiaires de l'APA à domicile en GIR 3 et 4, soit une proportion supérieure aux départements de comparaison tels que la Seine-et-Marne ou l'Essonne, ainsi qu'à la moyenne régionale (76%). Or, cette proportion a connu une progression au cours des dernières années : en juin 2012, 80% des bénéficiaires relevaient du GIR 3 ou 4 et 58% des bénéficiaires relevaient du GIR 4, le niveau le plus faible de la dépendance.

Le montant annuel moyen du plan d'aide pour l'APA à domicile s'élève à 4 520 €.

L'APA en établissement

En juin 2012, le département compte **8 770 bénéficiaires de l'APA en établissement**, dont **2 484 pris en charge au titre de l'aide sociale à l'hébergement**.

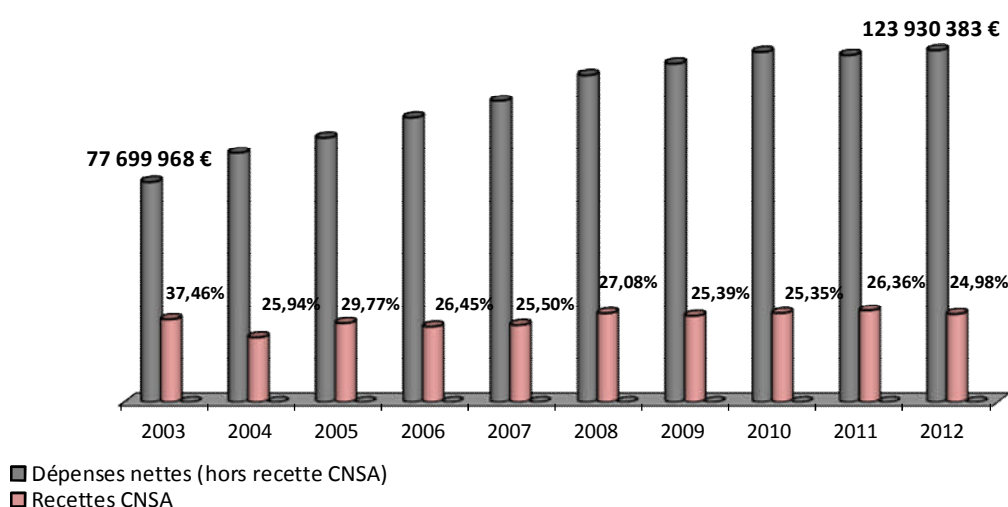
Cela signifie que 31% des bénéficiaires de l'APA sont en établissement, soit une part inférieure à la moyenne nationale (40%).

C) LES DÉPENSES D'APA

Les dépenses relatives au versement de l'APA sont croissantes depuis 2003, et se stabilisent à un niveau élevé à partir de 2010. Ainsi, elles s'élèvent à 123 930 383 euros en 2012, dont 25% financés par la CNSA.

Les dépenses de l'APA à domicile s'élèvent en 2012 à 85 284 515 €.

Évolution des dépenses APA (nettes) et recettes CNSA 2003-2012



Les enjeux pour le Schéma de l'Autonomie :

La Seine-Maritime est aujourd'hui un département à faible croissance démographique dont le vieillissement s'accélère. Par ailleurs, les problématiques diffèrent sur le territoire, en termes de ruralité et de contexte socio-économique, avec des disparités de revenus relativement importantes. Le Pays de Bray est ainsi le territoire qui cumule la plus faible densité de population, la plus forte proportion de personnes âgées, et les revenus les moins élevés.

Le Département connaît des taux de pénétration particulièrement élevés concernant les différentes prestations à destination des personnes âgées et des personnes en situation de handicap (AAH, PCH, ACTP, APA). En parallèle, le nombre de bénéficiaires augmente sur les dernières années.

Le Département se trouve donc face à différents enjeux pour le présent Schéma de l'Autonomie :

- D'une part, répondre à un public de plus en plus nombreux ce qui implique de faire évoluer les dispositifs sociaux, médico-sociaux et sanitaires vers plus d'efficacité.
- D'autre part, adapter les réponses aux besoins spécifiques de chaque territoire en s'appuyant notamment sur les Projets Sociaux de Territoire.

- Enfin, encourager les acteurs du territoire à exploiter les opportunités liées à l'autonomie en participant à la mobilisation nationale sur « l'économie du vieillissement ».

Quant aux bénéficiaires de l'APA, ils vivent majoritairement à domicile. Le Département devra donc prendre en compte le souhait des personnes âgées de vivre à domicile le plus longtemps possible. Il conviendra de poursuivre la politique d'aménagement du territoire et des logements, mais également de favoriser une véritable intégration des personnes âgées dans la vie de la cité.

Notons par ailleurs, une représentation importante des bénéficiaires de l'APA en GIR 4, qui mérite d'approfondir le travail de collaboration avec les caisses de retraite.

En matière de handicap, près de la moitié des bénéficiaires d'aides humaines dans le cadre de la PCH ont plus de 50 ans, ce qui implique à court terme d'être en capacité d'offrir des solutions adaptées à ce public vieillissant, que ce soit à domicile ou en structure spécialisée.

III. L'intégration des personnes âgées et des personnes en situation de handicap dans la vie de la cité

1. De nombreuses initiatives en faveur de la mobilité, à poursuivre et à optimiser

Si le handicap, le vieillissement, ou plus largement le problème de mobilité, doivent s'appréhender en fonction de l'environnement, c'est bien selon **la chaîne de déplacement** qu'il convient de réfléchir. Celle-ci intègre l'ensemble du cadre bâti (logement, établissements recevant du public), la voirie et les transports, ces éléments étant indissociables pour une vie sociale pleine et entière. Dans un délai de 10 ans, à compter de la date de publication de la loi, soit le 1^{er} janvier 2015, les services de transport collectif devront être accessibles aux personnes en situation de handicap et à mobilité réduite.

La Seine-Maritime connaît des avancées notables en termes d'adaptation des transports collectifs. Pourtant, seule une partie des transports en commun est accessible aux personnes à mobilité réduite, la mise en accessibilité des infrastructures étant freinée en grande partie par une problématique de coût.

En parallèle, des **actions spécifiques en faveur de la mobilité** des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ont été mises en place par le Département :

- Le Pass Transports Seniors, qui répond aux problématiques de communication et d'accès en permettant aux personnes âgées d'utiliser à moindre coût l'ensemble des lignes départementales
- Une solution de substitution et de transport à la demande : Minibus 76.

Minibus 76 est à la fois un service de substitution des lignes régulières non accessibles et un service de transport à la demande, depuis le domicile lorsque l'utilisateur se trouve dans l'incapacité de se déplacer jusqu'à la station la plus proche. En ce sens, le dispositif a pleinement répondu à l'objectif qu'il s'était fixé, de rompre l'isolement, notamment en milieu rural, et de favoriser le transport des personnes à mobilité réduite.

Toutefois, on peut noter trois limites principales à ce dispositif :

- Un déficit de communication. Minibus 76 a permis 15 000 voyages en 2012. Environ 2 000 utilisateurs sont déclarés, mais seuls 200 usagers utilisent régulièrement ce service, malgré l'absence de critères restrictifs pour y accéder ;
- Un dispositif relativement onéreux : le coût réel d'un trajet s'élève à 35 euros environ, contre un coût pour l'utilisateur équivalent au service régulier ;
- Un dispositif qui ne peut répondre entièrement à l'objectif d'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap, puisque la trame de destinations possibles est restreinte aux lignes régulières.

D'autres dispositifs de substitution existent dans le champ du handicap, souvent centrés sur le transport vers des lieux spécifiques : scolarité, études, stages, travail, sport...

Enfin, des **réseaux d'entraide**, tels le covoiturage ou l'autopartage, participent à l'accès de tous à la mobilité, mais sont souvent insuffisamment mobilisés par les publics du schéma.

2. L'adaptation du logement : des aides dédiées et un travail engagé en matière d'information et de concertation

A) LES ACTIONS EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES

Le Département a mis en place l'aide financière « **Habitat Autonomie** ». Elle permet, sous conditions de ressources, aux propriétaires occupants, bénéficiaires de l'APA, de financer une partie des travaux d'adaptation de leur logement.

Pourtant, au niveau départemental, l'enveloppe de cette aide est sous-utilisée : il apparaît donc nécessaire de mieux faire connaître le dispositif. Plus globalement, il convient d'informer davantage les usagers potentiels sur l'ensemble des aides au logement disponibles (Habitat Autonomie, mais également prêts à la réhabilitation de la CARSAT,...). Il s'agit de les guider dans les démarches, mais également de sensibiliser les personnes âgées à l'adaptation de leur logement.

B) LES ACTIONS EN FAVEUR DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Il existe un certain nombre de possibilités d'aménagement du logement pour les personnes en situation de handicap, en grande partie rendues réalisables grâce à la Prestation de Compensation du Handicap.

La **MDPH accompagne l'utilisateur dans les démarches** : un travail de collaboration a notamment été initié entre la MDPH et des ergothérapeutes, afin de trouver les solutions les plus adaptées aux besoins des personnes.

Toutefois, il n'existe pas de guichet unique concernant le financement des travaux, ce qui peut mener à une situation de « millefeuille » lors de montages impliquant des cofinancements (ANAH, PCH, fonds de compensation, etc.).

Par ailleurs, il convient d'améliorer l'accompagnement de la personne vers un logement correspondant le plus à ses besoins. Sur ce point, il semble indispensable d'une part, de mieux connaître les besoins selon les territoires et d'autre part, de repérer les logements adaptés, afin de rapprocher l'offre de la demande. Les commissions communales pour l'accessibilité peuvent être des relais utiles.

Concernant l'adaptation des logements aux spécificités des besoins des personnes en situation de handicap, trente entreprises et artisans du bâtiment ont été labellisés Handibat sur le département, et cinquante professionnels ont été formés à l'adaptation du logement sur la durée du précédent schéma. Les commissions communales pour l'accessibilité peuvent être des relais utiles.

C) LES ACTIONS EN FAVEUR DES DEUX PUBLICS

Le développement de logements adaptés et de leur accessibilité a été essentiellement travaillé à travers la **mise en place de partenariats. Différentes associations et bailleurs sociaux visent à mieux prendre en compte le vieillissement et le handicap** notamment par le biais de :

- Chartes avec l'Union Sociale pour l'Habitat (USH), Coordination Handicap Normandie (CHN) et Habitat 76 pour le logement des personnes en situation de handicap ;
- Convention d'objectifs sur la prise en compte du vieillissement et des handicaps, signée en 2009 entre un bailleur social et le Département ;
- Charte départementale avec l'USH et l'Association Régionale des Sociétés d'Économie Mixte (ARSEM) fixant des critères de qualité pour la concertation avec les locataires dans les sites de renouvellement urbain, et comportant des engagements en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Cette collaboration montre la volonté du Département de favoriser les accessibilités. Toutefois, elle reste à développer et son effectivité réelle à évaluer.

3. L'insertion professionnelle des travailleurs en situation de handicap : un engagement et un travail d'articulation des acteurs à poursuivre

Il convient de rappeler que l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des travailleurs en situation de handicap entrent dans le **champ de compétence de l'État**. Ils constituent des priorités fortes pour la Région Haute-Normandie, priorités réaffirmées dans le cadre du Plan Régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés (PRITH) et du Projet Régional de Santé (PRS). En outre, les Départements pourraient être plus fortement impliqués auprès des ESAT avec l'acte III de la décentralisation.

L'ARS anime et coordonne l'existant au niveau régional, notamment à travers le Centre Ressources Handicap et une plateforme régionale de coordination pour l'insertion professionnelle.

Alors que le secteur de l'emploi est peu dynamique au niveau national et départemental, les personnes en situation de handicap sont particulièrement touchées par les difficultés d'insertion professionnelle. À fin février 2012¹⁰ :

- **12 253 bénéficiaires de l'obligation d'emploi sont inscrits à Pôle Emploi en Haute-Normandie**, toutes catégories confondues
- **75,5% d'entre eux ne déclarent aucune activité à cette période** (catégorie A), soit une proportion nettement supérieure à celle observée pour l'ensemble des demandeurs d'emploi de Haute-Normandie (57,7%)
- 1 790 exercent une activité réduite (catégories B et C), soit une proportion deux fois inférieure à la moyenne observée dans la région, pour l'ensemble des demandeurs d'emploi (respectivement 14,6% et 29,2%).

¹⁰ « Repères et analyses, les bénéficiaires de l'obligation d'emploi, Haute-Normandie », Service Statistiques, Études et Évaluation, Pôle Emploi, Avril 2012.

Près de la moitié des demandeurs d'emploi en situation de handicap a plus de 45 ans, et la majorité des bénéficiaires de l'obligation d'emploi est peu diplômée (niveau inférieur au niveau V CAP-BEP). La plupart de ces bénéficiaires relèvent d'un handicap moteur, mais on peut noter une augmentation du nombre de nouveaux demandeurs en situation de handicap psychique ces dernières années.

Malgré l'obligation d'emploi des travailleurs en situation de handicap, la construction des parcours professionnels des personnes porteuses de handicap se heurte à des difficultés tant structurelles que conjoncturelles, auxquelles de nombreux acteurs tentent de répondre.

En effet, **des initiatives existent pour accompagner les personnes en situation de handicap vers la formation et l'emploi.**

L'Association nationale pour la Formation Professionnelle des Adultes (AFPA) a permis, au niveau régional, d'accompagner plus de 600 travailleurs en situation de handicap depuis 2009.

A partir de 16 ans, des ateliers de pédagogie personnalisés permettent une remise à niveau et un accompagnement social global. Des acteurs associatifs, tels qu'Handisup Haute Normandie ou ARAMIS (Association Régionale pour l'Alternance et la MISE en réseau des établissements de Haute-Normandie), participent également à l'accompagnement des jeunes en situation de handicap, en complémentarité avec l'accompagnement réalisé par l'Éducation Nationale et les établissements d'enseignement supérieur. ARAMIS travaille par exemple à la reconnaissance des acquis et des compétences des travailleurs en situation de handicap.

Ce travail de valorisation fait ainsi l'objet de plusieurs expériences qu'il s'agira de poursuivre dans le cadre du Schéma de l'Autonomie. L'accompagnement des jeunes de 16-25 ans en situation de handicap, de la vie scolaire vers l'emploi, devra également être renforcé. En effet, il existe un risque accru de rupture de parcours à la sortie du système scolaire ou des établissements spécialisés (Institut Médico-Professionnel (IMPRO) ...).

De 2005 à 2012, des subventions de fonctionnement ont été accordées par le Département à Handisup pour financer le dispositif d'accompagnement des étudiants en situation de handicap. La MDPH et Handisup ont par ailleurs signé une convention depuis avril 2007 ayant pour objet de favoriser l'accompagnement et l'élaboration des projets de vie des étudiants en situation de handicap.

Le Département dispose, au sein des Unités Territoriales d'Action Sociale (UTAS), de **conseillers emploi aptes à accompagner les adultes en situation de handicap lorsqu'ils sont confrontés au marché du travail.** Une convention d'articulation entre le Département et Cap Emploi devra permettre de fluidifier les passerelles.

Par ailleurs, **l'insertion professionnelle des travailleurs en situation de handicap au sein des services du Département et de l'État constitue une réalisation essentielle** du précédent schéma en faveur des personnes en situation de handicap.

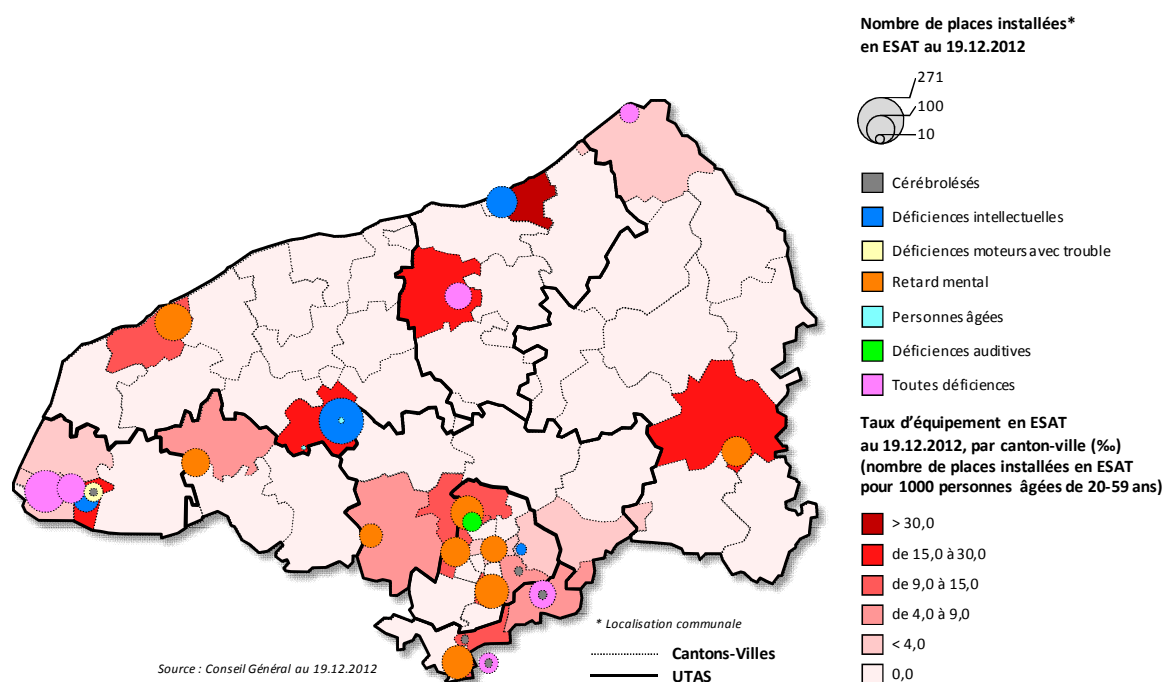
En effet, l'un des objectifs de la loi du 11 février 2005 est notamment de compléter et de moderniser le dispositif mis en place par la loi du 10 juillet 1987, en ouvrant au secteur public l'obligation d'emploi de 6% de personnes en situation de handicap.

Ainsi le Département de Seine-Maritime a-t-il permis les réalisations suivantes :

- **L'accueil privilégié de stagiaires en situation de handicap** au sein des services départementaux en lien avec l'association Handisup ;
- **La formation de référents au sein des services** dans le cadre de la convention du Fonds pour l'Insertion des Personnes en Situation de Handicap dans la Fonction Publique (FIPHFP) en mobilisant l'ensemble des acteurs de l'emploi des personnes en situation de handicap dans les trois fonctions publiques ;
- **L'augmentation du taux d'emploi des travailleurs en situation de handicap** au sein des services du Département et de l'Etat (4,32%) : projet de convention avec Cap Emploi, postes d'accueil réservés prioritairement pour les personnes en reclassement professionnel, réalisation d'une plaquette « Vivre son Handicap », mise en place d'une procédure d'accueil, signature d'une convention FIPHFP 2012-2014 ;
- La création dans les MDPH d'un **poste de référent pour l'insertion professionnelle**, chargé des relations avec la DIRECCTE pour toutes les questions relatives à l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap ;
- La **participation annuelle au forum de l'emploi organisé par Handisup**, dont l'objectif est de mettre en relation employeurs et étudiants en situation de handicap.

Concernant l'insertion en milieu protégé, le département bénéficie d'un **réseau important d'Établissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT)** relevant de la compétence de l'ARS. En 2012, les 2 414 places du territoire départemental représentent, en effet, 3,67 places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans, soit un taux légèrement supérieur à la moyenne nationale (3,44‰).

Nombre de places installées et taux d'équipement en ESAT par canton-ville au 19.12.2012



Source : ARS au 19.12.2012.

Malgré un taux d'équipement satisfaisant, le PRS a mis en exergue un **manque de fluidité des places d'ESAT**. En effet, 30 % des travailleurs d'ESAT sont actuellement vieillissants et ne peuvent plus suivre normalement les rythmes de travail, **rendant difficile l'entrée des jeunes travailleurs sortant d'IMPRO**.

Des **passerelles entre le milieu ordinaire et le milieu protégé** existent sur le département : notons à ce titre la création de deux ESAT « hors les murs ».

Toutefois, il semblerait que les relations doivent être développées entre Cap Emploi et les établissements médico-sociaux afin de fluidifier davantage les parcours. Par ailleurs, les établissements médico-sociaux manquent souvent de compétences dédiées à l'accompagnement vers l'insertion professionnelle.

Enfin, l'accompagnement doit se poursuivre au-delà de la recherche d'emploi afin d'assurer le maintien des travailleurs en milieu ordinaire. Dans ce cadre, il semble nécessaire d'accompagner la personne en situation de handicap, mais également l'employeur.

4. L'accès aux sports, aux loisirs et à la culture : entre l'inclusion et les dispositifs spécifiques, une offre en développement

Le Département souhaite **favoriser l'exercice de la vie citoyenne des personnes âgées et des personnes en situation de handicap**, qu'elles soient accueillies en établissement ou qu'elles vivent à domicile. C'est ainsi que les précédents schémas en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, par une politique de soutien aux initiatives des différents partenaires, ont permis un meilleur accès aux sports, aux loisirs et à la culture.

A) LES ACTIONS EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES

Afin d'encourager les pratiques et les sorties culturelles, sportives et de loisirs des personnes âgées, le Département a travaillé à la réalisation du « **Guide Bien Vieillir** » permettant une plus large diffusion de l'offre disponible, en s'appuyant sur les CLIC.

Dans ce même objectif, les services départementaux travaillent en 2013 à la création du **Pass Senior Actif**. Il s'agit de recenser, dans un document unique, des activités du domaine des sports, de la culture et des loisirs se déroulant sur le territoire. Le Département travaille également au développement d'activités de loisirs. Ainsi en 2013, des randonnées nordiques animées par des éducateurs sportifs ont été proposées.

Concernant les personnes âgées accueillies en établissement, le dispositif "**Culture à l'Hôpital**", cofinancé par l'ARS, la DRAC et les Départements 27 et 76, a permis d'accompagner quatorze projets artistiques et culturels. Ces projets ont été conduits majoritairement en EHPAD hospitaliers (Rouen, Dieppe, Déville-lès-Rouen, Fécamp, Sotteville-lès-Rouen, Yvetot, Bolbec-Lillebonne) avant de s'étendre à d'autres EHPAD publics (Maromme, Saint Crespin, Luneray, Grugny, Rouen « La Pléiade ») et associatifs.

Répartis sur l'ensemble du département de Seine-Maritime, ils ont permis aux artistes de prendre résidence en établissement durant un à deux ans et d'y développer des disciplines diverses telles que théâtre, chant, danse, écriture et conte, sculpture, ou encore photographie.

B) LES ACTIONS EN FAVEUR DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Concernant l'accès à la culture et aux loisirs des personnes en situation de handicap, le Département a signé, en juillet 2011, une **convention de partenariat avec le Groupement pour l'Insertion des personnes en situation de Handicap Physique (GIHP) de Haute-Normandie**.

Elle a pour objectif de permettre l'accès à la pratique et aux enseignements artistiques, mais aussi au patrimoine culturel et aux manifestations ou festivals seinomarins que le Département organise ou auxquels il participe (Festival des jardins, Terres de paroles, Normandie Impressionniste). Dans ce cadre, le GIHP a initié la mise en place d'un réseau de référents culture handicap auprès d'associations haut-normandes afin de développer la communication sur l'accessibilité de l'offre culturelle et des enseignements artistiques.

Afin de favoriser la réalisation des actions prévues dans le schéma départemental « Vivre son Handicap », le Département a attribué des subventions de fonctionnement aux acteurs associatifs du champ du handicap. Ainsi, certains projets financés concernent l'accès aux enseignements artistiques et aux activités culturelles.

Enfin, des aides financières ont été accordées aux trois bibliothèques sonores seinomarines : elles ont pour objectif de permettre l'accès à la lecture des personnes déficientes visuelles ou empêchées de lire (les personnes âgées sont aussi concernées par cette action).

Concernant les personnes en situation de handicap en établissement, le protocole « **Culture et personnes en situation de handicap** » signé pour l'année 2012-2013 entre le Département et la Direction Régionale des Affaires Culturelles (DRAC), a permis de soutenir à titre expérimental trois projets encourageant l'expression personnelle et la créativité des usagers.

Des initiatives ont par ailleurs été menées pour faciliter l'accès des personnes en situation de handicap à la pratique sportive :

- Le dispositif **Handi-Pass' Sport** permet aux personnes en situation de handicap d'être aidées financièrement pour l'achat de licences sportives ;
- Une **Commission handisport** (regroupant le Département, l'État et la MDPH) soutient les clubs dans leurs efforts pour rendre accessibles les locaux mais également la pratique des sports, par la formation des accueillants et des animateurs sportifs. Ainsi, une centaine de clubs ont été labellisés ces dernières années, représentant plus d'une trentaine de disciplines.

Enfin, la mise en place par l'ARS, de six **Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM)** permet de lutter contre l'isolement des personnes en situation de handicap psychique ou cognitif en leur permettant de se rencontrer et de participer activement à la construction de leurs projets.

C) LES ACTIONS EN FAVEUR DES DEUX PUBLICS

Le sport est défini comme un outil de santé publique en direction des personnes âgées et des personnes handicapées dans le récent Plan National « Sport Santé Bien Être ».

Le dispositif **Soli'Sport 76** vise à favoriser l'accès au sport pour tous en aidant au développement des missions d'intérêt général durables, portant en priorité sur les cinq thématiques suivantes : Sport et Santé ; Sport, Citoyenneté et lutte contre les discriminations ; Sport, Insertion sociale et production de lien social ; Sport, emploi et insertion professionnelle et Sport et environnement. Notons qu'un tiers des projets soutenus par Soli'Sport concerne les publics en situation de handicap.

Dans le domaine de la culture, la **médiathèque départementale** fait travailler ensemble les 200 bibliothèques du département afin de fournir des livres adaptés, tout en formant les agents d'accueil et en organisant des spectacles accessibles aux personnes âgées ou aux personnes handicapées.

Si les initiatives ambitieuses sont nombreuses, il faut noter que le public et les professionnels n'en sont pas toujours informés : un **travail sur la diffusion de l'information concernant l'offre de sports, loisirs et culture** pourrait à ce titre être engagé.

La loi impose par ailleurs à tous les sites recevant du public d'être accessibles à partir de 2015, dans une logique d'accessibilité universelle. La volonté des partenaires du champ de l'autonomie est en effet de développer des passerelles pour s'intégrer aux publics ordinaires. Pour autant, les dispositifs de droit commun ne permettent pas encore d'accueillir tous les publics. Ainsi, une réflexion pourrait être engagée sur l'accessibilité des sites culturels, des musées et des salles de spectacle aux personnes à mobilité réduite, mais également sur l'harmonisation de la signalétique afin d'adapter les réponses aux publics handicapés psychiques.

D'une manière générale, la transversalité accrue des politiques départementales, entre les Directions de l'autonomie, des sports, des sites et des musées, de la culture et de la jeunesse devra permettre de renforcer l'accessibilité.

5. La participation des personnes à leur accompagnement et l'exercice de la citoyenneté

Enfin, une réelle intégration des personnes âgées et des personnes en situation de handicap passe nécessairement par l'exercice des libertés fondamentales, dont les fonctions électives (processus de droit commun : élections, référendum, adhésion à un syndicat ou à une association, ...) et le droit de s'exprimer sur l'accompagnement dont elles bénéficient.

En Seine-Maritime, les usagers participent dans le cadre d'organes consultatifs spécifiques : **le Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées (CDCPH)** qui donne un avis et formule des propositions sur les orientations de la politique du handicap dans tous les domaines de la vie sociale et sur les mesures à mettre en œuvre au plan local pour assurer la coordination des interventions partenariales (article L.146-2 du CASF); **le Comité Départemental des Retraités et des Personnes Âgées (CODERPA)**, instance consultative de réflexion et d'échanges consultée obligatoirement sur les schémas et **le Conseil Consultatif Départemental de la Citoyenneté**, instance de la société civile réunissant notamment des partenaires des champs du handicap et de la gérontologie.

Par ailleurs, les personnes âgées et les personnes en situation de handicap disposent au sein des Établissements et Services Médico-sociaux qui les accueillent, de lieux d'expression et d'échanges : **les Conseils de la Vie Sociale (CVS)**. En Seine-Maritime, ces lieux d'expression semblent en général bien investis dans le champ du handicap, mais de façon plus hétérogène dans le domaine de la gérontologie. L'échange d'expériences entre les deux secteurs contribuerait à dynamiser le fonctionnement des CVS dans les établissements et services accompagnant des personnes âgées.

Les enjeux pour le Schéma de l'Autonomie :

Sur la durée des précédents schémas, les efforts en faveur de la mobilité ont permis des avancées notables (Minibus 76, Pass Transports Seniors...).

Cependant certains dispositifs doivent faire l'objet d'une optimisation afin de répondre davantage aux besoins des publics cibles. Ainsi, parallèlement aux travaux de mise en accessibilité, il conviendrait d'explorer de nouvelles pistes afin de permettre au plus grand nombre de se déplacer.

Des progrès ont également été constatés en termes de logements adaptés. Au niveau individuel, des aides à l'adaptation du domicile peuvent être activées par les personnes âgées et les personnes en situation de handicap. Au niveau collectif, des partenariats signés entre le Département, les bailleurs et les associations permettent de mieux prendre en compte le vieillissement et le handicap dans les réhabilitations et les nouvelles constructions.

Toutefois, ces solutions ne répondent pas à l'ensemble des besoins et peuvent être améliorées. Les aides individuelles sont souvent sous-utilisées par les usagers potentiels, notamment par manque de communication. Les logements adaptés pourraient être davantage valorisés en facilitant le rapprochement de l'offre et de la demande.

Enfin, au-delà des adaptations ponctuelles, il convient de penser l'environnement de la personne, par une réflexion plus globale sur l'aménagement du territoire et un travail multi-partenarial.

Aux côtés du logement, le travail concourt incontestablement à l'intégration dans la vie de la cité. L'État, le Département et de nombreux organismes œuvrent en faveur de l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap. Aujourd'hui, il conviendra de travailler sur des problématiques spécifiques, parmi lesquelles : un manque de fluidité entre milieux ordinaire et protégé, un risque accru de rupture de parcours à la sortie du système scolaire ou des établissements spécialisés pour les jeunes de 16 à 25 ans.

Par ailleurs, le Département a affirmé sa volonté de rendre accessible l'offre de loisirs, de sports et de culture, que ce soit à domicile ou en établissement. Il a contribué, lors des précédents schémas, à développer une offre adaptée tout en apportant un soutien financier aux initiatives des partenaires. Le Schéma de l'Autonomie devra permettre de poursuivre cette dynamique tout en favorisant l'information de l'offre existante aux usagers et d'en faciliter l'accès.

Enfin, différents lieux d'expression, de représentation et de consultation des personnes âgées et des personnes en situation de handicap existent sur le département. L'enjeu pour le présent schéma consiste d'une part, à travailler à leur optimisation, et d'autre part, à identifier une instance pouvant se faire l'écho des problématiques inhérentes aux deux publics.

IV. L'accès aux droits et la coordination des professionnels au service de la cohérence des parcours

La coordination entre les acteurs, l'observation des publics, le partage et la diffusion de l'information constituent des conditions essentielles à la réussite de l'accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Il s'agit en effet, à travers la structuration des liens entre les acteurs, au niveau départemental et sur les territoires, de fluidifier les parcours, mais également d'impulser et de favoriser les coopérations, les mutualisations, les échanges de bonnes pratiques, les transferts de connaissance, les innovations, etc. Une connaissance fine et partagée des publics est quant à elle indispensable à l'identification des besoins et à l'adaptation des accompagnements et prises en charge proposés.

1. La prévention et le repérage des situations de détresse : de nombreux acteurs et des dispositifs innovants essentiellement tournés vers les personnes âgées

Les acteurs de la prévention et du repérage des situations de fragilité sont nombreux en Seine-Maritime : ARS, Caisses de Retraite, Mutuelles, UTAS, CLIC, Communes, ...

Le Département s'est attaché, tout au long du précédent schéma « Bien Vieillir » et en collaboration avec ses partenaires (ARS, Caisses de Retraite...), à impulser et coordonner une **dynamique commune autour de cinq axes de prévention santé** (troubles de la mémoire, dépression, dénutrition, chutes, incontinence urinaire) et autour de **la prévention routière** (ateliers de prévention, ...).

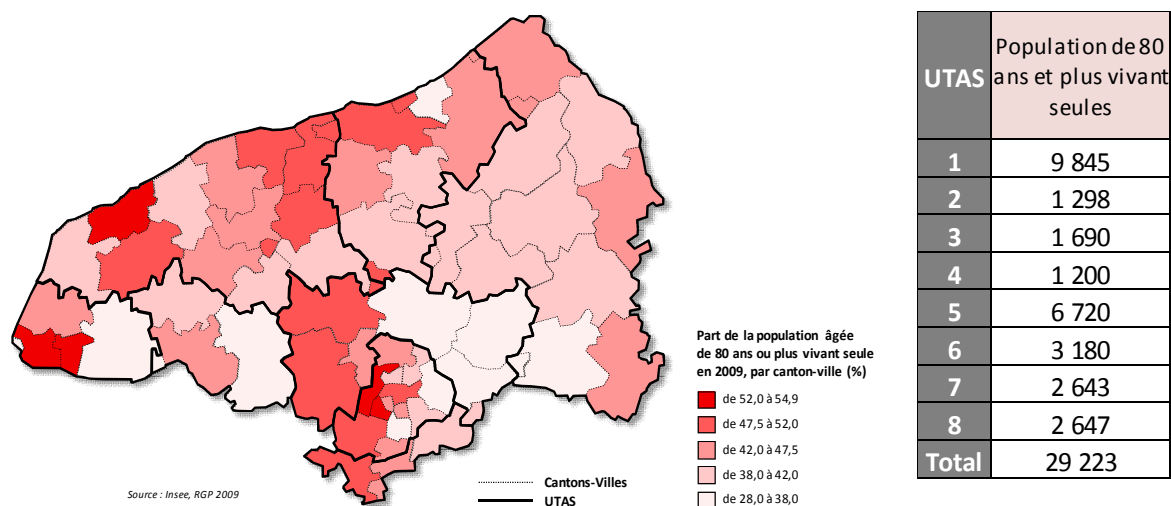
Ainsi, de nombreuses actions de prévention à destination des personnes âgées ont été menées sur le territoire départemental : ateliers (ateliers mémoire, ateliers du Bien Vieillir...), forums, expositions, conférences, etc.

De façon à mieux repérer les personnes âgées nécessitant un suivi rapproché, des **critères de fragilité** ont été définis afin d'être intégrés dans le guide d'entretien APA et dans le document médical de liaison.

Dans le cadre de la **prévention des situations de détresse et d'isolement**, d'autant plus importante que la France fait partie des pays européens où le taux de suicide des personnes âgées est le plus élevé, des professionnels de nombreux établissements ont été formés à la détection des troubles dépressifs par le Centre Hospitalier du Rouvray (formation «repérage de la crise suicidaire ») et au sein du programme Mobiqua.

Sur le département, près de 30 000 personnes âgées de 80 ans et plus vivent seules. Cette situation est un facteur de fragilité accentuant l'isolement.

Nombre personnes âgées de 80 ans et plus vivant seules



Des **systèmes innovants de repérage des situations de fragilité** ont ainsi vu le jour, s'appuyant sur la participation citoyenne des seinomarins. Le dispositif « Sentinelle » a ainsi été mis en place par la ville du Havre : il organise le repérage à partir du réseau de proximité (voisinage, commerçants, ...), en capacité de faire remonter des situations d'isolement afin que la réponse la plus adaptée puisse être apportée rapidement.

Toutefois, des difficultés subsistent pour repérer ces situations, notamment en milieu rural. Le travail avec les communes pourrait être approfondi, en s'appuyant sur les données déjà existantes telles que le registre des personnes fragiles établi dans le cadre du Plan Canicule.

Enfin, l'effort spécifique mené nationalement en faveur du repérage des **personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer** a permis l'implantation sur le territoire régional de santé de 10 sites de consultation mémoire.

Ainsi, il existe en Seine-Maritime de nombreux acteurs et actions en faveur de la prévention et de la lutte contre l'isolement. La **concertation pourrait être encore approfondie**, afin de mutualiser les actions de prévention et les évaluations, notamment sur les critères de fragilité et d'isolement, et d'accroître la lisibilité des actions pour les professionnels et les usagers. Une fois la situation à risque repérée, il est indispensable d'instituer un circuit de transmission de l'information tenant compte des enjeux déontologiques.

2. L'information, l'orientation, l'évaluation des besoins et la coordination autour des publics : des dispositifs dédiés mais une articulation institutionnelle à renforcer

A) LES DISPOSITIFS POUR LES PERSONNES ÂGÉES

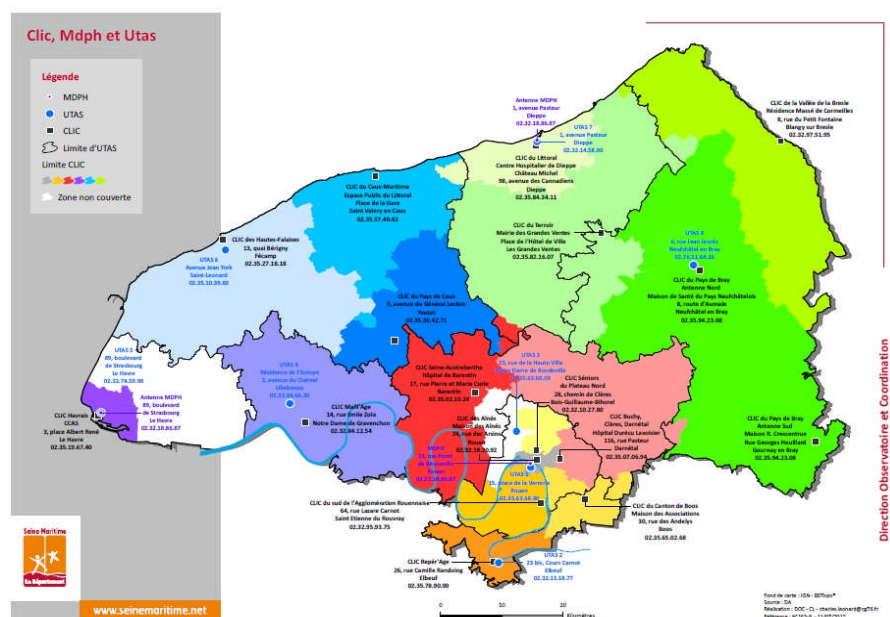
Les Centres Locaux d'Information et de Coordination gériatrique (CLIC)

Le schéma gériatrique « Bien Vieillir en Seine-Maritime » 2007-2011 fixait l'objectif d'atteindre une couverture totale du territoire départemental par les CLIC.

Depuis la loi du 2 janvier 2002-2, les CLIC sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

4 CLIC ont ainsi été mis en place dans le cadre du précédent schéma, pour porter le nombre total de ces structures à 16. La **couverture territoriale est donc quasiment atteinte**. En 2013, seules deux zones « blanches » demeurent : la couronne havraise et le sud de l'agglomération rouennaise.

Territoires d'intervention des CLIC, MDPH et UTAS en Seine-Maritime



Pour rappel, les missions des CLIC recouvrent :

- L'accueil, l'écoute, l'information et l'orientation
- L'évaluation des besoins de la personne
- Le suivi et l'adaptation du plan d'aide
- La coordination institutionnelle.

Les CLIC sont devenus des **guichets de proximité reconnus d'information, d'orientation et de coordination pour les personnes âgées**, même si le système demeure « multi-entrées » dans la mesure où ces personnes sont susceptibles de s'informer auprès d'acteurs multiples (travailleurs sociaux APA, assistantes sociales de secteur, mairies...).

En partenariat avec l'ARS, certains CLIC du département expérimentent par ailleurs des **dispositifs Équipe Mobile d'Évaluation à Domicile (EMED)**, et bénéficient dans ce cadre de l'expertise d'infirmiers et de médecins permettant de croiser les regards sanitaires et médico-sociaux lors des évaluations à domicile.

Les CLIC seinomarins sont portés par divers acteurs, externes au département : CCAS, EPCI, associations.

Ces différences de statuts, ainsi qu'un pilotage départemental à développer, expliquent les disparités dans les interventions des différents CLIC du territoire (accompagnement individuel, coordination entre acteurs, actions collectives de prévention...), et des dynamiques locales variables avec les professionnels du champ sanitaire.

Par ailleurs, **l'accompagnement individuel des personnes âgées - activité principale de l'ensemble des CLIC pour les situations plus complexes, n'intervient pas systématiquement en complémentarité de l'activité des autres acteurs impliqués (travailleurs sociaux APA, assistants sociaux de secteur et CCAS).**

Ainsi, le renforcement du pilotage départemental s'avèrerait nécessaire afin d'une part, d'homogénéiser davantage les pratiques entre CLIC, et d'autre part de clarifier et d'articuler les rôles entre CLIC, UTAS, CMS et CCAS.

Les MAIA (Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer)

Depuis fin 2012, le Département de Seine-Maritime est couvert par 3 **MAIA**. D'autres projets sont en cours (Elbeuf/Louviers), et un appel à candidature a été lancé par l'ARS pour la création de deux MAIA supplémentaires en 2013.

Prévue dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012 (puis élargie à l'ensemble des publics âgés dont la situation est complexe), la MAIA est une méthodologie de travail- et non un nouveau service -, qui s'appuie sur l'existant et doit aboutir à une réorganisation des structures et services pour gagner en efficience.

Le but est de **simplifier le parcours des personnes sur un territoire donné** en parvenant à l'intégration, c'est-à-dire à « un nouveau mode d'organisation des partenaires assurant des interventions auprès des personnes en perte d'autonomie, favorisant la coordination, la coopération puis la co-responsabilisation ». Dans ce cadre, une série d'outils d'évaluation des besoins, de concertation et de coordination (principalement « table de concertation tactique », « guichet intégré » et « gestion de cas ») doit être mise en place.

En parallèle, les dynamiques locales des territoires seinomarins ont permis de positionner un certain nombre de CLIC en tant qu'acteurs pivots dans la coordination gérontologique, et les partenaires soulignent l'efficacité et la pertinence du travail de réseau réalisé.

Le déploiement de la méthodologie MAIA, sans articulation avec le réseau existant, entraîne progressivement **un chevauchement avec certaines missions assurées par les CLIC** du territoire seinomarin (information, coordination, suivi-évaluation, ...). Il s'avère donc nécessaire de **clarifier et d'articuler les rôles des CLIC et des MAIA** sur le territoire départemental.

B) LES DISPOSITIFS POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) a été mise en place en 2006 dans le but de constituer un guichet unique pour l'accueil, l'information, le conseil, l'évaluation des besoins et l'orientation des personnes en situation de handicap et de leurs familles. Elle a été suivie par la création de deux antennes relais au Havre et à Dieppe, permettant de remplir une fonction d'accueil et d'orientation.

Afin de **répondre au besoin d'information des usagers**, le Département, en collaboration avec la MDPH, a mis en place un guide pratique à destination des personnes en situation de handicap, mais a surtout défini un plan d'information et de communication, avec la diffusion du schéma Handicap, de plaquettes d'information et la mise en ligne sur le site du Département du guide « Vivre son Handicap en Seine-Maritime ».

L'évaluation des besoins et l'attribution des droits constituent les fonctions premières de la MDPH. Pour autant, le processus d'évaluation concerne de nombreux acteurs, parmi lesquels :

- les professionnels du champ sanitaire, médico-social et social, des mondes de l'éducation, de l'emploi et du logement... ;

- les personnes ayant besoin d'aide à l'autonomie, leur famille et les associations qui les représentent.

Se pose ainsi la question de mise en cohérence des méthodes d'évaluation des différents professionnels afin de rendre le dispositif optimal et plus lisible pour les usagers. C'est ainsi que le Département a engagé une réflexion sur l'appropriation du référentiel GEVA sur le champ du handicap. Il s'agit d'un référentiel national d'évaluation des heures d'aide humaine mis en place dans le département en 2011 (avec les évaluateurs des UTAS et de la MDPH) afin de répondre à l'enjeu d'équité de traitement sur les territoires.

Par ailleurs, même si l'évaluation consiste à collecter des informations sur les situations individuelles, l'agrégation de ces éléments constitue un fondement précieux pour **mieux connaître le public bénéficiaire du dispositif ainsi que ses besoins**, en vue de mieux adapter l'offre. Or, aujourd'hui, ce potentiel n'est pas suffisamment exploité, même si des démarches ont été engagées en ce sens en Seine-Maritime. En effet, des travaux sur l'évaluation et l'observation des besoins ont été engagés par la MDPH, et dans le cadre de l'Observatoire Régional du Handicap.

La création de la MDPH a par ailleurs permis le **renforcement de la dynamique de concertation et de coordination autour des personnes en situation de handicap**. Ainsi, la MDPH a signé avec un certain nombre de partenaires des conventions relatives à l'équipe pluridisciplinaire, à l'information, à l'élaboration du projet de vie et au domaine du logement.

Toutefois, l'absence d'instance de coordination de proximité dans le domaine du handicap – équivalente aux CLIC – peut mettre en difficulté la fluidité des parcours des personnes en situation de handicap.

C) L'ENJEU DE COORDINATION DES PROFESSIONNELS

Si de nombreux dispositifs et instances de coordination sont déployés dans le département de Seine-Maritime (CLIC – MDPH – MAIA – UTAS – réseaux...), des difficultés de coordination sont toujours palpables sur le terrain, pouvant mener à des **ruptures d'accompagnement**.

Les ruptures de parcours peuvent avoir plusieurs origines : l'absence de réponse aux besoins qui surviennent, un service intervenant de manière discontinue, un passage du domicile à l'établissement non préparé en amont, un aidant familial en difficulté, etc.

Il en va en effet de la capacité des acteurs à prendre en charge l'ensemble des besoins dans toute leur diversité : une **coordination est nécessaire entre l'ensemble des intervenants à domicile, en établissement, du secteur médico-social, social ou sanitaire**, de manière à assurer un accompagnement plaçant la personne âgée ou en situation de handicap au centre des dispositifs.

Dans le département, de nombreuses avancées sont constatées en la matière, mais les défis demeurent. Sur le champ du handicap, la complexité est accrue du fait de la nécessité d'articuler un nombre plus important d'acteurs (du champ de la formation et de l'insertion professionnelle par exemple) et de la durée plus longue des accompagnements. En particulier, la continuité de l'accompagnement à des périodes charnières de vie des personnes doit être interrogée : changement de dispositif à l'âge de 20 ans, départ à la retraite, etc....

Un enjeu particulier réside dans la **coordination avec le secteur sanitaire**, problématique d'autant plus prononcée que la Seine-Maritime présente une densité médicale inférieure à la moyenne métropolitaine, comme nous l'évoquons ci-après dans le diagnostic.

Un des points de rupture peut être celui de l'hospitalisation, notamment sur le champ de la gérontologie (certains CLIC ont lancé des groupes de travail sur ce sujet).

Toutefois, il faut noter des avancées importantes impulsées par le Département et l'ARS pour décloisonner les secteurs sociaux, médicosociaux et sanitaire : Équipes Mobiles d'Évaluation à Domicile (EMED), parcours de personnes âgées fragiles (PAF), financements des réseaux de santé, etc.

Les enjeux pour le Schéma de l'Autonomie :

Si des actions de prévention et de repérage des fragilités ont été déployées au cours des précédents schémas, elles sont insuffisamment lisibles pour les usagers, et pourraient être mieux coordonnées entre les professionnels. L'enjeu pour le Schéma de l'Autonomie sera donc de mieux communiquer sur l'offre de prévention, et d'articuler les actions de tous les partenaires dans une perspective d'efficience et d'efficacité de réponse pour les usagers.

Les précédents schémas ont permis d'améliorer l'information délivrée auprès des usagers, l'évaluation de leurs besoins, ainsi que la coordination des acteurs autour des accompagnements.

Toutefois, les missions des différents acteurs et dispositifs autour de la personne – CLIC, UTAS, CMS, CCAS, MAIA, MDPH... - sont amenés à se chevaucher et sont insuffisamment lisibles pour les professionnels et les usagers. Il est ainsi nécessaire de travailler à mieux articuler leurs interventions respectives.

Cela devra passer par un pilotage institutionnel renforcé et une gouvernance renouvelée, à la fois au niveau départemental et sur les territoires. Cette exigence constitue sans doute un des principaux enjeux du Schéma de l'Autonomie, et devra permettre de fluidifier les parcours des personnes âgées et des personnes en situation de handicap sur tout le territoire.

V. Le soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap à domicile

1. L'offre de services et de soins à domicile : une offre médico-sociale importante et en développement ; une démographie médicale déficitaire

A) LES SERVICES D'AIDE ET D'ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE (SAAD)

En 2012, le département comptait **112 services agréés** par la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE), **dont 10 autorisés** par le Département bénéficiant d'un agrément par équivalence.

Les capacités et statuts de ces SAAD sont hétérogènes, mais il est à noter qu'un tiers d'entre eux est rattaché à un Centre Communal d'Action Sociale (CCAS).

Le mode d'intervention prestataire représente 74% des interventions à domicile financées par l'APA (17% d'emploi direct) et 26% des aides humaines délivrées aux personnes en situation de handicap (55% de ces aides concernant l'aidant familial).

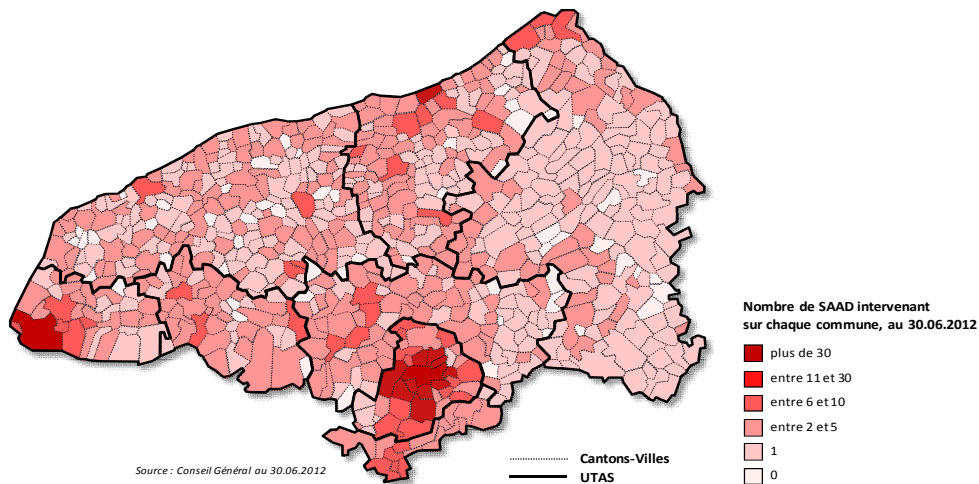
Dans les précédents schémas, le Département s'est attaché tout particulièrement à assurer un **maillage territorial complet et cohérent de tout le territoire**, mais également à renforcer la qualité de service en accompagnant les SAAD vers une professionnalisation croissante : mise en place de la télégestion, projets de mutualisation ou encore plans de formation.

Récemment, une **convention de modernisation** a également été signée avec la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), visant notamment à diversifier l'offre, à déployer la télégestion dans les services et à développer la formation des aides à domicile. Ces formations contribueront à former les encadrants et les intervenants.

En effet, les efforts en faveur de la diversification de l'offre et de la professionnalisation sont à poursuivre, dans un contexte où :

- peu d'interventions sont proposées la nuit ;
- des glissements de tâches sont encore observés au domicile, entre SAAD et SSIAD (services de soins infirmiers à domicile).

Nombre de SAAD intervenant sur chaque commune au 30.06.2012



Source : Conseil Général au 30.06.2012.

A l'image de la situation générale du secteur, de nombreux services d'aide à domicile seinomarins connaissent des difficultés financières. L'Agence Régionale de Santé est intervenue pour soutenir les services en situation critique en octroyant des crédits du fonds d'aide à la restructuration. Un effort du Département est venu renforcer cette action en 2012, notamment à travers les prestations d'aide sociale APA et PCH, et la tarification des services autorisés.

Par ailleurs, le Département assure une veille sur l'évolution de la tarification des SAAD (réflexion nationale,...) et a créé au sein de la Direction de l'Autonomie un service spécifique, interlocuteur privilégié des SAAD.

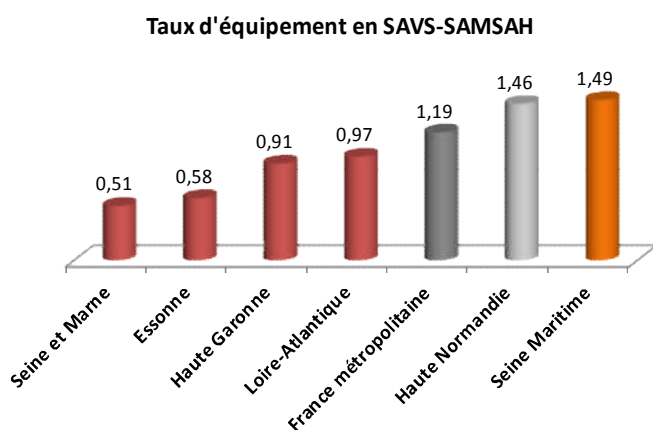
Dans le contexte économique difficile que connaît ce secteur, le Département poursuit un objectif de sécurisation des services. A ce titre, certains services ont initié des démarches de

coopération, voire de mutualisation (notamment en lien avec le Dispositif Local d'Accompagnement).

B) LES SAVS (SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT À LA VIE SOCIALE) ET SAMSAH (SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL DES ADULTES HANDICAPÉS)

Les SAVS et les SAMSAH répondent de manière spécifique aux problématiques du handicap dans l'objectif d'apprendre ou de réapprendre aux personnes à vivre de manière autonome lorsque cela est possible.

Ces services ont connu un développement quantitatif important lors du précédent schéma en faveur des personnes en situation de handicap. En effet, le nombre de places autorisées a doublé depuis 2005. En 2012, on compte **906 places de SAVS et 79 places de SAMSAH installées** (pour un total de 1060 places autorisées).



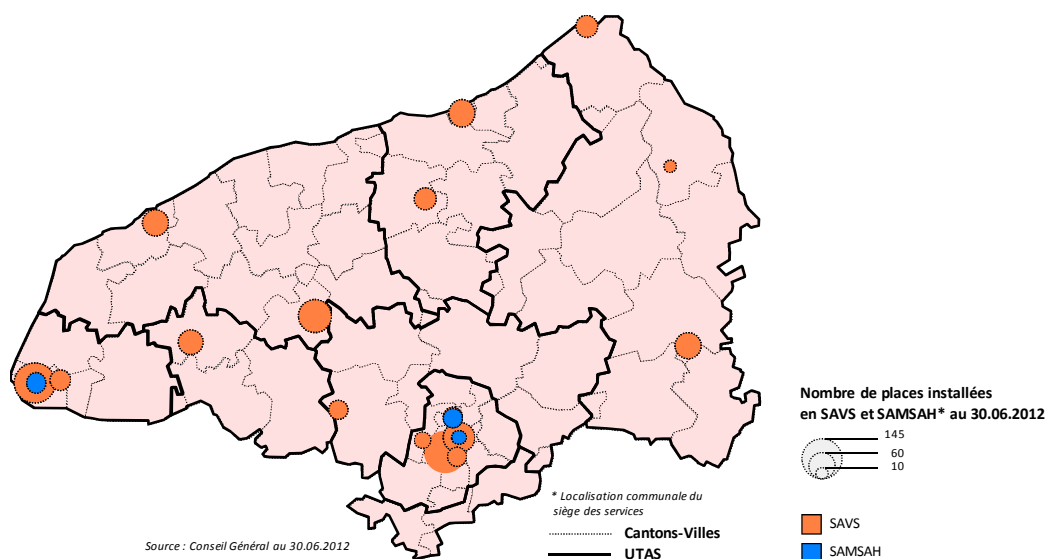
Source : STATISS 2012. Taux d'équipement pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans.

Le taux d'équipement en SAVS-SAMSAH du département est ainsi de 1,49 pour 1000 personnes de 20 à 59 ans, soit le plus élevé de l'échantillon de comparaison et supérieur à la moyenne nationale (1,19).

La création de places de SAMSAH supplémentaires (prévues au PRIAC) viendra renforcer ce taux d'équipement.

Une majorité de SAVS prend en charge un retard mental moyen, et de nouveaux services se sont ouverts à **l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique**.

Nombre de places installées en SAVS et SAMSAH au 30.06.2012



Source : Département et ARS.

Alors que les SAVS couvrent la majeure partie du département, seules les agglomérations du Havre et de Rouen disposent d'un SAMSAH.

Par ailleurs, l'évaluation des modalités de fonctionnement des SAVS et SAMSAH - réalisée par le Département lors du précédent schéma - a mis à jour l'hétérogénéité de fonctionnement des différents services en termes de moyens, de taux d'accompagnement par professionnel et de composition des équipes pluridisciplinaires qui interviennent au domicile.

L'état des lieux réalisé dans le cadre du Schéma de l'Autonomie a par ailleurs révélé une certaine méconnaissance du rôle des SAVS-SAMSAH par les professionnels.

Ainsi, malgré l'augmentation importante du nombre de places ces dernières années, les listes d'attente correspondent encore à 16% du nombre de places autorisées¹¹, d'où l'opportunité de mener une réflexion approfondie sur le rôle de ces services et de travailler à fluidifier les places.

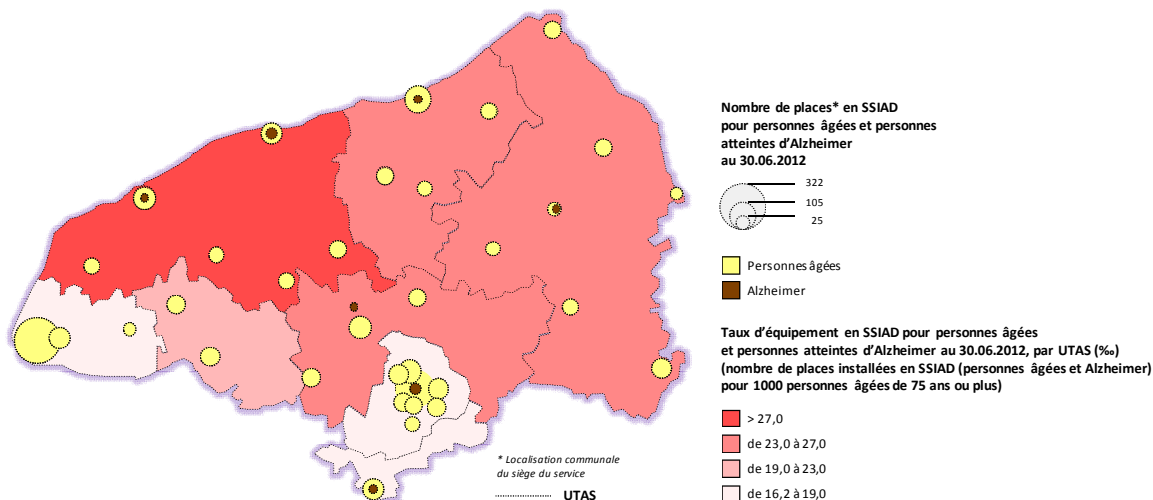
C) L'OFFRE DE SOINS À DOMICILE

Les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)

Les SSIAD interviennent au domicile des personnes pour les actes de soins, en complémentarité des interventions des SAAD pour les actes de la vie quotidienne. Les agréments se font par nombre de lits ou places qui peuvent être dédiés aux personnes âgées ou aux personnes en situation de handicap.

¹¹ Source : Étude sur le fonctionnement des SAVS réalisée par le Département

Nombre de places en SSIAD pour personnes âgées et personnes atteintes d'Alzheimer ou de maladies apparentées, et taux d'équipement pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus par UTAS au 30.06.2012



Source : ARS.

Le département compte **2 254 places de SSIAD pour personnes âgées** installées au 30.06.2012 (dont 90 spécialisées Alzheimer), soit 654 places de plus qu'en 2007. Cela représente un taux d'équipement de 21‰ personnes âgées de 75 ans et plus, équivalent aux taux régional et national 20‰ début 2012 (selon STATISS 2012). Toutefois, et malgré le nombre de places le plus important, les UTAS de Rouen, Elbeuf et le Havre semblent déficitaires, avec des taux d'équipement inférieurs à la moyenne départementale.

66 places de SSIAD sont par ailleurs dédiées aux personnes en situation de handicap à mi-2012, soit un taux d'équipement de 0,09‰ personnes handicapées de 20 à 59 ans, égal au taux régional, mais inférieur au taux national (0,18‰).

L'offre de SSIAD est importante, mais le niveau de dépendance des personnes prises en charge tend à augmenter,

Le PRIAC prévoit donc la création de 147 places de SSIAD supplémentaires en Seine-Maritime, pour personnes âgées ou personnes handicapées (dont des places d'urgence), et un rééquilibrage des territoires déficitaires est prévu pour l'année 2013.

Par ailleurs, des difficultés sont rencontrées par les personnes dont la situation se trouve à la limite entre le SSIAD et l'Hospitalisation A Domicile (HAD). De fait, les critères d'accès à l'HAD sont stricts et manquent souvent de lisibilité pour les professionnels.

La démographie médicale

Le contexte national de crise de la démographie médicale n'épargne pas le département de Seine-Maritime, même si celui-ci ne peut être qualifié de « désert médical ».

Le département compte 310 médecins pour 100 000 habitants, contre 351 en moyenne pour les autres départements millionnaires français. Certaines spécialités, telles la psychiatrie, sont plus touchées que d'autres : le département compte 5,8 psychiatres pour 100 000 habitants contre 10,4 au niveau national.

Les autorités régionales travaillent à attirer et retenir les professionnels de santé, en offrant par exemple des bourses pour les étudiants en médecine qui s'engagent à exercer sur le territoire, et en investissant le champ de la télésanté. Le développement de la télésanté, amené à être soutenu à l'échelle nationale, pourrait offrir des solutions permettant d'améliorer la qualité de l'offre de soins à domicile et en établissement, en inventant de nouvelles collaborations entre professionnels.

Par ailleurs, des **équipes mobiles de géronto-psychiatrie** se sont développées et interviennent aujourd'hui dans une trentaine d'établissements du département. Ces équipes spécialisées n'interviennent pas à domicile, conformément aux choix opérés dans le Projet Régional de Santé (s'agissant notamment de laisser toute sa place au médecin généraliste).

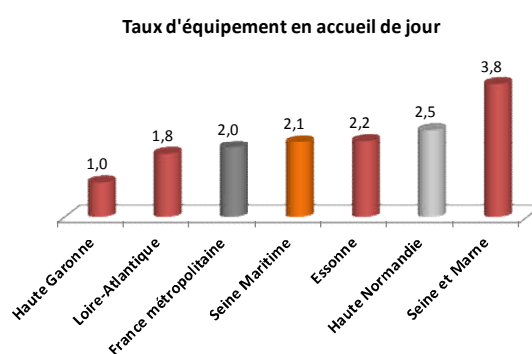
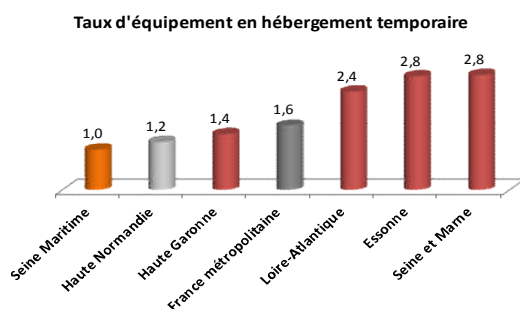
2. L'offre d'accueil séquentiel : une évolution quantitative importante mais un dispositif à optimiser

Les différentes formes d'accueil séquentiel concourent au projet de vie à domicile, permettant un accompagnement souple, adapté aux besoins des personnes en manque d'autonomie et de leurs aidants. Les précédents schémas ont permis un **développement important des solutions séquentielles** à destination des publics âgés et des publics en situation de handicap.

A) A DESTINATION DES PERSONNES ÂGÉES

Pour les personnes âgées, **192 nouvelles places d'accueil de jour et 88 places d'hébergement temporaire** ont été autorisées sur la période du précédent schéma, portant le nombre de places installées en 2012 à 250 places d'accueil de jour et 124 places d'hébergement temporaire.

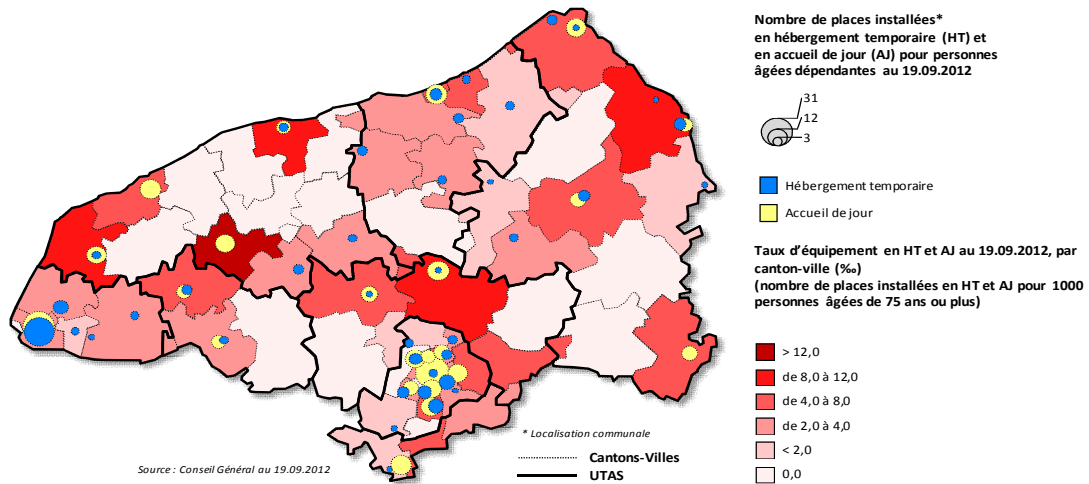
Le taux d'équipement en accueil de jour est ainsi de 2,1‰, soit un taux légèrement supérieur à la moyenne nationale. Le taux d'équipement de 1‰ en hébergement temporaire est en revanche inférieur à la moyenne nationale, qui s'élève à 1,6‰.



Source : STATISS 2012. Taux d'équipement pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus au 01.01.2012.

La répartition de ces places sur le territoire semble relativement homogène ; seuls 16 cantons restent non pourvus en places d'accueil de jour ou d'hébergement temporaire.

Nombre de places installées et taux d'équipement par canton-ville en accueil de jour et hébergement temporaire au 19.09.2012



Source : Département de Seine-Maritime.

Même si la pertinence de l'hébergement temporaire n'est pas remise en question, certains établissements connaissent des difficultés d'occupation. Il en va de même pour certains accueils de jour dans le secteur des personnes âgées, souvent sous-occupés.

Demandes simultanées - en particulier pendant les périodes de vacances -, offre « trop » généraliste pour les publics spécifiques, demandes en urgence ne pouvant être satisfaites, manque de souplesse dans les durées d'accompagnement proposées, financement APA complexe à mettre en place... sont autant de raisons invoquées pour expliquer ces difficultés de remplissage.

B) A DESTINATION DES PERSONNES HANDICAPÉES

Pour les personnes en situation de handicap, **77 places d'ateliers de jour, 31 places d'accueil de jour médicalisé, 6 places d'accueil d'urgence et 43 places d'accueil temporaire ont été créées** sur la durée du précédent schéma.

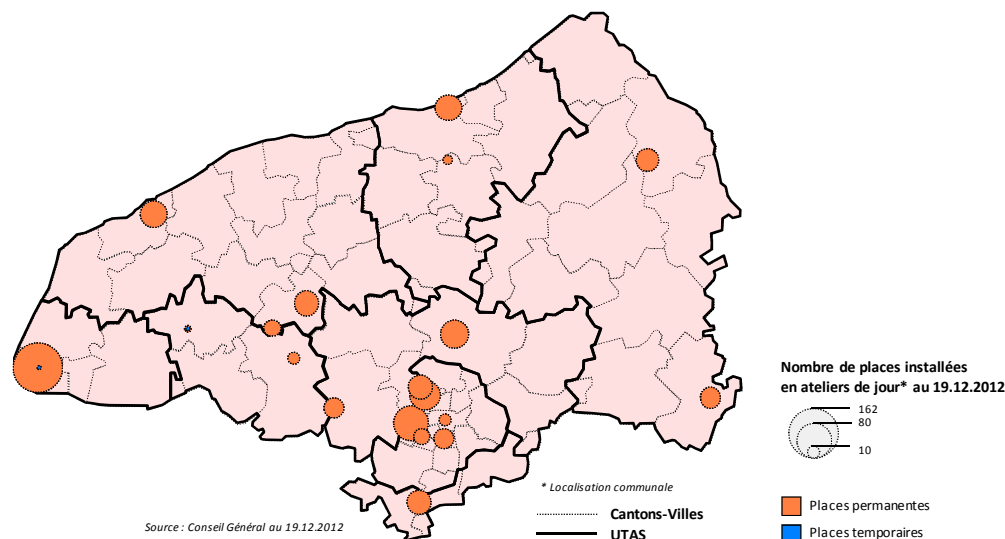
En 2012, on compte donc 58 places d'accueil temporaire et 71 places d'accueil de jour – réparties dans les foyers d'accueil médicalisé (FAM), les maisons d'accueil spécialisées (MAS), les foyers de vie et les foyers d'hébergement du département – ainsi que 779 places d'ateliers de jour.

Pour autant, ces solutions d'accueil séquentiel ne permettent pas de répondre à toutes les situations : dans le champ du handicap psychique par exemple, des solutions doivent bien souvent être trouvées en urgence. Faute de solution, les aidants se tournent alors vers l'hôpital de jour.

Par ailleurs, des difficultés de transport peuvent entraver l'accès à ces solutions, en particulier pour l'accueil de jour. La distance est parfois pénalisante entre le domicile de la personne en situation de handicap et l'établissement d'accueil, surtout en milieu rural.

Pour les personnes handicapées vieillissantes travaillant en ESAT, la formalisation de relais entre l'établissement de travail, le foyer d'hébergement et l'atelier de jour permettrait de mieux organiser le travail à temps partiel.

Nombre de places installées en ateliers de jour au 19.12.2012



Source : Département.

3. L'aide aux aidants : de nombreuses initiatives et expérimentations à piloter et à coordonner

A) L'OFFRE DE SOUTIEN AUX AIDANTS

Le maintien à domicile est souvent très exigeant pour les proches qui endossent le rôle d'aidant.

De nombreux groupes de parole, organisés par les Caisses de Retraite, les UTAS, les CLIC, etc. sont proposés sur le territoire départemental et permettent aux aidants de pouvoir échanger sur leurs difficultés.

Un réseau d'aidants à vocation expérimentale a par ailleurs donné lieu à la signature d'une convention entre le Département et les partenaires associés (la MSA, la CARSAT, le CLIC de la Vallée de la Bresle et le CLIC du Pays de Bray).

Pour autant, il est nécessaire de soutenir leur fréquentation par les aidants. En effet, les aidants ne se reconnaissent pas toujours comme tels et ne sollicitent que rarement de l'aide spontanément, d'où la difficulté de les repérer et de les orienter.

De plus, l'offre de soutien est étoffée mais peu lisible et relativement disparate sur le département. Elle est donc souvent mal ou sous-utilisée, d'où la nécessité d'organiser des relais locaux et d'accroître l'information sur l'offre disponible (notamment en milieu rural, ou lorsque l'aidant est encore en activité).

Les groupes restent ponctuels ; il s'agit donc d'articuler au mieux les différentes aides (de soutien, de répit, ...) afin de favoriser un suivi global de l'aidant ou de la famille.

Lors du précédent schéma, le Département a communiqué sur cette offre de répit via les guides « Bien Vieillir » et « Vivre son Handicap ». La communication devra être développée de façon plus spécifique.

Par ailleurs, la **formation des aidants** est une priorité du Projet Régional de Santé. Elle pourra également être développée dans le cadre de la convention signée avec la CNSA.

B) LE RÉPIT À DOMICILE

Les formules de répit à domicile permettent de lutter contre les réticences de l'aidant à accepter de confier le proche, et de répondre au souhait d'une majorité d'entre eux de rester au domicile.

Le Département de Seine-Maritime et l'ARS ont soutenu de 2007 à 2012 un **projet innovant de répit « Parenthèse à domicile »** dans le cadre d'une expérimentation avec la CNSA. Cette formule de répit s'apparente au « baluchonnage » : présente au Québec, cette solution consiste à proposer à l'aidant d'être remplacé au domicile de la personne aidée pour une durée allant de quelques heures à quelques jours. Ce projet permet également d'assurer un travail de prévention tout en maintenant la personne âgée ou la personne handicapée dans son environnement.

Toutefois, il reste à établir un modèle économique viable et compatible avec les contraintes budgétaires du Département et les capacités financières des usagers.

Fort de cette expérimentation menée à domicile auprès des bénéficiaires APA et de leurs proches, et dans un cadre de viabilité économique, un appel à projet est envisagé.

D'autre part, **quatre plateformes de répit**, proposant des activités de maintien du lien social et/ou des solutions de répit à domicile, ont été créées par l'ARS sur le département (soit une par territoire de santé).

Malgré ces développements, plusieurs problématiques ont émergé à l'issue du diagnostic :

- Bien que préférées par les personnes aidées et leurs aidants, les solutions de répit à domicile demeurent onéreuses, et donc peu développées
- Les solutions de répit semblent manquer dans certaines situations spécifiques (pour les personnes handicapées vieillissantes à domicile dont les parents vieillissent, par exemple) mais également sous certaines formes : en accueil séquentiel, et la nuit.

Les enjeux pour le Schéma de l'Autonomie :

Si les précédents schémas en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ont apporté une réponse quantitative aux besoins (par un développement de l'offre), c'est résolument vers l'adaptation, l'optimisation et la diversification des dispositifs existants que doit se tourner le Schéma de l'Autonomie afin de répondre à des besoins croissants tout en assurant un accompagnement individualisé.

A domicile, l'offre concourant au maintien – voire au développement – de l'autonomie des personnes demande à être soutenue. Il s'avère essentiel de trouver les moyens de sécuriser financièrement les services d'aide et d'accompagnement à domicile. Concernant les SAVS-SAMSAH qui connaissent une embolie de leurs places malgré un doublement récent de leur capacité, il convient d'engager une réflexion approfondie sur leurs modalités de fonctionnement.

Le Département a par ailleurs cherché, durant les précédents schémas, à développer les solutions séquentielles à destination des personnes âgées et handicapées ainsi que les actions de soutien aux aidants. Pourtant, le diagnostic révèle un certain nombre de freins à lever (démarches administratives, difficultés de transport, défaut de lisibilité...).

Le Schéma de l'Autonomie devra donc répondre à ces difficultés afin de sécuriser le choix de vie à domicile d'une majorité de personnes.

VI. Les solutions d'accueil et d'hébergement permanent pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap

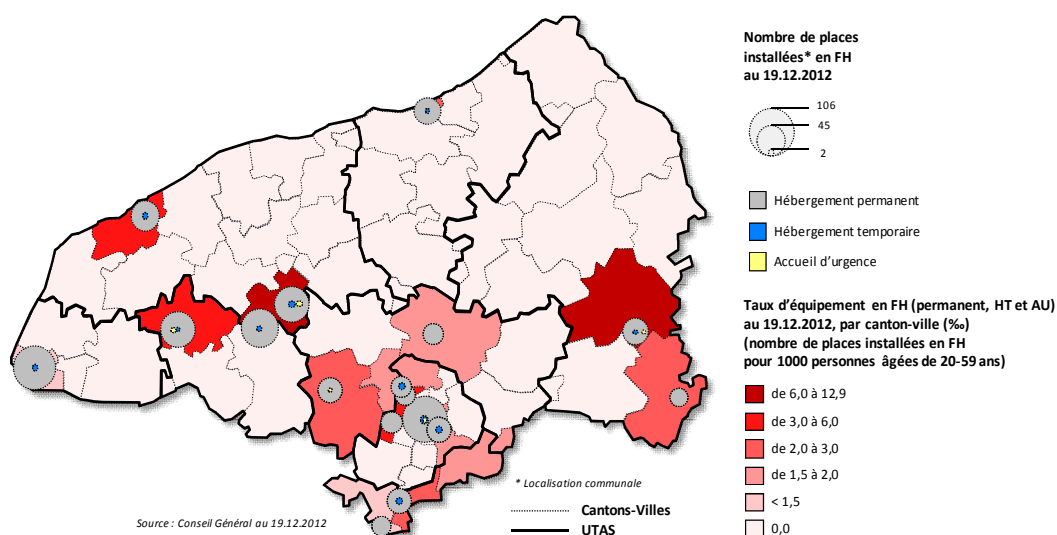
1. L'offre médico-sociale traditionnelle pour les personnes en situation de handicap : un effort de modernisation engagé

A) LES FOYERS D'HÉBERGEMENT

Avec **741 places d'accueil permanent en foyers d'hébergement en 2012**, le département dispose d'un taux d'équipement de 1,12‰ personnes handicapées de 20 à 59 ans, équivalent aux moyennes nationale et régionale (respectivement de 1,18‰ et de 1,12‰ selon STATISS 2012).

Cette couverture doit toutefois être rapprochée du nombre élevé de places en ESAT en Seine-Maritime (2 407 places) : le nombre de places en foyer d'hébergement couvre ainsi 31% des places en ESAT, contre 36% en moyenne nationale.

Nombre de places installées en foyer d'hébergement au 19.12.2012 et taux d'équipement par canton-ville



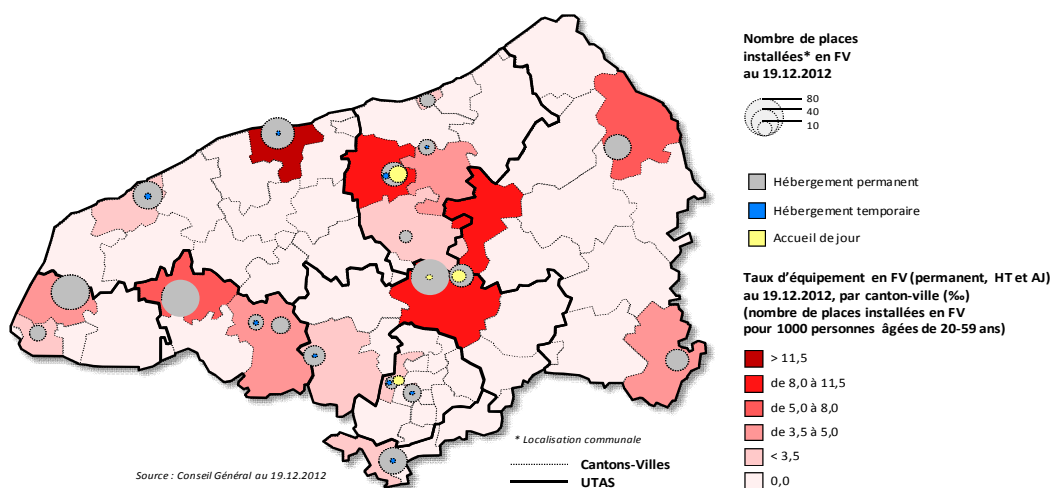
Source : Département de Seine-Maritime.

Par ailleurs, des disparités territoriales subsistent : le nord du département est faiblement pourvu en foyers d'hébergement en comparaison du sud.

B) LES FOYERS DE VIE

Avec **637 places en foyer de jour et de nuit et 779 places d'atelier de jour ou d'accueil de jour en foyer**, le taux d'équipement s'élève à 2,14‰ personnes handicapées de 20 à 59 ans, conforme aux moyennes nationale et régionale (respectivement de 1,45‰ et de 2,15‰ selon STATISS 2012).

Nombre de places installées en foyer de vie au 19.12.2012 et taux d'équipement par canton-ville



Source : Département de Seine-Maritime.

Dans le cadre des précédents schémas, le Département a engagé une **modernisation importante des foyers de vie et d'hébergement**, en réhabilitant 352 places d'hébergement et 98 places d'accueil de jour.

Le vieillissement des résidents des foyers d'hébergement constitue une difficulté majeure. En effet, un tiers des personnes accueillies en foyers d'hébergement ne travaillent plus en ESAT, ou seulement à temps partiel. Ceci pose une double difficulté :

- d'encadrement adéquat de ces personnes dans la journée. Le renforcement des liens entre les foyers d'hébergement et les ateliers de jour pourrait s'avérer opportun ;
- d'embolie du système foyer d'hébergement / ESAT notamment pour les jeunes sortant d'IMPRO ne trouvant pas de solution de travail et/ou d'hébergement.

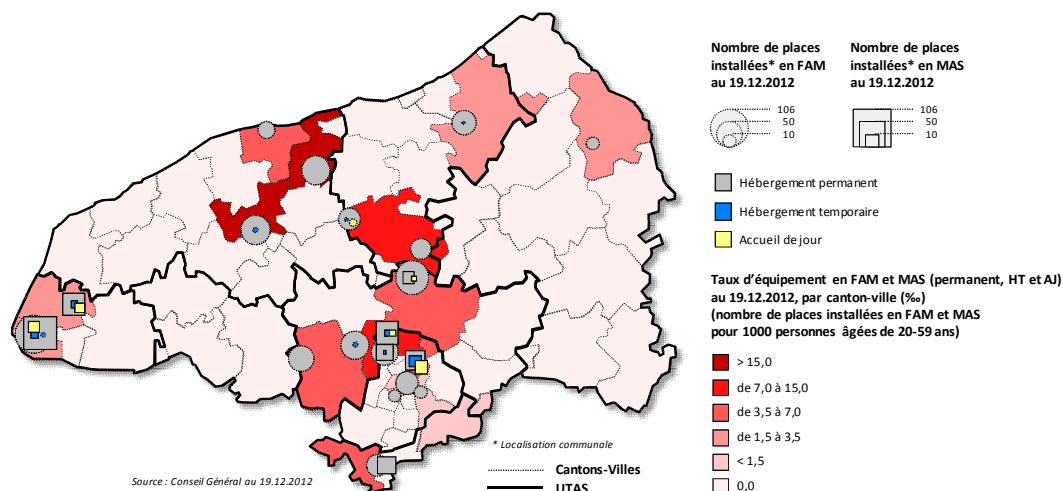
C) LES SOLUTIONS D'HÉBERGEMENT MÉDICALISÉ POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

L'accompagnement des handicaps lourds a également été renforcé par le Département et l'ARS avec la création de **103 places supplémentaires en FAM et de 206 places en MAS**, pour un total de 731 places installées en FAM et 292 places installées en MAS en 2012 (pour 349 autorisées).

Malgré cet effort de création et de transformation de places de FAM en MAS, un certain déséquilibre entre les deux types d'établissements persiste sur le département : le taux d'équipement en MAS est ainsi de 0,3‰ contre 0,74‰ au niveau national, alors que le taux d'équipement en FAM est de 1,23‰ contre 0,63‰ au niveau national (source : STATISS 2012).

Toutefois, ce déséquilibre est théorique dans la mesure où la distinction entre les deux types d'accueil s'est relativement estompée au cours du temps. En 2013, l'ARS, le Département et la MDPH conduisent une enquête visant à clarifier les typologies d'établissement FAM-MAS.

Nombres de places en FAM et en MAS au 19.12.2012 et taux d'équipement FAM-MAS par canton-ville



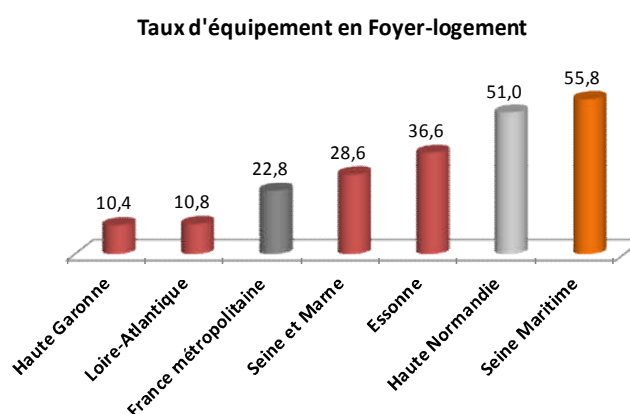
Source : Département de Seine-Maritime.

2. L'offre médico-sociale traditionnelle pour les personnes âgées : une offre médicalisée ayant connu un renforcement qualitatif et une offre en foyer-logement importante

A) L'OFFRE EN FOYER-LOGEMENT

En Seine-Maritime, l'offre de foyers-logements est très développée, avec **6 083 places installées en 2012** et un taux d'équipement plus de deux fois supérieur à la moyenne nationale¹².

Lors du précédent schéma, le Département a accompagné plusieurs projets de transformation de foyers-logements en EHPAD (Duclair, Elbeuf, Le Havre).

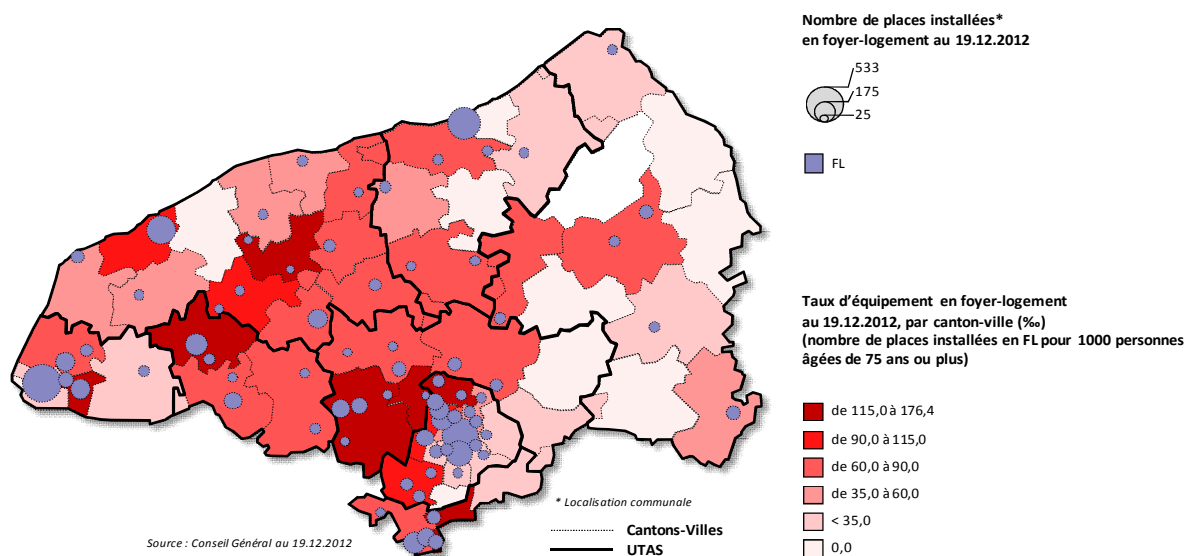


Source : STATISS 2012. Taux d'équipement pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus.

L'offre en foyer-logement est dense sur le département, notamment sur l'agglomération rouennaise, mais nettement moins importante sur le Pays de Bray.

¹² Si les données comparatives concernant cette offre sont relatives, elles permettent toutefois de mettre en exergue l'équipement important de la Seine-Maritime.

Nombre de places installées et taux d'équipement en foyer-logement par canton-ville au 19.12.2012



Source : Département de Seine-Maritime.

Toutefois, au vu de la sous-occupation de certains foyers, l'offre actuelle semble ne plus toujours correspondre aux besoins des personnes âgées, qui recherchent plus de confort et la présence de services de proximité. La question de l'adaptation de certains de ces foyers en matière de qualité (confort, surface, accessibilité, vie sociale...) se pose donc, et devra s'appuyer sur une meilleure connaissance de l'offre par le Département. Dans cette optique, il serait nécessaire de réaliser un bilan au niveau départemental. Ce bilan devra notamment permettre de mesurer le degré d'intégration des foyers-logements au sein du réseau gérontologique de proximité, dans la mesure où des difficultés sont parfois repérées au niveau des entrées et des sorties du dispositif.

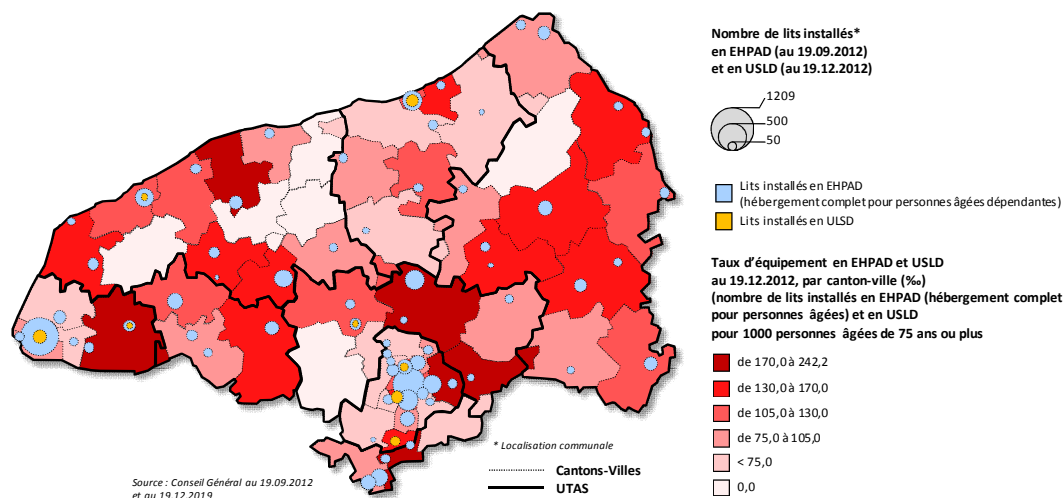
Par ailleurs, et bien que l'offre en foyer-logement soit à l'origine davantage destinée aux personnes ayant des revenus modestes, le diagnostic a montré un très faible nombre de bénéficiaires de l'aide sociale, accueillis dans ces structures.

Enfin, des questionnements se font jour autour de l'ouverture des foyers-logements aux personnes en situation de handicap, aujourd'hui très ponctuelle.

B) LES SOLUTIONS D'HÉBERGEMENT MÉDICALISÉ POUR LES PERSONNES ÂGÉES

Avec **10 108 places installées en EHPAD et 666 lits d'USLD fin 2012**, la Seine-Maritime bénéficie d'un taux d'équipement de 99% personnes âgées de 75 ans ou plus, soit un taux d'équipement équivalent aux moyennes nationale et régionale (respectivement de 104,6 et de 100,3% selon STATISS 2012).

Nombre de places/ lits installé(s) en EHPAD et USLD au 19.12.2012 et taux d'équipement combiné EHPAD-USLD par canton-ville



Source : Département de Seine-Maritime.

1 069 nouvelles places en EHPAD ont été autorisées lors du précédent schéma. Toutefois, il est constaté une méconnaissance, à un instant donné, du nombre de places disponibles en EHPAD : la mise en place de l'outil Trajectoire devrait permettre de mieux connaître l'offre.

De plus, l'ARS et le Département ont œuvré à la **modernisation de nombreuses places** existantes : 878 places au titre du Contrat de Plan Etat Région (CPER) et 534 places au titre du contrat 276.

L'effort du Département a également porté sur la **qualité des prestations en établissement** pour personnes âgées au moyen :

- Du renouvellement des conventions tripartites avec les établissements, en fixant des objectifs d'amélioration de la qualité de prise en charge,
- De la mise en place par l'ARS d'un protocole obligatoire de signalement des évènements indésirables et de l'encouragement des actions de prévention contre la maltraitance : procédure conjointe de gestion des plaintes, contrôle du fonctionnement et de l'organisation des structures.

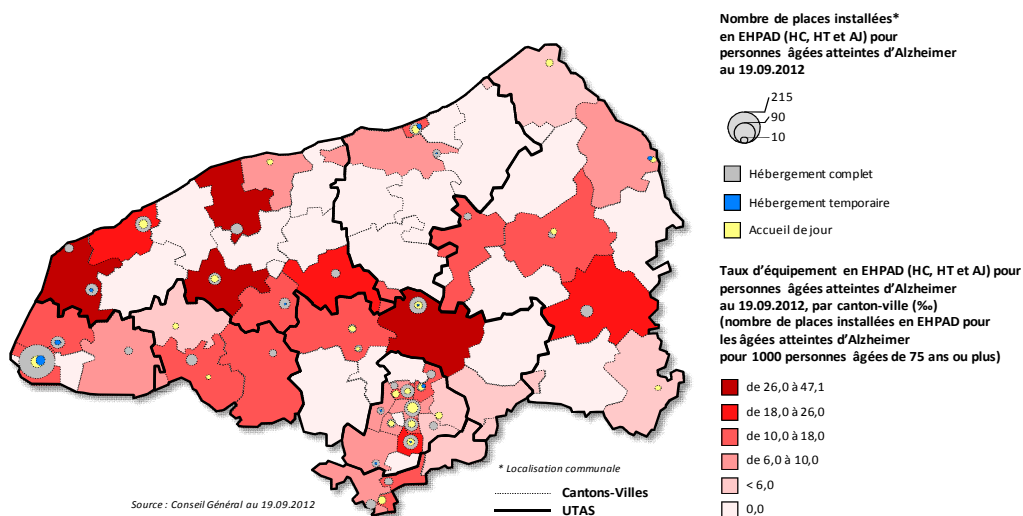
Ces dispositifs doivent être maintenus et étendus. En effet, des difficultés peuvent survenir en particulier pour les personnes vivant à domicile, pour lesquelles les procédures de remontée d'informations préoccupantes ne sont pas (ou peu) formalisées.

La promotion de la qualité des pratiques et de la bientraitance nécessite par ailleurs une sensibilisation continue des professionnels, notamment par le biais de formations.

Le nombre de places spécifiques permettant l'accueil de personnes âgées atteintes d'Alzheimer a également augmenté, avec la labellisation de PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés) et d'UHR (Unités d'Hébergement Renforcé) par l'ARS, conjointement avec le Département.

Le département compte **891 places d'hébergement permanent installées en EHPAD, dédiées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés**, permettant d'assurer une meilleure qualité de prise en charge pour ces publics.

Nombre de places installées en EHPAD pour personnes âgées ayant une maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée au 19.09.2012



Source : Département de Seine-Maritime.

Les établissements soulignent une dépendance croissante des publics accueillis sur les cinq dernières années. Cette évolution a été accompagnée par l'ARS et le Département dans le cadre des conventions tripartites (CTP), en particulier par le recrutement de personnels aides-soignants. Cette médicalisation engagée dans la 1^{ère} génération de contractualisation se poursuit lors des renouvellements de CTP.

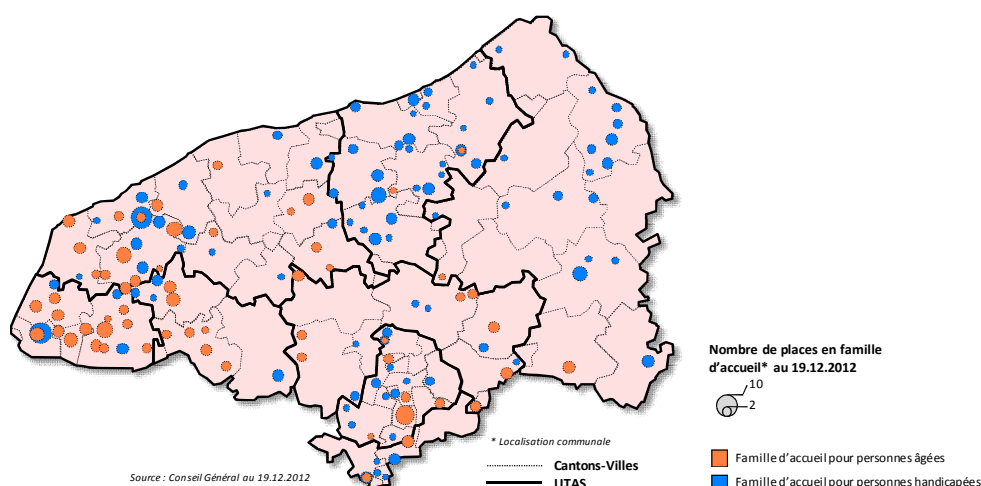
3. L'offre d'accueil familial à destination des personnes âgées et des personnes en situation de handicap : une offre importante en cours de professionnalisation mais en diminution quantitative

En 2012, on compte **140 places d'accueil familial pour les personnes âgées, et 172 places pour les personnes en situation de handicap** sur le département. L'accueil familial est une solution traditionnellement bien implantée en Seine-Maritime, quoiqu'en diminution depuis plusieurs années. Le vieillissement des accueillants familiaux et leurs départs à la retraite, sans nouveaux candidats, posent des difficultés de renouvellement. Par ailleurs, on note parfois une certaine réticence des familles à orienter leurs proches en accueil familial.

Pourtant, le **Département a communiqué sur ce mode d'accueil** : réalisation d'une brochure d'information à destination des particuliers actualisée à deux reprises lors des précédents schémas, participation à différentes manifestations permettant de faire connaître l'accueil familial (semaine bleue du CCAS de Rouen, présentation du dispositif aux CLIC courant 2007-2008 et sur France 3 Normandie, ...).

En 2012, l'offre est particulièrement bien développée sur tout le territoire pour les personnes en situation de handicap, mais quasi inexistante sur les UTAS 7 et 8 pour les personnes âgées.

Nombre de places en accueil familial au 19.12.2012



Source : Département de Seine-Maritime.

Le précédent schéma a également **soutenu la professionnalisation des accueillants familiaux** : formations qualifiantes assurées par la Croix Rouge, conférences, conventionnement avec les services d'accueil familial des établissements pour le suivi des accueillants de personnes en situation de handicap, etc. Toutefois, les liens entre les accueillants familiaux et les services médico-sociaux pourraient encore être renforcés afin de soutenir les accueillants familiaux et de mieux organiser le parcours des personnes accueillies : entrées, sorties d'établissement et d'accueil en famille.

4. Les solutions alternatives de semi-autonomie : de nombreux projets nécessitant une évaluation et un pilotage renforcé

Entre domicile et établissement, **de nombreuses solutions de logements semi-autonomes se sont développées**, généralement sous la forme d'appartements protégés ou d'habitat regroupé. Ces solutions répondent aux besoins d'accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, en respectant leur choix de vie, lorsque les structures d'hébergement traditionnelles ne répondent pas à leurs besoins.

Le Département a autorisé **l'ouverture de deux MARPA** (Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Âgées) à Torcy le Grand et à Londinières. Une Maison de Retraite pour personnes âgées autonomes existe par ailleurs au Havre.

Pour les personnes en situation de handicap psychique, le département compte des **résidences accueil**. Ces structures spécialisées s'adressent à des personnes suffisamment stabilisées pour vivre en logement autonome, mais dont la fragilité rend nécessaire une présence qui, sans être continue, apporte sécurité et convivialité, ainsi qu'un accompagnement social. Des conventions ont ainsi été passées avec le secteur psychiatrique et des services d'accompagnement (SAVS ou SAMSAH) afin d'assurer la continuité des soins et l'accompagnement social nécessaires. Toutefois, on note que des difficultés d'articulation demeurent entre les différents services de professionnels.

D'autres solutions sont développées pour permettre le maintien à domicile des personnes, en situation de handicap moteur lourd, dans des logements adaptés.

Des appartements sont construits à proximité d'un centre-ville et dans un lieu permettant la mixité avec des personnes non handicapées. La mutualisation des heures de PCH accordées aux usagers permet la présence 24h/24 d'un service d'aide à domicile. Toutefois, ce dispositif de mutualisation apparaît relativement onéreux, et donc difficilement généralisable en l'état. Ce type de modèle nécessite une étude de faisabilité préalable, tant sur le besoin, que sur le montage juridique et financier.

Pour les personnes âgées, on peut citer l'initiative de la CARSAT qui soutient des formules de **logement intergénérationnel** avec des étudiants, ou encore les « **Papyloft** », solutions alternatives entre l'EHPAD et la résidence service.

Il existe également quelques dispositifs permettant d'accompagner les **personnes subissant un vieillissement précoce** (avant 60 ans) ou connaissant un handicap issu de difficultés sociales lourdes. Par exemple, au sein des **Familles Gouvernantes développées par l'Union Départementale des Associations Familiales (UDAF)**, 5 à 6 résidents ne relevant plus d'une hospitalisation ou d'un mode d'hébergement institutionnel, sont colocataires d'une unité d'habitation. Ces personnes isolées, cumulant handicaps et/ou pathologies bénéficient collectivement de la prestation d'une « gouvernante », chargée de les accompagner dans l'organisation de leur vie quotidienne.

Les **projets sont donc nombreux, mais nécessitent aujourd'hui d'être** évalués de manière plus systématique, juridiquement, économiquement et en termes de services associés, afin de sécuriser l'accompagnement des personnes en bénéficiant. En effet, aujourd'hui la lisibilité de ces dispositifs n'est pas optimale, en ce qui concerne leur impact sur la qualité des accompagnements et des parcours des usagers.

En particulier, certaines solutions ont un modèle économique peu viable sur le long terme, notamment lorsque celui-ci repose sur la mutualisation de prestations individuelles, APA ou PCH.

Il s'agirait donc de sécuriser les solutions existantes avant de les dupliquer à d'autres publics, pour lesquels les solutions semblent à l'inverse manquer (personnes en sortie d'ESAT, personnes âgées en GIR 4...).

5. Les réponses aux situations spécifiques en matière de vieillissement

Plusieurs catégories de personnes sont confrontées à des problématiques spécifiques lorsqu'elles entrent dans la dépendance, en raison de leur parcours préalable et/ou de pathologies associées. Souvent accueilli dans des structures sociales inadaptées, ce public appelle une réflexion quant à l'adaptation des accompagnements existants.

En premier lieu, un enjeu particulier se pose pour **les anciens travailleurs immigrés** hébergés en foyer pour migrants. Plus de 30% des personnes accueillies dans ces structures ont plus de 60 ans, alors que ces foyers ne sont pas destinés à la prise en charge de personnes sans activité professionnelle. De surcroît, le recours aux services médico-sociaux est faible parmi ces personnes, notamment pour des raisons culturelles et financières. Des réflexions à engager en lien avec l'État pourraient permettre de s'emparer de la question du vieillissement des travailleurs migrants.

L'accueil des **travailleurs d'ESAT retraités** dans les foyers d'hébergement conduit également à des accompagnements non adaptés – ces structures n'étant pas médicalisées – et impacte par ailleurs la fluidité du dispositif d'accueil pour les jeunes travailleurs d'ESAT. Or, il existe **peu de solutions d'hébergement pour les personnes handicapées vieillissantes**. Certaines d'entre elles sont accueillies en EHPAD : ainsi, entre 2008 et 2010, 93 dérogations d'âge ont été délivrées pour un accompagnement de personnes en situation de handicap de moins de 60 ans. Chaque année, une cinquantaine de nouvelles demandes sont reçues par le Département.

Outre les dérogations d'âge nécessaires à l'entrée de ces personnes en EHPAD, les établissements connaissent des difficultés à les intégrer : différences d'âge avec les autres résidents, personnel insuffisamment formé au handicap, niveau de dépendance difficile à évaluer (absence de référentiel d'évaluation cumulant vieillissement/handicap), encadrement socio-éducatif insuffisant... sont autant de freins à leur réelle inclusion en l'absence d'adaptation des projets d'établissement et de moyens supplémentaires.

Parallèlement, les établissements d'hébergement pour personnes en situation de handicap peuvent être en difficulté pour détecter les signes du vieillissement et/ou pour accompagner la personne vieillissante.

Des difficultés similaires sont mises en évidence pour les personnes **connaissant un handicap issu de difficultés sociales lourdes**, tels les publics précaires ayant vécu dans la rue ou ayant eu des comportements addictifs (alcoolisation, par exemple). Faute de structures adaptées, ces personnes peuvent être hébergées en CHRS (Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale) pendant des années. Toutefois, il existe quelques dispositifs permettant de les accompagner, tels les **Familles Gouvernantes développées par l'UDAF** (cf. solutions de semi-autonomie citées plus haut).

Par ailleurs, un **travail significatif est mené dans le cadre du PRS**, notamment en matière d'accompagnement des personnes démunies en EHPAD.

Les enjeux pour le Schéma de l'Autonomie :

Comme évoqué ci-dessus, l'adaptation, l'optimisation et la diversification des dispositifs existants constituent un des principaux enjeux du futur schéma.

Les EHPAD, Foyers d'Accueil Médicalisé et Maisons d'Accueil Spécialisé ont connu une progression de leurs places, mais des difficultés apparaissent pour assurer l'accueil de certains publics : très grande dépendance, vieillissement précoce, handicap et vieillissement... sont autant de situations complexes qui font appel à des compétences diverses. Les coopérations entre ESSMS pourront ainsi être recherchées afin de répondre au mieux à la multiplicité des besoins dans un contexte budgétaire contraint.

Si des efforts de réhabilitation, de modernisation et d'amélioration de la qualité des établissements à destination des personnes âgées ou des personnes handicapées ont été engagés, il apparaît important de les poursuivre dans le cadre du Schéma de l'Autonomie, dans une optique d'amélioration continue des prestations.

Concernant les offres alternatives au domicile comme les établissements d'hébergement, l'enjeu consiste à répondre à des problématiques ciblées.

Favoriser le renouvellement des familles d'accueil, valoriser l'offre en foyer-logement, évaluer les solutions en logements semi-autonomes... seront des chantiers essentiels afin de pouvoir proposer aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap une palette diversifiée de solutions alternatives.

VII. Les opportunités économiques liées au maintien de l'autonomie

Le **développement de l'autonomie va de pair avec le développement de l'économie**. En effet, les métiers du secteur médico-social en direction des personnes âgées et des personnes en situation de handicap offrent des opportunités importantes en termes d'emploi. Ainsi, les personnes âgées pourront rester chez elles le plus longtemps possible à condition de bénéficier de services d'aide à domicile, qui représentent par ailleurs un vivier d'emplois de proximité.

Les technologies innovantes permettront aux personnes âgées, aux personnes en situation de handicap et à leurs aidants de vivre de manière plus autonome à condition d'être rendues accessibles, y compris financièrement. Ceci suppose la constitution d'un véritable marché qui peine aujourd'hui à se développer.

Au plan national, le gouvernement a lancé la filière de la « *Silver Economy* » et annoncé la constitution d'un comité de filière, qui aura pour objectif d'aider au développement du secteur. La *Silver Economy* regroupe toutes les entreprises visant à la création de services personnalisés et de technologies pour l'autonomie.

Le diagnostic a donc porté sur deux enjeux principaux :

- La valorisation de l'emploi lié à l'accompagnement des publics âgés et des publics en situation de handicap
- Les nouvelles opportunités économiques liées à l'autonomie.

1. La valorisation de l'emploi lié à l'accompagnement des publics âgés et des publics en situation de handicap : des efforts à poursuivre face à de nombreux défis

A) UN ÉTAT DES LIEUX DIFFICILE À ÉTABLIR

Le diagnostic a mis à jour qu'il existait peu de données agrégées capables de rendre compte de l'ensemble de l'activité et des emplois générés par l'accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Le poids des particuliers-employeurs permet une première approche du sujet¹³. **En 2010, les salariés du secteur du particulier-employeur (totalité du secteur, tous âges confondus) sont au nombre de 38 839 en Seine-Maritime, et représentent une masse salariale de 180 millions d'euros.**

¹³ Chiffres de l'observatoire FEPEM (ref 2010) - Source : IRCEM/ ACOSS.

Selon les projections du nombre de personnes âgées dépendantes, l'INSEE Haute-Normandie¹⁴ estimait en 2009 qu'en Seine-Maritime, **l'emploi lié à la dépendance pourrait augmenter de 60% d'ici 2025**. 5 700 emplois supplémentaires seraient nécessaires, d'ici 2020, pour répondre aux besoins liés à la dépendance. Ceci porterait le nombre total d'emplois de ce type à environ 15 000. Les besoins en termes d'emploi de personnel à domicile et en institution seraient en hausse de 60% : le personnel soignant contribuerait à cette hausse à hauteur de 50% et le personnel d'aide à la vie quotidienne à hauteur de 43%.

Notons que l'emploi lié à l'accompagnement de ces publics âgés et publics en situation de handicap ne s'arrête pas aux personnels médical, paramédical et social. Si l'on prend l'exemple d'un établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), il faut également prendre en compte les emplois du bâtiment nécessaires à sa construction, puis ceux liés à l'ensemble des services sous-traités : appareillage, lingerie, restauration, etc.

Afin de mesurer le volume d'activité et l'impact des services à la personne sur le Pays Dieppois Terroir de Caux, **l'Agence Seine Maritime Expansion** a conduit deux enquêtes de terrain, en 2007 et 2012, qui permettent de comparer et d'analyser l'évolution du secteur entre ces deux dates. La méthodologie utilisée, qui consiste à identifier de proche en proche les acteurs économiques en relation les uns avec les autres, pourrait être appliquée pour cartographier plus largement les acteurs s'inscrivant dans le champ de l'économie du vieillissement et de l'autonomie, sur un territoire donné.

Il est donc aujourd'hui ardu d'agréger de manière exhaustive les données d'emploi de ce secteur, et donc de valoriser son poids économique. Quoi qu'il en soit, son poids prépondérant est **facteur de dynamisme économique** sur les territoires seinomarins.

En effet, nombre d'acteurs économiques du champ de l'autonomie peuvent être considérés comme appartenant au **champ de l'Économie Sociale et Solidaire (ESS)**. **Les acteurs de l'ESS constituent un atout essentiel pour les territoires, en tant qu'ils participent du dynamisme local, que ce soit en termes d'innovations sociales, de maintien ou de développement d'emplois, pour l'essentiel non délocalisables, ou de mise en place de partenariats.**

B) SOUTIEN AU SECTEUR ET ATTRACTIVITÉ DES MÉTIERS

Au vu du poids prépondérant de ce secteur, il s'agit de l'organiser au mieux et d'en optimiser les opportunités d'emplois.

Le Département a soutenu la formation des professionnels et la modernisation de l'aide à domicile dans les précédents schémas : formation intégrée aux conventions tripartites des EHPAD, convention CNSA pour les SAAD,... Cette dernière permet notamment de financer des opérations de télégestion ou encore des actions relevant de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

Toutefois, pour les établissements comme pour les services à destination des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, **un des principaux enjeux demeure le manque d'attractivité des métiers du social et du médico-social.**

En effet, certains métiers peuvent être qualifiés d'exigeants et entraîner parfois un roulement de personnel élevé. Il est donc nécessaire de les aider à prendre du recul par rapport à leurs pratiques quotidiennes et de les accompagner par rapport aux exigences du métier.

¹⁴ Aval n°80, Juin 2009, Lettre statistique et économique de Haute-Normandie.

Malgré le potentiel important du secteur de l'autonomie en termes d'emplois, la **rencontre entre l'offre et la demande** peut manquer de fluidité. Il semble nécessaire de communiquer sur la diversité des métiers du médico-social insuffisamment connue des candidats potentiels.

Le manque de liens entre les acteurs du secteur de l'autonomie d'un côté, et les acteurs de l'insertion professionnelle et de la formation de l'autre, est ici en question.

Une partie des réponses est apportée par le Conseil Régional, qui arrête le **Schéma des Formations Sanitaires et Sociales**. La Région Haute-Normandie prévoit ainsi d'ouvrir, notamment sur la base d'une étude conduite par l'Université de Rouen, des formations d'orthophonistes, d'ergothérapeutes et de psychomotriciens.

L'Agence Régionale de Santé a également mis en place un **Comité Régional de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (CRONDPS)**. Toutefois, l'enjeu est moins d'augmenter le nombre de professionnels diplômés que de rendre plus attractif le secteur médico-social : par exemple, les Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) forment un nombre suffisant d'infirmiers diplômés d'Etat (IDE), mais les nouveaux diplômés se destinent rarement aux métiers du secteur médico-social. Leur formation est en effet strictement sanitaire et s'appuie largement sur l'hôpital qui accueille les stagiaires en soins infirmiers. Le contenu de la formation n'est donc pas entièrement en phase avec la diversité des métiers qu'ils peuvent exercer. Or, si le contenu des cours est encadré au niveau national, la Région et les établissements disposent de marges de manœuvre dans la manière dont se construisent les parcours de formation, en favorisant davantage, par exemple, l'accueil de stagiaires en formation sanitaire dans les établissements médico-sociaux.

De manière générale les formations initiales, définies par des référentiels nationaux, semblent insuffisamment adaptées aux réalités du terrain.

Les ressources humaines du secteur médico-social peuvent également être soutenues par la formation professionnelle pour les personnels exerçant déjà dans le secteur, mais aussi par la mise en place de partenariats avec le champ de l'insertion.

La Région assure ainsi, depuis l'adoption du Contrat de Plan Régional de Développement des Formations professionnelles (CPRDF), un soutien renouvelé aux Organismes Paritaires Collecteurs Agréés (OPCA) pour l'aide au financement des coûts pédagogiques de certains métiers en tension, au titre du congé individuel de formation.

Par ailleurs, sur l'UTAS 1 du Département de Seine-Maritime **une expérimentation est en cours visant à rapprocher les personnes en insertion des métiers du médico-social**. La mise en place des emplois d'avenir doit permettre de généraliser ce type d'expérimentations. Le projet de territoire Imaginons 2020 prévoit également de développer et de communiquer davantage sur les financements tels que le Contrat Unique d'Insertion (CUI) ou le Fonds Mutualisé de Revitalisation de Seine-Maritime (FMR 76).

Toutefois, pour l'accueil de stagiaires en formation initiale, ou de jeunes en emploi d'avenir, les structures manquent souvent de moyens humains et financiers adaptés. Des formes nouvelles de mutualisation pourraient permettre de soutenir davantage les salariés en insertion afin qu'ils constituent un réel atout pour la structure concernée.

2. Les opportunités économiques à saisir en matière de développement des nouvelles technologies au service de l'autonomie

La Seine-Maritime dispose d'un tissu économique dense et varié et de savoir-faire économiques locaux qui pourraient être mis à profit afin de répondre aux besoins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Le modèle économique est souvent complexe et il est donc nécessaire d'accompagner les initiatives locales.

En effet, le vieillissement de la population représente une opportunité importante de développement dont les acteurs économiques pourraient davantage se saisir dans les années à venir.

Au premier rang des opportunités se trouvent les innovations liées à l'ergonomie des objets du quotidien (produits de consommation, mobilier, agencement de la maison), mais également **l'accessibilité des technologies de l'information et de la communication (NTIC) et les technologies innovantes au service de l'autonomie (gérontechnologies, domotique ...).**

Les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC)

L'usage d'Internet et des nouveaux moyens de communication (téléphones portables, webcam...) par les personnes âgées ou les personnes handicapées doit permettre de lutter contre l'isolement, à la fois à domicile et en établissement, et ainsi répondre en partie aux difficultés de mobilité.

Des initiatives ont été menées dans le cadre du précédent schéma en faveur des personnes âgées afin de réduire la « fracture numérique » :

- Un état des lieux de l'équipement en haut débit des EHPAD a été réalisé (par le biais de questionnaires à leur attention) afin de pouvoir résoudre les difficultés
- Des ateliers informatiques et des espaces numériques intergénérationnels ont été proposés, notamment dans l'agglomération dieppoise. Certains CLIC mettent en place des ateliers informatiques dont l'accès est gratuit.

Par ailleurs, le **Projet de Territoire Imaginons 2020 de Seine-Maritime et le Schéma Départemental d'Aménagement Numérique (SDAN)** prévoient la mise en œuvre de programmes visant à développer les nouvelles technologies et à favoriser l'accès des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap à ces innovations.

La domotique et les nouvelles technologies au service de l'autonomie

Les technologies avancées visent à faciliter un **maintien sécurisé et socialisé à domicile**, favorisant l'autonomie des personnes dépendantes ou handicapées dans leur environnement quotidien.

Toutefois, leur développement et leur utilisation se heurtent à plusieurs freins.

D'une part, l'offre est peu connue et lisible des usagers potentiels : les entreprises proposant des équipements en domotique, par exemple, ne sont pas recensées.

Ainsi, des travaux de recensement et de communication seraient nécessaires afin de connaître l'offre et de la promouvoir. Il s'agit par ailleurs de sensibiliser les acteurs économiques du territoire aux opportunités économiques liées à ces innovations.

D'autre part, la pénétration de ce type de services parmi les publics en perte d'autonomie se heurte à des réticences, d'ordre financier étant donné la relative cherté de ces dispositifs, ou d'ordre culturel, certains équipements en domotique étant considérés comme intrusifs ou inadaptés à un public âgé ou un public handicapé.

Le **Département peut favoriser l'utilisation de ces nouveaux outils** : dans ce cadre, l'Assemblée Départementale a adopté le **principe de mise en œuvre d'un « Pack Sécurité » en faveur du maintien à domicile des personnes âgées et en situation de handicap**, proposant plusieurs niveaux de services : un dispositif de téléalarme, un dispositif de sécurité renforcée et un kit domotique.

La télésanté

Sur la durée des précédents schémas en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, **l'ARS et le Département ont fait progresser l'équipement en télé-médecine des établissements** du département.

A titre d'illustration, le CHU de Rouen mène une expérimentation de télé-gériatrie. En partenariat avec plusieurs EHPAD du département, le projet TISSE vise en effet à terme à réaliser des téléconsultations associant les professionnels hospitaliers et les professionnels de l'EHPAD. Le projet inclut également des formations à distance, notamment dans le cadre de « visio-staffs ». Le CHSR de Saint-Etienne du Rouvray effectue déjà depuis 2007 des téléconsultations auprès de certains des patients de l'EHPAD de Gournay.

Ce dispositif permet d'augmenter la fréquence des consultations de suivi, de limiter le nombre de déplacements, et d'organiser des réunions de staff pluridisciplinaires autour de la situation d'un patient avec les soignants de l'EHPAD. L'essor de la télésanté permet donc d'allier, dans un contexte où la démographie médicale pourrait menacer la qualité des soins, le développement économique, une prise en charge de qualité et la lutte contre les inégalités territoriales, en désenclavant les territoires les moins accessibles ou les moins bien dotés.

Enfin, notons que le développement de la téléassistance, de la télésurveillance et de la télésanté en général nécessite un accès suffisant à l'Internet haut débit. L'accès au haut-débit sur l'ensemble du territoire seinomarin et le développement du très haut débit sont donc des enjeux importants du Schéma de l'Autonomie.

Les enjeux pour le Schéma de l'Autonomie :

Il apparaît relativement complexe de consolider de manière exhaustive les données d'emplois liées à l'accompagnement social, médico-social et sanitaire des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Pour autant, l'accompagnement de ces publics à domicile et en établissement est indubitablement facteur de dynamisme économique sur les territoires. Les emplois créés ne sont pas délocalisables, et au regard des projections démographiques, ont un fort potentiel de croissance.

Le Département a contribué à sécuriser et à valoriser davantage – à la fois financièrement et quantitativement – ces emplois : l'enjeu de formation a notamment été intégré aux conventions tripartites des EHPAD et à la convention CNSA pour les SAAD.

Toutefois, le manque d'attractivité des métiers du secteur médico-social invite à poursuivre les efforts dans le cadre du Schéma de l'Autonomie.

Par ailleurs, le Département a participé, lors des précédents schémas et avec ses partenaires, au développement des nouvelles technologies au service de l'autonomie : mise à disposition des NTIC auprès des publics, progression de l'équipement en télémédecine... L'enjeu, dans les cinq prochaines années, est de franchir un nouveau palier et de profiter pleinement des opportunités économiques liées à l'autonomie : par des échanges professionnels sur les nouvelles technologies et plus globalement sur les biens et services émergents pouvant répondre aux besoins des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap ; par une démarche de développement de projets innovants.



PARTIE III
**ORIENTATIONS ET
PROPOSITIONS DU SCHÉMA
DE L'AUTONOMIE**

I. Présentation du Schéma de l'Autonomie

La phase de concertation réalisée en mars 2013 a permis à l'ensemble des acteurs représentés de formuler des propositions d'actions à mettre en œuvre dans le cadre du Schéma de l'Autonomie 2014-2018.

A partir de ces propositions, le Département de Seine-Maritime a défini les axes et orientations - relevant de sa compétence et de celles de ses partenaires - autour desquels il souhaite mener sa politique de soutien aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap, pour les cinq prochaines années.

C'est ainsi que le plan d'actions du Schéma Départemental de l'Autonomie s'est construit **autour de quatre axes déclinés en 28 propositions** :

- ⇒ **Axe 1** : Assurer la participation citoyenne de tous et favoriser le vivre ensemble
- ⇒ **Axe 2** : Proposer à chacun un soutien à l'autonomie adapté à ses besoins
- ⇒ **Axe 3** : Soutenir le développement local de l'autonomie
- ⇒ **Axe 4** : Construire une nouvelle gouvernance des politiques de l'autonomie en Seine-Maritime

Chaque axe est décliné en orientations lesquelles se divisent en propositions d'actions.

Ces propositions sont composées de six rubriques :

- « Objectifs » explicite les bénéfices que la proposition doit permettre de remplir ;
- « Mise en œuvre » décrit les différentes mesures devant permettre d'atteindre les objectifs précisés ci-dessus ;
- « Pilotage » identifie l'institution ou les institutions garante(s) de la mise en œuvre de la proposition ;
- « Acteurs impliqués » désigne les acteurs dont l'implication apparaît nécessaire pour la bonne mise en œuvre de la proposition ;
- « Lien avec un autre document directeur » permet d'inscrire la proposition en complémentarité avec d'autre(s) document(s) directeur(s) élaboré(s) par les partenaires internes ou externes au Département ;
- « Indicateurs d'évaluation et de résultat ».

Bien que ces propositions contiennent déjà des indications devant permettre leur mise en œuvre, elles devront faire l'objet d'une déclinaison plus opérationnelle chaque année. Dans ce cadre, des priorités seront établies et les modalités de mise en œuvre précisées.

➔ **Axe 1 : Assurer la participation citoyenne de tous et favoriser le vivre ensemble**

Si la loi de 2002 représente une étape importante dans la reconnaissance des droits des usagers, la loi 2005-102 du 11 février 2005 constitue quant à elle une avancée primordiale dans le domaine du handicap. La loi consacre une nouvelle définition du handicap et énonce différentes mesures visant à compenser les conséquences du handicap pour les personnes concernées. Elle s'attache plus particulièrement à **promouvoir la citoyenneté et la participation des personnes en situation de handicap**.

Ces textes valorisent l'égalité entre citoyens mais également la préservation de l'autonomie par l'intégration des personnes âgées et des personnes handicapées dans la vie de la cité. Or, cette intégration nécessite une mobilisation de l'ensemble des citoyens seinomains autour du « Vivre ensemble ».

C'est ainsi que le premier axe du Schéma de l'Autonomie de Seine-Maritime s'attachera à **promouvoir les valeurs de solidarité et d'inclusion, en favorisant la participation citoyenne active des personnes âgées et des personnes en situation de handicap**.

La volonté première des personnes âgées et personnes handicapées et de leurs représentants, rappelée tout au long de l'élaboration du présent schéma, est de tendre vers « **l'accessibilité universelle** ».

Cela suppose avant tout de sensibiliser la population aux problématiques particulières de ces publics afin d'amener à un changement de regard sur le vieillissement et le handicap. L'accès des personnes âgées et des personnes handicapées aux activités physiques et sportives, culturelles et de loisirs de droit commun n'induit bien souvent que des adaptations mineures pour les clubs et associations. Il s'agit ici de valoriser les initiatives d'inclusion existantes sur le département afin de créer un effet d'entraînement et de multiplier les possibilités d'activités pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.

Par ailleurs, au-delà de l'action de l'ensemble des partenaires institutionnels et des professionnels des champs médico-sociaux et sanitaires, la lutte contre l'isolement et le maintien du lien social sont l'affaire de tous : des personnes âgées et des personnes handicapées elles-mêmes ainsi que leurs familles, mais aussi l'ensemble de la population seinomarine. C'est dans cette perspective que le Département entend soutenir les initiatives solidaires existantes et en impulser de nouvelles (covoiturage, engagement bénévole ...).

Dans ce cadre, le Département s'orientera dans trois directions principales. Tout d'abord, il s'agira de **favoriser l'expression des usagers**, en créant une instance départementale représentative de l'autonomie et en dynamisant les Conseils de la Vie Sociale des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Le Département et ses partenaires s'attacheront également à **favoriser l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés**, notamment l'entrée dans la vie active des jeunes adultes.

D'une part, il conviendra de travailler dans le cadre du nouveau schéma à **l'aménagement de l'espace** pour faciliter son appropriation par les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.

D'autre part, le Département travaillera à **améliorer la mobilité des publics** en privilégiant une approche globale : en effet, il s'agira non seulement de travailler à une meilleure accessibilité, mais également de renverser la logique, en amenant les biens et services au plus près des consommateurs. Dans ce cadre, est envisagé le lancement d'un appel à projets expérimental visant à proposer un service de commande et de distribution en milieu rural.

Enfin, il sera nécessaire de **sensibiliser l'ensemble des acteurs concourant à l'aménagement du territoire et aux politiques du logement**, aux différentes problématiques liées au vieillissement et au handicap. Au vu de l'ampleur des besoins à venir, il s'agira autant de créer des logements adaptés que d'adapter ceux existants, tout en favorisant une logique de parcours résidentiels.

Cet axe sera poursuivi à travers 3 orientations et 6 **propositions** :

➤ **Orientation 1 - Promouvoir les valeurs de solidarité et renforcer le lien social**

Proposition 1 - Soutenir l'engagement citoyen

Proposition 2 - Valoriser et développer l'accès et l'inclusion des personnes âgées et des personnes en situation de handicap aux activités physiques et sportives, culturelles et de loisirs.

➤ **Orientation 2 - Favoriser la participation active des personnes âgées et des personnes en situation de handicap dans la société**

Proposition 1 - Coordonner et optimiser le fonctionnement des lieux d'expression des usagers

Proposition 2 - Faciliter l'accès à l'emploi des personnes en situation de handicap.

➤ **Orientation 3 - Animer la démarche d'aménagement de l'espace pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap**

Proposition 1 - Faciliter le parcours résidentiel de la personne en perte d'autonomie

Proposition 2 - Renforcer les initiatives en faveur de la mobilité et de l'accessibilité.

➔ **Axe 2 : Proposer à chacun le soutien à l'autonomie adapté à ses besoins**

Le deuxième axe du Schéma de l'Autonomie a pour ambition de **permettre au plus grand nombre de personnes âgées ou de personnes en situation de handicap de bénéficier d'un accompagnement adapté quel que soit le lieu de vie choisi**. Il ne s'agit donc pas de donner la priorité à un choix de vie sur un autre, mais de proposer une palette diversifiée de solutions possibles dans lesquelles chacun pourra se retrouver, dans le respect de son projet de vie et des moyens dont il dispose.

Par ailleurs, il conviendra d'accorder une importance particulière au **caractère évolutif du parcours**. Les besoins évoluant, leur réévaluation régulière est nécessaire. Dans cette perspective, il sera donc essentiel d'anticiper les changements, de développer les passerelles entre les différents dispositifs et de faciliter les transitions.

La majorité des personnes souhaitant vivre chez elles le plus longtemps possible, la première orientation de cet axe vise à **sécuriser le choix de vivre à domicile**.

A cet effet, **les dispositifs médico-sociaux** concourant au soutien de l'autonomie à domicile - SAAD, SAVS, SAMSAH, accueils séquentiels et temporaires - **devront faire l'objet d'un renforcement qualitatif** en termes d'adéquation aux besoins.

Le maintien à domicile n'est par ailleurs pleinement effectif que s'il s'accompagne d'une **politique de soutien et de répit à destination des aidants**. Les aidants familiaux ou « naturels » occupent une place essentielle dans la vie des personnes âgées et des personnes handicapées à domicile comme en atteste la proportion d'allocataires de la PCH à domicile bénéficiant d'une aide humaine familiale (ce mode d'intervention représentant 55% des aides humaines versées dans le cadre de la PCH).

Devant la forte implication des aidants naturels, il convient de prévenir leur épuisement en développant les actions de prévention (activités de soutien et possibilités de répit). Celles-ci doivent dans le même temps permettre d'éviter les ruptures de parcours pour les personnes âgées et les personnes handicapées (hospitalisation ou institutionnalisation en urgence suite à l'épuisement de l'aidant). Il s'agira également de développer des solutions de répit alternatives, notamment à domicile, tout en veillant à leur accessibilité financière. Dans ce cadre, le lancement d'un appel à projets est d'ores et déjà prévu.

La deuxième orientation de cet axe s'attachera à **adapter les dispositifs existants et favoriser l'initiative pour fluidifier les parcours**, les précédents schémas ayant permis un développement quantitatif important des solutions d'accueil et d'accompagnement. Ainsi, le diagnostic a davantage révélé un manque de fluidité global des dispositifs qu'un manque de places en ESSMS. Il s'agira donc d'optimiser l'existant en agissant sur les points de blocage identifiés tout au long de la « chaîne » d'accompagnement. Une place centrale dans l'adaptation des dispositifs sera accordée aux démarches de rapprochement et de mutualisation entre acteurs, afin de construire les accompagnements les plus adaptés aux besoins du public, et de répondre aux problématiques particulières (vieillesse précoce, troubles psychiques, etc.).

Enfin, le Département entend soutenir la qualité de vie et la promotion de la bienveillance par la **poursuite des démarches qualité au sein des ESSMS**. Si des efforts significatifs ont été mis en œuvre (notamment par la modernisation et la réhabilitation de nombreuses places d'hébergement), la qualité des accompagnements - aussi bien à domicile qu'en établissement - dépend encore trop souvent de nombreux facteurs tels que la qualification professionnelle, la localisation géographique, etc. Déjà engagé dans cette démarche d'optimisation de la qualité des établissements et services, le Département a la volonté de renforcer les garanties offertes aux usagers. Le développement de la qualité des accompagnements requiert en effet une implication continue des partenaires, depuis les autorités de contrôle jusqu'aux professionnels.

A noter que l'ensemble de ces orientations pourront s'appuyer sur la mobilisation de nouvelles technologies au service de l'autonomie (cf. axe 3).

Cet axe sera poursuivi à travers **3 orientations et 10 propositions** :

➡ **Orientation 1 : Sécuriser le choix de vivre à domicile**

Proposition 1 - Structurer et diversifier l'intervention des SAAD

Proposition 2 - Fluidifier les places de SAVS-SAMSAH

Proposition 3 - Optimiser et diversifier les solutions de répit

Proposition 4 - Améliorer le repérage des aidants naturels et accroître la lisibilité de l'offre de soutien au niveau local

Proposition 5 - Promouvoir et faciliter l'accès aux actions de prévention.

➡ **Orientation 2 : Adapter les dispositifs existants pour accompagner les parcours**

Proposition 1 - Renforcer l'attractivité de l'offre en foyers-logements

Proposition 2 - Dynamiser l'accueil familial

Proposition 3 - Expertiser et sécuriser les solutions alternatives d'habitat semi-autonome.

➡ **Orientation 3 : Poursuivre les démarches de qualité et de coopération entre les établissements et services**

Proposition 1 - Renforcer la qualité des prestations en établissements et services

Proposition 2 - Promouvoir les coopérations entre établissements et services.

➔ **Axe 3 : Soutenir le développement des filières économiques pour l'autonomie**

Dès 2007, le Département de Seine-Maritime innovait avec le schéma « Bien vieillir 2007-2011 » en posant l'allongement de la durée de la vie comme « *une chance pour la société et un défi à relever ensemble* ».

Aujourd'hui, le Département **entend poursuivre cette dynamique par un soutien au développement local de l'autonomie**, aux côtés de ses partenaires.

Ce soutien se décline en deux orientations pour les cinq prochaines années : **optimiser le potentiel du secteur médico-social en termes d'emplois et exploiter les opportunités économiques liées à l'autonomie**.

Le poids du **secteur médico-social est aujourd'hui prépondérant** et l'allongement de la durée de vie des seinomarins amène à anticiper une forte augmentation des opportunités d'emplois liés à l'accompagnement des publics âgés et des publics handicapés, qu'ils soient à domicile, en structure intermédiaire ou en établissement. Or, le département souffre d'un **taux de chômage élevé** (10,5% au deuxième trimestre 2011, selon l'Insee), supérieur d'un point à la moyenne nationale (9,5%)¹⁵. Cependant, ce secteur **manque d'attractivité** dont les raisons principales sont : pénibilité des métiers, faibles rémunérations et horaires atypiques pour une partie d'entre eux, défaut d'attractivité des filières sanitaires, ...

Ces constats incitent à soutenir les métiers du secteur médico-social afin de pouvoir répondre aux besoins croissants des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Notons à cet égard qu'une continuité des personnels est garante d'une qualité accrue des accompagnements.

Ce soutien au secteur se manifestera de différentes manières : rapprochement de l'offre et de la demande par la sensibilisation des jeunes, des personnes en recherche d'emploi et des professionnels à ces métiers, renforcement des liens entre domaines sanitaire et médico-social, mutualisation des réponses aux difficultés de ressources humaines que peuvent connaître les établissements et services sociaux et médico-sociaux, renforcement de l'attractivité pour les personnels déjà en poste,

Notons enfin que l'action de soutien à la viabilité économique des services d'aide et d'accompagnement à domicile participe également de l'optimisation des opportunités d'emploi du secteur.

En parallèle, le Département de Seine-Maritime s'attachera à encourager les acteurs de son territoire à exploiter les opportunités économiques liées à l'autonomie, s'inscrivant ainsi dans la mouvance nationale autour de **l'économie du vieillissement**. Dans son rapport sur l'adaptation de la société au vieillissement¹⁶, le député Luc BROUSSY voit dans le phénomène du vieillissement de la population un potentiel de croissance.

¹⁵ Seine-Maritime Imaginons 2020, Orientations stratégiques, page 22.

¹⁶ Luc BROUSSY, « L'adaptation de la société au vieillissement de sa population », 2013.

Ce potentiel appelle un soutien par l'Etat et les collectivités, à l'image de la voie empruntée par des pays tels que l'Allemagne ou le Japon. La Seine-Maritime, en s'engageant dans cette dynamique, s'inscrit dans le cadre du pacte national en faveur de l'économie du vieillissement.

Cette nouvelle approche concerne les Départements et les Régions, à la fois pour ce qui relève de leurs propres compétences, mais aussi de l'articulation de leurs interventions et leur capacité d'impulsion vis-à-vis des territoires.

Le vieillissement recouvre en effet deux phénomènes qui appellent une égale prise en compte par les politiques publiques.

Premièrement, **l'allongement de la durée de vie en bonne santé** (ou sans incapacité) génère l'émergence de personnes âgées qui consomment, s'engagent dans des associations, aident leurs proches et créent du lien social. En effet, les personnes concernées disposent de plus de temps libre qu'elles peuvent consacrer aux loisirs, à la culture, aux savoirs mais aussi à la collectivité (vie associative, transmission des savoirs).

Deuxièmement, les personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap peuvent exprimer des **besoins spécifiques** (en termes de mobilité, d'habitat, de services à la personne, etc.).

Le Département de Seine-Maritime souhaite que soit valorisé ce potentiel de développement économique en soutenant la **création et le développement de niches d'activité** répondant aux besoins des personnes âgées et des personnes handicapées, notamment au sein de **l'économie sociale et solidaire**.

Les outils manquent cependant pour déterminer quels projets mériteraient d'être soutenus, en fonction de leur modèle économique et des bénéfices sociaux attendus. **Une meilleure connaissance des besoins des publics cibles devra permettre d'identifier plus en amont les projets viables**, tout en valorisant les bénéfices sociaux des entreprises de l'économie sociale.

Il revient donc au Département et à la Région **d'accompagner les acteurs économiques** mais également ceux de la recherche et de l'innovation, dans l'identification des marchés potentiels.

La spécialisation historique de la Seine-Maritime dans l'industrie, et les difficultés que ce secteur traverse actuellement, invitent à considérer avec d'autant plus d'acuité le potentiel de développement que pourrait représenter le champ de l'autonomie.

C'est ainsi que le Département souhaite également promouvoir **les filières technologiques au service de l'autonomie** (et notamment les gérontechnologies) en favorisant les rencontres entre les acteurs économiques et ceux de l'autonomie.

En effet, la connaissance limitée que les différents acteurs ont des opportunités économiques liées à l'autonomie est un premier défi auquel le schéma devra répondre.

D'ores et déjà, le Département envisage de soutenir l'innovation dans le secteur des nouvelles technologies en créant une nouvelle **offre de service comme le « Pack Sécurité »**. Ce pack prévoit de mobiliser les technologies de l'information et de la communication et la domotique dans le but d'améliorer la qualité de vie et la sécurité au domicile.

Notons à cet égard que l'engagement du Département sur le champ des gérontechnologies s'inscrit dans un mouvement commun aux sociétés des pays développés dont l'objectif est d'atteindre la « ville intelligente », favorisant naturellement l'autonomie des personnes dépendantes ou handicapées dans leur environnement quotidien.

Cet axe sera poursuivi à travers **2 orientations et 5 propositions** :

➡ **Orientation 1 : Optimiser le potentiel du secteur médico-social en termes d'emplois**

Proposition 1 - Faciliter l'orientation vers les métiers du médico-social

Proposition 2 - Renforcer l'attractivité des métiers pour les personnels en poste.

➡ **Orientation 2 : Exploiter les opportunités économiques liées à l'autonomie**

Proposition 1 - Créer et développer des niches d'activité répondant aux besoins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

Proposition 2 - Mobiliser les nouvelles technologies au service de l'autonomie

Proposition 3 - Investir les filières technologiques dans une prospective de l'autonomie.

➔ **Axe 4 : Construire une nouvelle gouvernance des politiques de l'autonomie en Seine-Maritime**

Si de nombreux dispositifs et instances de coordination sont déployés dans le département de Seine-Maritime (CLIC, MDPH, MAIA, UTAS, réseaux...), des difficultés de coordination sont apparues clairement lors du diagnostic. Ainsi, il apparaît nécessaire d'assurer un pilotage départemental renforcé des dispositifs existants sur les territoires et une articulation entre acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires.

Ainsi, la première orientation de ce dernier axe a pour ambition de **définir des mécanismes de gouvernance départementale sur le champ de l'autonomie**.

Le Département entend mettre en place des **instances de pilotage et de coordination**, à la fois au niveau départemental et territorial. Ces instances devront répondre à plusieurs objectifs : piloter la mise en œuvre du schéma dans les cinq prochaines années, coordonner les acteurs des dispositifs et faire converger la politique en faveur des personnes âgées et celle en faveur des personnes handicapées.

Au niveau départemental, le comité de pilotage partenarial, constitué pour le suivi de l'élaboration du schéma, sera pérennisé. Cette « instance de l'Autonomie », pilotée par le Département en collaboration avec l'ARS, se réunira chaque année dans le but de définir les actions prioritaires à mettre en œuvre dans le cadre du schéma, mais également de répartir les rôles et responsabilités de chacun. En effet, l'implication de tous les partenaires – internes et externes au Département – est une condition *sine qua non* de la mise en œuvre effective des propositions du schéma.

Au niveau des territoires, le Département et l'ARS entendent s'articuler afin de définir des **modalités de gouvernance intégrées**. Il s'agira ici d'assurer une complémentarité entre le dispositif CLIC et la MAIA, de faire converger les forces existantes dans l'objectif de fluidifier les parcours des usagers. Cette mise en cohérence permettra de répartir les fonctions sociales, médico-sociales et sanitaires sur les territoires et d'assurer une plus grande lisibilité pour l'ensemble des acteurs impliqués.

Enfin, pour **répondre au défaut de connaissance précise des besoins des publics âgés et handicapés**, il s'agira de recueillir, consolider et analyser les données permettant d'optimiser l'offre existante.

Une fois les mécanismes de gouvernance instaurés sur le champ de l'autonomie, la deuxième orientation visera à **organiser les fonctions d'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées au service d'une plus grande cohérence et continuité des parcours**.

Rappelons ici que ces fonctions peuvent être classées en sept catégories principales : prévention et actions collectives en direction des usagers ; accueil, information et orientation ; évaluation globale et élaboration du plan d'accompagnement ; mise en œuvre, suivi et adaptation du plan d'accompagnement ; accompagnement des situations complexes ; coordination professionnelle autour de la personne ; coordination institutionnelle et observation des besoins.

Ainsi, les actions à mettre en place devront-elles **garantir un accès équitable aux droits** sur le département. Pour les personnes âgées, il s'agira essentiellement de finaliser la couverture du territoire en CLIC et d'harmoniser le fonctionnement de ce dispositif. Concernant les personnes handicapées, il conviendra d'identifier des relais de proximité capables de remplir les missions d'information et d'orientation de premier niveau afin de soutenir l'action de la MDPH et de ses deux antennes et de pouvoir répondre aux demandes des usagers et de leurs familles, sur tout le territoire. Par ailleurs, il conviendra de favoriser les **échanges entre acteurs** sociaux, médico-sociaux et sanitaires sur les champs de la gérontologie et du handicap, en vue notamment d'assurer **une évaluation objective, multidimensionnelle et évolutive** des besoins des personnes.

Cette deuxième orientation aura également pour objectif de **promouvoir la continuité des parcours sur les territoires et tout au long de la vie**. L'objectif est ici d'améliorer la fluidité des accompagnements par une interconnaissance renforcée des acteurs et des mécanismes de coordination à renforcer.

Cet axe sera poursuivi à travers **2 orientations et 7 propositions** :

➡ **Orientation 1 : Définir les modalités de gouvernance départementale sur le champ de l'autonomie**

Proposition 1 - Mettre en place le pilotage stratégique des politiques de l'autonomie

Proposition 2 - Construire une organisation intégrée et territoriale du parcours de la personne âgée et de la personne handicapée

Proposition 3 - Améliorer la connaissance des publics âgés et des publics handicapés et de leurs besoins.

➡ **Orientation 2 : Organiser les fonctions d'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées**

Proposition 1 - Garantir un accès équitable aux droits pour les personnes âgées et les personnes handicapées sur les territoires

Proposition 2 - Favoriser la continuité des accompagnements

Proposition 3 - Faciliter la mise en œuvre d'un accompagnement adapté aux particularités de certains publics

Proposition 4 - Accompagner les parcours des enfants, adolescents et jeunes adultes en situation de handicap.

II. Vue d'ensemble du plan d'actions

⇒ Axe 1 : Assurer la participation citoyenne de tous et favoriser le vivre ensemble

☛ Orientation 1 : Promouvoir les valeurs de solidarité et renforcer le lien social

Proposition 1 - Soutenir l'engagement citoyen

Proposition 2 - Valoriser et développer l'accès et l'inclusion des personnes âgées et des personnes en situation de handicap aux activités physiques et sportives, culturelles et de loisirs.

☛ Orientation 2 : Favoriser la participation active des personnes âgées et des personnes en situation de handicap dans la société

Proposition 1 - Coordonner et optimiser le fonctionnement des lieux d'expression des usagers

Proposition 2 - Faciliter l'accès à l'emploi des personnes en situation de handicap.

☛ Orientation 3 : Animer la démarche d'aménagement de l'espace pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap

Proposition 1 - Faciliter le parcours résidentiel de la personne en perte d'autonomie

Proposition 2 - Renforcer les initiatives en faveur de la mobilité et de l'accessibilité.

⇒ Axe 2 : Proposer à chacun un soutien à l'autonomie adapté à ses besoins

☛ Orientation 1 : Sécuriser le choix de vivre à domicile

Proposition 1 - Structurer et diversifier l'intervention des SAAD

Proposition 2 - Fluidifier les places de SAVS-SAMSAH

Proposition 3 - Optimiser et diversifier les solutions de répit

Proposition 4 - Améliorer le repérage des aidants naturels et accroître la lisibilité de l'offre de soutien au niveau local

Proposition 5 - Promouvoir et faciliter l'accès aux actions de prévention.

☛ Orientation 2 : Adapter les dispositifs existants pour accompagner les parcours

Proposition 1 - Renforcer l'attractivité de l'offre en foyers-logements

Proposition 2 - Dynamiser l'accueil familial

Proposition 3 - Expertiser et sécuriser les solutions alternatives d'habitat semi-autonome.

☛ Orientation 3 : Poursuivre les démarches de qualité et de coopération au sein des établissements et services

Proposition 1 - Renforcer la qualité des prestations en établissements et services

Proposition 2 - Promouvoir les coopérations entre établissements et services.

⇒ **Axe 3 : Soutenir le développement des filières économiques pour l'autonomie**

⇒ **Orientation 1 : Optimiser le potentiel du secteur médico-social en termes d'emplois**

Proposition 1 - Faciliter l'orientation vers les métiers du médico-social

Proposition 2 - Renforcer l'attractivité des métiers pour les personnels en poste.

⇒ **Orientation 2 : Exploiter les opportunités économiques liées à l'autonomie**

Proposition 1 - Créer et développer des niches d'activité répondant aux besoins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

Proposition 2 - Investir les filières technologiques dans une prospective de l'autonomie

Proposition 3 - Mobiliser les nouvelles technologies au service de l'autonomie.

⇒ **Axe 4 : Construire une nouvelle gouvernance des politiques de l'autonomie en Seine-Maritime**

⇒ **Orientation 1 : Définir les modalités de gouvernance départementale sur le champ de l'autonomie**

Proposition 1 - Mettre en place le pilotage stratégique des politiques de l'autonomie

Proposition 2 - Construire une organisation intégrée et territoriale du parcours de la personne âgée et de la personne handicapée

Proposition 3 - Améliorer la connaissance des publics âgés et handicapés et de leurs besoins.

⇒ **Orientation 2 : Organiser les fonctions d'accompagnement des personnes âgées et handicapées**

Proposition 1 - Garantir un accès équitable aux droits pour les personnes âgées et personnes handicapées sur le territoire

Proposition 2 - Favoriser la continuité des accompagnements

Proposition 3 - Faciliter la mise en œuvre d'un accompagnement adapté aux particularités de certains publics

Proposition 4 - Accompagner les parcours des enfants, adolescents et jeunes adultes en situation de handicap.

AXE 1 - Assurer la participation citoyenne de tous et favoriser le vivre ensemble

- **Orientation 1 - Promouvoir les valeurs de solidarité et renforcer le lien social** (propositions 1.1 et 1.2)
- **Orientation 2 - Favoriser la participation active des personnes âgées et des personnes en situation de handicap dans la société** (propositions 2.1 et 2.2)
- **Orientation 3 - Animer la démarche d'aménagement de l'espace pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap** (propositions 3.1 et 3.2).

Axe 1 - Assurer la participation citoyenne de tous et favoriser le vivre ensemble

Orientation 1 - Promouvoir les valeurs de solidarité et renforcer le lien social

Proposition 1 - 1 - 1 : Soutenir l'engagement citoyen

OBJECTIFS

- Encourager l'entraide, le « vivre ensemble » entre les Seinomarins
- Favoriser le développement du lien social en particulier des personnes âgées et des personnes en situation de handicap
- Réduire la fracture numérique des publics en perte d'autonomie
- Développer la solidarité intergénérationnelle.

MISE EN ŒUVRE

- **Conforter et amplifier les initiatives citoyennes solidaires existantes**
 - Recenser et faire connaître les initiatives citoyennes solidaires existantes
 - Encourager des initiatives citoyennes intergénérationnelles en lien, par exemple, avec les actions éducatives du CRED 76 : expérimentations avec des collègues identifiés en lien avec le CODERPA ; recours au service civique à travers le dispositif « Citoyens 76 » ...
 - Partager le savoir ; changer les représentations ; favoriser les échanges et débats ...
- **Encourager l'engagement bénévole des jeunes retraités**
 - S'appuyer sur Bénévolat 76 pour constituer une plate-forme d'informations accessible aux associations et rapprocher l'offre et la demande de bénévolat
 - Soutenir les associations afin qu'elles puissent attirer et retenir les bénévoles : formation, encadrement, animation du réseau, etc
 - Communiquer davantage sur l'action des associations et de leurs bénévoles (recensement sur le site internet du Département, Journée départementale du Bénévolat ...).
- **Encourager la veille responsable**
 - S'appuyer sur le réseau social de proximité, d'entraide et de solidarité
 - Diversifier les acteurs du repérage et constituer des équipes ou relais de citoyens bénévoles (concierges, bailleurs, facteurs, gardiens d'immeuble etc)
 - S'appuyer sur les acteurs locaux existants en matière de coordination et de repérage de l'isolement pour organiser l'action de ces bénévoles tels que « Citoyens 76 » (service civique dans les territoires : visiteurs de personnes âgées et de personnes handicapées, réseau « filleul âge », agents de convivialité...)
 - Évaluer les effets d'expériences locales type « Sentinelle » et la faisabilité de leur déploiement au niveau départemental.

PILOTAGE

> Département

ACTEURS IMPLIQUÉS

> CARSAT
> Éducation Nationale
> Communes
> MDPH

LIEN AVEC UN AUTRE DOCUMENT DIRECTEUR

Rapport MONALISA (Michèle Delaunay, Ministre déléguée chargée des personnes âgées et de l'autonomie)

-
- **Sensibiliser et former les publics personnes âgées et personnes handicapées** aux outils et services les plus simples d'accès (portable, service public en ligne...) : recenser les lieux pouvant dispenser les formations ; encourager les formateurs bénévoles dans le cadre de la plate-forme « bénévoles 76 ».

 - **Poursuivre le développement des lieux de rencontres et de débats entre les générations**
 - Poursuivre la dynamique départementale de « Café des âges » initiée lors du précédent schéma en vue de soutenir et de développer toute action intergénérationnelle
 - S'appuyer sur les lieux privilégiés du lien social (centres sociaux ...).

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE RESULTAT

- Nombre d'initiatives citoyennes recensées
 - Nombre de rencontres organisées pour conforter et amplifier ces initiatives
 - Effectivité de la création de la plate-forme « Bénévoles 76 »
 - Nombre d'associations ayant bénéficié d'un soutien (formation, encadrement, animation du réseau, etc) pour encourager le bénévolat des jeunes retraités
 - Nombre de communes ayant organisé un système de « veille responsable »
 - Nombre de lieux ou d'acteurs identifiés pour la formation et la sensibilisation aux outils et services les plus simples d'accès
 - Nombre de cafés des âges se réunissant au moins 1 fois par mois.
-

Axe 1 - Assurer la participation citoyenne de tous et favoriser le vivre ensemble

Orientation 1 - Promouvoir les valeurs de solidarité et renforcer le lien social

Proposition 1- 1 - 2 : Valoriser et développer l'accès et l'inclusion des personnes âgées et des personnes handicapées aux activités physiques et sportives, culturelles et de loisirs

OBJECTIFS

- Poursuivre la dynamique engagée par le Département en matière d'accès des publics aux activités physiques et sportives, culturelles et de loisirs
- Faire connaître les activités et les initiatives existantes en matière d'accès et/ou d'inclusion des publics
- Permettre aux personnes âgées et aux personnes handicapées de bénéficier d'une offre plus diversifiée d'activités, à domicile comme en établissement.

PILOTAGE

- > Département
- > ARS

MISE EN ŒUVRE

- **Sensibiliser les associations et clubs sportifs, culturels et de loisirs à l'accueil des personnes âgées et des personnes en situation de handicap**
 - Favoriser les rencontres professionnelles, le travail en réseau, les manifestations
 - Proposer davantage de formations et d'informations sur le handicap en direction des professionnels des associations et clubs
 - Encourager les associations à inclure dans leur activité le public des personnes âgées et des personnes handicapées, notamment par appels à projet et conventionnement.
- **Recenser et valoriser l'offre existante en matière d'activités physiques et sportives, culturelles et de loisirs pour les personnes âgées et les personnes handicapées :**
 - S'appuyer sur les partenaires ressources (notamment groupe projet Sport Santé Bien-Être) et les dispositifs existants tels que « Culture et Personnes Âgées », « Culture et Personnes Handicapées », PASS senior actif ...
 - Recourir si nécessaire à un appel à projet pour le recensement
 - Utiliser les supports de communication du Département (site Internet, guides « Bien Vieillir » et « Vivre son Handicap »).
- **Adapter et diversifier l'offre existante**
 - Introduire un **accès privilégié** aux personnes âgées dans le PASS senior actif (aménagement d'horaires, tarifs préférentiels voire gratuité pour accéder à certains lieux ou participer à certains événements : conférences, festivals...)
 - Enrichir le PASS senior actif par la **programmation de nouvelles activités** adaptées : en complément des randonnées nordiques organisées par le Département, développer des activités tenant compte des spécificités du public visé
 - Étudier l'opportunité de créer un « **PASS Autonomie** », prolongement du PASS senior actif pour les personnes en perte d'autonomie et leurs aidants.

ACTEURS IMPLIQUÉS :

- > CLIC, CCAS, CARSAT
- > DRAC
- > DRJSCS
- > MDPH

LIEN AVEC UN AUTRE DOCUMENT DIRECTEUR

- > Plan Sport Santé Bien-Être du Ministre des sports, V. Fourneyron

INDICATEURS D’EVALUATION ET DE RESULTAT

- Nombre d’initiatives existantes recensées et valorisées sur les supports de communication du Département (site Internet, guides « Bien Vieillir » et « Vivre son Handicap »)
 - Nombre d’associations et clubs sportifs sensibilisés à l’accueil des PA-PH
 - Nombre de projets financés
 - Nombre d’activités développées par le Département dans le cadre du PASS senior actif
 - Effectivité de la création du PASS Autonomie.
-

Axe 1 - Assurer la participation citoyenne de tous et favoriser le vivre ensemble

Orientation 2 - Favoriser la participation active des personnes âgées et des personnes en situation de handicap dans la société

Proposition 1 - 2 - 1 : Coordonner et optimiser le fonctionnement des lieux d'expression des usagers

OBJECTIFS

- Améliorer la lisibilité des activités des instances consultatives d'usagers
- Favoriser le rôle de réflexion et de concertation des instances représentatives dans la mise en œuvre des politiques de l'autonomie
- Dynamiser les lieux d'expression des usagers dans les ESSMS
- Assurer la transversalité sur les champs personnes âgées et personnes handicapées par la création d'une instance commune.

MISE EN ŒUVRE

- **Soutenir la communication des actions des instances consultatives et représentatives des usagers** (COMité DEpartemental des Représentants des Personnes Âgées, Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées, Conseil Consultatif Départemental, Conférence Régionale Solidarité Autonomie, COMmission EXecutive de la MDPH...)
- **Faire appel à l'expertise de ces instances** en les invitant à contribuer à la mise en œuvre du schéma
- **Promouvoir les lieux d'expression des usagers dans les ESSMS et optimiser leur fonctionnement**
 - Veiller à la mise en place des Conseils de la Vie Sociale (CVS) dans les ESSMS
 - S'appuyer sur les évaluations internes et externes
 - Organiser l'échange d'expériences entre secteurs personnes âgées / personnes handicapées, notamment par la mise en place « d'assises des CVS » ou des journées de l'autonomie.
- **Envisager la création d'une « instance représentative de l'Autonomie »** sur le modèle du Comité de Pilotage partenarial constitué pour l'élaboration du Schéma de l'Autonomie dans la perspective de favoriser la convergence entre les champs personnes âgées et personnes handicapées.

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE RESULTAT

- Nombre « d'assises des CVS » ou « Journées de l'Autonomie » organisées
- Instances consultatives et représentatives des usagers mobilisées dans la mise en œuvre du Schéma
- Effectivité de la création de l'instance de représentation des acteurs de l'Autonomie
- Fréquence des réunions de cette instance.

PILOTAGE

- > Département
- > ARS

ACTEURS IMPLIQUES

- > Instances consultatives et représentatives des usagers
- > ESSMS

LIEN AVEC UN AUTRE DOCUMENT DIRECTEUR

- > Projets ESSMS

Axe 1 - Assurer la participation citoyenne de tous et favoriser le vivre ensemble

Orientation 2 - Favoriser la participation active des personnes âgées et des personnes en situation de handicap dans la société

Proposition 1 - 2 - 2 : Faciliter l'accès à l'emploi des personnes en situation de handicap

OBJECTIFS

- Fluidifier et sécuriser le parcours professionnel des personnes en situation de handicap
- Améliorer l'accompagnement des jeunes handicapés de 16 à 25 ans vers l'emploi
- Soutenir l'insertion professionnelle en milieu ordinaire des travailleurs d'ESAT
- Faciliter l'acquisition et la reconnaissance des compétences socio-professionnelles
- Permettre une rencontre plus aisée entre besoins des entreprises et compétences des travailleurs handicapés
- Prendre en compte les conditions de maintien dans l'emploi et la santé au travail.

MISE EN ŒUVRE

- **Faciliter l'entrée dans la vie active des jeunes handicapés et encourager l'insertion en milieu ordinaire lorsque cela est possible :**
 - Anticiper davantage la préparation du projet professionnel et l'autonomisation des jeunes de 16 à 25 ans
 - Renforcer l'articulation entre acteurs autour des jeunes à la sortie du système scolaire pour faciliter le maintien des acquis
 - Sensibiliser les missions locales sur les problématiques du handicap
 - Faciliter la recherche de stages en milieux ordinaire ou protégé pour les jeunes en situation de handicap (voir création de la plateforme ci-dessous).
- **Ouvrir les dispositifs d'insertion de droit commun du Département aux jeunes bénéficiant de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) et aux travailleurs d'ESAT** afin de faciliter l'insertion professionnelle en milieu ordinaire : Programme Départemental d'Insertion (PDI), accompagnateurs emploi, prescription AREI (Aide Régionale à l'Emploi), clause d'insertion...
- **Mutualiser les démarches d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés par la création d'une plateforme pluri-acteurs :**
 - Favoriser la mise en place des actions de parrainage, au sein des services du Département, à l'instar d'opérations menées par d'autres collectivités ou établissements publics
 - Valoriser un outil, type « portefeuilles de compétences », retraçant l'ensemble des compétences acquises et développées par les travailleurs en situation de handicap afin de faciliter le recrutement pour les entreprises.

PILOTAGE

- > Département
- > ARS
- > MDPH
- > Conseil Régional

ACTEURS IMPLIQUES

- > DIRECCTE
- > Missions locales
- > ARACT
- > Cap Emploi
- > Éducation Nationale
- > AGEFIPH
- > FIPHP

LIEN AVEC UN AUTRE DOCUMENT DIRECTEUR

- > SROMS
- > PDI (Programme Départemental d'Insertion)
- > PRITH

INDICATEURS D’EVALUATION ET DE RESULTAT

- Nombre de missions locales sensibilisées à la problématique du handicap
 - Part des jeunes en situation de handicap accompagnés par une mission locale ayant trouvé une activité (travail, stage...)
 - Nombre de jeunes en situation de handicap et de travailleurs d’ESAT ayant bénéficié d’un dispositif d’insertion de droit commun (AREI, ...)
 - Effectivité de la création d’une plateforme pluri-acteurs permettant de mutualiser les démarches d’insertion professionnelle des travailleurs handicapés
 - Nombre d’actions de parrainage mises en place au sein du Département
 - Effectivité de la création d’un « portefeuille de compétences » et de son utilisation.
-

Axe 1 - Assurer la participation citoyenne de tous et favoriser le vivre ensemble

Orientation 3 - Animer la démarche d'aménagement de l'espace pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap

Proposition 1 - 3 - 1 : Faciliter le parcours résidentiel de la personne en perte d'autonomie

OBJECTIFS

- Sensibiliser les acteurs concourant à l'aménagement du territoire et aux politiques du logement aux différentes perspectives et problématiques liées au vieillissement et au handicap
- Capturer et développer une offre accessible et adaptée en fonction des besoins des territoires
- Améliorer la lisibilité du parc adapté et coordonner les aides à l'adaptation du logement
- Orienter et sensibiliser les usagers à l'adaptation du logement, notamment les plus isolés
- Rapprocher l'offre et la demande de logements adaptés, notamment à travers le PDH.

MISE EN ŒUVRE

- **Développer une démarche de « porter à connaissance » des problématiques liant l'aménagement du territoire et les enjeux du vieillissement et du handicap :**
 - Faire émerger dans les SCOT en lien avec le PDH les orientations nécessaires au parcours résidentiel des personnes âgées et handicapées (transports, services, aménagement urbain, santé,...) en tenant compte des ressources des ménages et en mobilisant le travail des observatoires du Département
 - Étudier l'opportunité d'un guide méthodologique permettant une déclinaison plus précise dans les PLU des objectifs liés au parcours résidentiel.
- **Accroître la collaboration avec les bailleurs sociaux** pour inscrire le parcours résidentiel des publics âgés et des publics handicapés dans leur offre locale
- **Valoriser les initiatives territoriales pertinentes** au cours de conférences ou dans le cadre des journées de l'Autonomie.
- **Accroître la communication sur les aides au logement et mobiliser les dispositifs existants en cohérence avec le PDH :**
 - Enrichir le site internet du Département, voire créer un centre de ressources dédié
 - Articuler le travail des différents acteurs de l'habitat en fonction des publics et initiatives territoriales ou partenariales (PDALPD, PDH, OPAH, PIG, ADIL,...)
 - Sensibiliser les syndicats de copropriétés pour faciliter l'adaptation du logement dans le patrimoine privé (formations, conférences, supports pédagogiques pour l'animation des réunions de copropriétaires...).

PILOTAGE

> Département

ACTEURS IMPLIQUÉS

> Partenaires du logement :
DDTM/ANAH/ADIL, bailleurs, USH...
> ARS
> MDPH
> CARSAT, MSA,...
> Gestionnaires de structures / acteurs sociaux et médico-sociaux, acteurs économiques (commerces, artisans, syndicats...), communes, EPCI...

LIEN AVEC UN AUTRE DOCUMENT DIRECTEUR

> Seine-Maritime Imaginons 2020
> PDH
> PDALPD, FSL
> SCOT
> PLU

➤ **Créer une bourse au logement adapté** afin de favoriser l'accessibilité des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap :

- Disposer d'un recensement de tous les logements adaptés à la dépendance et aux différents types de handicap, gérés par les bailleurs sociaux
- Établir un référentiel pour accompagner ce recensement
- Permettre l'adéquation de l'offre et de la demande par la mise en relation à travers la création d'une plate-forme internet et des supports de communication.

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE RESULTAT

- Effectivité de la création d'un guide méthodologique de déclinaison des objectifs liés au parcours résidentiel dans les PLU
- Nombre de SCOT / PLU ayant inclus une réflexion sur les enjeux du vieillissement et du handicap
- Nombre de bailleurs sociaux sensibilisés à la notion de parcours résidentiel des PA-PH, et nombre de bailleurs sociaux ayant effectivement intégré cette problématique dans leur offre locale
- Effectivité de la création d'un centre de ressources sur les aides au logement disponibles (ou équivalent sur le site internet du Département)
- Nombre de partenariats nouveaux noués entre le Département et les acteurs de l'habitat
- Nombre de syndicats de copropriétés ayant été destinataires d'une action de sensibilisation
- Effectivité de la création de la plateforme internet visant à rendre accessible l'information sur le logement adapté (« bourse au logement adapté »)
- Nombre de logements adaptés recensés dans la plateforme
- Nombre de visiteurs de la plateforme par an
- Nombre de personnes ayant trouvé un logement adapté via la plateforme par an.

Axe 1 - Assurer la participation citoyenne de tous et favoriser le vivre ensemble

Orientation 3 - Animer la démarche d'aménagement de l'espace pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap

Proposition 1 - 3 - 2 : Renforcer les initiatives en faveur de la mobilité et de l'accessibilité

OBJECTIFS

- Favoriser l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap en leur facilitant l'accès aux biens et services
- Expérimenter de nouvelles solutions de transport adapté, non stigmatisantes, basées sur certaines formes de solidarités locales
- Soutenir les expérimentations de déplacement des biens primaires de consommation (et services le cas échéant) ainsi que les circuits de distribution courts en milieu rural
- Poursuivre les efforts multi partenariaux/institutionnels de mise en accessibilité des lieux publics et des transports.

MISE EN ŒUVRE

- **Promouvoir toutes les formes de mobilité durable** (transports publics, covoiturage, etc.) et ses outils (notamment le site www.atoumod.fr)
- **Développer l'utilisation du covoiturage :**
 - Valoriser le site internet www.covoiturage76.net qui recense l'ensemble des trajets sur la Haute-Normandie : organiser une communication spécifique auprès des personnes âgées et des personnes handicapées via les relais de communication traditionnels (mairies, CLIC, CCAS, centres sociaux, MDPH...), les bulletins municipaux, articles de presse... et accompagner les usagers potentiels à l'utilisation de ces outils (exemple : soutien des aides à domicile)
 - Rechercher à développer localement cette pratique : recenser, à l'échelle d'une commune / d'un EPCI, les personnes volontaires qui effectuent des trajets réguliers qui intéresseraient les personnes âgées et les personnes handicapées (achats en grande surface / marchés).
- **Maintenir, voire renforcer le dispositif Minibus 76 en fonction des besoins.**
- **Lancer un appel à projets expérimental visant à proposer un service de commande et de distribution en milieu rural (biens primaires de consommation, voire services) :**
 - Simplifier / favoriser la rencontre entre des producteurs locaux et les consommateurs
 - Rechercher la structuration d'un réseau de distribution de proximité, via des points d'approvisionnement locaux
 - Aider au développement et à la promotion des outils nécessaires pour parvenir à ces fins.
- **Susciter des innovations en mobilisant l'ensemble de la population (y compris les enfants) :** concours de la mobilité innovante, exposition départementale, signalétique et pictogrammes ...

PILOTAGE

> Département

ACTEURS IMPLIQUES

> MDPH
> Éducation Nationale
> CPAM
> AGIRC ARRCO
> Mairies, CLIC, CCAS, centres sociaux...
> Associations d'usagers
> CARSAT

LIEN AVEC UN AUTRE DOCUMENT DIRECTEUR

> Schéma Départemental des Transports

-
- **Établir les priorités de mise en accessibilité des équipements et services :**
 - Connaître les besoins les plus manifestes de la population et analyser les conditions de leur traitement
 - Éviter les difficultés d'insertion professionnelle liées aux problèmes de mobilité chez les jeunes de 16-25 ans.

 - **Approfondir les partenariats avec toutes les AOT** (Autorités Organisatrices de Transports)

 - **Travailler, en lien avec l'Éducation Nationale, les affectations scolaires des élèves et étudiants handicapés :**
 - Rechercher l'affectation en milieu ordinaire de ces publics, dans le respect de la carte scolaire.
 - Favoriser ensuite l'usage des services de transport public de droit commun auprès de ces élèves et étudiants.

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE RESULTAT

- Nombre de visiteurs du site www.atoumod.fr par an
 - Nombre d'actions de communication du site covoiturage76.net auprès des relais traditionnels de l'information
 - Evolution du nombre d'utilisateurs réguliers du service Minibus76
 - Effectivité de l'appel à projets visant à proposer un service de commande et de distribution en milieu rural
 - Nombre d'innovations en matière de mobilité et/ou d'accessibilité
 - Niveau de réalisation des projets de mise en accessibilité identifiés comme prioritaires
 - Evolution du nombre d'élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire
-

AXE 2 - Proposer à chacun un soutien à l'autonomie adapté à ses besoins

- **Orientation 1 : Sécuriser le choix de vivre à domicile** (propositions 1.1 à 1.5)
- **Orientation 2 : Adapter les dispositifs existants et favoriser l'initiative pour accompagner les parcours** (propositions 2.1 à 2.3)
- **Orientation 3 : Poursuivre les démarches de qualité et de coopération au sein des établissements et services** (propositions 3.1 à 3.2)

Axe 2 - Proposer à chacun un soutien à l'autonomie adapté à ses besoins

Orientation 1 - Sécuriser le choix de vivre à domicile

Proposition 2-1-1 : Structurer et diversifier les services d'aide et d'accompagnement à domicile

OBJECTIFS

- Structurer le secteur de l'aide à domicile
- Améliorer la qualité de l'offre de service
- Moderniser et professionnaliser les services d'aide et d'accompagnement à domicile
- Sensibiliser les acteurs pour diminuer les risques professionnels à domicile.

PILOTAGE

> Département

MISE EN ŒUVRE

- **Réaliser un état des lieux organisationnel et financier des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)** afin d'identifier les freins et leviers à l'activité :
 - Favoriser les coopérations, voire les mutualisations, entre les acteurs du domicile (ex. partage de compétences spécifiques, de fonctions supports...)
 - Accompagner les structures dans leur démarche, via les outils existants (DLA...).
- **Réaffirmer le périmètre d'intervention des SAAD :**
 - Redéfinir les métiers et compétences de chacun : mise en place d'un groupe de travail partenarial dans le cadre du Plan Régional de Santé au Travail (PRST) pour définir le rôle de chaque intervenant à domicile (SSAD, SSIAD, HAD,...), les limites juridiques et professionnelles
 - Articulation avec les travaux de la DIRECCTE sur les métiers.
- **Accompagner les SAAD dans la modernisation et la professionnalisation de leurs interventions via le partenariat avec la CNSA :**
 - Finaliser la mise en place de la Télégestion
 - Développer les compétences pour garantir un accompagnement adapté à la diversité des publics : formations à destination des dirigeants, encadrants et professionnels intervenant à domicile.
- **Engager une réflexion avec les SAAD sur la mise en œuvre d'une démarche qualité** (ex : conventionnement d'objectifs, développement d'un label qualité, meilleure coordination des professionnels à domicile, échange sur les pratiques et expériences telles que développées par les SPASAD...).

ACTEURS IMPLIQUÉS

> ARS
> DIRECCTE
> SAAD
> SSIAD
> CARSAT

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE RESULTAT

- Nombre de SAAD ayant bénéficié d'un diagnostic organisationnel et financier
- Nombre de SAAD ayant bénéficié d'un accompagnement à la réorganisation
- Nombre de projets de mutualisation / coopération inter-SAAD ayant abouti
- Evolution du nombre de SAAD utilisant la Télégestion

-
- Nombre de formations à destination des dirigeants, encadrants et professionnels intervenant à domicile réalisées dans le cadre de la convention CNSA
 - Effectivité de la mise en œuvre d'une démarche qualité avec les SAAD.
-

Axe 2 - Proposer à chacun un soutien à l'autonomie adapté à ses besoins

Orientation 1 - Sécuriser le choix de vivre à domicile

Proposition 2-1-2 : Fluidifier les places des services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et des services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés (SAMSAH)

OBJECTIFS

- Permettre un meilleur accès des personnes handicapées à cette offre d'accompagnement vers l'autonomie
- Développer l'offre de SAMSAH pour couvrir le territoire.

PILOTAGE

- > Département
- > ARS

MISE EN ŒUVRE

- **Optimiser le fonctionnement des places de SAVS** à partir des conclusions du rapport d'évaluation établi en août 2010 :
 - Améliorer la connaissance des acteurs par territoire
 - Étudier la faisabilité d'un financement différencié selon le type d'accompagnement (renforcé ou allégé) et sa durée, selon une logique de file active, ... pour favoriser les sorties du dispositif et l'accompagnement de nouveaux bénéficiaires.
- **Repositionner les SAVS-SAMSAH dans leurs fonctions respectives :**
 - Établir un document conventionnel avec les SAVS-SAMSAH permettant de clarifier le contenu de leurs interventions auprès des publics handicapés
 - Mieux définir le rôle des SAMSAH et des SSIAD.
- **Étudier la faisabilité d'organiser à l'échelle du département un dispositif de suivi des listes d'attente et des places disponibles en SAVS et SAMSAH** (via par exemple le système informatique en cours de construction par la MDPH)
- **Définir les modalités de coopération** avec les autres acteurs intervenants auprès des personnes afin de favoriser le travail en réseau et la complémentarité des interventions (ex : SSIAD ; SAAD ; PMI ; ASE ; CAF, Hôpitaux, organismes de tutelle)
- **Accroître l'offre d'accompagnement par la création de places de SAMSAH** en lien avec l'ARS en identifiant les zones et les publics prioritaires.

ACTEURS IMPLIQUÉS

- > Représentants des SAVS, SAMSAH, SSIAD, CMS, SAAD, CAF, Centres hospitaliers, organismes de tutelle.
- > MDPH

LIEN AVEC UN AUTRE DOCUMENT DIRECTEUR

- > SROSMS
- > PRIAC

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE RESULTAT

- Effectivité de la signature d'un document conventionnel entre Département, ARS et SAVS-SAMSAH permettant de repositionner leurs rôles, modalités de fonctionnement et de coopération avec les autres intervenants
- Evolution des files actives et des listes d'attente des SAVS-SAMSAH (nombre de personnes suivies par an et nombre de personnes sur liste d'attente)
- Effectivité de la création d'un dispositif de suivi des listes d'attente et des places disponibles en SAVS et SAMSAH

-
- Nombre de places de SAMSAH créées
 - Evolution du taux d'équipement en places de SAMSAH (pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans) sur les territoires.
-

Axe 2 - Proposer à chacun un soutien à l'autonomie adapté à ses besoins

Orientation 1 - Sécuriser le choix de vivre à domicile

Proposition 2-1-3 : Optimiser et diversifier les solutions de répit

OBJECTIFS

- Améliorer la connaissance des dispositifs existants
- Simplifier les procédures pour les usagers
- Optimiser et améliorer la fréquentation des solutions de répit existantes
- Construire de nouvelles réponses viables aux besoins de répit non couverts des personnes aidées et des aidants.

MISE EN ŒUVRE

- **Renforcer l'information et la communication sur les dispositifs existants :**
 - Organiser la circulation de l'information entre partenaires (plate-forme de répit, CLIC, SSIAD, SAAD...)
 - Développer la communication auprès des usagers : palette de l'offre (accueil de jour, hébergement temporaire, accueil d'urgence), modalités de transport...
- **Faciliter les démarches administratives** (évaluation lors des sorties d'hospitalisation ; paiement direct de l'APA aux établissements par la collectivité territoriale pour l'accueil de jour des bénéficiaires de l'APA...)
- **Étudier la faisabilité d'organiser à l'échelle du département un dispositif de suivi des listes d'attente et des places disponibles en accueil de jour ou en accueil temporaire** (via par exemple le système informatique en cours de construction par la MDPH).
- **Veiller à la qualité de l'accueil séquentiel en établissement :**
 - S'assurer de la formalisation et de la mise en œuvre d'un projet d'établissement spécifique
 - Envisager la désignation d'un professionnel référent pour l'accueil et l'intégration de la personne au sein du dispositif d'accueil séquentiel.
- **Poursuivre la couverture du territoire en autorisant la création de nouvelles places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire, notamment en faveur des personnes âgées dans le cadre de la programmation pluriannuelle ARS/ Département**
- **Étudier l'opportunité d'une mise en place de nouvelles solutions de répit en recherchant un modèle économique viable, adapté aux besoins de la personne et à la réglementation en vigueur :**
 - Accueil de nuit en établissement (à développer sur les places d'hébergement temporaire non mobilisées)
 - Accueil temporaire en famille d'accueil (selon critères d'éligibilité liés au profil des personnes)
 - Gardes itinérantes de nuit
 - Accompagnement à domicile des bénéficiaires de l'APA souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées et de leurs aidants,

PILOTAGE

- > Département
- > ARS

ACTEURS IMPLIQUES

- > ARS
- > MDPH
- > Gestionnaires AJ/AT
- > Représentants des usagers

LIEN AVEC UN AUTRE DOCUMENT DIRECTEUR

- > SROSMS
- > PRIAC
- > Plan Autisme

en adéquation avec les dispositifs relevant du Plan Alzheimer, plateforme de répit, ESA, ateliers mémoire...

INDICATEURS D’EVALUATION ET DE RESULTAT

- Nombre de supports d’information et de communication diffusés
 - Effectivité de la mise en place du paiement direct de l’APA aux établissements par le Département pour l’accueil de jour des personnes âgées percevant cette prestation
 - Effectivité de la création d’un dispositif de suivi des listes d’attente et des places disponibles en accueil de jour ou en accueil temporaire
 - Nombre de places d’accueil de jour créées
 - Nombre de places d’hébergement temporaire créées
 - Nombre de solutions de répit nouvelles créées
 - Fréquentation de ces solutions de répit (taux d’occupation, nombre d’usagers, etc).
-

Axe 2 - Proposer à chacun un soutien à l'autonomie adapté à ses besoins

Orientation 1 - Sécuriser le choix de vivre à domicile

Proposition 2-1-4 : Améliorer le repérage des aidants naturels et accroître la lisibilité de l'offre de soutien au niveau local

OBJECTIFS

- Anticiper les situations de fragilité et d'épuisement des aidants, notamment en levant les résistances à l'accompagnement
- Connaître l'offre de soutien aux aidants sur chaque territoire et en assurer sa diffusion
- Proposer des solutions individuelles ou collectives à proximité du lieu de vie de l'aidant.

PILOTAGE

- > Département
- > ARS

MISE EN ŒUVRE

- **Améliorer le repérage des aidants par une sensibilisation des acteurs** en particulier sur le champ du handicap
- **Réaliser un diagnostic départemental de l'offre existante par territoire de parcours** en matière d'accompagnement des aidants naturels avec tous les opérateurs
- **Déterminer les zones blanches et arrêter un plan d'actions conjoint pour assurer la couverture du territoire départemental :**
 - Développer de nouvelles actions de soutien si besoin via la convention CNSA et/ou le lancement d'appel à projets
 - Mutualiser les moyens des différents opérateurs afin d'accroître l'efficacité et la complémentarité des actions locales.
- **Communiquer sur l'offre de soutien disponible :**
 - Auprès des professionnels et relais locaux d'information et d'orientation : mairies, UTAS, médecins ...
 - Auprès du grand public, par l'édition de guides, l'actualisation des informations sur internet ...

ACTEURS IMPLIQUES

- > MAIA / CLIC
- > CARSAT, RSI, MSA
- > MDPH
- > CNSA
- > Associations de parents d'enfants handicapés
- > Associations d'usagers

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE RESULTAT

- Réalisation de diagnostics de l'offre de soutien existante aux aidants sur chaque territoire de parcours
- Réalisation d'un plan d'actions visant à assurer la couverture départementale
- Nombre de supports d'information et de communication sur l'offre de soutien disponible diffusés.

Axe 2 - Proposer à chacun le soutien à l'autonomie adapté à ses besoins

Orientation 1 - Sécuriser le choix de vivre à domicile

Proposition 2-1-5 : Promouvoir et faciliter l'accès aux actions de prévention

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- Améliorer le repérage des situations de fragilité par les professionnels
- Participer à la mise en place d'une politique d'éducation pour la santé et de prévention
- Coordonner et structurer l'offre d'actions de prévention à destination des publics.

MISE EN ŒUVRE

- **Élaborer une cartographie de l'ensemble des acteurs impliqués dans le repérage des situations de fragilité et identifier des référents de proximité**
 - Identifier les relais de repérage de proximité pertinents sur les secteurs gérontologique et du handicap
- **Sensibiliser les professionnels au repérage de la fragilité :**
 - Informer et former les professionnels des lieux d'information et d'évaluation des besoins ainsi que les professionnels des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires sur leur rôle de veille active
 - Travailler un outil de « primo-évaluation » commun aux lieux d'information et d'évaluation des besoins (« fiches contact »).
- **Encourager la déclinaison d'un programme d'actions de prévention à destination des personnes âgées et des personnes en situation de handicap sur les territoires**
 - Définir un programme global en lien avec les besoins repérés et en articulation avec les priorités définies dans le cadre du schéma régional de prévention
 - S'appuyer sur la dynamique du précédent schéma « Bien Vieillir » (finalisation des critères de fragilité et actions à prioriser).
- **Déterminer les acteurs compétents dans la mise en œuvre du programme**
 - Inciter à une structuration de l'offre proposée favorisant un accès équitable sur les territoires
 - Encourager la mutualisation dans la mise en place de certaines actions.
- **Faciliter l'information des publics aux dispositifs existants** notamment aux activités physiques, sportives, culturelles et de loisirs
- **Encourager la formation des professionnels du domicile et des aidants familiaux**
 - Inciter à la mise en place d'actions de formation/sensibilisation des professionnels et des aidants familiaux et d'actions d'accompagnement à la parentalité des personnes en situation de handicap en s'appuyant sur des partenaires de proximité.

PILOTAGE

- > Département
- > ARS

ACTEURS IMPLIQUES

- > CARSAT et caisses de retraites
- > MSA
- > Communes et CCAS
- > CLIC
- > Réseaux gérontologiques
- > MDPH
- > Centre sociaux
- > SAAD
- > EHPAD
- > URIOPSS
- > CPAM
- > Médecins traitants
- Etc.

LIEN AVEC UN AUTRE DOCUMENT DIRECTEUR

- > Schéma régional de prévention

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE RESULTAT

- Réalisation d'une cartographie des acteurs du repérage et identification des relais de proximité
 - Effectivité de la mise en place d'un outil commun de primo-évaluation
 - Nombre de sessions d'information ou de formation organisées sur le thème de la veille active
 - Définition d'un programme d'actions de prévention et part des actions mises en œuvre avec succès.
-

Axe 2 - Proposer à chacun un soutien à l'autonomie adapté à ses besoins

Orientation 2 - Adapter les dispositifs existants et favoriser l'initiative pour accompagner les parcours

Proposition 2-2-1 : Renforcer l'attractivité de l'offre en foyers-logements

OBJECTIFS

- Valoriser l'offre en foyers-logements
- Déterminer les adaptations de l'offre à réaliser en fonction de l'évolution des besoins et sa faisabilité
- Proposer des solutions nouvelles aux personnes en situation de handicap, aux migrants vieillissants et aux publics en grande précarité.

MISE EN ŒUVRE

- **Réaliser un diagnostic partagé de l'offre existante avec les principaux partenaires dont les bailleurs et dans le cadre des PLH :**
 - Recueillir les éléments déterminants de l'offre : capacité, taux d'occupation, confort, localisation, état du bâti, services, partenariats, loyers et charges, accessibilité du public à revenus moyens sans APL ...
 - Améliorer la connaissance des publics accueillis et sur listes d'attente.
- **Étudier la possibilité d'ouverture à d'autres types de publics :**
 - Personnes handicapées notamment vieillissantes, en facilitant leur accompagnement par des interventions de type SAVS-SAMSAH
 - Migrants vieillissants
 - Publics en grande précarité ...
- **Arrêter une stratégie d'aménagement conjointe avec l'État et en concertation avec les principaux partenaires :**
 - Déterminer si l'offre est adaptée à l'évolution des besoins sur les territoires ruraux et urbains (réhabilitation, diversification...)
 - Étudier la faisabilité de différents scénarios (coût, loyers et charges, contraintes de gestion...).

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE RESULTAT

- Réalisation d'un diagnostic partagé de l'offre existante en matière de foyers-logements (FL)
- Elaboration d'une stratégie d'aménagement de l'offre avec les partenaires concernés.

Pilotage :
Département

ACTEURS IMPLIQUÉS

> DDTM
> CARSAT
> CREA
> USH
> UDCCAS

LIEN AVEC UN AUTRE DOCUMENT DIRECTEUR

> CUS
> PDH

Axe 2 - Proposer à chacun un soutien à l'autonomie adapté à ses besoins

Orientation 2 - Adapter les dispositifs existants et favoriser l'initiative pour accompagner les parcours

Proposition 2-2-2 : Dynamiser le dispositif de l'accueil familial

OBJECTIFS

- Intégrer le dispositif d'accueil familial dans le parcours de vie des personnes âgées et des personnes handicapées comme un mode d'accueil alternatif
- Valoriser le métier de l'accueil familial et professionnaliser les accueillants familiaux.

PILOTAGE

> Département

MISE EN ŒUVRE

- **Poursuivre les actions de communication sur le métier d'accueillant familial et sur les possibilités d'accueil :**
 - Lancer une communication grand public : reportages, articles dans le magazine « Seine Maritime » et sur le site internet du Département
 - Créer des outils d'information à destination des familles et des partenaires
 - Développer les échanges avec la MDPH, les CMS, CLIC, CCAS et les acteurs sanitaires et sociaux (relais d'information), afin de valoriser le dispositif et de tenir les partenaires informés des possibilités d'accueil sur leurs territoires.
- **Professionaliser et accompagner les accueillants familiaux dans l'exercice de leur métier :**
 - Communiquer auprès des filières de formation sanitaires et médico-sociales (aides-soignantes, AMP...), et auprès des candidats à l'agrément d'assistant maternel, pour susciter des vocations
 - Proposer davantage de formations en lien avec la convention CNSA
 - Travailler des solutions de remplacement de qualité et de répit pour les accueillants
 - Développer un réseau de partenaires sociaux, médico-sociaux et sanitaires auprès des accueillants familiaux
 - Examiner l'opportunité de développer des Relais d'Accueillants Familiaux (RAF) ...

ACTEURS IMPLIQUES

> SAF, UTAS, CLIC, MDPH, CMS, Foyer hébergement, ESAT, Organismes tutélaires, CNSA

LIEN AVEC UN AUTRE DOCUMENT DIRECTEUR

> « Guide de l'accueil familial pour les personnes âgées et les personnes handicapées » réalisé par la DGCS (janvier 2013)

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE RESULTAT

- Nombre d'outils d'information et de communication diffusés sur l'accueil familial
- Nombre d'actions de communication mises en œuvre dans des écoles, instituts ou organismes de formation du secteur sanitaire et social sur le thème de l'accueil familial
- Evolution du nombre de candidats à l'agrément
- Evolution du nombre de personnes âgées ou personnes handicapées accueillies

-
- Evolution du nombre de sessions de formation des accueillants familiaux organisées
 - Nombre d'accueillants familiaux ayant été formés
 - Nombre de RAF créés.
-
-

Axe 2 - Proposer à chacun un soutien à l'autonomie adapté à ses besoins

Orientation 2 - Adapter les dispositifs existants et favoriser l'initiative pour accompagner les parcours

Proposition 2-2-3 : Expertiser et sécuriser les solutions alternatives d'habitat semi-autonome

OBJECTIFS

- Expertiser les initiatives de logements semi-autonomes ou d'habitats groupés
- Sécuriser le développement de ces modes alternatifs d'accueil tant au niveau financier qu'au niveau de l'accompagnement apporté à leurs résidents
- Étudier tout particulièrement les possibilités d'accompagnement en semi-autonomie des personnes souffrant de pathologies évolutives, des personnes en situation de handicap mental, des jeunes adultes à leur sortie d'IMPRO, des personnes handicapées vieillissantes lors de leur sortie d'ESAT...

PILOTAGE

- > Département
- > ARS

MISE EN ŒUVRE

- **À partir de l'évaluation des expériences existantes, encadrer les conditions de fonctionnement de ces solutions d'habitat :**
 - Déterminer les conditions de faisabilité dans le respect du cadre juridique en vigueur (montage financier pérenne, accompagnement et coordination adéquats...)
 - Établir un cadre structurant des interventions (protocole avec l'ensemble des acteurs, structures, MDPH, UTAS, cahier des charges de l'accompagnement ...)
 - Expérimenter, par la procédure d'appel à projets, de nouvelles solutions d'accueil pour certains publics nécessitant un accompagnement en semi-autonomie.
- **Favoriser un accompagnement adapté** des personnes vers et dans ce type de logements en mobilisant les services existants :
 - Mobiliser le réseau de services et de partenaires existants (places en SAMSAH-SAVS, relais avec le secteur sanitaire, accompagnement des sorties le cas échéant...)
 - Accompagner les transitions depuis les ESSMS vers le logement (semi) autonome (processus d'autonomisation)
 - Renforcer et professionnaliser l'accompagnement social des résidents notamment par la formation des intervenants.

ACTEURS IMPLIQUES

- > DDCS
- > Réseau de réhabilitation psychosociale
- > MDPH
- > UDCCAS
- > SAAD – SSIAD - SAVS - SAMSAH

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE RESULTAT

- Evaluation d'un échantillon de solutions alternatives d'habitat semi-autonome existantes
- Elaboration d'un document conventionnel permettant d'encadrer les conditions de fonctionnement de ces solutions d'habitat
- Nombre de nouveaux projets d'habitat semi-autonome financés.

Axe 2 - Proposer à chacun un soutien à l'autonomie adapté à ses besoins

Orientation 3 - Poursuivre les démarches qualité et de coopération au sein des établissements et services

Proposition 2-3-1 : Renforcer la qualité des prestations en établissement et à domicile

OBJECTIFS

- Améliorer la qualité de l'accompagnement et le cadre de vie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, à domicile et en structure d'hébergement
- Soutenir et approfondir les efforts engagés par les établissements sociaux et médico-sociaux et les SAAD en matière de démarche qualité
- Promouvoir la bientraitance et lutter contre la maltraitance.

MISE EN ŒUVRE

- **Poursuivre l'amélioration du cadre de vie en établissement :**
 - Accompagner la modernisation et la réhabilitation des structures existantes dont les locaux ne répondent pas aux normes actuelles afin d'assurer des conditions d'accueil favorables
 - Valoriser l'inscription de ces projets de modernisation dans une démarche de développement durable
 - Garantir l'attractivité des établissements par un prix de journée accessible.
- **Conforter les démarches d'amélioration continue de la qualité :**
 - S'assurer de l'inscription d'objectifs qualitatifs au sein des conventions tripartites ou des projets d'établissements et services : qualité de vie des résidents, qualité des relations avec les résidents et leurs familles, qualification des personnels, inscription d'actions de prévention et de promotion de la santé...
 - Mettre en œuvre la convention de modernisation et de professionnalisation des SAAD et accueillants familiaux signée avec la CNSA
 - Mesurer les actions engagées en matière d'amélioration de la qualité, notamment à travers les rapports d'activité internes, les évaluations internes et externes.
- **Renforcer les compétences des professionnels :**
 - Poursuivre les plans de formation des personnels en établissement à travers les conventions tripartites ou projets d'établissement
 - Soutenir l'offre de formation à destination des SAAD et des accueillants familiaux dans le cadre de la convention de modernisation signée avec la CNSA
 - Développer des relais assistants de vie sur les territoires pour les intervenants en emploi direct et en mode mandataire (partenariat avec la FEPEM, IPERIA Institut, les maisons familiales rurales et maisons de l'emploi et de la formation ...)
 - Sensibiliser et former les professionnels à la bientraitance.
- **Optimiser la gestion des plaintes et signalements :**
 - Consolider le système de repérage des situations de maltraitance (protocole de signalement des effets indésirables, procédure de recueil partagé ...)
 - Coordonner les acteurs (ALMA, CCAS...)
 - Poursuivre la gestion des plaintes en lien avec l'ARS pour les situations en établissement (Commission d'Examen des Réclamations et Signalements)

PILOTAGE

- > Département
- > ARS

ACTEURS IMPLIQUES

- > ESSMS
- > SAAD
- > Têtes de réseau gérontologiques

LIEN AVEC UN AUTRE DOCUMENT DIRECTEUR

- > SROSMS
- > Schéma régional de prévention
- > Documents ANESM HAS..

-
- Structurer la procédure de traitement des plaintes pour les situations à domicile, notamment avec les UTAS
 - Assurer la régulation et le contrôle de l'organisation et du fonctionnement des structures.

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE RESULTAT

- Nombre de places réhabilitées
 - Evolution du prix de journée des établissements réhabilités
 - Part des ESSMS engagés dans une démarche qualité (ex. inscription d'objectifs qualitatifs dans les conventions tripartites ...)
 - Degré de réalisation des actions de formation prévues dans le cadre du programme de modernisation signé avec la CNSA
 - Part moyenne du budget des établissements consacrée à la formation
 - Nombre de RAF créés et fréquentation des RAF
 - Nombre de sessions d'information ou de formation organisées sur le thème de la bientraitance
 - Consolidation du système de repérage de la maltraitance en établissement
 - Elaboration d'une procédure de traitement des plaintes à domicile.
-

Axe 2 - Proposer à chacun un soutien à l'autonomie adapté à ses besoins

Orientation 3 - Poursuivre les démarches qualité et de coopération au sein des établissements et services

Proposition 2-3-2 : Promouvoir les coopérations entre établissements et services

OBJECTIFS

- Structurer davantage l'offre de service sur les territoires afin de proposer une palette diversifiée de réponses aux besoins des personnes âgées et des personnes handicapées
- Faciliter la coopération entre acteurs du champ de la gérontologie et du handicap pour construire des accompagnements adaptés
- Mutualiser les moyens selon une logique de territoire afin de garantir l'équité et optimiser les ressources.

MISE EN ŒUVRE

- **Favoriser les échanges et la connaissance réciproque des acteurs :**
 - Soutenir le partage d'expériences et de pratiques professionnelles, notamment par la réunion de directeurs d'établissements et services autour de thématiques communes
 - Organiser des conférences ou rencontres pour sensibiliser aux enjeux communs et valoriser des initiatives départementales ou nationales (par exemple au cours des journées de l'Autonomie).
- **Encourager les projets de coopération structurés entre établissements et services :**
 - À partir de conventions de partenariats inter-établissements ou services, de directions communes, de groupements d'employeurs ou encore de GCSMS sur des fonctions supports (ressources humaines, financières, juridiques, etc.), achats groupés, réponses communes aux appels à projets...
 - À partir de l'accompagnement de services d'aide à domicile volontaires s'appuyant sur la convention CNSA et les outils disponibles (diagnostic local d'accompagnement...).
- **Étudier la faisabilité de mise en place de « plateformes de services » sur les territoires départementaux :**
 - Définir un cahier des charges, indiquant la typologie de services minimums à fournir, la définition des missions à remplir, le(s) public(s) cible(s), les modalités de gestion, de mutualisation (personnels, équipements, fonctions supports, etc.).
 - Expérimenter, via un appel à projet, une plateforme de services sur un territoire avant de déployer le dispositif.

PILOTAGE

- > Département
- > ARS

ACTEURS IMPLIQUÉS

- > ESSMS
- > SAAD
- > Têtes de réseau ..
- > CNSA, DLA, SME...

LIEN AVEC UN AUTRE DOCUMENT DIRECTEUR

- > SROSMS

INDICATEURS D’EVALUATION ET DE RESULTAT

- Nombre de rencontres organisées avec les directeurs d’établissements et services
 - Nombre de projets de mutualisation ou de coopération mis en œuvre avec succès
 - Nombre de SAAD accompagnés dans la mise en œuvre d’un projet de coopération dans le cadre du programme CNSA ou du DLA
 - Définition d’un cahier des charges d’une « plateforme de services »
 - Nombre de « plateformes de services » expérimentées.
-

AXE 3 - Soutenir le développement des filières économiques pour l'autonomie

- **Orientation 1 : Optimiser le potentiel du secteur médico-social en termes d'emplois** (propositions 1.1 à 1.2)
- **Orientation 2 : Exploiter les opportunités économiques liées à l'autonomie** (propositions 2.1 à 2.3)

Axe 3 - Soutenir le développement des filières économiques pour l'autonomie

Orientation 1 - Optimiser le potentiel du secteur médico-social en termes d'emplois

Proposition 3-1-1 : Faciliter l'orientation vers les métiers du médico-social

OBJECTIFS

- Faire davantage connaître et valoriser les métiers du médico-social auprès de tous les publics
- Accroître la lisibilité des formations sociales, en particulier dans le domaine de l'aide à domicile
- Accroître l'adéquation entre les parcours de formation initiale et les exigences des métiers médico-sociaux
- Faciliter l'accès à l'emploi dans le secteur médico-social par une meilleure orientation des candidats et un soutien aux démarches de recrutement des employeurs.

MISE EN ŒUVRE

- **Multiplier les interventions d'information et de sensibilisation** dans les établissements scolaires, les agences Pôle Emploi, les Missions Locales, les PLIE, prestataires CAQ et Région (préparation des concours et diplômes) :
 - Développer de nouveaux outils de communication mutualisés à destination de jeunes lycéens en veillant à leur caractère ludique et en articulation avec la Cité des métiers
 - Mieux informer les Conseillers d'Orientation-Psychologues, former une équipe de présentation des métiers spécifiques pour le niveau lycée
 - Systématiser la présence des acteurs du médico-social dans les forums des métiers, dans les lycées et collèges, intervention auprès des stagiaires de la formation professionnelle...
- **Renforcer les passerelles entre les cursus de formations sociales et sanitaires (notamment pour l'encadrement)**
 - Favoriser tous les outils permettant une approche multidisciplinaire dont des trames de rapports de stage permettant de valoriser la connaissance de la pluralité des métiers et leur articulation.
- **Faciliter l'accueil de stagiaires par les établissements sociaux et médico-sociaux**
 - Renforcer la pertinence des rencontres entre organismes de formation et ESSMS pour rendre plus lisibles les besoins et les contraintes respectifs
 - Sensibiliser/mobiliser les employeurs du secteur : encourager la diffusion de chartes d'accueil du stagiaire
 - Associer les organismes de formation au tutorat dans une logique de coresponsabilité de l'encadrement du stagiaire
 - Promouvoir l'inscription dans les projets d'établissement des organismes de formation d'un "projet d'alternance"
 - Améliorer les outils existants en matière de formalisation des stages et de définition de leurs objectifs (ex: conventions de stage).

PILOTAGE

- > Département
- > ARS

ACTEURS IMPLIQUÉS

- > Conseil Régional
- > Éducation Nationale
- > DIRECCTE
- > Pôle Emploi
- > MSA
- > FHF

LIEN AVEC UN AUTRE DOCUMENT DIRECTEUR

- > Schéma Régional de la Formation
- > Contrat de Plan Régional de Développement des Formations Professionnelles
- > Pacte territorial d'insertion

➤ **Faciliter l'orientation / la réorientation des personnes en recherche d'emploi vers ces métiers**

- Créer des fiches métiers / fiches de poste, incluant un socle de pré-requis à définir (savoir-être, savoir-faire, ...), les conditions de travail/la réalité du métier, les débouchés, et les parcours de formation
- Favoriser les rencontres entre acteurs de l'insertion, de l'emploi et des employeurs du secteur médico-social pour une meilleure lisibilité de l'offre en termes de conditions d'emploi et de compétences exigées (ex : travaux pilotés par la DIRECCTE en lien avec le Département, Pôle emploi, les têtes de réseaux dans le champ du domicile...)
- Mettre en place un accompagnement renforcé de bénéficiaires RSA vers la formation et l'emploi au travers d'un parcours d'insertion adapté (via associations intermédiaires, dans le cadre de la convention CNSA)
- Faire connaître les expérimentations en cours de la MSA.

➤ **Faciliter les démarches de recrutement des employeurs médico-sociaux**

- Recenser les outils RH existants et créer une bourse d'outils au niveau départemental : fiches de poste, Gestion Prévisionnelle des Métiers et Compétences, charte de tutorat, conventions temps partagés, mise à disposition, cahier des charges de formation VAE et accompagnements ...
- Encourager les projets de groupement d'employeurs (ex.: GEIQ en cours d'étude de faisabilité par la DIRECCTE).

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE RESULTAT

- Nombre d'actions d'information et de sensibilisation dans les établissements scolaires, les agences Pôle Emploi, les Missions Locales, les PLIE, prestataires CAQ et Région
- Effectivité de la création de l'équipe de présentation des métiers du médico-social pour le niveau lycée
- Evolution du nombre de stagiaires issus des formations sanitaires accueillis dans les ESSMS du Département
- Nombre d'ESSMS ayant mis en place une charte d'accueil des stagiaires
- Nombre de rencontres organisées associant acteurs de l'emploi et de la formation et employeurs du médico-social
- Nombre de bénéficiaires du RSA ayant trouvé un emploi dans le secteur du médico-social
- Effectivité de la création de la bourse d'outils RH
- Nombre d'employeurs ayant participé à une démarche de coopération ou de mutualisation (ex. GEIQ) en matière de ressources humaines.

Axe 3 - Soutenir le développement des filières économiques pour l'autonomie

Orientation 1 - Optimiser le potentiel du secteur médico-social en termes d'emplois

Proposition 3-1-2 : Renforcer l'attractivité des métiers pour les personnels en poste

OBJECTIFS

- « Donner du sens au travail » pour fidéliser les salariés
- Permettre l'évolution des compétences
- Ouvrir les équipes encadrantes au monde de la recherche et poursuivre leur rapprochement de l'université (arrivée de licences et masters professionnels dans le champ sanitaire et social, cursus qui comportent des périodes en milieu professionnel).

PILOTAGE

- > Département
- > ARS
- > Conseil Régional

MISE EN ŒUVRE

- **Mieux accompagner les professionnels des ESSMS**
 - Promouvoir une dynamique collective autour du projet d'établissement et sa diffusion auprès des professionnels
 - Développer les journées d'accueil pour les nouveaux arrivants, favoriser le développement de la fonction de tutorat et sa mise en place (charte d'accueil du stagiaire, temps consacré au stagiaire, mesure des compétences et connaissances acquises en stage, etc)
 - Encourager l'analyse collective des pratiques professionnelles, les groupes de paroles
 - Développer la formation interne et inter établissements : soutenir la VAE, encourager les coopérations, les parcours modulaires, les passerelles...
- **Favoriser une dynamique de partage et de développement des connaissances**
 - Favoriser l'échange d'expériences, y compris dans d'autres départements/régions, et le benchmarking (approche comparative, partage des bonnes pratiques)
 - Développer les partenariats entre les universités, les laboratoires de recherche, les organismes de formation pour engager une dynamique de recherche appliquée en matière d'action médico-sociale : envisager un appel à projet qui prévoit un effort de coopération entre laboratoires de recherche issus des universités et des écoles en travail social.

ACTEURS IMPLIQUES

- > DIRECCTE
- > ARACT
- > CARSAT
- > FHF

LIEN AVEC UN AUTRE DOCUMENT DIRECTEUR

- > Plan Régional de Formation
- > Contrat de Plan Régional de Développement des Formations professionnelles

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE RESULTAT

- Nombre d'ESSMS qui organisent des journées d'accueil des nouveaux arrivants
- Nombre d'ESSMS ayant mis en place le tutorat
- Nombre de sessions de groupes de paroles / d'analyse des pratiques professionnelles par ETP par an dans les ESSMS
- Nombre de personnel ayant bénéficié d'une VAE dans chaque ESSMS
- Nombre de partenariats nouveaux conclus entre ESSMS et acteurs de la recherche et de la formation
- Nombre de projets de recherche financés.

Axe 3 - Soutenir le développement des filières économiques pour l'autonomie

Orientation 2 - Exploiter les opportunités économiques liées à l'autonomie

Proposition 3-2-1 : Créer et développer des niches d'activité répondant aux besoins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

OBJECTIFS

- Identifier les besoins non couverts des personnes âgées et des personnes en situation de handicap
- Identifier et soutenir les initiatives innovantes en matière d'offre de service à ces publics.

PILOTAGE

> Département

MISE EN ŒUVRE

- **Construire une méthodologie de travail et un modèle économique solvable permettant d'accompagner les initiatives locales** : mettre en place un comité de pilotage pouvant inclure le Département, le Conseil Régional, l'ADRESS, Seine-Maritime Expansion (SME), les chambres consulaires, les acteurs de l'économie sociale et solidaire...

ACTEURS IMPLIQUÉS

> Conseil Régional

> SME

> ADRESS (Fabrique à initiatives)

> Chambres consulaires

> MDPH

> Associations de l'économie sociale et solidaire

- **Engager une démarche prospective de développement local** :

- Réaliser une enquête de terrain en partenariat avec les relais connaissant les publics en perte d'autonomie : croiser l'approche de développement avec l'approche sectorielle par public
- Faire émerger des idées pour les transformer en projet, et faciliter la mise en relation entre porteurs de projets
- Assurer une veille sur les différentes initiatives en France et à l'étranger, en s'appuyant sur les diverses études et travaux menés sur le sujet (CNSA, association « Etudes Développement », Centre de Ressources « AVISE »...)
- S'intégrer dans les démarches de design de service en lien avec les travaux menés au niveau européen.

- **Soutenir les initiatives locales d'entreprises**, de réseaux d'économie sociale et solidaire, de collectivités mettant en œuvre une stratégie commune de coopération en vue de favoriser l'émergence de projets économiques innovants dans le champ du développement lié au vieillissement (ex: Pôles Territoriaux de Coopération Économiques ; plateforme de mutualisation des services à la personne...)

LIEN AVEC UN AUTRE DOCUMENT DIRECTEUR

> Schéma Régional de Développement Économique

- **Lancer des appels à projet expérimentaux sur** :

- Une plateforme d'aides techniques à partir d'expérimentations portées par la CNSA ou des fondations (ex. réutilisation de matériel technique pour personne à mobilité réduite)
- Un service de commande et de distribution en milieu rural (biens primaires de consommation, voire services).

INDICATEURS D'EVALUATION ET DE RESULTAT

- Effectivité de la mise en place d'un comité de pilotage des opportunités économiques liées à l'autonomie
 - Réalisation de l'enquête de terrain
 - Nombre de projets innovants soutenus par le Département dans le champ de l'autonomie
 - Effectivité de la mise en place de la plateforme d'aides techniques.
-

Axe 3 - Soutenir le développement des filières économiques pour l'autonomie

Orientation 2 - Exploiter les opportunités économiques liées à l'autonomie

Proposition 3-2-2 : Mobiliser les nouvelles technologies de l'information au service de l'autonomie

OBJECTIFS

- Favoriser l'utilisation des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) auprès des personnes âgées ou des personnes handicapées et des professionnels
- Sécuriser la personne âgée ou la personne handicapée dans son lieu de vie et maintenir le lien avec ses proches
- Développer un concept de "vigilance à domicile au service de l'autonomie", garantissant la dimension humaine et sociale, couvrant l'ensemble des territoires seinomars, et mobilisant les acteurs locaux sur la base d'un bouquet de services autour de l'usage des TIC
- Garantir le bien-être et l'assistance humaine des personnes aidées en fonction de l'évolution de leur degré d'autonomie et de leur pathologie.

PILOTAGE

- > Département
- > ARS

MISE EN ŒUVRE

- **Expérimenter un programme "technologies et bien-être des personnes âgées et des personnes en situation de handicap" à travers la mise en place du Pack Sécurité**
 - Définir et mettre en place un **service départemental de prévention des risques** pour les bénéficiaires de l'APA ou de la PCH (téléassistance, écoute, usage des outils domotiques pour l'aménagement du cadre de vie selon les besoins de la personne ...)
 - Développement de la télésanté sur des territoires expérimentaux : coopération entre domicile et établissement...
 - Développer l'activité économique locale autour du programme expérimental.
- **Promouvoir l'utilisation des TIC à domicile et en établissement :**
 - Promouvoir les formations d'initialisation à l'informatique pour les personnes âgées ou les personnes handicapées, en privilégiant les initiatives intergénérationnelles.

ACTEURS IMPLIQUÉS

- > MDPH
- > CCAS
- > CARSAT
- > ESSMS
- > CHU

LIEN AVEC UN AUTRE DOCUMENT DIRECTEUR

- > SDAN
- > SDSI

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE RESULTAT

- Nombre d'utilisateurs du Pack Sécurité
- Nombre de projets de télésanté nouveaux
- Nombre de formations d'initialisation à l'informatique pour les personnes âgées ou les personnes handicapées en établissement et sur les territoires.

Axe 3 - Soutenir le développement des filières économiques pour l'autonomie

Orientation 2 - Exploiter les opportunités économiques liées à l'autonomie

Proposition 3-2-3 : Investir les filières technologiques dans une prospective de l'autonomie

OBJECTIFS

- Identifier les besoins des publics (domotique ...)
- Identifier les acteurs et ressources territoriales
- Créer une émulation des gérontechnologies entre acteurs recherche & développement (R&D), acteurs économiques et acteurs du champ de l'autonomie
- Valoriser les ressources industrielles du territoire seinomarin.

PILOTAGE

> Département

MISE EN ŒUVRE

- **Réaliser un état des lieux des besoins et des acteurs**
 - Mieux connaître ce qui peut favoriser le maintien de l'autonomie des personnes
 - Identifier les acteurs et compétences en travaillant avec les têtes de réseaux : SENARII, Agence régionale de l'innovation, PN2E, ECIGELEC/INSERM, Entreprendre autrement...
 - Faire un benchmark auprès d'autres régions françaises et européennes
 - Étudier des perspectives de développement sur le modèle telle que la *silver economy*.
- **Organiser des rencontres entre les acteurs des deux champs (R&D/économie et autonomie)** : organiser un « Salon de l'autonomie », se greffer à des événements existants.

ACTEURS IMPLIQUES

> Conseil Régional
> MDPH
> SME
> Pôle Normand des Échanges Électroniques
> CHU

LIEN AVEC UN AUTRE DOCUMENT DIRECTEUR

> SDAD

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE RESULTAT

- Réalisation d'un état des lieux des besoins et des acteurs
- Réalisation d'un benchmark auprès d'autres régions françaises et européennes
- Nombre de rencontres associant des acteurs économiques ou de la R&D et des acteurs du champ de l'autonomie.

AXE 4 - Construire une nouvelle gouvernance des politiques de l'autonomie en Seine Maritime

- **Orientation 1 : Définir les modalités de gouvernance départementale sur le champ de l'autonomie** (propositions 1.1 à 1.3)
- **Orientation 2 : Organiser les fonctions d'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées** (propositions 2.1 à 2.4)

Axe 4 - Construire une nouvelle gouvernance des politiques de l'autonomie en Seine Maritime

Orientation 1 - Définir les modalités de gouvernance départementale sur le champ de l'autonomie

Proposition 4-1-1 : Mettre en place le pilotage stratégique des politiques de l'autonomie

OBJECTIFS

- Organiser la mise en œuvre du schéma de l'autonomie avec les partenaires du champ social, médico-social et sanitaire et des politiques associées (transport, habitat, économie-emploi, culture-sport-loisirs, citoyenneté...)
- Décliner le schéma de l'autonomie en plans d'actions annuels dans les territoires en tenant compte des priorités établies
- Assurer une articulation institutionnelle entre le Département et l'ARS afin de garantir la continuité du parcours de la personne âgée et de la personne handicapée
- Garantir la cohérence des différentes interventions d'aides et de soins et renforcer la coordination des acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires.

MISE EN ŒUVRE

- **Mettre en place un comité de pilotage départemental de l'autonomie**, sur le même modèle que l'instance de suivi des travaux d'élaboration du schéma de l'Autonomie, impliquant les décideurs et financeurs du champ social, médico-social et sanitaire, ainsi que les principaux partenaires associés au titre de leur politique d'inclusion dans la vie de la cité (transport, logement, loisirs...).
- **Le COPIL départemental de l'autonomie aura pour missions :**
 - Élaborer et suivre la mise en œuvre des plans annuels d'actions du schéma de l'autonomie
 - Organiser la répartition des responsabilités de mise en œuvre
 - Réaliser un bilan annuel du plan d'actions et contribuer à l'évaluation des politiques de l'autonomie.
- **Mettre en place le co-pilotage ARS - Département :**
 - Assurer l'articulation institutionnelle et la cohérence des interventions sociales, médico-sociales et sanitaires
 - Se référer aux modalités définies dans un protocole relatif à l'organisation territoriale du parcours de vie des personnes âgées, ainsi qu'aux modalités relatives au parcours des personnes en situation de handicap à préciser.

PILOTAGE

- > Département
- > ARS

ACTEURS IMPLIQUÉS

- > Acteurs du comité de pilotage du SDA

LIEN AVEC UN AUTRE DOCUMENT DIRECTEUR

- > PRS
- > SMI 2020
- > Projets sociaux de territoire

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE RESULTAT

- Nombre de réunions annuelles du comité de pilotage départemental de l'autonomie
 - Degré de mise en œuvre des plans d'actions annuels (nombre d'actions réalisées, nombre d'actions reportées aux années suivantes, ...)
 - Effectivité de la formalisation d'un protocole relatif à l'organisation territoriale du parcours de vie des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap.
-

Axe 4 - Construire une nouvelle gouvernance des politiques de l'autonomie en Seine-Maritime

Orientation 1 - Définir les modalités de gouvernance départementale sur le champ de l'autonomie

Proposition 4-1-2 : Construire une organisation intégrée et territoriale du parcours de vie de la personne âgée et de la personne handicapée

OBJECTIFS

- Organiser la coordination et le pilotage des fonctions sociales, médico-sociales et sanitaires sur les territoires
- Améliorer la lisibilité des rôles et missions de chaque acteur impliqué dans ces fonctions
- Faire travailler ensemble les professionnels locaux pour une meilleure concertation sur les besoins et les réponses à apporter aux différentes situations existantes ou à venir
- Garantir une complémentarité des professionnels de la coordination pour gagner en efficacité et faire converger les forces existantes.

PILOTAGE

- > Département
- > ARS

MISE EN ŒUVRE

- **Organiser le pilotage territorial des parcours de vie des personnes âgées et des personnes handicapées en impliquant les instances locales existantes, et en veillant à une représentation équilibrée des partenaires sociaux, médico-sociaux et sanitaires :**
 - Impulser et conduire le travail de concertation et d'articulation des partenaires sociaux, médico-sociaux et sanitaires autour de l'offre
 - Coordonner les fonctions d'accompagnement de proximité autour de la personne.
- **Tendre à une harmonisation des territoires d'intervention sociaux, médico-sociaux et sanitaires** pour améliorer la cohérence des parcours à partir des périmètres actuels d'intervention :
 - Définir des critères respectueux des logiques de bassins de vie, d'équipements et de services, de dynamiques locales (ex : engagement des acteurs, présence de réseaux ...).
- **Rapprocher les professionnels de la coordination d'un même territoire, dans la perspective d'un service public de l'autonomie (en lien notamment avec le protocole ARS/ Département relatif aux personnes âgées) :**
 - Mettre en place **les modalités de coordination des professionnels** pour une meilleure qualité du service rendu. A cette fin, les responsabilités de chacun seront définies pour :
 - Accueillir/informer /orienter les usagers et leurs familles à partir des diverses « portes d'entrée »
 - Réaliser des évaluations multidimensionnelles, et établir des plans d'accompagnement individualisés
 - Adapter le plan individualisé et accompagner les situations complexes
 - Développer des programmes d'actions collectives d'information et de prévention

ACTEURS IMPLIQUÉS

- > CLIC
- > MDPH
- > CMS
- > CCAS
- > Réseaux de santé
- > MAIA
- > Médecins
- > Professionnels de santé libéraux
- > SAAD, SSIAD, HAD
- > EHPAD
- > Tribunaux
- > MJD
- > Caisses de retraite
- > Mutuelles
- > Équipes hospitalières
- > Associations de soutien

-
- Assurer les fonctions d'observation des besoins, d'analyse de l'offre et de conduite de projets pour faire émerger des réponses adaptées...
 - Favoriser une dynamique d'échanges et de collaborations entre professionnels sociaux, médico-sociaux et sanitaires afin de faciliter les complémentarités, et partager les compétences par territoire :
 - Fédérer par rencontres thématiques, échanges de pratiques, formations...
 - Étudier la faisabilité d'un portail internet collaboratif départemental commun aux acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires
 - Partager des outils d'information, d'évaluation...
 - Expérimenter cette forme de gouvernance territoriale intégrée.

Ce partenariat sera animé selon les principes de coresponsabilité et de coopération-action à partir notamment de groupes techniques thématiques.

INDICATEURS D'EVALUATION ET DE RESULTAT

- Opérationnalité et efficacité de l'organisation du pilotage territorial des parcours de vie des personnes âgées et des personnes handicapées
 - Harmonisation des territoires d'intervention sociaux, médico-sociaux et sanitaires
 - Degré de formalisation des modalités de coordination entre professionnels dans les territoires
 - Nombre de territoires ayant mis en place une gouvernance territoriale intégrée par l'animation régulière de groupes techniques thématiques, par le partage des outils d'information, d'évaluation, etc.
-

Axe 4 - Construire une nouvelle gouvernance des politiques de l'autonomie en Seine-Maritime

Orientation 1 - Définir les modalités de gouvernance départementale sur le champ de l'autonomie

Proposition 4-1-3 : Améliorer la connaissance des publics âgés et des publics handicapés et de leurs besoins

OBJECTIFS

- Recueillir, consolider et analyser les données relatives aux publics âgés et aux publics handicapés
- Partager les informations nécessaires à l'accompagnement social, médico-social et sanitaire
- Optimiser l'offre existante : offre médico-sociale, offre de logements, sport, loisirs, transport...

PILOTAGE

- > Département
- > ARS

MISE EN ŒUVRE

- **Organiser le recueil et l'analyse des besoins des publics âgés et handicapés au niveau des territoires**, en mobilisant tous les partenaires sociaux, médico-sociaux et institutionnels
- **S'appuyer sur les ressources du Département (centres de ressources, observatoires ...) et de ses partenaires pour réaliser des études ad hoc** selon des priorités établies dans le plan d'actions du schéma de l'autonomie.
- **Mettre en place l'Observatoire Régional du Handicap (ORH) avec l'Agence Régionale de Santé, le Département de l'Eure et les Maisons Départementales des Personnes Handicapées :**
 - Recueillir et consolider les données existantes (études, enquêtes, diagnostics de territoire, etc...) auprès des établissements en faveur des personnes handicapées, des centres-ressources, des réseaux de santé, relatives au secteur du handicap
 - Disposer d'un outil de suivi des orientations (listes d'attente) et des places disponibles, en établissement et service médico-social pour personnes handicapées, à partir des orientations adaptées prononcées par les CDAPH
 - Réaliser des études exploratoires selon les priorités établies par le comité de suivi de l'observatoire (scolarité, habitat, mobilité...).

ACTEURS IMPLIQUES

- > MDPH
- > MAIA
- > CLIC
- > CCAS
- > Associations, ESSMS, SAAD
- > Caisses complémentaires
- > CAF
- > Têtes de réseaux
- > DREES

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE RESULTAT

- Nombre d'études ad hoc mises en œuvre
- Effectivité de la mise en place de l'Observatoire Régional du Handicap
- Effectivité de la mise en place de l'outil de suivi des orientations et des places disponibles en ESSMS

Axe 4 - Construire une nouvelle gouvernance des politiques de l'autonomie en Seine-Maritime

Orientation 2 – Organiser les fonctions d'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées

Proposition 4-2-1 - Garantir un accès équitable aux droits pour les personnes âgées et les personnes handicapées sur le territoire

OBJECTIFS

- Garantir un accueil de proximité aux seinomarinés âgés et aux seinomarinés handicapés
- Favoriser la bonne connaissance de l'offre de services par les partenaires locaux (accès aux droits, champ social et médico-social, habitat adapté, loisirs, vie sociale, sanitaire,...)
- Encourager l'approche pluridisciplinaire et partagée des évaluations individuelles
- Favoriser l'homogénéité des évaluations afin de garantir l'équité d'accès aux prestations d'aide sociale
- Veiller à ce que le projet de vie de la personne guide l'élaboration du plan d'accompagnement.

MISE EN ŒUVRE

- **Améliorer l'accès à l'information et à l'orientation pour les personnes âgées, les personnes handicapées et leur entourage** en s'appuyant sur les services existants (CMS, CLIC, CCAS, MDPH et antennes...) :
 - Finaliser la couverture du territoire départemental des CLIC et harmoniser leurs pratiques notamment en confirmant leur rôle de guichet d'accès (coordination de la primo demande)
 - Étudier l'opportunité des différentes possibilités de relais de proximité pour les personnes en situation de handicap (CMS ou encore conventionnement avec des associations, CLIC, CCAS,...).
- **Offrir des outils communs d'information** en direction des usagers, des aidants et des professionnels (guide « *Bien Vieillir* », « *Bien Vivre son Handicap* », annuaires locaux actualisés des établissements et services, offres relatives aux lieux de vie, aux loisirs, aux transports...)
- **Encourager des outils communs d'évaluation entre acteurs** à partir des référentiels existants (GEVA, grille AGGIR...) et/ou par des expérimentations (repérage du vieillissement précoce des personnes handicapées, évaluation en ESSMS des jeunes handicapés, partenariat CARSAT/Département pour la reconnaissance mutuelle de la dépendance, conventionnement des CLIC avec des services disposant d'ergothérapeutes, évaluation coordonnée entre EMED ou réseau de santé gériatrique et CLIC...)
- **Étudier la faisabilité d'un outil informatisé** permettant de partager les évaluations dans le respect des conditions réglementaires et éthiques.

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE RESULTAT

- Taux de couverture du territoire départemental par les CLIC
- Nombre de relais de proximité identifiés et opérationnels dans le champ du handicap

PILOTAGE

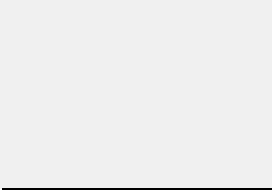
- > Département
- > ARS

ACTEURS IMPLIQUES

- > MDPH
- > UTAS
- > CLIC
- > CCAS
- > Caisses de retraite
- > Communes,...

LIEN AVEC UN AUTRE DOCUMENT DIRECTEUR

- > PRS

-
- Nombre d'outils communs d'information diffusés
 - Mise en place d'outils communs d'évaluation des besoins
 - Réalisation de l'étude de faisabilité d'un outil informatisé de partage des évaluations.
-
- 

Axe 4 - Construire une nouvelle gouvernance des politiques de l'autonomie en Seine-Maritime

Orientation 2 - Organiser les fonctions d'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées

Proposition 4-2-2 : Favoriser la continuité des accompagnements

OBJECTIFS

- S'adapter aux évolutions des besoins de la personne âgée et de la personne handicapée
- Limiter les ruptures dans le parcours
- Mieux articuler les accompagnements sociaux, médico-sociaux et sanitaires pour les personnes présentant des problématiques particulières et multiples.

MISE EN ŒUVRE

- **S'appuyer sur les interlocuteurs chargés de la coordination des interventions autour de la personne (CLIC, MDPH notamment) qui vont :**
 - S'assurer de l'adéquation de l'accompagnement aux besoins de la personne (réévaluation, suivi,...)
 - Organiser l'adaptation du plan d'accompagnement en se tournant vers les divers acteurs concernés.
- **S'appuyer sur le pilote MAIA pour renforcer la complémentarité entre les différents accompagnements (HAD, filières de soins gériatriques, SAAD, SSIAD, UTAS, CLIC, Caisses de retraites, Établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux...)**
 - Inciter au développement de conventions de partenariat et/ou de référentiels d'intervention partagés (ex : projet SAAD/SSIAD piloté par la DIRECCTE et la CARSAT dans le cadre du Plan Régional de Santé au Travail)
 - S'appuyer sur des initiatives de coopération existantes (ex : réseau de réhabilitation psychosociale, Groupes opérationnels locaux de concertation, commission d'harmonisation des CHRS...), et le cas échéant, sur des structures ad hoc réunissant les acteurs opérationnels
 - Mettre en œuvre des outils de suivi et de liaison qui soient partagés (ex : cahier de liaison, outils informatisés...).
- **Conforter les initiatives existantes de concertation collective** (telles que les instances techniques de concertation du handicap ; groupes de travail MAIA), et le cas échéant, mettre en place des structures ad hoc réunissant l'ensemble des acteurs opérationnels.

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE RESULTAT

- Nombre de conventions de partenariat et/ou de référentiels d'interventions partagés entre acteurs de l'accompagnement
- Elaboration et diffusion d'outils de suivi / liaison au domicile des bénéficiaires de l'APA et de la PCH.

PILOTAGE

- > Département
- > ARS

ACTEURS IMPLIQUÉS

- > MAIA
- > CLIC, MDPH
- > CCAS, CMS, Réseaux de santé, gestionnaires de cas, Professionnels de santé libéraux, SAAD, SSIAD, Caisses de retraite, mutuelles, Équipes hospitalières, associations de soutien, Établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux
- > DDCS, CHRS, Établissements pénitentiaires....

LIEN AVEC UN AUTRE DOCUMENT DIRECTEUR

- > PRS

Axe 4 - Construire une nouvelle gouvernance des politiques de l'autonomie en Seine-Maritime

Orientation 2 - Organiser les fonctions d'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées

Proposition 4-2-3 : Faciliter la mise en œuvre d'un accompagnement adapté aux particularités de certains publics

OBJECTIFS

- Apporter des solutions d'accompagnement adaptées aux besoins des personnes handicapées vieillissantes
- Faciliter le maintien ou l'accès des publics spécifiques aux dispositifs existants (autisme, trauma crânien, pathologies psychiques, vieillissement précoce, etc.)
- Mieux articuler les interventions des professionnels sociaux, médico-sociaux et sanitaires pour les personnes souffrant de pathologies particulières et/ou multiples

PILOTAGE

- > Département
- > ARS

MISE EN ŒUVRE

- Dans le cadre de l'évaluation des besoins à domicile ou en ESSMS, **repérer les signes de vieillissement des personnes handicapées et rechercher la solution la plus adaptée** à domicile (SAAD, SAVS, SAMSAH, SSIAD, HAD...) ou en hébergement (foyer-logement, accueil familial, FAM, MAS, EHPAD...)
- **Sensibiliser et former les professionnels pour renforcer les compétences**
- **Adapter les projets d'établissement et de services** en fonction des publics accompagnés
- **Structurer l'offre de service existante à l'échelle locale :**
 - S'appuyer et développer les coopérations ou mutualisations entre les acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires afin d'assurer la continuité des parcours de vie
 - Accroître l'articulation entre les secteurs personnes âgées et personnes handicapées
 - Établir des conventions de partenariats inter-établissements ou services particulièrement pour répondre à la gestion des situations de crise
 - Favoriser l'intervention de services en établissement (équipes mobiles de géronto-psychiatrie, articulation avec les soins, ...)
 - Établir des méthodologies partagées pour répondre aux situations individuelles « complexes » (évaluation, analyse, préconisation, suivi) formalisés par des conventions, outils communs ...
- **Examiner l'opportunité :**
 - De dédier des places d'hébergement en établissement à l'accueil des personnes handicapées vieillissantes
 - De réfléchir à des solutions d'accompagnement pour les personnes handicapées dont les parents vieillissent.

ACTEURS IMPLIQUÉS

- > MDPH
- > ESSMS
- > DDCCS
- > SAAD
- > CARSAT

LIEN AVEC UN AUTRE DOCUMENT DIRECTEUR

- > SROSMS

INDICATEURS D’EVALUATION ET DE RESULTAT

- Nombre de sessions d’information ou de formation organisées sur le thème du vieillissement des personnes handicapées
 - Nombre de projets d’établissement / de service actualisés
 - Degré de structuration de l’offre locale de prise en charge des situations de crise (nombre de conventions de partenariats, nombre d’établissements où intervient régulièrement une équipe mobile de géro-psycho-geriatrie...)
 - Nombre de places dédiées aux PHV créées.
-

Axe 4 - Construire une nouvelle gouvernance des politiques de l'autonomie en Seine-Maritime

Orientation 2 - Organiser les fonctions d'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées

Proposition 4-2-4 : Accompagner les parcours des enfants, adolescents et jeunes adultes en situation de handicap

OBJECTIFS

- Renforcer la prévention et le dépistage précoce des enfants (ASE-PMI)
- Diversifier et renforcer la prise en charge des enfants et jeunes handicapés
- Prévenir et éviter les ruptures de scolarisation
- Conforter la place des parents dans la prise en charge des enfants
- Porter une attention particulière aux jeunes accueillis en établissement afin d'éviter, si possible, leur maintien dans le cadre de l'amendement Creton.

PILOTAGE

- > Département
- > ARS
- > Éducation Nationale
- > MDPH

MISE EN ŒUVRE

- **Assurer la continuité des parcours dès la petite enfance**
 - Mobiliser les dispositifs de prévention et de dépistage existants
 - Préciser et définir les rôles et les fonctions des partenaires en lien avec le projet d'accompagnement et de scolarisation de l'enfant.
- **Renforcer la cohérence de l'accompagnement de jeunes handicapés accueillis à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) :**
 - Renforcer le lien entre les services de l'Aide Sociale à l'Enfance, la Direction de l'Autonomie et la MDPH
 - Pérenniser les groupes opérationnels locaux de la coordination pour les enfants présentant un handicap, ayant besoin de soins spécialisés et/ou relevant de l'ASE
 - Anticiper la préparation des passages entre l'ASE et le secteur handicap adulte à la majorité dans le respect du projet de vie du jeune adulte.
- **Assurer la continuité des parcours des jeunes de 16 à 25 ans**
 - Mettre en place un référentiel d'évaluation départemental visant à évaluer les capacités et difficultés des jeunes âgés de 18 à 20 ans (et plus en cas d'Amendement Creton) ainsi que leurs démarches d'insertion sociale et professionnelle
 - Dans le cadre de conventions d'aide sociale entre le Département et les ESSMS, affirmer la priorité de l'accueil des jeunes relevant de l'ASE ou relevant de l'Amendement Creton
 - Encourager la mise en place, par la MDPH, d'un dispositif de suivi des listes d'attente et des places disponibles au niveau des établissements et services médico-sociaux, afin notamment de prévenir les ruptures d'accompagnement.

ACTEURS IMPLIQUÉS

- > MDPH
- > Établissements et services médico-sociaux pour enfants et pour adultes

LIEN AVEC UN AUTRE DOCUMENT DIRECTEUR

- > Schéma de Protection de l'Enfance

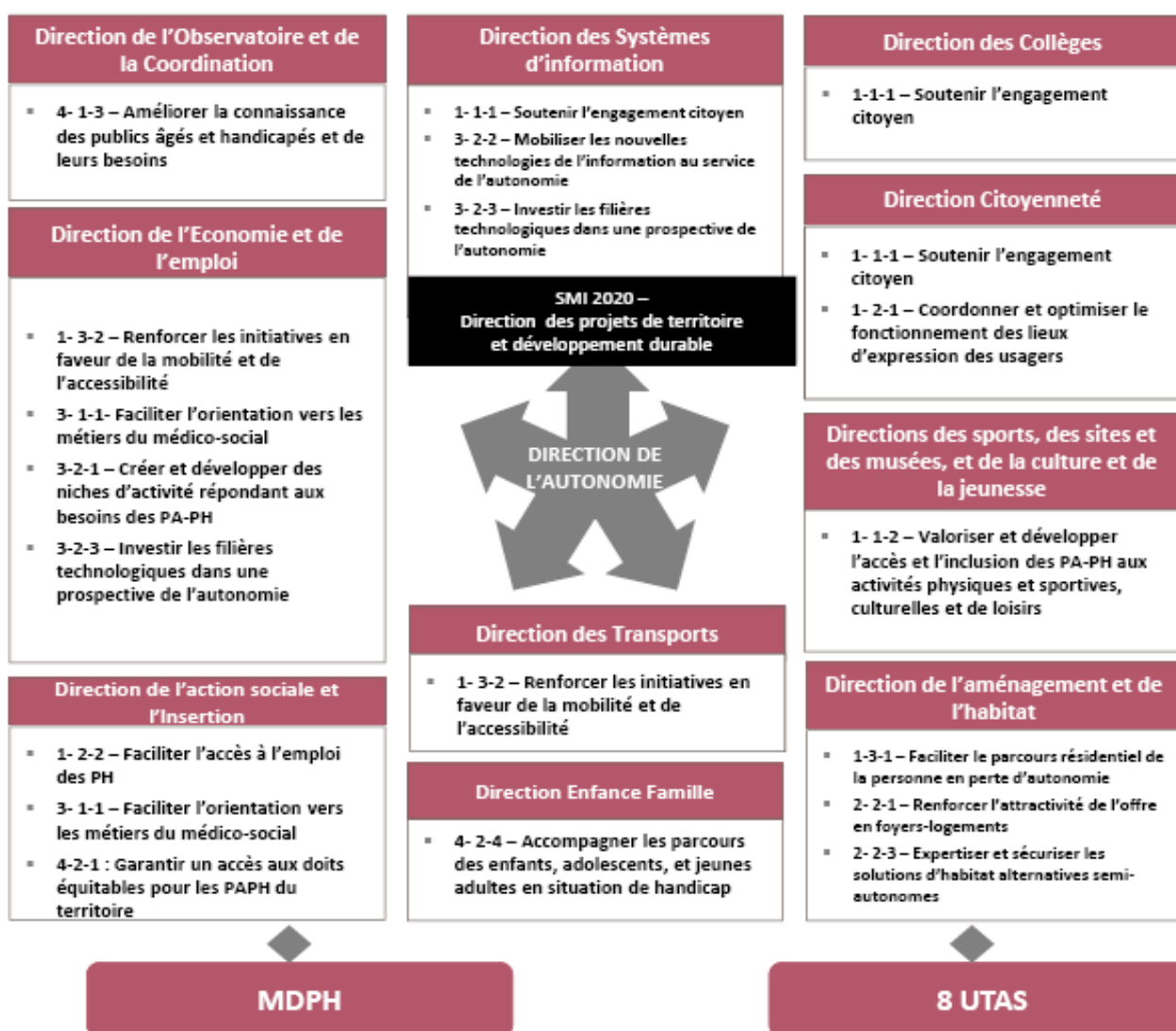
-
- **Formaliser les relations entre la PMI, l'ASE et les services d'accompagnement pour améliorer le soutien aux jeunes parents handicapés, en associant la MDPH.**

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE RESULTAT

- Evolution du nombre de jeunes en Amendement Creton
 - Nombre de réunions des groupes opérationnels locaux de la coordination (GOLC) par an
 - Effectivité de la mise en place d'un référentiel d'évaluation départemental visant à évaluer les capacités et les difficultés des jeunes âgées de 18 à 20 ans
 - Degré de formalisation des relations entre la PMI, l'ASE et les services d'accompagnement pour le soutien aux jeunes parents handicapés.
-

ANNEXES

L'ENGAGEMENT DES DIRECTIONS DEPARTEMENTALES



Cette liste des directions départementales impliquées dans le Schéma de l'Autonomie n'est pas exhaustive

➔ Annexe 2

Avis issus de la consultation réglementaire (Art L.312-5 du CASF)

- Avis de l'ARS
- Avis du CODERPA
- Avis du CDCPH

Avis de l'ARS



Le directeur général

Rouen, le 27 Juin 2013

(Pôle Organisation de l'Offre Médico-Sociale)

Affaire suivie par :
Christine LE FRECHE
Laurence LOCCA
Tél : 02.32.18.31.99 / 89.77
Mél : christine.lefreche@ars.sante.fr
laurence.locca@ars.sante.fr

Monsieur Didier MARIE
Président du Département
de Seine-Maritime
Hôtel du Département
Quai Jean Moulin
76100 ROUEN

Monsieur le Président,

Par courrier en date du 19 juin 2013, vous m'avez fait parvenir le futur schéma de l'autonomie en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap pour la période 2013 à 2017 issu d'une large concertation avec les partenaires du champ social et médico-social.

Ce document a reçu un avis favorable de la commission de coordination des politiques publiques de santé compétente dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux réunie le 27 juin 2013.

Les orientations du schéma de l'autonomie s'inscrivent en complémentarité avec celles du Projet Régional de Santé de Haute-Normandie 2012-2017 et permettent ainsi de garantir la continuité des parcours de vie et de santé des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Le schéma de l'autonomie de Seine-Maritime définit ainsi une nouvelle gouvernance partagée avec l'ARS de Haute-Normandie.

Le protocole d'organisation territoriale du parcours de vie des personnes âgées, en cours d'élaboration avec vos services, est une déclinaison de ce pilotage commun de nos politiques.

Conformément au schéma de l'autonomie de Seine-Maritime, une réflexion identique sera à mener sur le champ du handicap. La démarche initiée par l'ARS de Haute-Normandie, en lien avec vos services, depuis plus d'un an sur les territoires de santé dans le cadre des instances techniques de concertation, pour organiser les parcours de santé des enfants en situation de handicap pourra servir de base à la définition de la nouvelle gouvernance sur le secteur adulte.

Je vous prie d'agréer, monsieur le président, l'expression de ma haute considération.

Bien à vous,

Le directeur général

Amaury de SAINT-QUENTIN

Siège
31, rue Malouet -
Immeuble Le Mail
BP 2061
76040 ROUEN Cedex
Tél. : 02.32.18.32.18

www.ars.haute-normandie.sante.fr

Avis du CODERPA



AVIS du COMITE DEPARTEMENTAL des PERSONNES ÂGÉES sur le SCHEMA de L'AUTONOMIE du DEPARTEMENT de la SEINE-MARITIME

PREAMBULE

Le CODERPA tient, tout d'abord, à remercier le Département de l'avoir associé à l'élaboration du Schéma de l'Autonomie pour la période 2013 - 2017.

Le Comité est représenté au COPIL partenarial et ses membres ont participé activement aux ateliers de diagnostic, ainsi qu'aux ateliers de l'Autonomie consacrés à faire émerger des propositions d'actions.

Mais, surtout, le CODERPA apprécie d'être reconnu dans son rôle de représentant des Personnes Âgées, à titre consultatif. Conformément à ses attributions, il lui a été demandé d'émettre un avis sur le projet de schéma, ce qui n'avait pas été le cas pour le Schéma « *Bien vieillir en Seine-Maritime* ».

Le CODERPA souscrit à la démarche méthodologique retenue : pilotage par des instances de suivi de l'élaboration du Schéma et nécessaire concertation avec l'ARS ; diagnostic partagé, à partir d'un état des lieux ; prise en compte du contexte institutionnel. A partir de ces éléments, ont été définies des orientations et propositions.

Le projet de Schéma, remis au Bureau du CODERPA le 19 mai 2013, a fait l'objet d'un examen attentif.

Le document comporte 3 parties :

- PARTIE I - INTRODUCTION
- PARTIE II - DIAGNOSTIC PARTAGE
- PARTIE III - ORIENTATIONS ET PROPOSITIONS DU SCHEMA DE L'AUTONOMIE.

Pour formuler son avis, qui est limité au champ des Personnes Âgées, le CODERPA a fait une analyse approfondie de la 3^{ème} partie.

OBSERVATIONS SUR LES ORIENTATIONS

Le plan d'actions du Schéma de l'Autonomie est construit autour de **4 axes**, déclinés en **28 propositions**.

Compte-tenu du temps imparti pour l'analyse et du volume du document, les observations formulées par le CODERPA sont souvent de caractère général et mettent uniquement en exergue des points ou des problématiques qui lui semblent importants.

Axe 1 : Assurer la participation citoyenne de tous et favoriser le vivre ensemble.

Le Comité salue la volonté du Département d'intégrer les personnes âgées dans la vie de la cité, en promouvant les valeurs de solidarité et d'inclusion et en favorisant l'engagement citoyen des personnes âgées.

Schéma de l'Autonomie - Avis CODERPA 76. Assemblée Plénière du 5 juillet 2013.

Le Comité apprécie la volonté du Département de soutenir la communication sur ses actions, qu'il souhaite développer.

Concernant l'**expression des usagers**, il exprime le souhait de faire partie de l'instance départementale de l'autonomie dont la création est envisagée. Il observe que la volonté de dynamiser les **Conseils de la Vie Sociale** risque de se heurter aux difficultés rencontrées pour les faire fonctionner effectivement dans les structures pour personnes âgées en perte d'autonomie.

Le Comité est favorable à toutes les actions visant à valoriser et développer l'**accès et l'inclusion des personnes âgées aux activités physiques et sportives, culturelles et de loisirs**, tout en notant que cette ouverture ne suffit pas toujours à déclencher la volonté d'y participer pour celles qui n'y sont pas enclines, notamment en fonction des déterminismes sociaux.

Logement adapté et parcours résidentiel. Le Comité, tout en considérant la démarche d'aménagement de l'espace utile pour les personnes âgées, craint que cette proposition soit complexe à mettre en œuvre en raison de la multiplicité des acteurs.

Axe 2 : Proposer à chacun le soutien à l'autonomie adapté à ses besoins.

Pour le Comité, il s'agit d'un **axe prioritaire**.

Optimiser et diversifier les solutions de répit, en augmentant les capacités en accueil de jour et en hébergement temporaire (en palliant, pour ce dernier, aux dysfonctionnements constatés) et en étudiant de nouvelles solutions (accueil de nuit en établissement, gardes itinérantes de nuit et accompagnement à domicile pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées) est un **enjeu majeur**.

Le **soutien aux aidants** est une priorité, mais leur repérage apparaît problématique au Comité.

La proposition de **promouvoir et faciliter l'accès aux actions de prévention**, risque de connaître les mêmes difficultés de repérage des situations de fragilité ; le Comité estime qu'il n'est pas acquis d'élaborer une « cartographie » des professionnels qui en seraient chargés.

Le Comité a porté une attention particulière à la proposition « **Renforcer l'attractivité de l'offre en foyers- logements** », qui a fait l'objet d'un débat en son sein.

Au-delà du problème des capacités en places de ce type de logement, spécifique au département de la Seine-Maritime, l'enjeu est double : préciser leur place en tant que domicile par rapport à l'hébergement en établissement pour personnes âgées non autonomes ; gérer leur adaptation aux normes ou leur reconversion pour l'accueil d'autres publics.

Pour l'accueil des personnes âgées autonomes, l'offre en foyers-logements doit être précisément délimitée en regard des besoins, avec des critères d'admission redéfinis. Le Comité suggère de s'inspirer des travaux du CNRPA et du Comité interministériel sur l'évolution des logement-foyers. La transposition de la formule des MARPA en milieu urbain serait également une piste à étudier.

Le Comité exprime son intérêt pour les **solutions alternatives d'habitat semi-autonomes**

Concernant le **renforcement de la qualité des prestations en établissement et à domicile** (amélioration du cadre de vie pour un prix d'hébergement accessible, démarches d'amélioration continue de la qualité, renforcement des compétences des professionnels), le Comité considère que ces actions relèvent d'abord de la responsabilité des gestionnaires et supposent de disposer de moyens.

Axe 3 : Soutenir le développement local de l'autonomie

Le Comité adhère à la nécessité de **soutenir « la viabilité économique des services d'aide et d'accompagnement à domicile »**.

Sans rentrer dans le détail des propositions des 2 orientations, le Comité se limite à faire des remarques générales sur celles-ci.

Optimiser le potentiel du secteur médico-social en termes d'emplois est une excellente intention ; encore faut-il qu'il y ait des créations d'emplois, alors que l'on constate que dans ce secteur la tendance s'est ralentie, voire inversée (Cf.les SAAD).

Exploiter les opportunités économiques liées à l'autonomie, en associant développement économique et social peut ouvrir des perspectives, mais implique de rester vigilant. L'objectif ne doit pas être de favoriser un marché lié aux besoins de l'avancée en âge ou de réaliser indirectement des économies pour la santé. Le Comité appelle à rester prudent.

Enfin, très secondairement, le Comité n'estime **pas** qu'il soit **opportun** pour le Département **de promouvoir l'utilisation des TIC à domicile et en établissement** ; les prochaines générations qui arriveront à la retraite maîtrisent ces techniques et les Caisses de retraites, les associations de retraités, les établissements pour personnes âgées, etc.... agissent déjà en ce domaine.

Axe 4 : Construire une nouvelle gouvernance des politiques de l'autonomie en Seine-Maritime.

Dans la présentation du contenu de cet axe il est souligné que, si de nombreux dispositifs et instances de **coordination** existent (CLIC, MDPH, MAIA, UTAS, réseaux), **des difficultés subsistent** (effet « mille-feuilles, périmètre d'intervention...).

Pour y remédier, est nécessaire d'assurer un **pilotage départemental renforcé des dispositifs** existant sur les territoires et **une articulation entre acteurs du social, du médico-social et du sanitaire.**

Le Comité juge primordiaux les progrès à réaliser en matière de **coordination**, pour dépasser les cloisonnements existants au bénéfice des personnes ; le succès reposera sur **l'engagement conjoint du Département** et de **l'ARS** au sein de « l'instance de l'autonomie » et de l'implication de l'ensemble des **partenaires**, ainsi qu'il est écrit dans le document.

De l'avis du Comité, il importe de **faire preuve de pragmatisme en matière de coordination** et ne pas vouloir d'emblée fixer des cadres de référence ; pour que les expériences réussissent, il faut dépasser la multiplicité des territoires, dont les limites interfèrent : le **territoire**, pour un projet donné, **doit se définir à partir des besoins de personnes et en fonction des moyens nécessaires et existants**, en termes de dispositifs, de professionnels et d'équipements.

Les actions envisagées pour garantir un **parcours cohérent et sans rupture de la personne âgée** recueillent l'assentiment du Comité , qu'il s'agisse de l'organiser en s'appuyant sur les instances existantes au niveau d'un territoire, de rapprocher les

professionnels et de favoriser une dynamique d'échanges et de collaboration entre eux.

Le Comité forme le vœu que la **connaissance des besoins de la population âgée**, progresse, car sans elle les politiques engagées n'ont que peu de chance d'atteindre leurs buts.

Le CODERPA apprécie très positivement la volonté affichée, répondant à ses demandes réitérées, de **couverture du territoire départemental par des CLIC**, ainsi que l'harmonisation de leurs pratiques.

En matière **d'information et d'orientation**, mais aussi de **coordination**, le Comité exprime ses préoccupations quant aux problèmes posés par la **coexistence** des **CLIC** et des **MAIA**.

Les CLIC ont une approche transversale de l'information et de l'orientation, mais manquent de moyens pour exercer ces missions au bénéfice de l'ensemble des personnes âgées. Les MAIA, financées sur les crédits de l'ARS dans le cadre du plan Alzheimer, sont une structure verticale, qui s'adresse à une population ciblée.

La crainte du Comité est de voir le fonctionnement des CLIC déséquilibré par l'extension prévue des MAIA mais, aussi, la continuité des accompagnements compromise par un défaut d'orientation.

Enfin, le Comité a noté avec intérêt la volonté du Département d'apporter une **réponse aux situations spécifiques en matière de vieillissement** (anciens travailleurs immigrés, travailleurs d'ESAT retraités, personnes handicapées vieillissantes ou connaissant un vieillissement précoce).

AVIS DU COMITE

Le CODERPA 76, pour ce qui relève de sa compétence, émet un AVIS FAVORABLE au projet de Schéma Départemental de l'Autonomie des Personnes Âgées et des Personnes en situation de Handicap 2013-2017.

Le CODERPA insiste toutefois pour que, préalablement à la mise en œuvre du Schéma, des **priorités** soient **fixées**, en particulier pour les propositions contenues dans **les orientations des axes 2 et 4**, et **hiérarchisées** ensuite dans **les plans d'action** annuels.

Le CODERPA est **prêt à s'associer à la mise en œuvre des actions** et, en particulier, à l'élaboration du plan d'action annuel.

Le CODERPA souhaite **être représenté dans les instances de suivi et d'évaluation** du Schéma de l'Autonomie.

Le CODERPA n'ignore pas que le Schéma de l'Autonomie n'a pas vocation à aborder le **problème des moyens**, notamment de financement ; il tient cependant à exprimer son **inquiétude**, constatant leur caractère contraint.

6 1100 p. 13 2013

Avis de la CDCPH



PREFET DE LA SEINE-MARITIME

DIRECTION DEPARTEMENTALE DE LA COHESION SOCIALE

Pôle Protection des Personnes

Affaire suivie par :

Elvire LAMPERIER

☎ 02.32.18.32.07

Mel : elvire.lamperier@seine-maritime.gouv.fr

Corinne SIX

☎ 02.32.18.32.23

Mel : corinne.six@seine-maritime.gouv.fr

☎ 02.32.18.26.68

ROUEN, le 26 AOUT 2013

Objet : schéma départemental de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées 2013/2017.

Le comité départemental consultatif des personnes handicapées réuni le 1^{er} juillet 2013 sous la co-présidence de l'Etat et du Département a validé les grandes orientations proposées dans le schéma départemental de l'autonomie présenté en séance.

Au terme de la réunion et après des échanges constructifs, les associations présentes ont émis le souhait de continuer à être largement associées à l'élaboration et à la mise en œuvre de ce schéma nouvelle génération.

Le Directeur Départemental de la
Cohésion Sociale,



Frank PLOUVIEZ

Immeuble Hastings
27 rue du 74^e Régiment d'Infanterie – 76 003 ROUEN CEDEX 1
Tél : 02.76.27.71.01 Fax : 02.76.27.71.03
ddcs@seine-maritime.gouv.fr
site internet : <http://seine-maritime.gouv.fr>

Annexe 3

Partenaires du schéma départemental de l'autonomie pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap 2013 - 2017

1) Membres du comité de pilotage

La Vice-Présidente du Conseil Général et de la Commission Solidarités, Département 76, Caroline DUTARTE

La Directrice Générale Adjointe du Pôle Solidarités, Département 76, Anne GIREAU

La Directrice de l'Autonomie, Département 76, Françoise CORRUBLE

Le Président du Conseil Régional de Haute-Normandie, Alain Le VERN représenté par Catherine GAY

Le Directeur Général par intérim de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Haute-Normandie, Christian FERRO représenté par Christine LE FRECHE et Laurence LOCCA

Le Directeur Départemental de la Cohésion Sociale (DDCS), Frank PLOUVIEZ représenté par Elvire LAMPERIER et Nadine FRANJOU

Le Président de l'Association des Maires de Seine-Maritime (ADM 76), Denis MERVILLE représenté par Marc CHARPENTIER

Les représentantes de l'Union Départementale des Centres Communaux d'Action Sociale (UDCASS), Christine AZAIS et Karine LEBOUVIER

La Présidente de l'Association Départementale des Représentants d'Établissements et des Services Sociaux (ADRESS), Sophie LION

Le Président de l'Association Laïque Pour l'Épanouissement, l'Adaptation et l'Intégration des Handicapés (ALPEAIH), Jean-Pierre SIMON

La Déléguée Régionale de l'Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés (APAJH), Martine TERAL

La Déléguée Régionale de la Fédération Hospitalière de France (FHF), Patricia BONNAY, représentée par Nathalie GENEVOIS et Marie-Pierre LEGROS

Le Directeur Général de la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) de Seine-Maritime, Pascal HAMONIC représenté par Denis YVES-LESAULT et Valérie CAILLOUX

Le Président de la Mutualité Sociale Agricole (MSA), Jean-Pierre CAPON, représenté par Geneviève SUARD

Le Directeur de la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail (CARSAT) Normandie, Jean-Yves YVENAT représenté par Corinne GAULTIER et Françoise NASLIN

Le Directeur Académique des services de l'Éducation Nationale, Philippe CARRIERE représenté par Dominique CATHERINE

Le Directeur de la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi de Haute Normandie (DIRECCTE), Georges DECKER accompagné de Catherine ROUSSEAU

Le Président de l'Union Régionale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés(URAPEI), Michel-Édouard DOUCET

Le COmité DEpartemental des Retraités et Personnes Agées (CODERPA) de Seine-Maritime, représenté par Francisco GARCIA, Pierre BARON, Christian LEMIEUX et Nicole LECOINTE

Le Président de la Coordination Handicap Normandie (CHN), Michel PONS

Le Président de l'Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux (URIOPSS), Émile GROULT représenté par Isabelle COLLY-FAVRE

Le Délégué Régional de la Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP), Eric RECTENWALD représenté par Rosa NAROUN

Les Déléguées Régionales de la Fédération Nationale des Associations Gestionnaires au service des Personnes Handicapées et Fragiles (FEGAPEI), Ghislaine GERAULT et Monique ROUGE

Le Directeur de l'Union pour la Gestion des Établissements des Caisses d'Assurances Maladies (UGECAM) de Haute Normandie, Dominique LEVITRE

Le Directeur du SYndicat National des Établissements et des Résidences Privées pour Personnes Agées (SYNERPA), Jean-Marc VENARD accompagné de Laure GAUCHEROT

La Déléguée Régionale de l'Association des Paralysés de France (APF) Région Normandie, Marie-Christine BEAULIEU, représentée par Fabrice ZURITA

Le Délégué Régional de l'Association de GEstion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées (AGEFIPH), Guy BIERNE

Le Délégué Interrégional du Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP), Guillaume L'HUILLIER

La Vice Présidente de l'Association Normandie Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), Anne-Marie DEVIELHE accompagnée d'Isabelle BOUTIN

Le Directeur Général de l'Institut Départemental de l'Enfance, de la Famille et du Handicap pour l'Insertion (IDEFHI), Gérard CHARASSIER accompagné d'Alain PRUVOST

Le Délégué Régional du Syndicat des Employeurs ASSociatifs de l'action sociale et médico-sociale (SYNEAS), François DENONCIN, représenté par Arnaud BENESVILLE

Le Président de l'association départementale des Pupilles de l'Enseignement Public de Seine-Maritime (PEP 76), Roger SAVAJOLS, représenté par Jean-Marc RIMBERT et Khaled DJEKBOUBI

Le Président du Collectif Inter-associatif Sur la Santé de Haute Normandie (CISS), Yvon GRAIC, représenté par Christine MADELENAT

Le Directeur Général de Seine Maritime Expansion, Yann-Yves Le GOFFIC, accompagné par Etienne DUVAL

La correspondante Régionale de l'Association des Directeurs au service des Personnes Agées (AD-PA), Marie-Pascale MONGAUX

La Directrice de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) de Seine-Maritime, Fabienne OUTTIER

La Sous-Directrice Hébergement, Direction de l'Autonomie Département 76, Caroline DARTOIS

La Sous-Directrice Maintien à Domicile, Direction de l'Autonomie Département 76, Sylvie LEBLOND

La Responsable des Fonctions Transversales et Prospectives, Direction de l'Autonomie Département 76, Cécile MASSONNEAU-COUTURIER

La Responsable Mission Animation des Politiques de l'Autonomie, Direction de l'Autonomie, Département 76, Claire LESASSIER

La Responsable Mission Études et Coordination, Direction de l'Autonomie Département 76, Nathalie PONTHEUX

Le Directeur de l'Action Sociale et de l'Insertion, Département 76, Rémy GIRARD

La Directrice de l'Aménagement et de l'Habitat, Département 76, Marie-Laure SUCRE

La Directrice de l'Aide Sociale à l'Enfance et de la Protection Maternelle et Infantile, Département 76, Véronique MENAGER

La Directrice de l'Observatoire et de la Coordination, Département 76, Caroline SIMONNET accompagnée de Guillaume BROULT

Les Directeurs des Unités Territoriales d'Action Sociale (UTAS), Rachida ZERAIA et Dominique PREVOST

La Responsable Personnes Agées et Personnes en situation de Handicap, Département 76, Isabelle GRIEU

La Directrice de la Mission Projet de Territoire et Développement Durable, Département 76, Marie BLONDEL

Le Directeur de l'Economie et de l'Emploi, Département 76, Jean-Luc CLERET, représenté par Aysel KAYA

Le Directeur des Systèmes d'Information, Département 76, Benoit DEHAIS accompagné de Bruno LEMOIGNE

Le Directeur de la Culture et de la Jeunesse, Département 76, Jean-Marc DOS SANTOS MALHADO

Le Directeur des Sports, Département 76, Patrick PELLETIER accompagné de Frédéric LEMAISTRE

Le Directeur des Transports, Département 76, Pierre LASCABETTES accompagné d'un collaborateur

Le Directeur de la Citoyenneté, Département 76, Frédéric SAUDRAIS

La Responsable du Service des Affaires Générales et Européennes, Département 76, Valérie LE GALL

La Chargée de Mission auprès du Cabinet du Président, Département 76, Katia IDIR

Les Consultantes du Cabinet Eneis Conseil, Juliette OVELACQ et Marina GUSEVA

2) Autres partenaires ayant participé à la concertation

Accueil de St Aubin les Elbeuf

Agence pour le Développement Régional de l'Economie Sociale et Solidaire (ADRESS)

Aide à Domicile, Hygiène et Assistance aux Personnes (ADHAP Services)

Association France Parkinson

Association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées (ADAPT)

Association Française contre les Myopathies (AFM)

Association nationale pour la Formation Professionnelle des Adultes (AFPA)

Association Générale des Intervenants Retraités (AGIRabcd)

Association pour l'Insertion professionnelle des Personnes Handicapées (AIPH-Cap Emploi)

Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (A.N.P.A.A.)

Association Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ARACT de Haute Normandie)

Association Côté Cours

Association Ensemble

Association la Clé

Association Médico-Educative Rouennaise (AMER)

Association Rouennaise de Réadaptation de l'Enfance Déficiente (ARRED)

Association de Parents d'Enfants Inadaptés (APEI)

Association Régionale pour l'Alternance et la MISE en réseau des établissements de Haute Normandie (ARAMIS)

Association d'Aide Rurale Cauchoise (ARCAUX)

Association Autisme 76

Association les papillons blancs de l'agglomération rouennaise et du pays de Caux

Association Spina Bifida et Handicaps associés (ASBH)

Association Technique Éducative, Accompagnement et Médiation (TEAM)

Association Le Pré de la Bataille

Association Les Nids - Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique (**ITEP**) le Logis Sainte Claire

Association France Alzheimer 76

Association HANDISUP

Caisse de Retraite et de Prévoyance REUNICA

Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) d'Yvetot

Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de Rouen

Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) du Havre
Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de St Aubin les Elbeuf
Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de St Nicolas d'Aliermont
Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de Montivilliers
Centre Hospitalier de Barentin
Centre Hospitalier de Dieppe
Centre Hospitalier spécialisé du Rouvray
Centre Hospitalier d'Yvetot
Centre Hospitalier intercommunal Caux Vallée de Seine
Centre Hospitalier interrégional Elbeuf/Louviers
Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) des Aînés
Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) Buchy, Clères, Darnétal
Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) du canton de Boos
Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) du Caux Maritime
Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) du Terroir
Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) Pays de Bray
Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) Séniors du Plateau Nord
Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) Repér'âge
Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) Seine Austreberthe
Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) Sud de l'Agglomération Rouennaise
Comité d'Action et de Promotion Sociales (CAPS)
Communauté d'agglomération Rouen Elbeuf Austreberthe (CREA)
Communauté de communes Caux Vallée de Seine
Confédération de l'Artisanat et des Petites Entreprises du Bâtiment (CAPEB)
Coordination Soins de Suite et de Réadaptation (SSR Haute-Normandie)
Département de l'EURE
Direction Départementale des Territoires et de la Mer (DDTM 76)
Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) la Pommeraie
Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) Les Myosotis
Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) La Côte de Velours
Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) Les Aubépins
Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) Les Jardin de Matisse
Fédération des Aînés Ruraux

Fédération nationale des Particuliers EMPloyeurs (FEPEM)
Groupement pour l'Insertion des Handicapés Physiques de Haute-Normandie (GIHP)
Groupement des Parkinsoniens de la Région Rouennaise
Les soins et assistances à domicile/hospitalisation à domicile (ADIR HAD)
Ligue Havraise
Mairie de Montivilliers
Mairie d'Elbeuf
Mairie du Havre
Mairies de Bois Guillaume et Bihorel
Mairie de Rouen
Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA) Seine et Mer
Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA) Territoire de Dieppe
MEDIASUP
Monsieur Laurent PROTOIS, Architecte
Monsieur Daniel REGUER, Sociologue, Université du Havre
Monsieur Jean-Michel CAUDRON-CALLEWAERT, Consultant en Ingénierie gérontologique
(Ingénierie Sociale)
Office des Personnes Aidées d'Elbeuf et la Région (OPAER)
PASS Haute-Normandie
Pôle Emploi
Réseau de santé gérontologique (AG23)
Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) du Plateau Est de Rouen
Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile (SPASAD) de Mont-Saint-Aignan
Société OLOGI
Union Départementale des Associations Familiales (UDAF 76)
Union NAtionale des Familles ou Amis de personnes Malades ou handicapées (UNAFAM)
Union Régionale de Professionnels de Santé (URPS)
Union Sociale pour l'Habitat (USH)

Glossaire

AAH : Allocation aux Adultes Handicapés

ADIL : Association Départementale Information Logement

ADRESS : Agence pour le Développement Régional de l'Economie Sociale et Solidaire

AFPA : Association de Formation Professionnelle Pour Adultes

AGEFIPH : Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées

AGGIR : Autonomie-Gérontologie-Groupe-Iso-Ressources. Nom donné à une grille d'évaluation de l'autonomie et des ressources nécessaires à la prise en charge des personnes dépendantes.

AGIRC : Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres

AJ : Accueil de Jour

ALMA : ALLô MALtraitage des personnes ou des personnes handicapées

ANAH : Agence NAtionale de l'Habitat

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux

AOT : Autorités Organisatrices de Transports

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARACT : Association Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

ARAMIS : Association Régionale pour l'Alternance et la MISE en réseau des Etablissements de Haute-Normandie

AREI : Aide Régionale à l'Emploi Insertion

ARRCO : Association pour le Régime de Retraite COmplémentaire des salariés

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CAQ : Contrat d'Accès à la Qualification

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CDCPH : Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées

CG : Conseil Général

CHN : Coordination Handicap Normandie

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CMS : Centre Médico-Social du Département

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CODERPA : COmité DEpartemental des Retraités et des Personnes Âgées

CPER : Contrat de Plan Etat Région

CPRDF : Contrat de Plan Régional de Développement de Formations professionnelles

CREA : Communauté d'agglomération Rouen Elbeuf Austreberthe

CRED : Contrat de Réussite EDucative

CRONDPS : Comité Régional de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

CTP : Convention Tripartite Pluriannuelle

CUI : Contrat Unique d'Insertion

CUS : Contrat d'Utilité Sociale

CVS : Conseil de la Vie Sociale

DDCS : Direction Départementale de la Cohésion Sociale

DDTM : Direction Départementale des Territoires et de la Mer

DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale

DIRECCTE : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

DLA : Dispositif Local d'Accompagnement

DRAC : Direction Régionale des Affaires Culturelles

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EMED : Équipe Mobile d'Évaluation à Domicile

EPCI : Etablissement Public de Coopération Intercommunale

ESAT : Établissement et Service d'Aide par le Travail

ESS : Économie Sociale et Solidaire

ESSMS : Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

FEPEM : FEdération nationale des Particuliers EMPloyeurs

FH : Foyer d'Hébergement

FHF : Fédération Hospitalière de France

FIPHFP : Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique

FMR : Fonds Mutualisé de Revitalisation

FSL : Fonds de Solidarité pour le Logement

FV : Foyer de Vie

GCSMS : Groupement de Coopération Sociale ou Médico-Sociale

GEIQ : Groupement d'Employeurs pour l'Insertion et la Qualification

GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle

GEVA : Guide d'ÉVALuation des besoins de compensation de la personne handicapée

GIHP : Groupement pour l'Insertion des personnes en situation de Handicap Physique

GOLC : Groupes Opérationnels Locaux de Concertation
HAD : Hospitalisation à Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
HT : Hébergement Temporaire
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
IMPRO : Institut Médico-PROfessionnel
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer
MAS : Maison d'Accueil Spécialisé
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MJD : Maison de la Justice et du Droit
MSA : Mutualité Sociale Agricole
NTIC : Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
OPAH : Opération Programmée d'Amélioration de l'Habitat
OPCA : Organisme Paritaire Collecteur Agréé
ORH : Observatoire Régional du Handicap
ORP : Offices Régionaux de Placement
PASA : Pôle d'Activité de Soins Adaptés
PCH : Prestation de Compensation du Handicap
PDALPD : Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées
PDH : Plan Départemental de l'Habitat
PDI : Programme Départemental d'Insertion
PHV : Personnes Handicapées Vieillissantes
PIG : Programme d'Intérêt Général
PLIE : Plan Local pour l'Insertion et l'Emploi
PLU : Plan Local d'Urbanisme
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PRIAC : PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRITH : Plan Régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés
PRS : Projet Régional de Santé
PRST : Plan Régional de Santé au Travail
RAF : Relais Accueil Familial
RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé
RSA : Revenu de Solidarité Active
RSI : Régime Social des Indépendants
SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

SAF : Suivi d'Accueil Familial
SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SCOT : Schéma de COhérence Territoriale
SDAN : Schéma Directeur d'Aménagement Numérique
SDSI : Schéma Directeur du Système d'Information
SME : Seine Maritime Expansion
SMI 2020 : Seine-Maritime Imaginons 2020
SPASAD : Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile
SROSMS : Schéma Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale
SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile
STATISS : Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social
TIC : Technologies de l'Information et de la Communication
UDAF : Union Départementale des Associations Familiales
UDCCAS : Union Départementale des Centres Communaux d'Action Sociale
UHR : Unité d'Hébergement Renforcé
URIOPSS : Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux
USH : Union Sociale pour l'Habitat
USLD : Unité de Soins Longue Durée
UTAS : Unité Territoriale d'Action Sociale
VAE : Validation des Acquis de l'Expérience