

SCHEMA DEPARTEMENTAL DE L'AUTONOMIE 2019-2023

TABLE DES MATIERES

Mot du Président	4
Introduction : Le schéma de l'autonomie, un schéma de nouvelle génération.....	5
1^{ère} partie - Un nouveau contexte pour les politiques départementales de l'autonomie	8
I. Un cadre législatif et institutionnel profondément renouvelé	9
1. Plusieurs lois structurantes	9
2. Des rapports nationaux enrichissant les réflexions	13
3. Deux nouveaux acteurs institutionnels	14
II. Un secteur médico-social en transformation	16
1. La notion de parcours de vie au cœur des politiques.....	16
2. Un fil conducteur : la convergence	17
3. Un nouveau rôle pour le Département, chef de file mais également acteur de premier plan de la santé.....	19
4. Co-construction, contractualisation, confiance : les nouvelles références de l'action du Département.....	21
III. A nouveau contexte, nouvelle méthode d'élaboration et de mise en œuvre du schéma départemental	21
1. Une concertation globale et continue.....	21
2. Une dimension plurielle et partenariale du pilotage et de l'animation du schéma	22
2^{ème} partie - État des lieux et diagnostic.....	26
I. Données démographiques et évolution du profil des publics	27
1. Une forte concentration de la population côte-d'orientienne dans le bassin de vie dijonnais.....	27
2. La proportion des personnes âgées de 60 ans et plus : la Côte-d'Or dans la moyenne nationale.....	28
3. D'ici 2030, le vieillissement des Côte-d'Oriens devrait se poursuivre avec une augmentation du nombre de personnes âgées potentiellement dépendantes.....	30
II. Le Département aux côtés des personnes en perte d'autonomie	32
1. Les prestations allouées aux personnes handicapées.....	32
2. Les prestations allouées aux personnes âgées.....	33
III. État de l'offre médico-sociale en Côte-d'Or pour personnes âgées et handicapées	36
1. L'offre médico-sociale en établissement pour personnes âgées	36
2. L'offre médico-sociale en établissement pour personnes handicapées adultes	38
3. L'offre médico-sociale en accueil familial.....	41
4. L'offre médico-sociale à domicile.....	41

3^{ème} partie - La stratégie départementale 2019-2023	44
<i>Orientation n°1 : Accompagner les parcours des personnes âgées et handicapées</i>	45
Fiche action 1.1 : Poursuivre le développement territorial de la MAIA départementale	49
Fiche action 1.2 : Poursuivre le déploiement de la démarche Réponse Accompagnée Pour Tous	50
Fiche action 1.3 : Faire vivre l'outil ViaTrajectoire Personnes Âgées.....	51
Fiche action 1.4 : Faire vivre l'outil ViaTrajectoire personnes handicapées	52
<i>Orientation n° 2 : Prévenir la perte d'autonomie et conforter la vie à domicile</i>	53
Fiche action 2.1 : Conduire la politique départementale de prévention à travers les interventions de la Conférence des Financeurs de la Côte-d'Or	55
Fiche action 2.2 : Piloter le secteur de l'aide à domicile	56
Fiche action 2.3 : Poursuivre le soutien aux aidants	57
Fiche action 2.4 : Expérimenter les nouvelles technologies au bénéfice des personnes âgées et handicapées	58
<i>Orientation n° 3 : Accompagner la transformation de l'offre médico-sociale sur le territoire</i>	59
Fiche action 3.1 : Poursuivre les opérations de restructuration du bâti des EHPAD ..	61
Fiche action 3.2 : Créer deux Résidences autonomie sur Dijon et son agglomération	62
Fiche action 3.3 : Accompagner la mise en œuvre des projets autorisés dans le secteur du handicap.....	63
Fiche action 3.4 : Créer des places d'accueil de jour en Foyer d'Accueil Médicalisé	64
Fiche action 3.5 : Accompagner la création d'un dispositif expérimental au bénéfice d'enfants handicapés.....	65
Fiche action 3.6. : Accompagner le vieillissement des personnes handicapées	66
Fiche action 3.7 : Développer les modes d'accueil inclusifs et l'accompagnement à domicile des personnes handicapées	67
<i>Orientation n° 4 : Innover pour une mieux prendre en compte l'utilisateur</i>	68
Fiche action 4.1 : Enclencher une démarche d'amélioration continue de qualité de service : l'utilisateur au cœur de l'action du département.....	69
Fiche action 4.2 : L'accès à la nature comme vecteur d'inclusion et de bien-être	70
Annexes	71
Glossaire	71
Chiffres clés 2017 de la politique départementale de l'Autonomie	74
Avis du CDCA de Côte-d'Or sur le projet de schéma départemental de l'autonomie	87

Mot du Président

La solidarité envers les personnes âgées et handicapées est au cœur de nos compétences et de nos actions. Dès 2010, le Conseil Départemental a décidé de s'engager dans une démarche de convergence des politiques à destination de ces deux publics en créant la Maison de l'Autonomie. Cette initiative lui a valu d'être retenu, aux côtés de deux autres départements, par la CNSA, pour l'expérimenter en qualité de pionnier. La loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement qui renforce le rôle du Département a par ailleurs conforté cette logique de rapprochement que la Côte-d'Or avait anticipé.

De nombreux rapports nationaux ont également été publiés. Au-delà de constats parfois préoccupants, ils proposent souvent des pistes d'évolution intéressantes pour les politiques à destination des personnes âgées et handicapées

Enfin, le Département se doit d'être attentif à l'évolution des profils et des attentes des bénéficiaires usagers.

Il sait pouvoir prendre appui sur l'ensemble des acteurs du secteur médico-social qui disposent d'une expertise indéniable et d'une connaissance précise des besoins du public.

Dans un contexte budgétaire de plus en plus contraint, il est plus que jamais nécessaire de partager avec eux l'objectif de responsabilité et d'efficacité des interventions, en particulier à travers les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, outils privilégiés de la co-construction des politiques publiques de l'autonomie.

En élaborant son premier schéma de l'autonomie, le Département poursuit son engagement pour une approche véritablement globale de l'accompagnement, sur le territoire, des parcours de vie des personnes en perte d'autonomie aux côtés de l'ensemble de ses partenaires.

Ce schéma est un document stratégique, opérationnel et vivant reflet de l'indispensable adaptation permanente des politiques publiques en direction des personnes âgées et handicapées dont le Département est plus que jamais le chef de file.

François SAUVADET
Ancien Ministre
Président du Département de la Côte-d'Or

INTRODUCTION : Le schéma de l'autonomie, un schéma de nouvelle génération

Le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) prévoit la réalisation d'un schéma départemental de l'organisation sociale et médico-sociale, au moins tous les cinq ans dans le but :

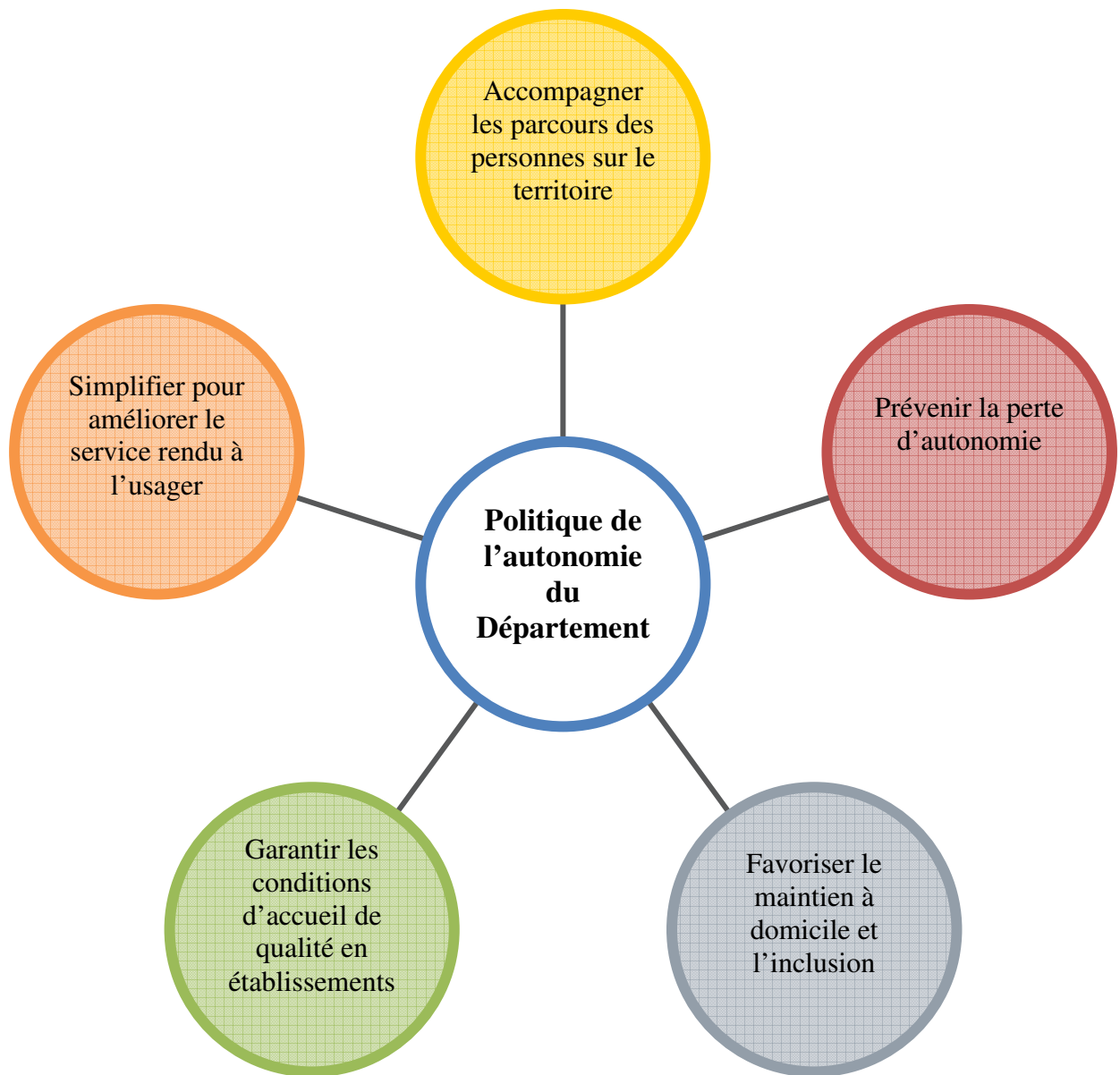
1. d'apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population ;
2. de dresser le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante ;
3. de déterminer les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale et, notamment, ceux nécessitant des interventions sous forme de création, transformation ou suppression d'établissements et services et, le cas échéant, d'accueils familiaux relevant du titre IV du livre IV.

Il s'articule avec le Projet Régional de Santé Bourgogne – Franche-Comté, dont il partage les grands enjeux, qui comprend notamment :

- le diagnostic régional,
- le Cadre d'Orientation Stratégique (COS) couvrant la période 2018-2028,
- le Schéma Régional de Santé (SRS) 2018-2023,
- le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes démunies (PRAPS) 2018-2023.

Le Schéma Départemental de l'Autonomie **met en cohérence l'ensemble des actions, dispositifs et méthodes portées par le Département qui répondent aux cinq axes de sa politique à destination des personnes âgées et handicapées :**

- **accompagner les parcours des personnes sur le territoire,**
- **simplifier pour améliorer le service à l'utilisateur,**
- **prévenir la perte d'autonomie,**
- **favoriser le maintien à domicile et l'inclusion,**
- **garantir des conditions d'accueil de qualité en établissement.**



Le Schéma de l'Autonomie s'élabore dans un contexte de transformation du secteur médico-social et dans un cadre législatif et réglementaire lui-même profondément rénové qui requièrent, pour le Département, une grande capacité d'adaptation.

Le nouveau Schéma de l'Autonomie a été conçu pour répondre à ces exigences.

Il s'inscrit tout d'abord dans la continuité des précédents schémas (le schéma départemental gérontologique et les orientations complémentaires 2015-2017 au schéma en faveur des personnes handicapées adultes 2011-2015) mais surtout des projets et chantiers déjà engagés en étroite coopération avec les acteurs du secteur : la Réponse Accompagnée Pour Tous, Stratégie départementale du maintien à domicile, intégrant en particulier la méthode la Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA), la Conférence des Financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, le développement de ViaTrajectoire.

A cet égard, il ne s'agit pas d'un simple document de programmation, mais d'une feuille de route partagée qui sera enrichie sur toute la durée de son exercice : 2019-2023.

Il comporte ensuite un nombre limité de fiches actions gage d'une plus grande opérationnalité.

Enfin, la partie consacrée au diagnostic a volontairement été réduite et ciblée sur les informations les plus pertinentes.

La mise en œuvre du plan d'action du schéma reposera sur une relation de confiance entre le Département et les usagers et entre le Département et ses partenaires. Cette valeur forte pour le Conseil Départemental se retrouve au cœur du contrat que le Conseil Départemental passe avec ses partenaires sous la forme de Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) mais également de manière plus implicite avec les usagers, à travers, par exemple, la délivrance de prestations qui reposent sur des engagements réciproques et non sur une simple approche « guichet », dans lequel le Département ne serait qu'un simple « fournisseur » de prestations.

Il convient de rappeler que ces actions se déploieront dans une situation financière extrêmement contrainte pour les Départements. Elle rend d'autant plus impérative la recherche d'efficacité et d'équité dans l'allocation des ressources.



1^{ère} PARTIE

UN NOUVEAU
CONTEXTE POUR LES
POLITIQUES
DEPARTEMENTALES DE
L'AUTONOMIE

I. Un cadre législatif et institutionnel profondément rénové

Les dispositifs en faveur de l'autonomie des personnes âgées et handicapées ont connu de profonds bouleversements ces vingt dernières années. Le cadre législatif dans lequel s'inscrit la politique autonomie met désormais l'accent sur un accompagnement global et individualisé du parcours de la personne, dans le respect de son projet de vie. Par ailleurs, de nouveaux acteurs institutionnels ont vu le jour à la faveur des réorganisations du secteur au niveau national : l'Agence Régionale de Santé et la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.

1) Plusieurs lois structurantes

a) La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

La loi du 2 janvier 2002 désigne les Départements comme chefs de file de l'action sociale et médico-sociale sur leur territoire. A ce titre, ils ont en charge le renouvellement du schéma d'organisation sociale et médico-sociale, dont un volet est consacré aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap.

Les objectifs assignés à ce schéma sont précisés dans le Code de l'Action Sociale et des Famille qui dispose qu'il a également vocation à déterminer le niveau des besoins sociaux et médico-sociaux de la population, à dresser un bilan de l'offre sociale et médico-sociale existante et à faire état des besoins de développement de l'offre (notamment les créations, transformations ou suppressions d'établissements et services).

b) La loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

La loi du 30 juin 2004 crée la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). La CNSA est un établissement public chargé de contribuer au financement d'actions favorisant notamment l'autonomie des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées, qu'elles soient gérées par les Départements ou par l'Etat, et joue un rôle d'expertise et d'appui technique.

Dans ce cadre, elle suit notamment les plans nationaux dédiés aux personnes âgées et aux personnes handicapées : Plan Alzheimer, Plan Bien Vieillir, Plan Cancer, Plan handicap visuel, Plan de Solidarité-Grand âge, Plan Autisme, Schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares, Plan d'action national AVC (Accidents Vasculaires Cérébraux).

c) La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales

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

d) La loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

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

D'un point de vue institutionnel et organisationnel, la loi crée les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH), des groupements d'intérêt public placés sous la tutelle administrative et financière du Président du Conseil Départemental.

Les MDPH accueillent, informent, accompagnent et orientent les personnes handicapées. Elles mettent également en place une équipe pluridisciplinaire chargée d'évaluer les besoins de la personne en situation de handicap, ainsi qu'une Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) chargée de prendre les décisions relatives aux droits de la personne.

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

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

e) La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » du 21 juillet 2009

La loi du 21 juillet 2009, dite HPST, institue un changement dans l'organisation des compétences de l'État dans les administrations déconcentrées. Les Agences Régionales de Santé (ARS) sont créées, remplaçant une partie des attributions des Directions Régionales et Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS et DDASS) et des Caisses Régionales d'Assurance Maladie, pour décliner la politique nationale de la santé et la piloter au niveau régional. Sous tutelle des Ministères chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie, elles sont de fait le nouvel interlocuteur étatique principal du Conseil Départemental depuis le 1^{er} janvier 2010 dans le champ médico-social.

Afin de favoriser une approche décloisonnée et territorialisée des questions de santé dans les secteurs social, médico-social et sanitaire, le Conseil Départemental et l'ARS coopèrent sur leurs champs de compétences propres ou partagés, en accordant une importance particulière à l'équilibre de l'offre de services sur l'ensemble du territoire départemental.

Afin de décliner ces ambitions partagées, la loi a conduit à la mise en place des Contrats Locaux de Santé (CLS) dont le co-pilotage est assuré par le Conseil Départemental et l'ARS.

Au 31 décembre 2018, le Département de la Côte-d'Or comptait 6 Contrats Locaux de Santé, correspondant aux 6 territoires de santé infra départementaux :

- Châtillonnais, 2016-2019
- Seine-et-Tilles, 2018-2021
- Val de Saône-Vingeanne, 2016-2019
- Dijonnais, 2015-2018
- Beaunois, 2015-2018
- Auxois et Morvan Côte-d'Orien, 2017-2019

Par ailleurs, la loi HPST instaure une procédure d'appel à projets, à laquelle doivent se conformer les projets de création, transformation ou extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), notamment les projets s'inscrivant dans le cadre des orientations du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale.

f) La loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement du 28 décembre 2015

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement (ASV), entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2016, réforme l'action des Départements dans le domaine de l'autonomie des personnes âgées.

Elle repose sur trois piliers : l'**anticipation** de la perte d'autonomie, l'**adaptation** globale de la société au vieillissement et l'**accompagnement** des personnes en perte d'autonomie et traduit l'ambition d'une adaptation globale de la société au vieillissement, mobilisant l'ensemble des politiques publiques : transports, aménagements urbains, logement,... Elle fait également de l'accompagnement à domicile et de la prévention des priorités.

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

- L'instauration d'une Conférence des Financeurs. Cette instance de coordination institutionnelle vise à développer les politiques de prévention de la perte d'autonomie. Ses missions sont d'établir un diagnostic des besoins des personnes âgées de 60 ans et plus résidant sur le territoire départemental, de recenser les initiatives locales et de définir un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention, en complément des prestations légales ou réglementaires.
- La création d'un Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA). Ce conseil remplace le Comité Départemental des Retraités et des Personnes Agées (CODERPA) et le Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées (CDCPH). Son objectif est d'assurer la participation des personnes âgées et des personnes en situation de handicap à l'élaboration, à la mise en œuvre, au développement et à la mise en cohérence des politiques de l'autonomie.
- Le soutien aux aidants est un autre axe phare de la loi ASV à travers la reconnaissance d'un « droit au répit » pour les proches aidants et les aidants familiaux dans le cadre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). La loi vise ainsi à renforcer la solvabilisation des proches aidants de bénéficiaires de l'APA en leur permettant de bénéficier de dispositifs de répit via une aide financière dédiée. Ce soutien repose sur la mise en place d'une évaluation des besoins des proches aidants à l'appui d'un outil d'évaluation multidimensionnel.
- Le maintien à domicile est également l'une des préoccupations majeures de la loi ASV. Elle prévoit l'augmentation des plafonds de l'APA et une diminution du reste à charge. La grille AGGIR sera complétée par une évaluation multidimensionnelle des besoins du demandeur de l'APA et de son/ses aidant(s). Un régime unique d'autorisation des services d'aide à domicile met fin au régime de double agrément-autorisation en vigueur depuis la loi Borloo de 2005, au profit de la seule autorisation par les Départements. Un nouveau cahier des charges national de l'autorisation est entré en vigueur.
- Des dispositions concernent également l'accueil familial des adultes. Les accueillants familiaux devront obligatoirement suivre une formation avant leur agrément et non après. La décision d'agrément fixera le nombre de personnes pouvant être accueillies, dans la limite de trois personnes de manière simultanée et de huit en contrats d'accueil au total, sans excéder le seuil de trois contrats d'accueil permanent.
- Autre évolution notable, les « logements-foyers » deviennent des « résidences autonomie ». Leur mission de prévention de la perte d'autonomie est ainsi réaffirmée (mise en place d'un forfait « autonomie » pour les résidences ne bénéficiant pas du forfait soins, possibilité d'admission dérogatoire de personnes relevant du GIR 4).

La sécurisation du développement de l'offre de résidences-services passe par une volonté de mieux maîtriser et rendre plus transparentes les charges pour les résidents. Les règles relatives aux tarifs d'hébergement en EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) sont également clarifiées pour les établissements non habilités à l'aide sociale. Il s'agit de normaliser la tarification relative à l'hébergement et la définition des prestations sociales couvertes par les tarifs, d'améliorer la transmission d'informations tarifaires des hébergements vers la CNSA, et de les mettre à la disposition du grand public via un portail internet national.

Enfin, il convient de rappeler deux lois qui ont modifié de manière significative le paysage institutionnel, en particulier pour le département de la Côte-d'Or avec la création de la métropole dijonnaise : la loi dite « loi NOTRe » (redéfinition des compétences départementales, fusion des Agences Régionales de Santé dans le cadre des nouvelles régions) du 7 août 2015 portant Nouvelle Organisation Territoriale de la République, et la loi du 27 janvier 2014 de Modernisation de l'Action Publique Territoriale et d'Affirmation des Métropoles, dite « loi MAPTAM » qui refond la carte intercommunale.

2) Des rapports nationaux enrichissant les réflexions

Au cours des dernières années de nombreux rapports nationaux sur les questions relatives aux personnes âgées et handicapées ont été publiés, parmi lesquels peuvent être cités :

- Le rapport de la Cour des Comptes sur le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, de juillet 2016.
- Le rapport de M. Georges LABAZEE, Sénateur, de mars 2017 à la suite de la mission relative à la tarification et aux perspectives d'évolution des services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD).
- Le rapport IGAS sur la mise en œuvre de la loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement de septembre 2017.
- Le rapport d'information déposé en conclusion des travaux de la mission sur les EHPAD, présenté par Mmes Monique IBORRA et Caroline FIAT, Députées, en mars 2018. Ce rapport fait suite à la « mission flash sur les EHPAD » de septembre 2017.
- « plus simple la vie » : 113 propositions pour améliorer le quotidien des personnes en situation de handicap, rapport d'Adrien TAQUET, Député et Jean-François SERRE, membre du CESE (Conseil Economique Social et Environnemental) de mai 2018.
- **Un rapport particulier, le rapport Piveteau (mars 2015), dit « Zéro sans solution »** ou « le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et leurs proches ». Ce rapport présente la particularité d'avoir donné lieu à une démarche nationale, la démarche « Réponse Accompagnée Pour Tous » qui porte un ambitieux chantier de modernisation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées par une transformation en profondeur du système de prise en charge assuré par les établissements et services médico-sociaux actuellement en place.

Le projet « Une Réponse Accompagnée Pour Tous » est une mise en mouvement progressive et concertée de l'ensemble des acteurs d'un territoire. Elle se généralise ainsi dans une dynamique de co-responsabilité des acteurs afin d'être au rendez-vous de la réponse aux situations sans solution.

Dès septembre 2015, la Côte-d'Or a souhaité se positionner pour intégrer la démarche et a été retenue, aux côtés de 23 autres Départements, en tant que pionnier.

L'ensemble des Départements est désormais engagé dans le projet au cœur duquel se retrouve le droit pour les personnes de demander l'élaboration d'un Plan d'Accompagnement Global (PAG), introduit par l'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé.

Les préconisations issues de ce rapport s'articulent autour de quatre axes, dont le premier est consacré à la mise en place d'un « dispositif d'orientation permanent ». Le rapport prévoit en effet une réforme du processus d'orientation : lorsqu'une proposition d'orientation ne peut se concrétiser, un PAG devra en effet être élaboré par la MDPH afin de ne laisser aucune personne sans solution d'accompagnement.

Ce plan devra s'appuyer sur l'engagement des acteurs opérationnels mobilisés pour sa mise en œuvre. Dans les situations les plus critiques, l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH pourra s'appuyer sur un groupe opérationnel de synthèse, instance partenariale permettant l'élaboration du plan d'accompagnement global et son suivi. Ce groupe sera mobilisable à tout moment critique du parcours de la personne (notion de « Réponse Accompagnée »).

Le deuxième axe doit permettre le déploiement territorialisé d'une « Réponse Accompagnée Pour Tous. La mise en œuvre de cette réponse appelle en effet un renforcement de l'animation territoriale, de la coordination des réponses et la rénovation de l'offre autour de dispositifs plus souples à travers un partenariat renforcé entre les Agences Régionales de Santé, les Départements, l'Éducation Nationale et les ESSMS.

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

3) Deux nouveaux acteurs institutionnels

a) Un acteur dont les missions ont été renforcées : la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)

Cette caisse est, depuis le 1^{er} janvier 2006, chargée de financer les aides en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées, de garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicaps et des situations de perte d'autonomie, d'assurer une mission d'information et d'animation de réseau, d'information des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs familles, d'assurer un rôle d'expertise et de recherche sur les questions liées à l'accès à l'autonomie, quels que soient l'âge et l'origine du handicap.

Les lois précitées ont largement étendu le champ d'action de la CNSA, consacrant ainsi son statut de « maison commune de l'autonomie ». D'autres textes ont introduit quelques évolutions : les lois de financement de la sécurité sociale pour 2008 (mission d'aide à l'investissement), 2010 (analyses des coûts des établissements et services) et 2011 (financement des groupes d'entraide mutuelle – GEM), ainsi que par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (financement de formations pour les aidants familiaux) et la loi de modernisation de notre système de santé du 28 janvier 2016 (Réponse Accompagnée Pour Tous).



MONTANT DES DOTATIONS VERSEES PAR LA CNSA

En 2017, le montant des dotations de la CNSA versées au Département et à la MDPH de la Côte-d'Or s'élevaient à 23,4 millions d'euros dans le cadre d'une convention pluriannuelle 2016 - 2019.

b) L'Agence Régionale de Santé (ARS), un partenaire incontournable

Etablissements publics, les ARS regroupent, au niveau régional, plusieurs organismes chargés des politiques de santé, qu'ils soient dépendants de l'Etat ou de l'assurance maladie. Elles sont chargées de piloter la politique de santé publique (prévention, veille et sécurité sanitaires) en région et de réguler l'offre de soins tant dans le domaine hospitalier que dans celui de la médecine de ville.

Le Département partage de nombreuses compétences avec l'ARS, en matière d'autorisation, de tarification et de contrôle de certains établissements et services médico-sociaux notamment (EHPAD, FAM, SAMSAH). En Côte-d'Or, le Département co-pilote avec l'ARS les Groupes d'Animation Territoriale de Santé des Contrats Locaux de Santé. L'ARS co-préside avec le Département la Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie. Il est à noter que le Conseil Départemental a émis un avis négatif sur le Programme Régional de Santé.

Ces deux institutions partagent l'ambition de mener, dans le respect de leurs identités, des politiques convergentes afin d'assurer la complémentarité et la continuité des réponses apportées à la population.

Cette coopération active se traduit par la volonté commune :

- D'optimiser la coordination et le travail en réseau des différents intervenants avec le souci d'améliorer la prise en charge des personnes dans leur parcours de santé.
- De viser la réduction des inégalités territoriales, par la recherche d'une meilleure adéquation des moyens aux besoins et aux ressources déjà existantes des territoires de proximité.
- De favoriser le soutien à l'autonomie des personnes en situation de handicap et des personnes âgées, dans le respect de leur choix de vie et en poursuivant l'amélioration de la qualité de la prise en charge.

- D'améliorer l'articulation des politiques publiques en matière de santé mentale, en particulier dans la prise en compte du handicap psychique ;
- De promouvoir dès l'enfance le développement des capacités des adolescents et des jeunes adultes à être acteurs de leur santé.

Elle favorise :

- Une approche globale de la santé des populations, centrée sur un accès aux soins pour tous,.
- Une large politique de prévention, dans une logique de solidarité et d'actions de long terme.
- Une meilleure efficacité du système de santé dans sa globalité, mieux adapté aux besoins de la population à partir des dispositifs de droit commun existants.
- Une mise en cohérence des politiques publiques territorialisées au niveau départemental, échelle où se résolvent les problématiques globales de santé et du médico-social en s'articulant autour du parcours de la personne.

II. Un secteur médico-social en transformation

1) La notion de parcours de vie au cœur des politiques

Dans son rapport de 2012, intitulé « promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé », la CNSA propose une définition de la notion de parcours de vie :



« La notion de parcours de vie recouvre le cheminement individuel de chaque personne dans les différentes dimensions de sa vie : personnelle et relationnelle, professionnelle et sociale, familiale et citoyenne ».

Utilisée dans le champ de la santé (au sens large de l'Organisation Mondiale de la Santé), la notion de parcours de vie désigne l'ensemble des événements intervenant dans la vie d'une personne et les différentes « périodes » et transitions qu'elle connaît. Ces derniers affectent son bien-être physique, mental et social, sa capacité à prendre des décisions ou à maîtriser ses conditions de vie, ses interactions avec son entourage, sa participation à la vie sociale.

Cette notion, qui repose donc sur le vécu de la personne dans son environnement, interroge les politiques publiques dans de nombreux domaines (santé mais aussi éducation, formation, justice, protection de l'enfance et des majeurs, accessibilité, logement, emploi, etc.) et la façon dont elles parviennent (ou non) à favoriser l'adéquation des parcours des personnes avec leur projet de vie et la continuité des différentes formes d'accompagnement qui leur sont offertes (soin, accompagnement social et médico-social, ressources...).

Pour la CNSA, les politiques publiques dans le champ de la santé doivent donc « favoriser la continuité des parcours de vie des personnes de façon à éviter, ou à défaut accompagner, les ruptures brutales non anticipées, prendre en compte l'ensemble des besoins et y apporter des réponses adéquates, dans le respect de leur projet de vie, de leurs aspirations ou préférences personnelles et de leur dignité humaine. [...] Le parcours de vie d'une personne adulte en situation de handicap ne doit plus s'identifier à un séjour dans un établissement. Ce parcours est constitué, comme pour tous nos concitoyens, d'une série d'étapes et de changements en termes notamment de mode de vie, de lieu de vie, de mobilité résidentielle, d'activités et de situations relationnelles... ».

Le corolaire de cette notion pivot de parcours est celle de « plan ». Au cours de ces dernières années, ce mode d'intervention auprès des usagers s'est très largement répandu (Plan personnalisé de Compensation, Plan d'aide, Plan d'Accompagnement Global, Plan personnalisé de Scolarisation, Plan personnalisé de soins, Plan d'accompagnement Personnalisé etc.).

Les secteurs de l'action sociale et médico-sociale sont passés en deux décennies du « tout institutionnel » à un recentrage sur la personne, son parcours et son environnement. Aider une personne à réaliser son projet de vie au travers d'un plan d'accompagnement personnalisé, telle est la vocation des dispositifs d'aujourd'hui, appelés à devenir de véritables plateformes de service centrées sur la promotion sociale et le développement personnel de leurs bénéficiaires.

Pour Jean-René LOUBAT, psychosociologue, « le parcours s'impose désormais comme un paradigme remplaçant ou transcendant peu à peu ceux de filières et d'établissements, qui constituaient un maillage institutionnel auquel les secteurs de l'action sociale et médico-sociale s'étaient accoutumés. »

2) Un fil conducteur : la convergence

Le rapprochement des politiques à destination des personnes âgées et handicapées tend à se généraliser dans les départements à la faveur d'une législation qui n'a cessé d'encourager cette pratique. Dès la loi de 2005 sur la citoyenneté et l'autonomie, la question de la suppression de la barrière d'âge est évoquée. Si elle n'a finalement pas été mise en place, il faut néanmoins noter que la nouvelle prestation créée par la loi (la Prestation de Compensation du Handicap) a été ouverte, sous certaines conditions, aux personnes âgées.

Dans un rapport de 2007, la CNSA propose d'aborder « la question de l'autonomie sous l'angle de la « convergence », c'est-à-dire de l'approche des situations de handicap uniquement pour ce qu'elles sont, quel que soit l'âge de celle ou celui qui les subit ».



*Il est indiqué que l'approche de « convergence » s'oppose radicalement à la confusion des politiques à conduire en direction des différents publics concernés :
« Convergence ne veut pas dire réponse identique quel que soit l'âge, mais approche qui ignore l'âge en tant que tel pour ne partir que de l'expression des besoins de vie concrète. »*

En écho à ces principes, plusieurs Départements ont engagé des démarches de rapprochement de leurs politiques en direction des personnes handicapées et âgées, sous la forme notamment de Maisons de l'Autonomie.

Face à leur émergence sur le terrain, la CNSA a soutenu entre 2010 et 2012, l'expérimentation de la Côte-d'Or mais aussi celles de la Corrèze et du Cantal afin de se donner les moyens d'observer et d'analyser les initiatives locales pour mieux en appréhender les enjeux, les impacts et les risques.

Outre ces trois expérimentations, de nombreux autres projets ont vu le jour sur cette période et ce mouvement se poursuit depuis au gré des projets locaux, tous différents et répondant aux spécificités territoriales.

Sur le plan organisationnel, à l'instar de la Côte-d'Or, un nombre croissant de Départements installent des Directions de l'Autonomie qui regroupent l'ensemble des services en charges des interventions à destination des personnes âgées et handicapées : traitement des prestations, tarification, autorisation, contrôle des établissements et services.

Les points communs entre les secteurs des personnes âgées et handicapées sont une réalité :

- des approches et techniques communes : la notion de parcours et de plan (Plan Personnalisé de Compensation, Plan d'Aide APA, PAG, etc.), les grilles d'évaluation (grille AGGIR, grille GEVA) ;
- des instances qui regroupent, des partenaires communs : COMEX de la MDPH, CDAPH, Table stratégique MAIA, Conférence des Financeurs, CDCA ;
- des acteurs communs : les principaux organismes gestionnaires gèrent des établissements pour personnes âgées et handicapées, les Services d'Aide à Domicile interviennent auprès des deux publics, les mandataires judiciaires également ;
- des cellules/équipes communes héritées de l'expérimentation MDA conduite en Côte-d'Or : l'accueil de la Maison de l'Autonomie de la Cité Henry Berger, à Dijon, la cellule domicile, au sein de laquelle les ergothérapeutes exercent des missions complètement polyvalentes auprès des personnes âgées et handicapées, la cellule accueil familial adultes qui intervient également auprès des deux publics, le Service Etablissements qui assure l'autorisation, la tarification et le contrôle des établissements pour personnes âgées et handicapées et instruit les demandes d'aide sociale pour les deux publics ;
- une partie des publics identique : les personnes handicapées vieillissantes ;
- le rôle essentiel des « aidants » ;
- des méthodes de travail proches, dans la mobilisation des partenaires et le traitement des situations complexes (méthode et outils MAIA et Réponse Accompagnée pour Tous).

La convergence des politiques personnes âgées et handicapées représente une opportunité réelle d'amélioration de la qualité de service à l'utilisateur, car elle permet notamment :

- La promotion et la conduite de politiques véritablement globales pour les personnes âgées et handicapées, avec une prise en compte accrue des aspects relatifs à la mobilité, à l'habitat, à la citoyenneté, au lien social, etc., en dépassant les dimensions médico-sociale et de compensation.
- Le partage des bonnes pratiques et des acquis ou des évolutions de chaque dispositif (participation des usagers dans le champ du handicap, prise en compte des aidants dans le champ gérontologique, etc.).
- Une meilleure visibilité, l'accès facilité aux droits et aux dispositifs et la continuité des parcours (relais entre évaluation et mise en place des prestations pour les personnes handicapées, expertises croisées au service des personnes handicapées vieillissantes, etc.).
- L'utilisation optimisée des ressources existantes (compétences mobilisables pour l'évaluation, lieux d'accueil infra-départementaux, etc.).

En Côte-d'Or, cette convergence s'exerce sous l'égide de la Maison de l'Autonomie qui fournit le cadre d'intervention commun à l'ensemble des services du Conseil Départemental agissant en faveur des personnes âgées et handicapées.

La notion de convergence constitue en quelque sorte la « colonne vertébrale » du schéma départemental de l'autonomie.

3) Un nouveau rôle pour le Département, chef de file mais également acteur de premier plan de la santé

Les mutations en cours, évoquées ci-dessus, reposent sur une approche globale de la santé. En préambule de l'une de ses publications, la CNSA indique :

« En ratifiant il y a bientôt 30 ans la Charte d'Ottawa, lors de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé le 21 novembre 1986, la France a confirmé son adhésion à une approche globale de la santé. Cette approche globale, telle qu'elle avait été introduite par l'OMS en 1948, prend en compte la diversité des déterminants de la santé devant permettre à l'individu d'être acteur de son projet de vie [...] La santé est engendrée et vécue dans les divers contextes de la vie quotidienne, là où l'individu s'instruit, travaille, se délasse ou se laisse aller à manifester ses sentiments. Elle résulte du soin que l'on prend de soi-même et d'autrui et de la capacité à prendre des décisions et à maîtriser ses conditions de vie ; elle réclame, en outre, une société dans laquelle les conditions voulues sont réunies pour permettre à tous d'arriver à vivre en bonne santé. ».

La France s'est alors engagée, notamment, « à réorienter les services de santé et leurs ressources au profit de la promotion de la santé ; à partager leur pouvoir avec d'autres secteurs, d'autres disciplines et, plus important encore, avec la population elle-même ».

Elle a également signé la convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées de 2006 dans laquelle elle s'engage à fournir aux personnes handicapées « des services de santé gratuits ou d'un coût abordable couvrant la même gamme et de la même qualité que ceux offerts aux autres personnes », « les services de santé dont celles-ci ont besoins spécifiquement en raison de leur handicap », et ce « aussi près que possible de leur communauté, y compris en milieu rural ».

Le rôle du Département est donc lui-même en mutation en ne se cantonnant plus au secteur médico-social au sens strict pour s'étendre à celui de la santé, au sens large.

L'intervention du Département n'est plus limitée aux personnes âgées dépendantes mais concerne désormais l'ensemble des personnes âgées à travers la Présidence de la Conférence des Financeurs, en charge de la définition et de la mise en œuvre d'une politique territoriale de Prévention de la perte d'autonomie.

Le Conseil Départemental est donc aujourd'hui le véritable assembleur de la politique autonomie de son territoire, garant de la coordination et de l'articulation des différents acteurs (institutionnels, associatifs, médico-social) qui composent « l'écosystème médico-social ».

En Côte-d'Or, pour répondre aux nombreux défis de la politique publique de l'autonomie, le Conseil Départemental a créé une nouvelle Direction au 1^{er} janvier 2016, dans le cadre de la réorganisation des Services Départementaux : la Direction de l'Accompagnement à l'Autonomie.

Cette nouvelle Direction regroupe l'ensemble des services intervenant auprès des personnes âgées et handicapées : de l'accompagnement à domicile à la prise en charge en établissements.

Elle assure désormais le portage de la Maison De l'Autonomie (MDA), maître d'œuvre départemental unique de la politique Autonomie du Département, permettant de rendre ses interventions plus lisibles, plus intégrées et mieux articulées.

Cette direction est pour partie présente sur les territoires, améliorant la proximité avec les usagers, à travers le Service Aide à l'Autonomie en charge de la gestion de l'APA et de la MAIA départementale qui a été confiée en 2015 par l'ARS au Département, pour une durée de 3 ans renouvelable (2016-2022).



DES CONTRAINTES BUDGETAIRES INEDITES POUR LES DEPARTEMENTS

Le Conseil Départemental est soumis à des contraintes budgétaires extrêmement fortes, voire inédites. Le dispositif mis en place par la loi du 22 janvier 2018 de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022 encadre en effet la progression réelle des dépenses de fonctionnement selon un objectif national maximum de 1,2 %, inflation comprise.

En conséquence, les marges de manœuvre financières du Conseil Départemental sont de plus en plus limitées et pèseront immanquablement sur sa capacité à adapter l'offre de services à destination des publics âgés et handicapés.

4) Co-construction, contractualisation, confiance : les nouvelles références de l'action du Département

La palette des interventions du Département s'enrichit et s'adapte aux nouvelles approches du secteur. Peu à peu le principe d'un « contrôle a priori et confiance a posteriori » cède la place à la « confiance a priori et le contrôle a posteriori ». Dans ce cadre, le Département continue certes d'organiser, financer, instruire, autoriser, tarifier mais il est désormais de plus en plus attendu par le législateur et par les acteurs du secteur pour animer, coordonner, accompagner, faciliter, assembler, etc.

De nouvelles méthodes de travail en application de ces principes sont désormais à l'œuvre, moins verticales, moins descendantes, plus transversales.

La co-construction, la coopération, le travail collaboratif et la contractualisation se développent et s'incarnent au sein d'un outil qui tend à régir les relations entre le Département et une partie importante de ses partenaires : le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens.

Les choix du Département reposent désormais moins sur une posture de « donneur d'ordre » unilatérale ou de garant financier que sur une fonction de maître d'ouvrage. Ils sont alimentés par la connaissance fine du terrain, des publics, de leurs spécificités, dont disposent les opérateurs.

III. A nouveau contexte, nouvelle méthode d'élaboration et de mise en œuvre du schéma départemental

1) Une concertation globale et continue

Les réflexions, travaux et échanges conduits au sein de multiples instances et groupes de travail ont constitué la matière à partir de laquelle a été construit le plan d'action du présent schéma :

- Groupes de travail et journées organisées dans le cadre de la démarche Réponse Accompagnée Pour Tous.
- Groupes de travail associant l'ensemble des gestionnaires de Services d'Aide A Domicile dans le cadre de l'élaboration d'une stratégie départementale du maintien à domicile.
- Réunions de la Conférence des Financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.
- Réunions du Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA).
- Tables stratégiques et tactiques de la MAIA.
- Réunions des Groupes d'Animations Territoriaux de Santé dans le cadre des Contrats Locaux de Santé co-pilotés par l'Etat et le Département.
- Journée des EHPAD.

- Réunions plénières de la CDAPH et de la COMEX de la MDPH au sein desquelles se tiennent des débats et échanges sur la politique autonomie départementale.

Parallèlement, un travail particulier a été engagé avec l'ARS, premier partenaire du Département sur la politique de l'autonomie, dans le cadre de la déclinaison de la stratégie nationale quinquennale du handicap. Une réunion spécifique de présentation du projet du schéma a par ailleurs été organisée.

Cette nouvelle méthode d'élaboration du schéma départemental ne concerne pas seulement la phase amont, mais irriguera également la phase aval de mise en œuvre des orientations.

Désormais, l'indispensable travail de concertation et de co-construction ne s'arrête pas au moment où le schéma est adopté. Il ne démarre pas non plus à ce moment là, il est présent en permanence sur toute la durée de vie du document. Il en sera de même pour l'évaluation. A une traditionnelle évaluation « ex post » se substituera une véritable « évaluation continue ».

L'ensemble des acteurs du secteur mobilisés à différents titres depuis plusieurs mois sur les chantiers ouverts continueront donc à être associés à leur poursuite. Ils seront également sollicités pour participer à la mise en œuvre des nouvelles fiches actions.

2) Une dimension plurielle et partenariale du pilotage et de l'animation du schéma

Le Conseil Départemental de la Côte-d'Or peut s'appuyer sur un partenariat dense et dynamique pour conduire ses interventions : services déconcentrés de l'Etat, gestionnaires d'établissements et services, représentants des fédérations et d'associations, collectivités territoriales, caisses de retraite, associations...

Ces partenaires contribuent à la réflexion sur la définition des politiques départementales et sont associés à sa mise en œuvre. Les relations avec ces acteurs ne sont pas systématiquement contractualisées mais s'incarnent dans l'exercice quotidien des missions du Département.

a) Le pilotage du schéma

Le pilotage du schéma est assuré par le Département et repose sur les instances suivantes :

Le Comité de Pilotage

Rôle de garant de la déclinaison des orientations du schéma. Il est composé de :

- Mme la Vice-Présidente du Conseil Départemental, Présidente de la Commission des Affaires Sociales et Intergénérationnelles du Département
- Mme la Conseillère Départementale en charge des personnes âgées
- Mme la Conseillère Départementale en charge des personnes handicapées
- Mme le Directeur Général Adjoint du Pôle Solidarités du Conseil Départemental et/ou son Adjoint
- M. le Directeur de l'Accompagnement à l'Autonomie du Conseil Départemental et/ou son Adjoint

Le Comité Technique

Assure le suivi en continu de la mise en œuvre des fiches actions du schéma. Il est composé :

- du Directeur de l'Accompagnement à l'Autonomie
- de l'Adjoint au Directeur de l'Accompagnement à l'autonomie
- du Chef de service Aide à l'Autonomie
- de la chef du service Droits et Orientations
- de la chef du service Etablissements
- de la chargée de mission Politiques Autonomie
- de la chargée de mission Réponse Accompagnée Pour Tous



LE CDCA, OBSERVATOIRE DU SCHEMA

Instance de réflexion et de consultation, le CDCA permet d'allier l'expérience des usagers à l'expertise des professionnels pour tenir compte des besoins des personnes et proposer des initiatives.

En Côte-d'Or, le Département a choisi de faire de ce conseil une véritable instance au service de la convergence des politiques à destination des personnes âgées et handicapées. Cela se traduit dans la composition du bureau et des commissions de travail où les représentants des personnes âgées et handicapées travaillent ensemble sur les sujets de la politique autonomie départementale globale.

Un rôle d'observatoire du schéma de l'autonomie sera confié au CDCA afin de créer une dynamique permanente dans le suivi annuel des quatre orientations départementales. Il s'agit pour les membres du CDCA d'apporter leur expertise d'usage quant à la mise en œuvre de la stratégie départementale.

b) L'animation du schéma

❖ Les instances de la MDPH : lieux de concertation et d'échanges

La MDPH associe tous les acteurs impliqués dans l'accompagnement des personnes handicapées, cette gouvernance plurielle se traduit à travers les deux instances de décisions de la MDPH : la Commission Exécutive et la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.

La Commission Exécutive étant composée pour un quart de représentants associatifs des personnes en situation de handicap, cette instance permettra un partage avec divers acteurs de la stratégie départementale autonomie. Elle a été à ce titre pleinement associée à l'élaboration de la politique autonomie du Département comme le montre son soutien à la conduite de l'expérimentation Maison de l'Autonomie en 2012 ainsi que son rôle de comité de pilotage de la démarche Réponse Accompagnée Pour Tous.

La Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées qui prend toutes les décisions relatives aux prestations et à l'orientation des personnes handicapées, représente également, en formation plénière, un lieu d'échanges et d'information des membres sur la politique du handicap conduite au niveau national ou départemental.

❖ **Les Contrats Locaux de Santé, outils d'animation territoriale co-pilotés avec l'Agence Régionale de Santé**

Dans le cadre des Contrats Locaux de Santé, le Département est à la fois impliqué sur le plan stratégique et opérationnel puisqu'il est porteur de certaines actions.

Ces contrats, basés sur un diagnostic précis des dynamiques à l'œuvre ou à consolider, des besoins, mais aussi des ressources locales, visent à définir les priorités et un plan d'action adapté à la réalité de chaque territoire, dans l'objectif de :

- Préserver et développer l'offre de premier recours à travers le pacte territoire santé.
- Réduire les inégalités d'accès à la santé, en ciblant les personnes concernées par les huit parcours de santé identifiés par l'ARS.
- Développer des actions de prévention auprès de la population.
- Décliner sur les territoires les orientations du schéma départemental.



DES TERRITOIRES AU SERVICE DE LA PREVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Les territoires des CLS représentent un échelon pour la déclinaison locale de la stratégie de la Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie de Côte-d'Or. Cela correspond à leur mission globale de favoriser une large politique de prévention. Des conventions ont été signées à cette fin entre le Département et les collectivités porteuses des CLS (EPCI, Pays et Pôle d'Equilibre Territorial Rural).

c) Les rendez-vous annuels de l'autonomie

En Côte-d'Or, de grands rendez-vous rythment l'année et se poursuivront sur toute la durée du schéma. D'autres évènements pourront éventuellement voir le jour.

❖ **Le Salon du Bien Vieillir en Côte-d'Or**

Ce Salon est une manifestation organisée chaque année par le Conseil Départemental au Palais des Expositions de Dijon depuis 2014.

Le nombre de visiteurs est en augmentation constante depuis 2014 : 5 000 visiteurs en 2014, 5 500 visiteurs en 2015, 7 000 en 2016 et 8 000 en 2017.

Le Salon permet de promouvoir les actions conduites sur le département en faveur des seniors, de l'autonomie, du maintien à domicile et du lien social.

En 2018, 114 exposants et 54 associations étaient présentes.

❖ La journée Réponse Accompagnée Pour Tous

Le Conseil Départemental et la MDPH organisent chaque année une journée d'échange sur la démarche Réponse Accompagnée Pour Tous, pour laquelle la Côte-d'Or fut l'un des départements pionnier.

❖ Le Forum des ESAT

Organisé tous les deux ans depuis 2012, le Forum des ESAT est un rendez-vous repéré et attendu des professionnels du secteur.

A travers le rassemblement des ESAT côte-d'oriens il s'agit de répondre à un triple objectif :

- Sensibiliser à l'accueil en ESAT les personnes bénéficiant d'une orientation vers ces structures.
- Faire connaître la diversité des activités proposées par les ESAT.
- Soutenir les personnes dans leur demande d'admission.

Ce forum souhaite ainsi sensibiliser les travailleurs handicapés, les jeunes sortant d'IME, ainsi que les partenaires et professionnels du monde du handicap et de l'action sociale, et tous les organismes intéressés, aux prestations offertes par les ESAT.

Cet événement s'inscrit donc pleinement dans la logique de la Réponse Accompagnée Pour Tous en favorisant, grâce à la pair-émulation, un parcours plus fluide des jeunes vers l'entrée en ESAT.



2^{ème} PARTIE

ETAT DES LIEUX ET DIAGNOSTIC

I. Données démographiques et évolution du profil des publics

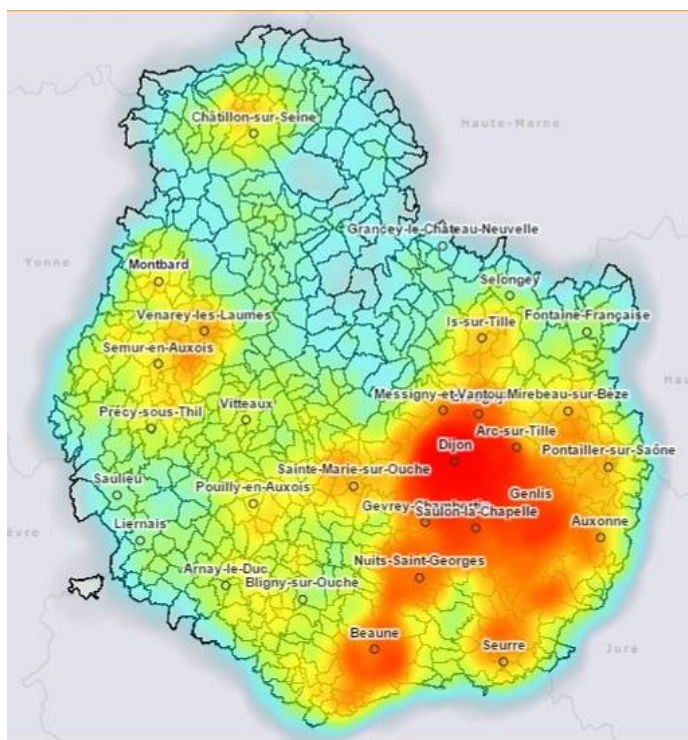
Les profils et les besoins des publics évoluent en permanence. Plusieurs grandes tendances, qui se retrouvent dans les plans nationaux, sont déclinées, notamment au niveau local, dans le cadre du Projet Régional de Santé de l'ARS et impactent les politiques conduites par le département : plan autisme, plan maladies neuro-évolutives, plan santé mentale et troubles psychiques etc.

1) Une forte concentration de la population côte-d'orientienne dans le bassin de vie dijonnais

Avec 531 380 habitants, la Côte-d'Or est le 3^{ème} département le plus peuplé de Bourgogne-Franche-Comté. En effet, la population représente 19 % de la population régionale.

On observe une répartition inégale de la population puisque 60 % des habitants se concentrent sur le bassin de vie dijonnais. La forte concentration de population sur l'axe Dijon-Beaune contraste avec l'Ouest et surtout le Nord du département qui connaissent des densités de population très faibles sur des territoires relativement vastes.

La Côte-d'Or bénéficie d'une croissance démographique positive concernant le nombre de ses habitants, celle-ci est due uniquement à son solde naturel et non aux entrées et sorties sur le territoire qui s'équilibrent.



Répartition de la population (carte de température)
Source : Insee, CD21, 2014

Cette répartition traduit différentes dynamiques de population :

- Le Nord connaît des soldes migratoires et naturels négatifs.
- À l'inverse, ces deux soldes sont positifs sur les territoires périurbains autour de Dijon et Beaune.

2) La proportion des personnes âgées de 60 ans et plus : la Côte-d'Or dans la moyenne nationale

Plus de 133 000 Côte-d'Oriens sont âgés de 60 ans ou plus, soit 25 % de la population, ce qui situe le département légèrement au-dessus de la moyenne nationale mais en-dessous de la moyenne régionale.

Parmi cette population âgée de 60 ans ou plus, 62 % ont moins de 75 ans et 12 % plus de 85 ans. Cette répartition est similaire aux moyennes nationale et régionale.

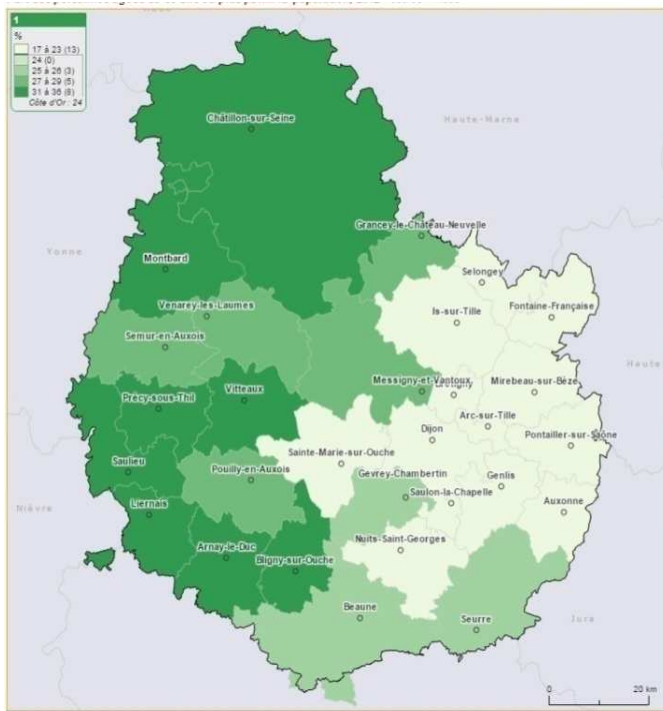
Effectifs par classe d'âge au 1 ^{er} janvier 2015	Côte-d'Or	Bourgogne Franche-Comté	France métropolitaine
60-64 ans	34 414	193 619	3 991 627
Part des 60-64 ans dans la population totale	6,5 %	6,5 %	6,2 %
65-74 ans	48 940	281 789	5 747 822
Part des 65-74 ans dans la population totale	9,2 %	10 %	9 %
75-84 ans	33 468	201 155	4 026 219
Part des 75-84 ans dans la population totale	6,3 %	7,1 %	6,3 %
85 ans et plus	16 789	95 161	1 858 190
Part des 85 ans et plus dans la population totale	3,2 %	3,4 %	2,9 %
Part des 60 ans et plus dans la population totale	25,2 %	27,4 %	24,4 %

Source : STATISS 2016



La répartition des personnes âgées sur le territoire suit celle de la population générale.

Ainsi, près de la moitié des personnes âgées de 60 ans ou plus habite dans l'agglomération dijonnaise.



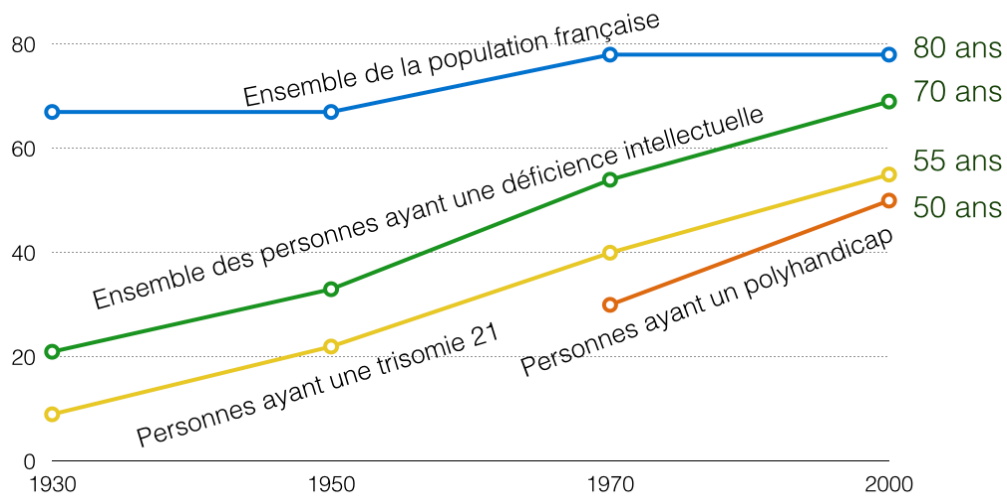
Toutefois, la part des personnes âgées de 60 ans ou plus dans la population n'est que de 25 % dans l'agglomération dijonnaise alors qu'elle peut atteindre 30 % dans le Nord et l'Ouest du département.



ZOOM SUR LES PERSONNES HANDICAPEES AGEES

L'augmentation de l'espérance de vie pour l'ensemble de la population française, concerne également les personnes en situation de handicap dont l'espérance de vie a augmenté de façon conséquente à partir des années 1950 du fait de l'amélioration du suivi médical et de la prise en charge au quotidien.

Exemples de gains d'espérance de vie à la naissance, d'après les sources existantes



Extrait de la revue du CREA I n° 348 sept-oct 2015

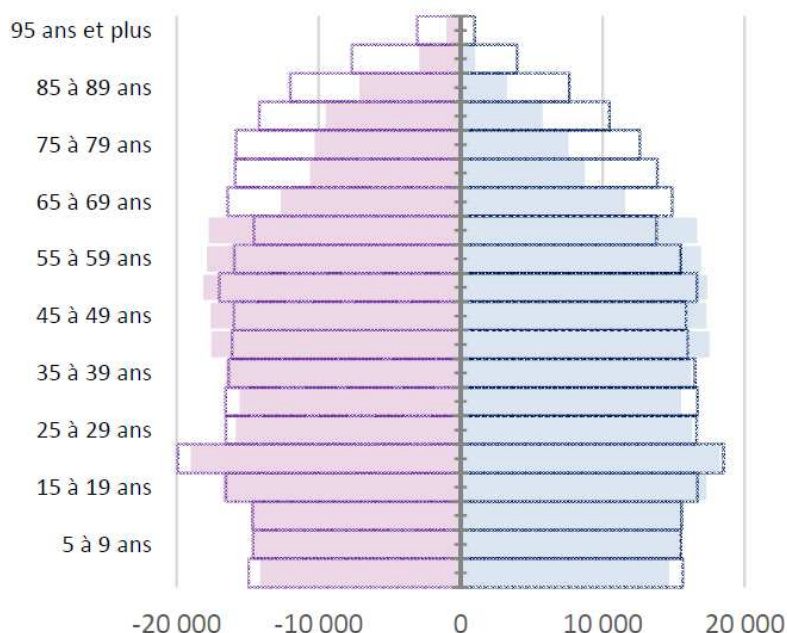
3) D'ici 2030, le vieillissement des Côte-d'Ors devrait se poursuivre avec une augmentation du nombre de personnes âgées potentiellement dépendantes

Les projections démographiques de l'INSEE indiquent qu'entre 2015 et 2040 :

- La population du département devrait augmenter de 7 % (531 253 à 568 275)
- La part des plus de 60 ans de 33 % (133 611 à 177 727)
- La part des plus de 75 ans de 76 % (50 257 à 88 392)

Il est important de souligner, comme le montre la pyramide des âges ci-contre qu'il y aura une évolution de la structure par âge de la population.

Population de la Côte d'Or en 2012 et en 2040
(projections)



Ainsi, le nombre de personnes de 65 ans et plus augmentera significativement tandis que les effectifs des plus jeunes devraient être stables. **Ceci témoigne d'un vieillissement de la population en Côte-d'Or à venir.**

Toutefois, le phénomène de vieillissement de la population sera atténué par un solde démographique positif et un maintien des effectifs les plus jeunes (moins de 20 ans).

Concernant l'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes, l'INSEE estime que d'ici 2030, il y aura, au minimum, 3 100 personnes âgées dépendantes supplémentaires en Côte-d'Or.

Le tableau de projection ci-dessous indique l'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes en Côte-d'Or (source : INSEE) :

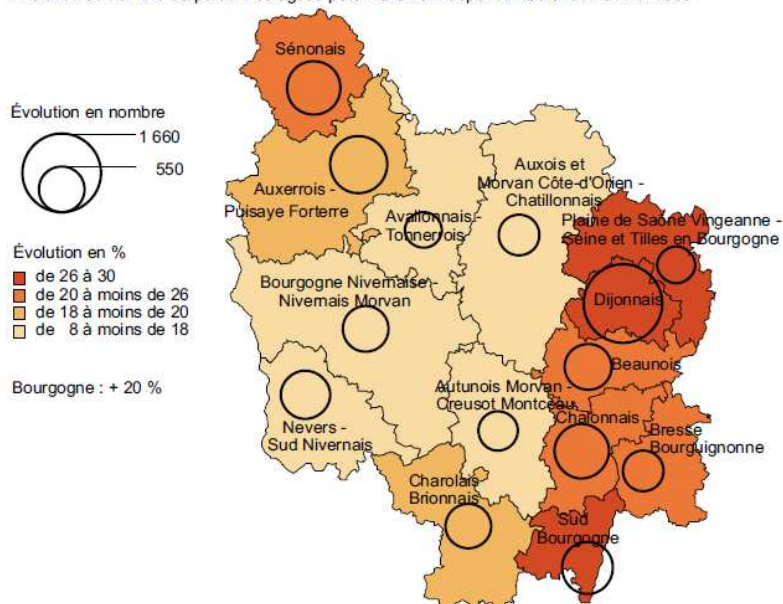
	2014	2020	2030	Evolution
Hommes	4 200	4 700	5 600	+ 32 %
Femmes	7 800	8 600	9 500	+ 22 %
Ensemble	12 000	13 300	15 100	+ 25 %

Ces estimations reposent sur l'hypothèse d'une poursuite des tendances actuelles et privilégient un recul modéré de la dépendance. En effet, la tendance à entrer de plus en plus tardivement en dépendance devrait se poursuivre grâce aux progrès médicaux et sociaux.

Si l'on s'intéresse à la répartition territoriale des personnes âgées dépendantes, on constate que la progression du nombre de personnes âgées potentiellement dépendantes sera la plus importante dans les territoires les plus dynamiques :

- le bassin de vie dijonnais ainsi que l'Est du département pourraient enregistrer une hausse de plus de 25 % du nombre de personnes âgées dépendantes ;
- tandis que l'Ouest et le Nord du département connaîtrait une augmentation inférieure à 20 %.

Évolution du nombre de personnes âgées potentiellement dépendantes entre 2014 et 2030



Note de lecture : en 2030, le Dijonnais compterait 1 700 personnes âgées potentiellement dépendantes supplémentaires par rapport à 2014. Cela représenterait une augmentation de 28 %.
 Sources : Insee, Projections du modèle Omphale (scénario tendanciel) - Insee, Drees, Enquêtes Handicap-Santé 2008-2009.

II. Le Département aux côtés des personnes en perte d'autonomie¹

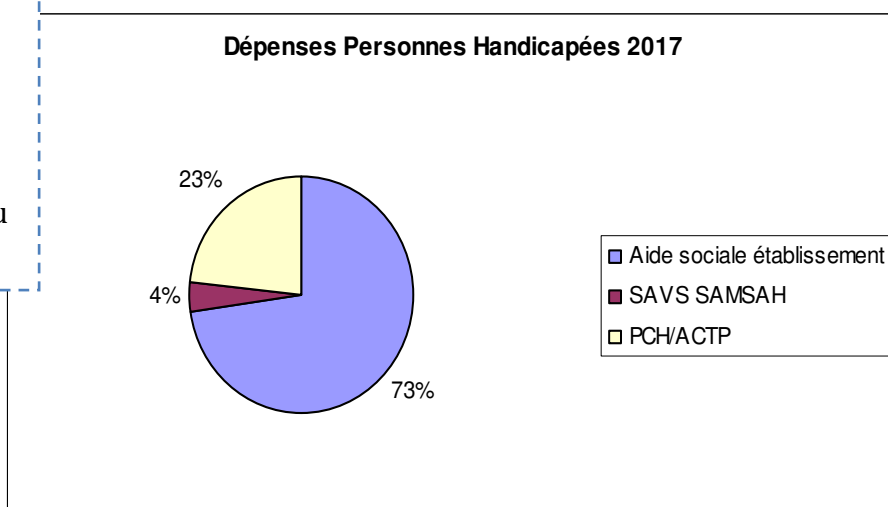
1) Les prestations allouées aux personnes handicapées

a) Une hausse soutenue du budget alloué aux personnes handicapées

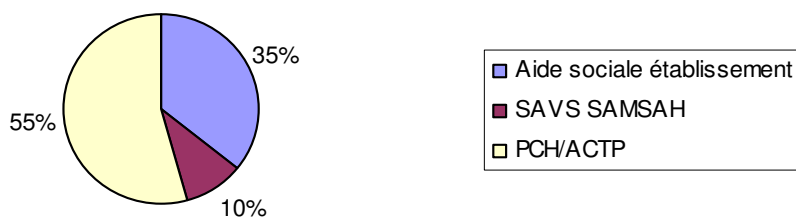
70,6 millions d'euros ont été consacrés aux prestations pour les personnes en situation de handicap en 2017 par le Département.

Depuis 2012, le budget alloué aux personnes handicapées a augmenté de 13,4 % correspondant à des crédits supplémentaires de 8,6 millions d'euros.

73 % des crédits consacrés aux personnes handicapées sont versés au titre de l'aide sociale à l'hébergement.
23 % des crédits sont versés au titre des prestations de la PCH ou l'ACTP.



Répartition des bénéficiaires en 2017 (selon type d'aide)



55 % des personnes handicapées bénéficient de la PCH ou l'ACTP. C'est l'aide la plus importante en termes de nombre de personnes touchées.

¹ **Pour aller plus loin** : les chiffres clés 2017 de la politique de l'autonomie du Département sont présentés en annexe

b) Une progression régulière du nombre de bénéficiaires de la PCH



ZOOM SUR LA MAISON DEPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPEES DE COTE-D'OR

La MDPH prend en charge les demandes d'attributions d'aide. Une équipe pluridisciplinaire est chargée d'évaluer les besoins de compensation de la personne.

C'est à la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), sur la base des informations transmises par l'équipe pluridisciplinaire, de rendre l'ensemble des décisions (ex : le taux d'incapacité de la personne, la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, les orientations vers les établissements et services).

En 2017 ce sont près de 8 700 personnes qui ont été accueillies à la MDPH de Côte-d'Or et près de 32 000 décisions ont été rendues par la CDAPH.

Le nombre de décisions rendues par la CDAPH est en progression régulière, en particulier sur la PCH :

- **2 870** décisions rendues au titre de la **PCH en 2017** contre 2291 en 2014 (+ 8 % par an)

2) Les prestations allouées aux personnes âgées

a) Une légère progression du nombre de bénéficiaires de l'APA

A domicile, au 31 décembre 2017, le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile ayant des droits ouverts était de 5 963, pour 5 848 personnes au 31 décembre 2014.

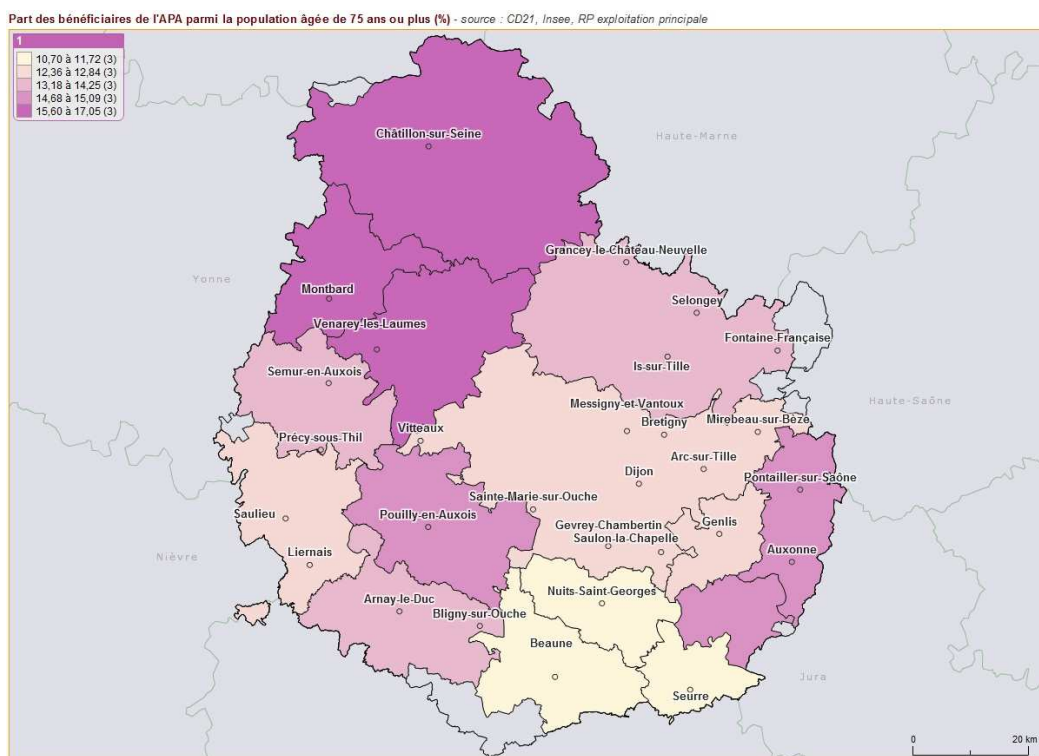
Au titre de l'APA les bénéficiaires à domicile relèvent très majoritairement du GIR 4 et du GIR 3, 85 % du nombre de bénéficiaires.

Le nombre de bénéficiaires en GIR 1 et 2 diminue chaque année, les personnes en GIR 1 représentent moins de 1 % du nombre de bénéficiaires de l'APA.



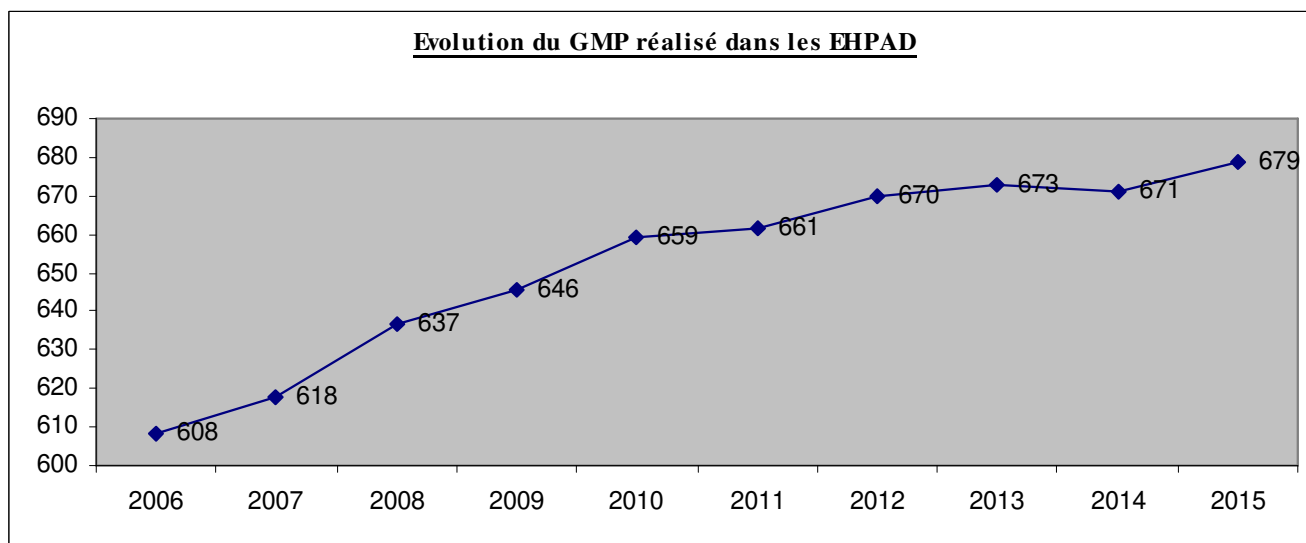
Le GIR (Groupe Iso-Ressources) correspond au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée. Le GIR d'une personne est calculé à partir de l'évaluation effectuée à l'aide de la grille AGGIR. Il existe six GIR : le GIR 1 est le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le GIR 6 le plus faible.

L'analyse territoriale fait apparaître des territoires qui ont une part plus importante de bénéficiaires de l'APA parmi la population totale âgée de 75 ans ou plus, il s'agit en particulier du Châtillonnais et du Montbardois.



En établissement, au 31 décembre 2017, le nombre de bénéficiaires de l'APA en établissement était de 5 355 personnes, ils étaient 5 119 au 31 décembre 2014.

En EHPAD, la progression du nombre de résidents en GIR 1 et 2 a été régulière, comme le souligne l'évolution du GMP (GIR Moyen Pondéré) moyen de ces établissements.



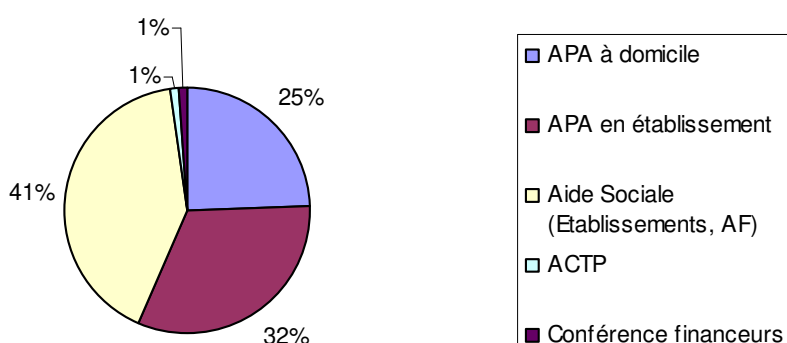
b) Une implication financière soutenue en faveur des personnes âgées

74,4 millions d'euros ont été consacrés aux personnes âgées en 2017 par le Département.

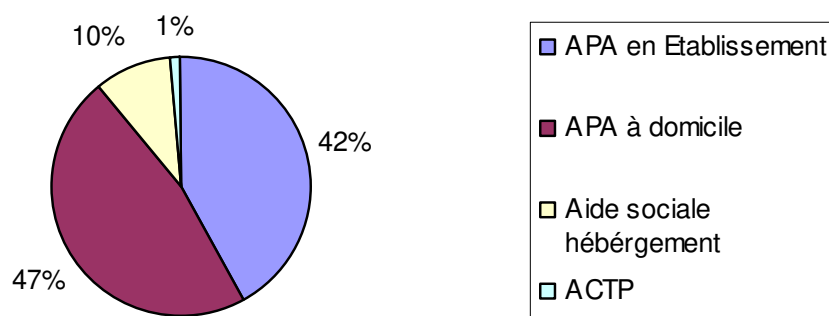
Depuis 2012, le budget alloué aux personnes âgées a augmenté de 8 % correspondant à des crédits supplémentaires de 5,5 millions d'euros.

57 % des crédits consacrés aux personnes âgées sont versés au titre de l'APA.
41 % des crédits sont versés au titre de l'aide sociale à l'hébergement.

Dépenses Personnes Agées 2017



Les bénéficiaires (personnes âgées)



89 % des bénéficiaires sont concernés par l'APA (à domicile ou en établissement).

III. Etat de l'offre médico-sociale en Côte-d'Or pour personnes âgées et handicapées

1) L'offre médico-sociale en établissement pour personnes âgées

Le dispositif d'accueil en établissement des personnes âgées est organisé en trois catégories :

Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)

Ils sont au nombre de 83 (sites physiques) pour une capacité de 6 419 places en 2017. Ils accueillent des personnes âgées de plus de 60 ans.

71 % des places sont habilitées à l'aide sociale (4 558 places habilitées). 1 296 personnes au 31 décembre 2017 sont bénéficiaires de l'aide sociale.

L'ARS de Bourgogne – Franche-Comté fixe le forfait soins. Le Conseil Départemental fixe la dotation Dépendance, et le prix de journée Hébergement si l'établissement est habilité en totalité ou en grande partie à l'aide sociale.

Les Unités de Soins Longue Durée (USLD)

Elles sont au nombre de 5 pour une capacité de 162 places, et sont le plus souvent adossées à un Centre Hospitalier. Elles accueillent des personnes nécessitant des soins médicaux techniques importants.

L'ensemble de ces places est habilité à l'aide sociale.

L'ARS fixe le forfait soins. Le Conseil Départemental fixe la dotation Dépendance et le prix de journée Hébergement.

Les Résidences autonomes et les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées

Elles sont au nombre de 12, pour une capacité de 416 places. Elles accueillent des personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie mais ne nécessitant pas de prise en charge médicale.

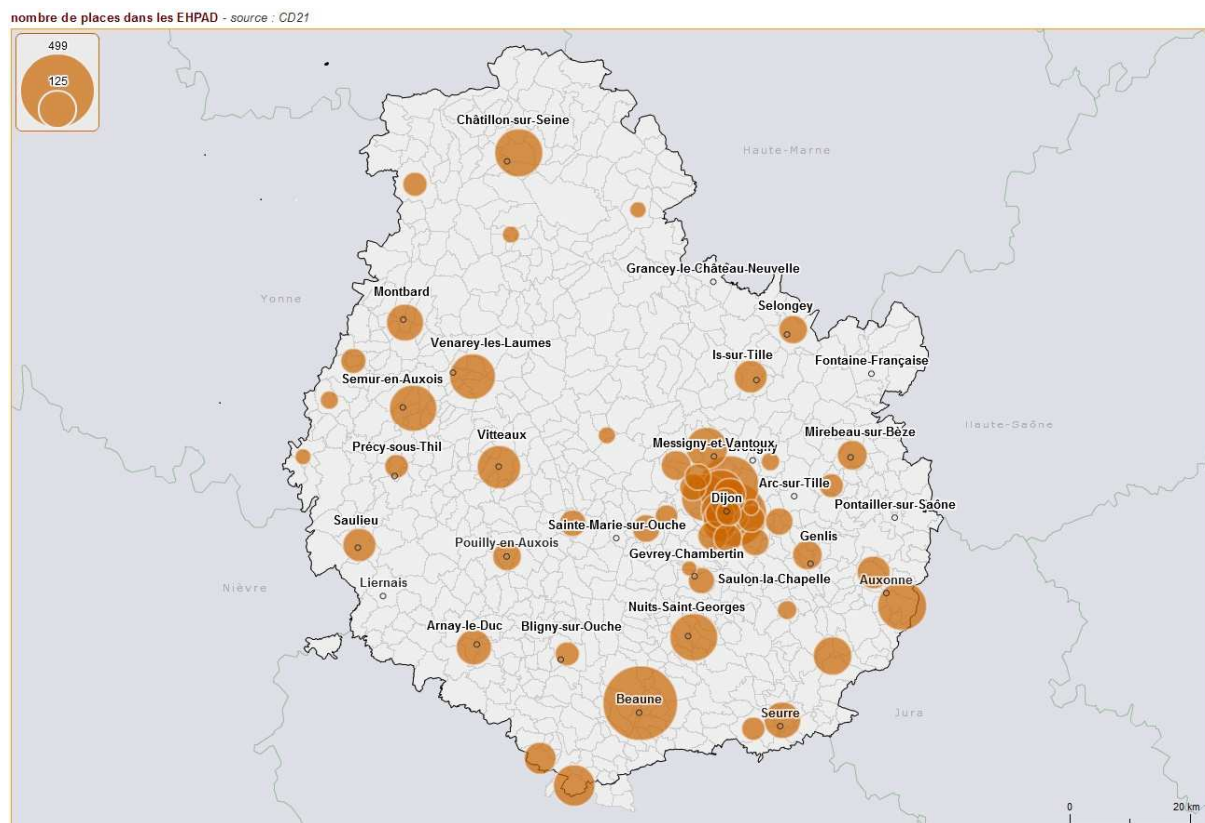
90 places sont habilitées à l'aide sociale pour 45 résidents bénéficiant de l'aide sociale.

Le Conseil Départemental intervient :

- d'une part, au titre de l'aide sociale à l'Hébergement, sous réserve du nombre de places habilitées,
- d'autre part, à l'issue de la signature d'un CPOM, au titre du financement d'actions de prévention de la perte d'autonomie dont l'enveloppe est fixée par la Conférence des Financeurs.

La Côte-d'Or dispose d'un taux d'équipement en EHPAD et USLD supérieur à la région et à la France métropolitaine avec un bon maillage des différents modes d'hébergement collectifs.

La répartition des EHPAD sur l'ensemble du territoire permet une offre de proximité, comme le montre la carte ci-dessous :



L'évolution démographique du département, stable ces dernières années, corrélée à la diminution du séjour moyen en établissement (environ 2,5 ans) favorise un mouvement permanent des listes d'attentes.

L'effort de médicalisation des anciens foyers-logements explique qu'en revanche l'offre est inférieure aux moyennes nationale et régionale sur les EHPA et les Résidences autonomes.

Le tableau ci-dessous présente une vue globale du taux d'équipement des établissements accueillant des personnes âgées :

Taux d'équipement au 1 ^{er} janvier 2017 pour 1 000 habitants de 75 ans et plus	Côte-d'Or	Bourgogne – Franche-Comté	France métropolitaine
USLD	3,1 (donnée 2018)	4,5	5,2
EHPAD	123,4	111	100,4
EHPA/Résidences autonomie	12,3	21,4	24,6
Global	139,4	136,9	130,1

Source : Statiss 2017

A cette offre s'ajoute le fort développement des résidences services pour seniors qui ne sont pas, juridiquement, des établissements médico-sociaux. Si initialement, ces résidences étaient destinées à des personnes disposant de revenus suffisants pour faire face à un coût d'hébergement élevé en raison du nombre important de services proposés, des résidences plus accessibles financièrement ont été ouvertes.

2) L'offre médico-sociale en établissement pour personnes handicapées adultes

Le dispositif d'accueil en établissement des personnes handicapées adultes est organisé en quatre catégories :

Les Foyers d'hébergement

Ces établissements sont destinés à accueillir des personnes travaillant en milieu de vie ordinaire ou dans le secteur du travail protégé. Ces foyers sont souvent annexés à des Etablissements et Services d'Aide par le Travail. Leur financement est assuré par le Conseil Départemental.



Certaines personnes handicapées âgées accueillies en foyer d'hébergement et qui ne travaillent plus, peuvent bénéficier d'un accueil en centre d'activité de jour s'ils disposent d'une décision d'orientation en foyer de vie.

Les Centres d'Activités de Jour et Les Foyers de vie

Les Centres d'Activités de Jour accueillent en journée, des adultes handicapés qui ne sont pas aptes à un travail dans le secteur protégé mais dont le handicap ne nécessite pas une surveillance médicale. Ces personnes sont hébergées en établissement ou en famille. Le Conseil Départemental finance ces structures.

Les Foyers de vie accueillent ces mêmes personnes en journée mais proposent également un hébergement. Leur financement est assuré par le Conseil Départemental.

Les Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM)

Les Foyers d'Accueil Médicalisé sont des unités pour adultes lourdement handicapés nécessitant une surveillance médicale. Le financement de ces structures est assuré par le Conseil Départemental et par des crédits d'Assurance Maladie via l'ARS.

Le Conseil Départemental intervient au titre de l'Aide Sociale à l'Hébergement. La majorité des résidents en bénéficient.

Les Maisons d'Accueil Spécialisé (MAS)

Les Maisons d'Accueil Spécialisé reçoivent des personnes adultes handicapées sans autonomie dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants. Ces établissements relèvent de la compétence de l'Etat et sont financés par des crédits d'Assurance Maladie.

❖ **Un taux d'équipement de la Côte-d'Or en établissements médicalisés identique au national mais avec un fort déséquilibre entre FAM et MAS**

Taux d'équipement au 1 ^{er} janvier 2017 pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans	Côte-d'Or	Bourgogne – Franche-Comté	France métropolitaine
FAM	1,1	0,9	0,8
MAS	0,5	0,9	0,8

Source : STATISS

❖ **Une offre en nette augmentation au cours des dix dernières années**

L'offre a fortement évolué depuis 2008, elle a essentiellement concerné le développement des places en FAM avec 99 places créées.

Catégories établissements	Nombre de places		Évolution 2008 -2017
	2008	2017	
Foyer d'hébergement	669	689	+ 3 %
Foyer de vie	281	304	+ 8 %
Foyer d'Accueil Médicalisé	191	290	+ 52 %
TOTAL SECTEUR Personnes Handicapées	1 141	1 283	+ 12 %

A cela s'ajoutent les créations suivantes :

- 12 places pour le FAM de Beire-le-Châtel de l'Acodège effectives début 2019,
- 12 places pour le Centre de jour de l'Arche à Dijon dont les travaux débiteront en 2019.

L'ouverture des maisons partagées de 12 places par l'Association Simon de Cyrène à Saint-Apollinaire complète également l'offre départementale. Cette structure ne relève pas d'une autorisation du Département mais répond toutefois à un besoin et apporte une nouvelle solution d'accompagnement.

3) L'offre médico-sociale en accueil familial

L'accueil familial représente une alternative entre le maintien à domicile et l'établissement. Il consiste pour un particulier agréé par le Conseil Départemental de la Côte-d'Or à recevoir à son domicile, à titre onéreux, une ou plusieurs personnes âgées ou adultes handicapées.

L'accueil familial s'inscrit dans une démarche d'accompagnement social et de projet de vie individualisé des personnes accueillies.

Il offre un cadre de vie au sein d'une cellule familiale tout en assurant un accompagnement dans la vie quotidienne.



UNE STABILITE DE L'OFFRE

La Côte-d'Or compte 60 accueillants, dont 7 couples pour une capacité totale de 124 places.

Le nombre d'accueillants reste stable ce qui permet d'assurer un maintien du nombre de places global sachant que l'âge moyen de ces professionnels est élevé.

Le nombre de personnes accueillies est de 94 au 31 décembre 2017, 4 personnes âgées, 90 personnes handicapées dont 29 de plus de 60 ans.

4) L'offre médico-sociale à domicile

❖ L'intégralité du territoire de la Côte-d'Or couvert par l'intervention des Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD)

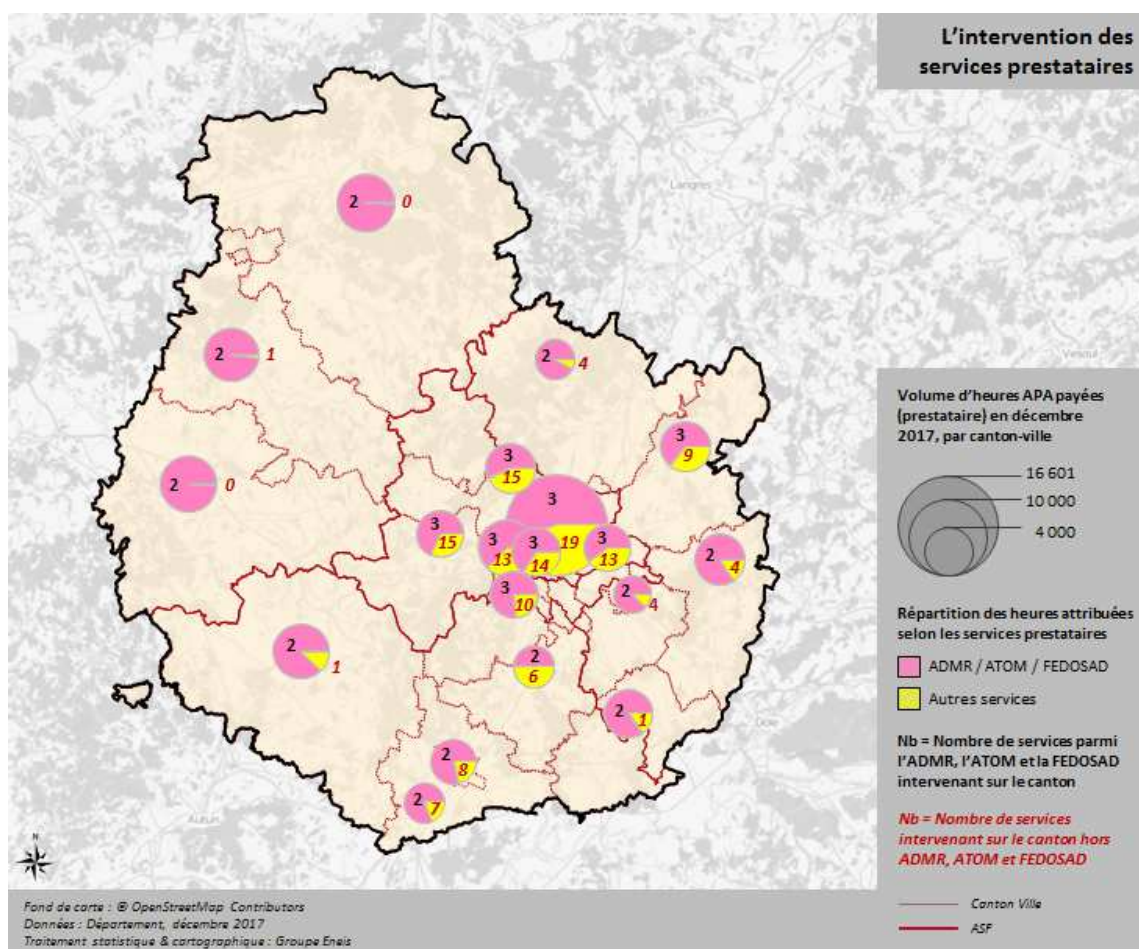
Le département compte 26 SAAD prestataires autorisés dont quatre services anciennement autorisés par le Conseil Départemental avant la loi ASV qui représentent la très large majorité de l'activité réalisée en 2017. Deux de ces services interviennent sur l'ensemble du territoire.

Les autres services interviennent principalement sur l'agglomération dijonnaise, sur Beaune ainsi que sur les cantons du Sud et du Centre du département.

❖ Une offre de services pour les usagers réduite dans certains cantons

Dans seulement six cantons interviennent moins de quatre SAAD. Ce qui limite le choix des usagers.

En dehors de ces territoires, l'offre de services est importante, voir très importante sur Dijon et son agglomération permettant d'apporter une réponse aux besoins des usagers et de leur donner un large choix entre les différents services.



❖ **Une offre de place en accompagnement à la vie sociale des personnes handicapées en nette augmentation au cours des dix dernières années**

Les CPOM ont permis d'intégrer le développement de places des Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS).

Parallèlement, l'ouverture du Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) « Trait d'Union » a permis d'offrir une réponse aux personnes souffrant d'un handicap psychique.

Catégories établissements	Nombre de places		Évolution 2008-2017
	2008	2017	
SAVS	321	356	+ 11 %
SAMSAH	20	89	+ 445 %
TOTAL	341	445	+ 30 %

❖ **Une présence des SAVS qui couvrent l'ensemble du département et un maillage du territoire perfectible pour les SAMSAH**

On compte 3 SAVS en Côte-d'Or gérés par l'Association des Papillons Blancs de Beaune, l'Acodège et la Mutualité Française, d'une capacité totale de 356 places. Ils couvrent la totalité du territoire de la Côte-d'Or.

La Côte-d'Or dispose de deux SAMSAH :

- l'un dédié à l'accompagnement des personnes handicapées psychiques, d'une capacité de 42 places. Il intervient sur le territoire de l'agglomération dijonnaise avec en développement un déploiement sur Beaune ;
- l'autre pour l'accompagnement de personnes présentant des handicaps physiques avec ou sans troubles cognitifs ainsi que des difficultés sociales, d'une capacité de 35 places. Il peut intervenir sur l'ensemble du territoire et dispose d'un accueil de jour de 15 places.



3^{ème} PARTIE

LA STRATEGIE
DEPARTEMENTALE
2019-2023

Orientation n° 1 : Accompagner les parcours des personnes âgées et handicapées

Pionnier sur la Réponse Accompagnée Pour Tous, dès 2016, à l'initiative du déploiement des solutions Via Trajectoire personnes âgées et personnes handicapées, désigné par l'ARS comme porteur de la MAIA départementale, le Département de la Côte-d'Or est en première ligne sur nombre de projets dans le domaine des politiques de l'autonomie.

Il exerce ainsi pleinement son rôle de chef de file des politiques à destination des personnes âgées et handicapées en plaçant au cœur de ses interventions la notion de parcours de vie.

Il porte une attention particulière aux ruptures liées à l'âge (tranche d'âge des 16-25 ans et des 55-65 ans) ou aux changements, choisis ou subis, de modes de vie (passage du domicile à l'établissement, sorties d'hospitalisation, changements d'établissement...).

a) Le déploiement de la MAIA départementale

La Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA) a pour finalité :

- D'améliorer la lisibilité du système d'aide et de soins.
- De simplifier et d'optimiser le parcours des personnes âgées.
- De maintenir à domicile les personnes âgées aussi longtemps que possible et dans les meilleures conditions.

En 2016, l'ARS a confié au Conseil Départemental de la Côte-d'Or – dans le cadre d'une convention triennale renouvelable – la gestion de la MAIA à l'échelle départementale.

Deux territoires seulement du département étaient jusqu'alors couverts par ce dispositif (Dijon et le Nord-Ouest du département).

Pour la période 2016-2017, l'étape principale a consisté à installer à l'échelle infra-départementale les équipes APA-MAIA du Conseil Départemental, en concordance avec les territoires d'intervention des Agences Solidarité et Famille du Conseil Départemental, et à présenter le projet à l'ensemble des acteurs concernés.

Aujourd'hui, les équipes APA-MAIA sont réparties de la façon suivante :



Sur chaque territoire, la phase de diagnostic local a été engagée. L'appropriation de la démarche a parfois été complexe et a nécessité une évolution des pratiques des professionnels. Il convient en effet de passer d'une logique de prestation à une logique de prise en charge globale de l'utilisateur et de l'aidant.

La MAIA doit développer son action en s'appuyant sur les autres instances de coordination préexistantes et associer les professionnels experts.

Afin de ne pas assimiler la MAIA à la seule composante « gestion de cas », il a été nécessaire, parallèlement, de construire le partenariat, de mettre en place la concertation et de lancer les bases de l'intégration.

Le niveau de connaissance du rôle des missions de la MAIA et le nombre de sollicitations de la part des usagers et des partenaires varient d'un secteur à l'autre (secteur de Dijon, secteur de l'agglomération dijonnaise et de Genlis, secteur de Beaune et secteur de Montbard).

L'action de la MAIA doit s'attacher à couvrir l'ensemble du territoire de manière équilibrée tout en préservant les spécificités et les besoins structurels de chaque territoire.

b) La mise en œuvre de la démarche Réponse Accompagnée Pour Tous

La démarche « une Réponse Accompagnée Pour Tous » issue du rapport « zéro sans solution », publié en 2015, est destinée à mettre en œuvre des solutions d'accompagnement d'un enfant ou d'un adulte handicapé pour éviter toute rupture dans son parcours.

Près de quinze ans après la loi du 11 février 2005, les besoins exprimés par les personnes en situation de handicap ont en effet évolué et la réponse sous la forme de « places » dans un établissement ou un service, si elle peut encore être pertinente, ne suffit plus à prendre en compte la diversité des aspirations des personnes.

L'ambition de cette démarche est donc d'aboutir à une évolution de l'organisation de la réponse apportée aux personnes handicapées et leurs familles, quelle que soit la complexité ou la gravité de leur situation.

Elle s'est concrétisée à travers l'intégration, dans la loi de modernisation de notre système de santé, de l'article 89 qui précise les conditions de mise en œuvre d'un PAG comme réponse alternative possible pour les personnes confrontées à l'absence ou à l'inadaptation des réponses à leurs besoins.

La loi a également créé les Groupes Opérationnels de Synthèse, composés de professionnels, d'institutions ou de services en charge de l'élaboration du PAG.

La Réponse Accompagnée Pour Tous est articulée autour de quatre axes :

- Axe 1 : mise en place d'un dispositif d'orientation permanente
- Axe 2 : déploiement d'une réponse accompagnée, territorialisée pour tous
- Axe 3 : soutien par les pairs
- Axe 4 : accompagnement au changement des pratiques

Le Conseil Départemental de la Côte-d'Or a compté parmi les 24 Départements pionniers à s'être inscrits dans cette démarche dès 2016.

A partir de l'année 2017, le projet est véritablement entré dans sa phase opérationnelle en Côte-d'Or. Une campagne de présentation des grands enjeux de la démarche à l'attention des acteurs du territoire a été lancée. Dans ce cadre, 35 structures ont été rencontrées sur site. Des réunions départementales et régionales, ont également eu lieu afin de sensibiliser les partenaires et professionnels et recueillir leurs attentes.

La gouvernance du projet a été installée :

- La COMEX de la MDPH en tant que comité de pilotage chargé de définir les orientations stratégiques.
- Le Laboratoire Réponse Accompagnée Pour tous en tant que comité technique pour étudier au plus près la montée en charge de la démarche.

Ce groupe qui se compose d'une vingtaine de membres issus des Etablissements et Services Médico-Sociaux, des associations et institutions, s'est réuni cinq fois en 2017. Lors de sa dernière réunion annuelle, une analyse des situations individuelles étudiées dans le cadre du Dispositif d'Orientation Permanente (DOP) a été présentée afin d'évaluer les effets de la démarche et tirer les premiers enseignements.

La MDPH a adapté son organisation pour assurer un meilleur traitement des situations complexes.

c) ViaTrajectoire, un outil au service des usagers et du pilotage de l'offre médico-sociale

ViaTrajectoire est un logiciel élaboré, à partir de 2012, sous l'impulsion du Conseil Départemental de la Côte-d'Or et de l'ARS, qui en assure, par ailleurs le financement, en adaptant au secteur médico-social, un outil similaire déjà utilisé dans le secteur sanitaire : « ViaTrajectoire Sanitaire ».

Son développement et sa maintenance technique sont assurés par le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) e-Santé Bourgogne, opérateur régional spécialisé dans les systèmes d'information de santé.

Deux versions répondant à des objectifs distincts ont été réalisées, l'une destinée aux personnes âgées, l'autre aux personnes handicapées. Toutes deux proposent un annuaire détaillé des établissements et services présents sur le territoire.

❖ ViaTrajectoire Personnes Agées

ViaTrajectoire est un outil de demande d'entrée en établissements pour personnes âgées simple et accessible à tous. Il permet à la personne, à son entourage et aux professionnels médico-sociaux et de santé d'effectuer en ligne :

- Une recherche géographique des établissements.
- De connaître les caractéristiques de ces structures.
- De pouvoir réaliser une demande d'inscription en ligne, dans un ou plusieurs établissements.

Le médecin traitant a la possibilité de renseigner le volet médical du dossier d'inscription.

En Côte-d'Or, dans le cadre de rencontres territoriales sur la période 2017-2018, le Conseil Départemental en lien avec le GCS e-santé a sensibilisé et formé l'ensemble des professionnels concernés (EHPAD, EHPA, CH, USLD, Cliniques) à l'utilisation de cet outil.

Une campagne de communication et de promotion a par la suite été engagée d'une part auprès du grand public lors du Salon Bien Vieillir 2018, d'autre part auprès des maisons de santé pluridisciplinaires, des communes, des Agences et Accueils Solidarité et Famille du Conseil Départemental, etc.

S'agissant des médecins libéraux, une information ciblée leur a été apportée dans le cadre d'une collaboration étroite avec le Conseil de l'Ordre des médecins.

❖ ViaTrajectoire Personnes Handicapées

A la différence de ViaTrajectoire Personnes Agées, ViaTrajectoire Personnes Handicapées est un logiciel de suivi des décisions d'orientation vers les établissements et services prises par la CDAPH. Il permet ainsi de suivre les orientations prises par la CDAPH et d'avoir une visibilité sur les listes d'attente de ces structures.

Fiche action 1.1 : Poursuivre le développement territorial de la MAIA départementale

<p>Contexte</p>	<p>La diversité et la fragmentation des réponses dues, en particulier, au manque de coordination des acteurs, ne permet pas aujourd'hui d'accompagner pleinement le projet de vie à domicile, formulé majoritairement par les personnes âgées.</p> <p>Les actions de la MAIA sur l'ensemble du territoire départemental depuis 2016, ont néanmoins permis de réaliser un certain nombre de progrès en contribuant à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Simplifier le parcours de la personne âgée et de l'aidant (réponse harmonisée, complète et adaptée). - Mobiliser les professionnels. - Capitaliser les bonnes pratiques. - Renforcer les liens entre intervenants et favoriser le développement de l'approche globale. <p>La MAIA est l'un des principaux outils de la politique départementale globale du maintien à domicile dont il convient de poursuivre et consolider les actions en lien avec les modalités de convergences des dispositifs d'appui à la coordination (PTA etc.).</p>
<p>Modalités d'action</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le lien étroit entre l'accompagnement de la personne bénéficiaire de l'APA et la MAIA, garantie d'une prise en charge non segmentée de la personne âgée fragilisée dans son environnement, sera encore renforcé. - Le recours à une « évaluation multidimensionnelle » sera plus systématique et permettra aux professionnels d'apprécier la situation globale des personnes âgées et de leurs proches aidants. - La MAIA poursuivra par ailleurs son rôle de guichet intégré et adaptera son action aux réalités territoriales, en veillant particulièrement à consolider le fonctionnement de la MAIA sur les 3 territoires : Dijon-agglomération-Genlis, Beaune et Montbard et structurer davantage le pilotage de la MAIA Dijon-agglomération-Genlis au regard d'un maillage partenarial dense.
<p>Calendrier de mise en œuvre</p>	<p>2019-2023</p>
<p>Indicateurs de suivi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'instances, de groupes de travail, de conférences mises en place - Nombre de situations en gestion de cas
<p>Convergence des publics</p>	<p>La gestion de cas pourrait s'ouvrir ponctuellement sur des situations de personnes handicapées.</p>

Fiche action 1.2 : Poursuivre le déploiement de la démarche Réponse Accompagnée Pour Tous

<p>Contexte</p>	<p>La démarche « une Réponse Accompagnée Pour Tous » est destinée à mettre en œuvre des solutions d'accompagnement d'un enfant ou d'un adulte handicapé afin d'éviter toute rupture dans son parcours.</p> <p>Cette démarche, pilotée et coordonnée par la MDPH de la Côte-d'Or depuis 2016, est aujourd'hui bien connue et appropriée par l'ensemble des acteurs.</p> <p>La MDPH a démontré sa capacité à traiter les situations les plus complexes à travers la réalisation de Plans d'Accompagnement Global.</p> <p>Elle devra consolider cet aspect. Mais il s'agit désormais d'engager un travail en profondeur de transformation de l'offre médico-sociale, afin de répondre à l'objectif initial de passer d'une logique de place à une logique de réponse adaptée.</p>
<p>Modalités d'action</p>	<p>La feuille de route départementale construite autour des quatre axes de la Réponse Accompagnée Pour Tous, guideront la poursuite du déroulement du projet :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Optimiser le Dispositif d'Orientation Permanent (DOP), qui représente l'objet le plus visible du déploiement, avec la construction des Plans d'Accompagnement Global (PAG) et la mise en place des Groupes Opérationnels de Synthèse (GOS). - Adapter l'offre dans le cadre de la contractualisation avec les établissements et services médico-sociaux (CPOM), afin d'améliorer la réponse territoriale ainsi qu'une « inclusion accompagnée » des personnes. - Poursuivre, en lien étroit avec les associations et les personnes, la dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs. - Accompagner le changement des pratiques des professionnels de la MDPH ainsi que des partenaires, et l'adaptation des organisations et des systèmes d'information.
<p>Calendrier de mise en œuvre</p>	<p>2019-2023</p>
<p>Indicateurs de suivi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de GOS réalisés et de PAG rédigés - Nombre de sollicitations annuelles - Nombre de réunions du laboratoire RAPT - Evolution et/ou transformation du nombre de places en établissements et services - Nombre d'actions d'accompagnement et de soutien par les pairs

Fiche action 1.3 : Faire vivre l'outil ViaTrajectoire Personnes Agées

Contexte	<p>La création de ViaTrajectoire Personnes Agées répond à deux besoins :</p> <ul style="list-style-type: none">- Pour les établissements sanitaires de courts séjours, disposer d'un outil d'orientation commun vers l'ensemble des structures d'aval.- Pour les personnes âgées ou leur famille, pouvoir rechercher un établissement adapté à ses besoins et déposer une demande d'inscription en ligne. <p>Grâce à ViaTrajectoire, les demandes reçues par les établissements peuvent être traitées plus rapidement et alimentent en temps réel, leur liste d'attente. Les échanges entre les personnes âgées et les établissements sont sécurisés et il est possible de mettre à jour, à tout moment, les informations contenues dans le dossier de demande.</p> <p>Ce nouveau service est aujourd'hui mieux connu et de plus en plus utilisé. Il convient néanmoins d'accompagner son développement, en étant attentifs aux difficultés d'accès au numérique pour les personnes et leur entourage.</p>
Modalités d'action	<ul style="list-style-type: none">- Poursuivre la présentation de ViaTrajectoire aux partenaires qui utilisent l'outil ou relayent l'information.- Accompagner les établissements et partenaires dans l'utilisation de l'outil.- Conduire des actions de communication ciblées auprès des médecins libéraux.
Calendrier de mise en œuvre	<p>2019-2023</p>
Indicateurs de suivi	<ul style="list-style-type: none">- Nombre de dossiers créés dans ViaTrajectoire- Nombre de connexions au site ViaTrajectoire- Nombre de médecins libéraux inscrits dans ViaTrajectoire

Fiche action 1.4 : Faire vivre l'outil ViaTrajectoire Personnes Handicapées

<p>Contexte</p>	<p>ViaTrajectoire Personnes Handicapées est un logiciel de suivi des décisions d'orientations vers les établissements et services médico-sociaux prises par la CDA et de gestion des listes d'attentes.</p> <p>ViaTrajectoire permettra, à terme :</p> <ul style="list-style-type: none"> - D'améliorer la visibilité sur les places disponibles et listes d'attente. - De suivre le parcours de l'utilisateur au travers des décisions d'orientation médico-sociale. - D'analyser les besoins en matière de prise en charge médico-sociale et de repérer les personnes sans solution en vue d'une meilleure adaptation de l'offre. <p>En l'état actuel du fonctionnement de l'outil, tous ces objectifs ne sont toutefois pas atteints. Il convient donc de poursuivre son développement et de renforcer son utilisation.</p>
<p>Modalités d'action</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Veiller au respect des procédures afin de permettre une mise à jour permanente et fiable. - Suivre les informations renseignées par les ESMS. - Recueillir les données relatives aux listes d'attente, places disponibles, besoin de prise en charge en matière de prise en charge médico- sociale. - Communiquer aux autorités compétentes (Conseil Départemental, ARS, Assurance Maladie) les données leur permettant d'adapter l'offre et la réponse aux besoins.
<p>Calendrier de mise en œuvre</p>	<p style="text-align: center;">2019-2023</p>
<p>Indicateurs de suivi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'établissements utilisant l'outil ViaTrajectoire - Annuaire des établissements à jour - Nombre de réunions du Club-Utilisateurs (comité technique de suivi de l'outil)

Orientation n° 2 : Prévenir la perte d'autonomie et conforter la vie à domicile

L'objectif, sur la durée du schéma, est de renforcer le soutien à domicile des personnes âgées et handicapées, dans le respect de leur choix de vie.

Garantir un maintien à domicile de qualité, dans la durée, repose tout d'abord sur une politique de prévention efficace. Avec la Conférence des Financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, la politique départementale de prévention est désormais mieux coordonnée et mieux structurée.

Le Conseil Départemental porte une attention particulière sur le rôle fondamental des aidants familiaux pour lesquels des solutions de répit seront développées (présence au domicile, accueil de jour, hébergement temporaire etc.).

Pour ce qui concerne les personnes handicapées, le maintien à domicile est étroitement lié à la notion d'inclusion qui vise à permettre à ces personnes de mieux prendre part à la vie de la société et à exercer pleinement leur citoyenneté.

Il convient de rappeler que, pour cette population, la frontière entre domicile et établissement est très poreuse. Pour bon nombre de personnes handicapées, l'établissement est en effet leur domicile principal.

Enfin, le Département assure le rôle nouveau de régulateur de l'offre de services d'aide à domicile, qui lui a été confié par la loi, en prenant en compte la réalité des besoins des territoires.

a) La Conférence des Financeurs de la prévention de la perte d'autonomie

Instaurée par la loi ASV, la Conférence des Financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées a été installée en octobre 2016 en Côte-d'Or.

Avant cette loi, plusieurs acteurs menaient des actions de prévention auprès des personnes âgées (Départements, caisses de retraite, associations,...).

La Conférence des Financeurs réunit les principaux acteurs et financeurs du champ de la prévention. **Elle vise à améliorer la coordination des actions et renforce le déploiement de nouvelles actions grâce aux crédits alloués par la CNSA.**

Cette instance alloue des financements, en complément des prestations légales ou réglementaires, pour des actions collectives de prévention concernant des personnes de plus de 60 ans vivant à leur domicile mais aussi pour des personnes vivant en résidences autonomie (hébergement collectif pour personnes non dépendantes).

Après deux ans de fonctionnement, la Conférence des Financeurs de la Côte-d'Or a démontré sa capacité à co-construire, dans un climat de confiance, un programme annuel de prévention cohérent, en s'appuyant sur des partenaires expérimentés, en particulier les caisses de retraite.

Elle a fait le choix de structurer son intervention autour de trois axes :

- Le soutien aux actions de prévention existantes, éprouvées et efficaces.
- Le développement d'actions nouvelles en tout point du territoire à travers le partenariat avec les contrats locaux de santé.

- La couverture d'un large public incluant des actions ciblées à destination des personnes handicapées âgées ou en grande vulnérabilité, qui en fait une spécificité côte-d'orientienne.

Dans ce cadre, depuis 2017, la CNSA a alloué au Département un peu plus de 850 000 euros pour soutenir des actions de prévention en tout point de la Côte-d'Or.

Il s'agit aujourd'hui de consolider les actions engagées depuis deux ans, tout en soutenant des actions innovantes qui apportent une réponse différente aux problématiques liées à la perte d'autonomie (isolement, risque de chutes, perte d'aptitudes physiques et/ou cognitives,...).

b) La stratégie départementale du maintien et du soutien à domicile

En application des orientations de la loi ASV, le Département a souhaité élaborer, une stratégie départementale du maintien et du soutien à domicile.

La définition de cette stratégie a été soutenue par le fonds d'appui de la CNSA relatif aux bonnes pratiques dans le champ de l'aide à domicile.

Ainsi, le Conseil Départemental a bénéficié en 2017 d'une enveloppe de 524 789 euros répartis comme suit :

- 30 000 euros au titre de la définition d'une stratégie territoriale de l'aide à domicile sur le volet personnes âgées confiée à un prestataire,
- 320 000 euros au titre de la participation à la hausse du tarif horaire départemental de l'intervention à domicile de 17,59 euros à 19,59 euros (+ 1 euro au 1^{er} septembre 2017, + 0,5 euro au 1^{er} juillet 2018, + 0,5 euro prévisionnel au 1^{er} septembre 2019),
- 174 789 euros pour accompagner la signature d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens avec les trois SAAD réalisant la majorité des heures APA.

Cette stratégie est co-construite avec les acteurs du secteur et repose sur trois piliers :

- **La prévention** avec les actions mises en place dans le cadre de la Conférence des Financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées.
- **L'APA** avec pour objectif une meilleure adaptation aux besoins des personnes : développer l'évaluation multidimensionnelle des besoins de la personne, simplifier les procédures pour l'utilisateur et améliorer la qualité du traitement des demandes.
- **Les SAAD** avec l'exercice de la compétence nouvelle confiée au Département par la loi ASV.

Cette stratégie du maintien et du soutien à domicile qui a débuté par le secteur des personnes âgées aura vocation, sur la durée du schéma, à s'étendre au secteur des personnes handicapées.

L'état des lieux des besoins des territoires a fait apparaître que six cantons seulement bénéficient d'une intervention de moins de quatre SAAD. Il s'agit des cantons d'Arnay-le-Duc, Brazey-en-Plaine, Châtillon-sur-Seine, Is-sur-Tille, Montbard et Semur-en-Auxois. Dans les autres secteurs, et en particulier sur Dijon et son agglomération, l'offre de service importante, voire très importante, permet d'apporter une large réponse aux besoins des usagers et de proposer un choix entre différents services.

En conséquence, à l'exclusion des services internalisés au sein des résidences-service ou de logements regroupés et en dehors des six cantons précités, le schéma ne prévoit pas de création de nouveau service.

Fiche action 2.1 : Conduire la politique départementale de prévention à travers les interventions de la Conférence des Financeurs de la Côte-d'Or

<p>Contexte</p>	<p>Rester le plus longtemps possible chez soi est le souhait de tous. Le vieillissement, la maladie ou une incapacité irréversible sont des facteurs de fragilisation des personnes qui entraînent une perte d'autonomie.</p> <p>Pour mener une véritable politique d'adaptation de la société au vieillissement, la prévention est reconnue comme l'un des principaux leviers d'actions car elle permet à la fois :</p> <ul style="list-style-type: none"> - De préserver l'autonomie des personnes en agissant sur le repérage et la prise en charge de facteurs de risque responsables de la perte d'autonomie. - D'agir sur les pertes d'autonomie évitables lors de l'avancée en âge. - De limiter l'aggravation d'une perte d'autonomie existante. <p>Toutefois, jusqu'à présent, la diversité des acteurs et le morcellement des interventions ne permettaient pas de conduire une politique de prévention réellement coordonnée et efficace.</p> <p>La Conférence des Financeurs, présidé par le Conseil Départemental et co-présidée par l'ARS et la CARSAT, a donc été créée dans le but d'améliorer la coordination des acteurs expérimentés dans ce domaine tout en renforçant le déploiement de nouvelles actions, grâce aux crédits alloués annuellement par la CNSA.</p>
<p>Modalités d'action</p>	<p>La Conférence des Financeurs s'attachera à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soutenir les actions de prévention existantes, éprouvées et efficaces. - Développer des actions nouvelles sur le territoire, en lien avec les Pays, PETR et EPCI qui portent les Contrats Locaux de Santé. - Poursuivre les actions ciblées à destination des personnes handicapées ou en grandes vulnérabilités.
<p>Calendrier de mise en œuvre</p>	<p>2019-2023</p>
<p>Indicateurs de suivi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de consommation des crédits alloués par la CNSA - Nombre d'actions soutenues - Nombre de bénéficiaires - Couverture territoriale des actions
<p>Convergence des publics</p>	<p>Mise en place d'actions de prévention à destination des personnes handicapées âgées</p>

Fiche action 2.2 : Piloter le secteur de l'aide à domicile

<p>Contexte</p>	<p>Les Conseils Départementaux sont désormais compétents en matière d'autorisation, de contrôle et de pilotage de l'offre des SAAD intervenant auprès des publics fragiles, en particulier les personnes âgées et handicapées.</p> <p>Cette évolution réglementaire permet au Département de définir et de porter une véritable politique publique de l'aide à domicile. Il lui appartient, à ce titre, d'adapter l'offre de services aux besoins des territoires.</p> <p>Ce travail s'inscrit en lien avec les autres acteurs du maintien à domicile :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les caisses de retraite pour les publics les plus autonomes. - L'ARS dans le cadre du développement de la filière de soins à domicile et en particulier l'expérimentation des Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD). - Le réseau des particuliers employeurs. - Les gestionnaires de services.
<p>Modalités d'action</p>	<p>S'agissant du pilotage du secteur de l'aide à domicile, les axes de travail identifiés sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcer la gouvernance et la régulation territoriale de l'aide à domicile. - Structurer la politique tarifaire. - Améliorer, en étroite collaboration avec l'ARS, les liens de coopération et de coordination avec les acteurs sanitaires et médico-sociaux (en particulier l'articulation des interventions des SAAD, SSIAD et SPASAD). - Favoriser les parcours de professionnalisation et d'insertion des intervenants à domicile. - Définir des objectifs renforcés en matière de qualité et de continuité du service. - Affirmer le rôle des SAAD dans la mise en œuvre de la politique départementale de prévention de la perte d'autonomie. <p>Une analyse des besoins et réponses sera réalisée dans l'objectif d'améliorer la réponse apportée (aides humaines, soins, aides techniques) aux personnes bénéficiant de plans d'aide à domicile importants en termes de volume d'heures et de coût.</p>
<p>Calendrier de mise en œuvre</p>	<p>2019-2023</p>
<p>Indicateurs de suivi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi de l'évolution du taux de réalisation des plans d'aide - Nombre d'informations préoccupantes communiquées - Nombre de conventions avec les partenaires - Taux de professionnels qualifiés dans les SAAD - Nombre d'actions de prévention mises en place par les SAAD dans le cadre de la Conférence des Financeurs

Fiche action 2.3 : Poursuivre le soutien aux aidants

<p>Contexte</p>	<p>Le rôle des aidants familiaux de la personne handicapée ou âgée est primordial.</p> <p>En France, selon l'enquête de référence Handicap-Santé-Ménages de 2008, environ 10 % de la population résidant à domicile reçoit l'aide régulière d'un proche en raison de problèmes de santé ou d'un handicap. Un tiers des aidants (34 %) des personnes âgées ont plus de 60 ans et entrent eux-mêmes dans la catégorie des personnes dites âgées. Ce rôle a un impact sur leur santé, leur vie familiale, sociale et professionnelle.</p> <p>S'agissant des personnes handicapées en Côte-d'Or, la moitié des allocataires de la PCH bénéficie d'un accompagnement par un aidant familial, 1 068 personnes en 2017.</p> <p>De nombreux aidants expriment le besoin d'une information accessible, lisible et structurée et d'un accompagnement autour des possibilités d'aides matérielles et financières, de solutions de répit, de soutien moral et de formations.</p> <p>Dans le cadre de la Réponse Accompagnée Pour Tous, un des axes de la démarche porte sur la notion de pair-aidance, c'est-à-dire des personnes handicapées ou des proches qui, du fait de leur parcours de vie et de leur expérience, peuvent représenter une ressource pour d'autres personnes handicapées. Cette notion peut être également étendue aux aidants des personnes.</p> <p>S'agissant des solutions de répit, des solutions intermédiaires doivent être proposées aux aidants dans des cadres différents : l'organisation de leur vie familiale, sociale et professionnelle, de périodes d'essai, de situations d'urgence.</p> <p>Actuellement, le secteur des personnes âgées dispose de 143 places d'hébergement temporaire et 144 places d'accueil de jour avec une offre d'accueil de jour itinérante permettant de mieux couvrir le territoire.</p> <p>S'agissant du handicap, les places en accueil de jour et hébergement temporaire en FAM sont respectivement de 9 et 6. Ces dernières sont mobilisées, sauf rare exception, pour des situations d'urgence.</p>
<p>Modalités d'action</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer l'accès à une information homogène en particulier sur l'offre de répit et diversifier les supports de communication pour rendre l'information accessible à tous. - Permettre aux personnes âgées et handicapées et à leurs aidants d'identifier les actions de soutien mises en place à proximité de leur domicile, telles que les cafés des aidants, les Groupes d'Entraide Mutuelle. - Optimiser l'offre de structures de répit et veiller au maillage territorial des accueils de jour. - Associer, dans le cadre de sa commission « Convergence des politiques publiques Personnes Agées, Personnes en situation de Handicap », le CDCA à la réflexion sur l'accompagnement par les pairs et les actions qui pourraient être mises en œuvre sur le département. - Les modalités d'actions proposées s'inscrivent en lien avec le projet régional de santé qui axe plusieurs actions en faveur des aidants et de l'offre de répit, elles s'inscriront en concertation avec l'ARS.
<p>Calendrier de mise en œuvre</p>	<p>2019-2023</p>
<p>Indicateurs de suivi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'actions de communication réalisées (supports, interventions, informations,...) - Évolution de l'offre de répit - Évolution du taux d'activité des accueils de jour et hébergement temporaire - Conclusions de la commission spécialisée du CDCA

Fiche action 2.4 : Expérimenter les nouvelles technologies au bénéfice des personnes âgées et handicapées

<p>Contexte</p>	<p>Les nouvelles technologies et plus particulièrement les nouveaux outils domotiques, apportent une nouvelle offre de services pour le maintien à domicile des personnes.</p> <p>Elles répondent à plusieurs attentes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se sentir en sécurité (vidéophone, détecteur de fermeture de porte, détecteur de fuites, ...). - Compenser une perte d'autonomie (commande à distance des volets électriques ou de la porte d'entrée, éclairage automatique, cheminement lumineux ...). - Veiller sur sa santé (pilulier intelligent, détecteur de chute, mesurer à distance les données de santé...). - Faciliter le lien social (téléphones fixes, téléphones portables et tablettes adaptés depuis plusieurs années).
<p>Modalités d'action</p>	<p>Plusieurs pistes de travail sont identifiées, en lien avec les actions soutenues par la Conférence des Financeurs et la démarche Futurs 21 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développer et promouvoir le logement adapté « démonstrateur » de solutions domotiques et aides techniques. Cet appartement a vocation à évoluer en fonction de l'avancée des technologies existantes. Il est également prévu de renforcer la présence territoriale de cet outil dans le cadre d'animations destinées à sensibiliser les personnes et leur entourage. - Engager une réflexion concernant la promotion des nouveaux outils de communication au bénéfice des personnes âgées accueillies en établissement. - Expérimenter une offre de solutions domotiques au domicile de personnes volontaires.
<p>Calendrier de mise en œuvre</p>	<p>2019-2023</p>
<p>Indicateurs de suivi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de présentations du logement adapté « démonstrateur » - Nombre de personnes impliquées dans l'expérimentation de solutions domotiques

Orientation n° 3 : Accompagner la transformation de l'offre médico-sociale sur le territoire

L'adaptation permanente de l'offre médico-sociale aux besoins, par nature évolutifs, des personnes âgées et handicapées est un enjeu majeur pour le Département. Dans un secteur médico-social en recomposition, les établissements et services sont appelés à œuvrer davantage à « l'inclusion » des personnes dans la société. Le Département accompagne ce « virage inclusif » aux travers des orientations de son nouveau Schéma de l'Autonomie.

Dans un contexte nouveau marqué par la réforme de la contractualisation et de la tarification des EHPAD et la réforme à venir de la tarification des établissements pour personnes handicapées, visant à mettre en adéquation les financements aux parcours des personnes handicapées (projet SERAFIN-PH), l'action du Département s'articule autour de deux axes :

- la transformation de l'offre à destination des personnes handicapées en application de la seconde orientation de la démarche Réponse Accompagnée Pour Tous ;
- la diversification de l'offre pour les personnes âgées.

a) La réforme de la contractualisation et de la tarification des EHPAD

La loi ASV et ses décrets d'application ont profondément réformé le mode de partenariat et de financement des EHPAD. On note parmi les principales évolutions :

- la généralisation des CPOM dont la mise en œuvre est arrêtée conjointement par le Conseil Départemental et l'ARS sur une période de cinq ans ;
- un nouveau modèle de tarification des soins et de la dépendance ;
- un nouveau cadre budgétaire qui prend la forme d'État de Prévisions de Recettes et de Dépenses (EPRD) et d'États de Réalisation des Recettes et de Dépenses (ERRD), transmis par voie dématérialisée sur la plateforme de la CNSA.

Ces réformes visent à responsabiliser davantage les établissements en leur donnant une plus grande autonomie de gestion. Pour les autorités de tarification, une logique de confiance a priori et de contrôle a posteriori se substituera à la logique de contrôle a priori.

b) Accompagner l'évolution de l'offre médico-sociale en faveur des personnes âgées

Au regard du taux d'équipement départemental, aucun nouvel EHPAD ne sera créé sur la durée du schéma. En revanche, le Département poursuivra son soutien financier aux restructurations et réhabilitations d'établissements.

A périmètre de places constant, des évolutions en matière de modalités de prise en charge pourront être soutenues au cas par cas, afin d'adapter l'offre à l'évolution des besoins de la population. Il peut par exemple s'agir de création d'unités pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, de PASA (Pôle d'Activité et de Soins Adaptés), voire de relocalisation de places d'USLD en fonction des besoins médicaux des personnes âgées constatés sur les différents territoires.

Pour ce qui concerne les établissements de petite capacité, leur situation géographique, souvent rurale, constitue une réponse territoriale de proximité de qualité à maintenir. Toutefois, le fonctionnement de ces structures reste fragile et l'équilibre financier souvent précaire. Il conviendra, en conséquence, pour certaines structures, d'étudier au cas par cas des solutions adaptées pour préserver leur implantation sur le territoire.

Pour les structures d'hébergement non médicalisées, 9 établissements de type EHPA ou résidences autonomie sur 12 sont implantés dans le secteur rural. Afin de rééquilibrer l'offre sur le territoire, et de prendre en compte l'importance du bassin de vie de Dijon et son agglomération, une nouvelle offre en résidences autonomie sera proposée sur ce secteur.

Enfin, l'accueil familial, peu connu des personnes âgées, fait l'objet de campagnes d'informations auprès du grand public car il propose aux personnes âgées une vie à domicile sécurisante.

c) Accompagner l'évolution de l'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées

Les propositions à destination des personnes handicapées visent à promouvoir des solutions alternatives et/ou complémentaires à l'accueil en structures médico-sociales traditionnelles (établissements et services).

Cela se traduit, par exemple, par l'émergence d'expérimentation d'habitat inclusif que la loi portant Evolution du Logement de l'Aménagement et du Numérique (ELAN) du 16 octobre 2018 fait entrer dans le droit commun.

L'ARS lance également, dans cette même dynamique, des appels à projets pour des dispositifs innovants d'aide aux parents d'enfants souffrant de troubles du spectre autistique ou d'appui aux établissements accueillant des adultes autistes.

On observe aujourd'hui de fortes tensions au niveau des demandes tant pour le public enfant que le public adulte, et tout particulièrement pour des handicaps lourds qui requièrent d'importantes compétences médicales et paramédicales.

Sur le secteur adulte, en lien avec la stratégie quinquennale du handicap, trois priorités sont retenus :

- **Privilégier les situations des personnes les plus lourdement handicapées**
- **Favoriser la vie à domicile pour les personnes handicapées**
- **Renforcer la prise en compte des personnes handicapées vieillissantes**



STRATEGIE QUINQUENNALE DE L'EVOLUTION DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP (2017-2021)

Une enveloppe de 3 millions d'euros va être allouée au Département de la Côte-d'Or par l'ARS, pour des créations et transformations de places.

L'ARS consacra une partie de l'enveloppe quinquennale au secteur enfance. Ces crédits permettront de renforcer les moyens des Instituts Médico-Educatif (IME) en vue d'accueillir des jeunes plus lourdement handicapés ainsi que des Service d'Éducation Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD).

Fiche action 3.1 : Poursuivre les opérations de restructuration du bâti des EHPAD

<p>Contexte</p>	<p>La progression du niveau de dépendance des personnes âgées accueillies en EHPAD et l'évolution de leur pathologie nécessite des adaptations architecturales des établissements.</p> <p>De nombreux établissements ont engagé une restructuration de leurs bâtiments pour les adapter à l'accueil de personnes âgées dépendantes et un effort important d'investissement a été réalisé depuis une dizaine d'années :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 30 % de la capacité du secteur hospitalier reconstruite ou restructurée, - 25 % de la capacité du secteur public reconstruite, - 155 places construites en 10 ans pour les EHPAD privés habilités. <p>Le Département contribue au financement de ces opérations dans le cadre du programme Aide à l'investissement en faveur des établissements médico-sociaux de compétence départementale.</p> <p>Dans ce cadre, plusieurs opérations sont en cours :</p> <ul style="list-style-type: none"> - rénovation du bâtiment « la Tour » de l'EHPAD du Centre Sospitalier d'Is-sur-Tille, - reconstruction de l'EHPAD de Laignes, - reconstruction sur le site de Nuits-Saint-Georges de l'EHPAD du Centre Hospitalier « Hospices Civiles de Beaune », - restructuration de l'EHPAD « le Champ de Mars » à Selongey, - restructuration de l'EHPAD du Centre hospitalier d'Auxonne, - reconstruction de l'EHPAD Saint-François à Saint-Julien, en extension de l'EHPAD Saint-Joseph. <p>D'autres projets sont actuellement à l'étude et en particulier : extension de l'EHPAD de Longvic, reconstruction du site « Les Marguerites » de l'Etablissement Public Communal d'Accueil de Personnes Agées de la ville de Dijon, reconstruction sur un seul site des EHPAD « domiciles protégés » de la FEDOSAD, reconstruction ou réhabilitation de l'EHPAD de Sombornon.</p>
<p>Modalités d'action</p>	<p>Poursuivre, en application du règlement d'intervention du Conseil Départemental, en lien avec les gestionnaires d'établissement et les maîtres d'ouvrage de la partie immobilière, le travail d'appui et d'accompagnement des projets de restructuration pour adapter les établissements à l'accueil de la grande dépendance tout en maîtrisant l'évolution des prix de journée.</p>
<p>Calendrier de mise en œuvre</p>	<p>2019-2023</p>
<p>Indicateurs de suivi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de places rénovées - Evolution du nombre de chambres comportant une salle de bain

Fiche action 3.2 : Créer deux Résidences autonomie sur Dijon et son agglomération

<p>Contexte</p>	<p>En Côte-d'Or, l'offre d'hébergement pour les personnes âgées non dépendantes (EHPA et Résidences autonomie) est inférieure aux moyennes nationales et régionales.</p> <p>Ces établissements sont principalement implantés dans les territoires ruraux.</p> <p>Par ailleurs, depuis la loi ASV, sous réserve d'avoir conclu un CPOM avec le Département, les résidences autonomie bénéficient d'un forfait autonomie, versé par la Conférence des Financeurs de la prévention de la perte d'autonomie. Ces crédits complémentaires permettent de financer des actions de prévention collectives pour les résidents et les personnes âgées du territoire.</p> <p>Le schéma prévoit de développer, sur le bassin de vie dijonnais, actuellement peu équipé, de nouvelles résidences autonomie qui jouent un rôle important en matière de prévention et constituent une réponse intermédiaire intéressante entre le domicile et l'EHPAD.</p>
<p>Modalités d'action</p>	<p>Sur le bassin de vie dijonnais, il est envisagé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La création d'une résidence autonomie d'une capacité de 24 places pour personnes âgées et 6 places pour personnes handicapées vieillissantes, ces dernières bénéficiant de l'habilitation à l'aide sociale. - La création d'une résidence autonomie d'une capacité se situant entre 60 et 80 places, non habilitée à l'aide sociale.
<p>Calendrier de mise en œuvre</p>	<p>Un appel à projet sera ouvert sur la période 2019-2020 pour une ouverture envisagée sur la période 2022-2023</p>
<p>Indicateurs de suivi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de places créées en résidences autonomie
<p>Convergence des publics</p>	<p>La création des 6 places dédiées aux personnes handicapées vieillissantes permettra d'ouvrir une nouvelle possibilité d'hébergement.</p>

Fiche action 3.3 : Accompagner la mise en œuvre des projets autorisés dans le secteur du handicap

<p>Contexte</p>	<p>Dans le secteur du handicap, l'offre a fortement évolué ces dernières années en Côte-d'Or, + 15 % depuis 2008, en particulier au titre des places FAM et en accompagnement à domicile (SAVS, SAMSAH).</p> <p>Compte tenu des fortes tensions au niveau des demandes tant sur le secteur de l'enfance que sur le secteur adulte, et tout particulièrement pour des handicaps lourds qui requièrent d'importantes compétences médicales et paramédicales, le Département accompagnera la réalisation de plusieurs projets déjà autorisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - extension de 12 places du FAM ACODEGE à Beire-le-Chatel - extension de 12 places du Centre de jour "Le Sillon" Arche sur Dijon-Chenôve - reconstruction du FAM AGES-ADAPEI à Fontaine-Française et transfert de 11 places sur le FAM AGES-ADAPEI à Is-sur-Tille <p>S'ajouteront à ces projets, la création de nouvelles places d'accueil de jour en FAM.</p> <p>Il est important de rappeler que chaque structure nouvelle devra accueillir prioritairement des jeunes relevant de l'amendement Creton, dispositif législatif permettant le maintien temporaire de jeunes adultes de plus de 20 ans en établissements pour enfants dans l'attente d'une place dans un établissement pour adultes.</p>
<p>Modalités d'action</p>	<p>Appui et accompagnement des gestionnaires et des maitres d'ouvrage de la partie immobilière des projets autorisés et soutien financier sur l'investissement tout en maîtrisant l'évolution des prix de journée</p>
<p>Calendrier de mise en œuvre</p>	<p>Les ouvertures de places pour les projets précités s'échelonnaient entre 2019 et 2021</p>
<p>Indicateurs de suivi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de places créées - Suivi des orientations des personnes vers ces établissements

Fiche action 3.4 : Créer des places d'accueil de jour en Foyer d'Accueil Médicalisé

Contexte	<p>Dans le cadre de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale pour les personnes en situation de handicap (2017-2021), l'ARS et le Conseil départemental se sont concertés afin de proposer notamment la création d'un accueil de jour de 12 places en Foyer d'Accueil Médicalisé sur l'agglomération Dijonnaise qui n'en dispose pas.</p> <p>Ce projet s'inscrit dans le contexte nouveau porté par la démarche « Une Réponse Accompagnée Pour Tous » destinée à faire évoluer les modalités d'accueil des personnes handicapées et mieux répondre à leurs besoins.</p> <p>S'ajouteront à cette création nouvelle, plusieurs projets relevant de la compétence de l'ARS : création de 6 places de MAS polyhandicap, ouverture de la MAS du Centre Hospitalier La Chartreuse à Dijon (42 places).</p>
Modalités d'action	<ul style="list-style-type: none">- Création d'un accueil de jour de 12 places en Foyer d'Accueil Médicalisé sur l'agglomération dijonnaise.- Réflexion sur les modalités d'ouverture de cet accueil de jour, du lundi au samedi sur l'ensemble de l'année.
Calendrier de mise en œuvre	<p>Un appel à projet sera ouvert en 2019 par le Conseil Départemental et l'ARS</p>
Indicateurs de suivi	<ul style="list-style-type: none">- Nombre de places créées- Suivi des orientations des personnes vers ces établissements

Fiche action 3.5 : Accompagner la création d'un dispositif expérimental au bénéfice d'enfants handicapés

<p>Contexte</p>	<p>Les professionnels du secteur sanitaire (pédiatrie et pédo-psychiatrie), du secteur médico-social, et de la protection de l'enfance s'accordent pour considérer que, sur le département de la Côte-d'Or, un certain nombre de jeunes (environ 25 en 2018) se trouvent en situation très complexe dans plusieurs dimensions.</p> <p>Les prises en charge qui leur sont aujourd'hui proposées ne sont pas adaptées, en particulier, à la nature de leurs troubles psychiques et comportementaux.</p> <p>Les difficultés auxquelles se trouvent, en conséquence, confrontées leurs familles peuvent conduire certains d'entre eux à un placement au service de l'aide sociale à l'enfance du Département, soit en établissement, soit en famille d'accueil, soit à domicile.</p> <p>Le parcours de ces jeunes qui relèvent à la fois d'une prise en charge par le secteur social, sanitaire et médico-social se caractérise par une succession de ruptures qui ne permet pas d'apporter de réponses adaptées à leurs problématiques.</p> <p>Dans le cadre de la stratégie quinquennale du handicap, l'ARS et le Conseil Départemental ont souhaité rédiger, en commun, un cahier des charges pour la création d'une structure adaptée à la prise en charge de ces situations qui reposera également sur le renforcement de la prévention.</p>
<p>Modalités d'action</p>	<p>L'ARS, en lien avec le Conseil Départemental, propose la création d'un dispositif expérimental s'appuyant sur deux dimensions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un appui aux professionnels des services de prévention et de protection de l'enfance du Conseil Départemental et aux familles afin d'éviter les placements par défaut à l'Aide Sociale à l'Enfance ; - un accueil de répit ouvert 365 jours, de 5 à 6 places, pour les mineurs en situation de handicap très complexe pour une durée limitée dans le temps et permettant le retour du jeune dans sa structure d'origine. <p>Lancement de l'appel à projet en 2019.</p>
<p>Calendrier de mise en œuvre</p>	<p>Ouverture prévisionnelle de l'établissement 2nd semestre 2020-1er semestre 2021</p>
<p>Indicateurs de suivi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de places créées en accueil de répit - Nombre de mineurs accueillis - Nombre de situations suivies en appui des services de prévention du Conseil départemental

Fiche action 3.6. : Accompagner le vieillissement des personnes handicapées

Contexte	<p>La question du vieillissement des personnes en situation de handicap n'est pas nouvelle pour les Établissements et Services Médico-Sociaux. Mais le nombre de personnes concernées, en constante augmentation, conjugué à la dégradation accélérée de leur état de santé et au développement de troubles du comportement met les professionnels en difficulté.</p> <p>En Côte-d'Or, le Conseil Départemental a inscrit, dès 2000, le principe du maintien de la personne dans son lieu de vie (domicile ou établissement), dès lors qu'il répond à son projet de vie, dans la limite des possibilités d'accompagnement. C'est pour cette raison que quelques foyers d'hébergement ont vu leur capacité légèrement augmentée pour permettre d'accueillir de nouveaux jeunes résidents travaillant en ESAT.</p> <p>Cinq petites unités de vie pour personnes handicapées vieillissantes, représentant 54 places, ont par ailleurs été créées.</p> <p>Au total, 170 personnes sont aujourd'hui hébergées en EHPAD.</p> <p>Le Projet Régional de Santé a, quant à lui, prévu le développement de l'accompagnement des personnes handicapées à domicile par la création de places de SSIAD et de SAMSAH.</p> <p>Le groupe de travail mis en place par l'ARS sur le sujet permettra par ailleurs de poursuivre et d'enrichir la réflexion sur le sujet.</p> <p>Le schéma propose un complément de réponse à l'augmentation croissante des besoins en créant deux nouvelles unités destinées aux personnes handicapées vieillissantes en EHPAD, par redéploiement de places. D'autres pistes pourront être mises en œuvre sur la durée du schéma en fonction de l'avancée des réflexions régionales et départementales sur le sujet.</p>
Modalités d'action	<p>Plusieurs pistes d'actions sont envisagées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Créer deux unités destinées aux personnes handicapées vieillissantes en EHPAD dans le cadre d'un projet partagé avec les établissements hébergeant des personnes handicapées de leur territoire. Ces projets seront mis en place à la suite de la transformation de places pour personnes âgées. Ils bénéficieront de postes supplémentaires pour l'accompagnement spécifique de ces personnes. - Conduire une mission départementale portant d'une part sur la qualité de l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes et d'autre part, sur l'analyse des besoins non couverts. - Expérimenter une unité PHV adossée à une résidence autonomie (cf. fiche action 3.2).
Calendrier de mise en œuvre	2019-2023
Indicateurs de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de places créées en unité d'accueil pour personnes handicapées vieillissantes en EHPAD et en résidences autonomie - Conclusions et propositions de la mission départementale et du groupe régional
Convergence des publics	<ul style="list-style-type: none"> - Meilleure connaissance des deux publics (âgés et handicapés) contribuant à une nouvelle dynamique en établissement - Evolution des pratiques des professionnels

Fiche action 3.7 : Développer les modes d'accueil inclusifs et l'accompagnement à domicile des personnes handicapées

Contexte	<p>Le maintien à domicile, reposant notamment sur une aide dans les actes de la vie quotidienne, et l'inclusion accompagnée des personnes handicapées sont deux axes essentiels de la politique départementale en faveur de ce public.</p> <p>Plusieurs actions du Conseil Départemental ont permis de créer les conditions favorables à la poursuite de cet objectif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un territoire couvert en totalité par les SAAD. - Un effort conséquent sur les créations de nouvelles places en SAVS et SAMSAH au cours des dernières années. - Une organisation des SAVS qui permet une réponse sur l'ensemble du territoire et une coopération engagée entre SAVS et SAMSAH facilitant les parcours des personnes. - Un dispositif d'accueil familial départemental qui s'appuie sur un partenariat avec le secteur de la psychiatrie. - Une expérimentation sur la fluidité du parcours entre foyer d'hébergement et domicile, garantissant à la personne la possibilité d'un retour en foyer. - Une mise en œuvre de PCH mutualisées. <p>La création par l'ARS, de nouvelles places de SSIAD dédiées aux personnes handicapées répond à ce même objectif.</p> <p>Par ailleurs, plusieurs offres d'habitat inclusif sont déjà présentes sur le département : résidences accueil, logements adaptés au sein d'unités de logements de droit commun, maisons partagées. Elles s'adressent à des personnes relevant de différentes catégories de handicap.</p>
Modalités d'action	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagner les initiatives en faveur de l'habitat inclusif en lien avec la DDDCS et l'ARS afin d'assurer les articulations avec les services d'accompagnement à domicile. - Veiller à la coopération entre SAVS et SAMSAH afin de faciliter les parcours ; - Inciter les bailleurs sociaux à assurer le repérage et le suivi des logements adaptés. - Engager une réflexion conjointe avec l'ARS en vue de renforcer l'inclusion raisonnée des personnes handicapées en établissement et à domicile.
Calendrier de mise en œuvre	2019-2023
Indicateurs de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de places ouvertes dans le cadre de l'habitat inclusif - Réalisation d'un bilan sur les expérimentations en cours - Nombre de réunions du comité de pilotage annuel commun aux SAVS et SAMSAH - Actions menées par les bailleurs sociaux pour assurer le repérage et le suivi des logements adaptés

Orientation n° 4 : Innover pour mieux prendre en compte l'utilisateur

La place des usagers est une question centrale du secteur médico-social depuis la loi n° 2002-2. L'action du Département vise depuis de nombreuses années à placer l'utilisateur au cœur de son action. A la faveur de la mise en œuvre de ce nouveau schéma de l'autonomie, le Département souhaite réaffirmer la place de l'utilisateur et conduire, en particulier, deux actions transversales innovantes :

- la mise en place d'une démarche de « gestion de la relation usager » pour faciliter les démarches et l'accès aux droits ;
- engager une dynamique pour favoriser l'accès à la nature, source de bien-être pour les personnes.

Fiche action 4.1 : Enclencher une démarche d'amélioration continue de qualité de service : l'usager au cœur de l'action du Département

Contexte	<p>Dans un contexte institutionnel complexe et s'appuyant sur des dispositifs multiples, les usagers sont à la recherche de réponses individualisées. De plus, les outils de communication se sont multipliés, impliquant une meilleure information des personnes et par conséquent une plus grande exigence de leur part.</p> <p>A cet égard, les administrations se sont organisées afin de mieux répondre à ces attentes, de façon plus rapide et transparente. Cette évolution s'est notamment appuyée sur le développement de la culture de l'évaluation et de la mesure de la satisfaction des usagers.</p> <p>Comme le souligne Jacques LADSOUS dans « La place des Usagers, <i>« Le droit des usagers n'est pas nouveau. Mais il trouve aujourd'hui une légitimité juridique et législative. »</i></p> <p>A titre d'exemple, en 2005, une place a été donnée aux représentants d'usagers dans la gouvernance des Groupements d'Intérêts Publics des MDPH.</p> <p>Récemment, la loi du 10 août 2018 pour un Etat au service d'une société de confiance répond à ce souci de simplification de la relation à l'usager avec deux piliers : « faire confiance » et « faire simple ».</p> <p>Au travers de ce schéma, le Département souhaite s'engager dans une démarche de Gestion de la Relation Usagers.</p>
Modalités d'action	<p>Pour une administration départementale plus à l'écoute, plus efficace, plus réactive, il est proposé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - De faciliter la relation avec l'usager : développement des usages numériques, amélioration de la qualité de l'accueil physique et téléphonique, démarche continue de sensibilisation et de formation des professionnels, ... - D'évaluer la satisfaction des usagers à partir d'outils de mesure - De conforter la participation de l'usager et/ou de leurs représentants : mobilisation des membres du CDCA de Côte-d'Or
Calendrier de mise en œuvre	2019-2023
Indicateurs de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de formations et d'actions de sensibilisation réalisées auprès des agents du Département - Résultats des enquêtes de satisfaction - Taux de décroché lors des appels téléphoniques - Nombre de demandes déposées en ligne

Fiche action 4.2 : L'accès à la nature comme vecteur d'inclusion et de bien-être

<p>Contexte</p>	<p>En 2018, dans le cadre du programme Erasmus + de l'Union Européenne, plusieurs organismes ont contribué à l'élaboration d'un guide nature et handicap « La nature moi aussi j'y ai droit ».</p> <p>Ce projet est né du constat d'un accès difficile pour les personnes en perte d'autonomie à la nature.</p> <p>Or, plusieurs études démontrent le rôle important de la nature dans notre quotidien, humeurs, comportements et émotions dépendent de la présence de la nature. Bien-être, santé et nature sont liés. Les Anglo-saxons parlent ainsi de vitamine G (Green vitamine), faisant référence au rôle essentiel joué par les plantes, les arbres et les fleurs qui nous entourent ainsi qu'aux bienfaits qu'ils nous procurent.</p> <p>L'ensemble des bienfaits psychologiques, physiologiques et sociaux que procure l'immersion dans la nature contribuent à la bonne santé des individus.</p> <p>Le Département étant un acteur de premier plan de la santé au sens de l'OMS, il agit, dans le cadre de ses compétences, sur la qualité de vie des personnes en perte d'autonomie. Aussi, il souhaite s'engager dans le cadre du présent schéma à soutenir des actions portant sur l'accès à la nature, en associant les usagers.</p>
<p>Modalités d'action</p>	<p>Sur la durée du schéma, des actions sur l'accès à la nature seront mises en œuvre soit par les services du Département, soit par des opérateurs extérieurs dans le cadre d'appels à projets.</p> <p>Différents vecteurs devront être mobilisés : accessibilité de sites, pratiques sportives, visites pédagogiques adaptées, ...</p>
<p>Calendrier de mise en œuvre</p>	<p>2019-2023</p>
<p>Indicateurs de suivi</p>	<p>- Nombre d'actions réalisées</p>

Glossaire

A

- AAH** Allocation Adultes Handicapés
- ACTP** Allocation Compensatrice pour Tierce Personne
- APA** Allocation Personnalisée d'Autonomie
- ARS** Agence Régionale de Santé
- ASE** Aide Sociale à l'Enfance
- ASV** (loi) Adaptation de la Société au Vieillissement

C

- CAJ** Centre d'Accueil de Jour
- CASF** Code de l'Action Sociale et des Familles
- CDCA** Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie
- CDAPH** Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
- CDCPH** Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées
- CDF** Conférence des Financeurs
- CLS** Contrat Local de Santé
- CNSA** Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
- CODERPA** Comité Départemental des Retraités et des Personnes Agées
- COMEX** Commission Exécutive
- COS** Cadre d'Orientation Stratégique
- CPOM** Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

E

- ESAT** Etablissement et Service d'Aide par le Travail (anciennement CAT)
- ESMS** Etablissement et Services sociaux et Médico-Sociaux
- EHPA** Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées
- EHPAD** Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

F

FAM Foyer d'Accueil Médicalisé

G

GCS Groupement de Coopération Sanitaire

GEM Groupe d'Entraide Mutuelle

GIP Groupement d'Intérêt Public

GIR Groupe Iso-Ressources

GMP GIR Moyen Pondéré

GOS Groupe Opérationnel de Synthèse

I

IME Institut Médico-Educatif

IMP Institut Médico-Pédagogique

INSEE Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

ITEP Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique

M

MAIA Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

MAS Maison d'Accueil Spécialisée

MDA Maison Départementale de l'Autonomie

MDPH Maison Départementale des Personnes Handicapées

O

OMS Organisation Mondiale de la Santé

P

PAG Plan d'Accompagnement Global

PASA Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

PCH Prestation de Compensation du Handicap

PRAPS Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes démunies

PRS Projet Régional de Santé

S

SAAD Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

SAMSAH Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SAVS Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SESSAD Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile

SPASAD Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile

SRS Schéma Régional de Santé

U

UHR Unité d'Hébergement Renforcée

USLD Unité de Soins de Longue Durée

Chiffres clés 2017 de la politique départementale de l'autonomie

❖ Budget 2017 de la politique départementale autonomie

PERSONNES AGEES (en M € - CA 2017)			
Dépenses		Recettes	
APA à domicile	18,2	Aide Sociale (participations, successions)	18,2
APA en établissement	23,6	APA (CNSA, indus)	17,7
Aide Sociale (Etablissements, Accueil familial)	30,6	Conférence financeurs	0,9
ACTP	0,9	MAIA	0,7
Conférence financeurs	0,8	Autre	0,1
Autre	0,3		
TOTAL	74,4	TOTAL	37,6
PERSONNES HANDICAPEES (en M € - CA 2017)			
Dépenses		Recettes	
Aide sociale établissement	50,9	Aide sociale	11,3
SAVS SAMSAH	2,6	PCH (CNSA, indus)	5
PCH/ACTP	16,4		
MDPH	0,7		
TOTAL	70,6		16,3
TOTAL PA / PH	145		53,9

LES PERSONNES AGEES

❖ Démographie

Projection de population à l'horizon 2030 - Côte-d'Or - Scénario central										
Mis à jour : 12/2008 Source : Insee, modèle OMPHALE.										
Années	Population au 1er janvier (milliers)	tranche d'âge								
		en % de la population			en nombre					
		60-79 ans	80 ans et plus	> 60 ans	60-79 ans	évolution annuelle	80 ans et plus	évolution annuelle	total > 60 ans	évolution annuelle
2010	520 990	17,4	5,3	22,7	90 492		27 699		118 191	
2015	526 508	19,0	5,9	24,9	100 205	11%	30 883	11%	131 088	11%
2020	529 789	20,8	6,1	26,9	110 026	10%	32 227	4%	142 253	9%
2025	530 821	22,4	6,3	28,7	118 946	8%	33 267	3%	152 213	7%
2030	530 262	22,5	7,8	30,3	119 081	0%	41 419	25%	160 500	5%
						évolution 2030/2010		évolution 2030/2010		évolution 2030/2010
						32%		50%		36%

Projection évolution population âgée dépendante

Source : Insee 2015			
Année	2014	2020	2030
Nombre de personnes âgées dépendantes	12 000	13300	15100

❖ Les actions de prévention de la perte d'autonomie

Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie

Axes d'action	Crédits adoptés par la CDF 2017
Axe 1 : Amélioration de l'accès aux équipements et aides techniques	51 000 €
Axe 2 : Forfait autonomie à destination des résidences autonomie	67 000 €
Axe 6 : Autres actions collectives de prévention	
Axe 6.1 : Développer des actions de prévention favorisant le bien vieillir	321 000 €
Axe 6.2 : Développer des actions de prévention favorisant le lien social	165 000 €
Axe 6.3 : Développer des actions de prévention portées par les collectivités et les services à domicile	213 822 €
Axe 6.4 : Développer les actions à destination des personnes handicapées vieillissantes	70 000 €
TOTAL	887 822 €

❖ L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile

Demandes reçues	
première demande	2728
révision	2824
renouvellement	182
TOTAL	5734

5 233 visites à domicile ont été réalisées en 2017 par les travailleurs sociaux du Département

Nombre de bénéficiaires de l'APA (droits ouverts) au 31/12/17			
GIR 1	54	0,9%	15%
GIR 2	814	13,6%	
GIR 3	1306	21,9%	85%
GIR 4	3790	63,5%	
TOTAL	5964		

	Plan moyen APA	Montant plafond
GIR 1	1 172 €	1 719 €
GIR 2	831 €	1 381 €
GIR 3	587 €	997 €
GIR 4	310 €	665 €

Evolution heures prestataires payées	
2015	1 035 615
2016	1 028 877
2017	1 028 255

Fréquence des types d'aides dans les plans APA	
garde de nuit	0,10%
accueil de jour	4,20%
portage de repas	14,70%
produits d'hygiène	27,20%
téléalarme	32,60%
aide à domicile	97,20%

❖ **L'APA en établissement**

5 341 bénéficiaires de l'APA en établissement en 2017

Dépenses APA (CA 2017)	
APA à domicile versée au prestataire	14 970 463 €
APA à domicile versée au bénéficiaire	3 289 007 €
APA en établissement	23 591 653 €
TOTAL	41 851 123 €
Recettes APA	
Participation de la CNSA / APA1	15 150 105 €
Participation de la CNSA / APA2	2 052 000 €
Indus	479 082 €
DEPENSES NETTES APA	24 169 936 €

❖ **Les types d'accompagnement à domicile dans le cadre de l'APA**

TARIFS 2017	
tarif de référence départemental horaire semaine APA	17,59 € puis 18,59 € au 1/9/17

Nombre d'heures APA à domicile hors prestataire en 2017	
mandataire	8 282
gré à gré	212 907
TOTAL	221 189

❖ Aide sociale et autres dépenses

Les bénéficiaires :

Nombre de places habilitées à l'aide sociale	4823
Nombre de bénéficiaires	1296

Dépenses de fonctionnement (aide sociale) :

Dépenses Aide Sociale	
Accueil familial	725 228 €
Frais de séjour en établissement	29 830 269 €
TOTAL	30 555 497 €
Recettes Aide Sociale	
Recouvrement sur succession	3 050 881 €
participation des PA au frais d'hébergement (retraites, Alloc logement etc.)	14 120 227 €
recouvrement sur tiers payant (obligés alimentaires)	1 063 874 €
TOTAL	18 234 982 €
Dépenses nettes Aide Sociale	12 320 515 €
	40%

Dépenses de fonctionnement (autres dépenses) :

Autres dépenses	
ACTP PH > 60 ans	939 589 €
services ménagers, frais de repas	91 196 €
frais d'acte et de contentieux	197 €
frais d'inhumation	1 601 €
remboursement de frais à des tiers	2 765 €
TOTAL	1 035 348 €

aide à domicile 2017	
Services ménagers	
nombre moyen bénéficiaires	29
dépenses	72 034 €
portage de repas	
nombre moyen bénéficiaires	9
dépenses	19 162 €

❖ L'accueil en établissements

Catégorie d'établissements EHPAD et USLD	Nombre d'établissements	Nombre de places	%	dont...			
				places accueil de jour	places accueil temporaire	personnes handicapées vieillissantes	USLD
Centres Hospitaliers	14	2028	32%	32	19		162
Etablissements publics autonomes	12	909	14%	9	10		
Etablissements privés habilités et partiellement habilités	50	3006	47%	18	80	54	30
Etablissements privés non habilités	7	476	7%	10	26		
TOTAL	83	6 419		69	135	54	192

Catégorie d'établissements	Nombre d'établissements	Nombre de places
EHPA / Résidence Autonomie	12	416

Accueils spécifiques en	Nombre de places	Nombre d'établissements
Unité Personnes Handicapées en EHPAD	54	5
Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA)	196	15
Unité d'Hébergement Renforcée (UHR)	14	1

Catégorie d'établissement	Prix de journée moyen hébergement
EHPAD hôpitaux	52,35 €
EHPAD publics	55,79 €
EHPAD privés totalement habilités	66,71 €
EHPAD privés partiellement habilités	67,39 €

Catégorie d'établissement	Montant mensuel moyen supporté par le résident
EHPAD hôpitaux	de 1350 € à 1790 €
EHPAD publics	de 1500 € à 1870 €
EHPAD privés totalement habilités	de 1500 € à 2800 €

Groupe iso-ressource	Prix de journée dépendance moyen
GIR 1/2	20,90 €
GIR 3/4	13,27 €
GIR 5/6	5,63 €

Subventions d'investissement en faveur des établissements					
	2013	2014	2015	2016	2017
secteur personnes âgées	53 321,00 €	3 326 823,40 €	1 188 984,00 €	957 608,00 €	392 406,30 €

En matière d'investissement, le taux d'aide du Département est de 15 % du montant (hors taxes) des travaux. Il est plafonné à 45 735 €, pour les places habilitées à l'aide sociale.

❖ Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

Budget de la MAIA 2017	
ARS	660 000 €
Conseil départemental	106 400 €
Total	766 400 €

TERRITOIRE	Nombre de partenaires rencontrés 2016	Nombre de partenaires rencontrés 2017
BEAUNE	17	17
DIJON	15	39
GENLIS TALANT - CHENOVE	55	58
MONTBARD	40	42
TOTAL	127	156

Au cours de l'année 2017, 94 situations ont été suivies et/ou ont fait l'objet d'une évaluation. 90 dossiers sont en cours de traitement au 31 décembre 2017 (gestion de cas et évaluation).

LES PERSONNES HANDICAPÉES

❖ L'activité de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) de Côte-d'Or

Activité de la MDPH

4
COMEX

711
visites médicales

41 CDAPH restreintes
+ 2 CDAPH plénières

4,4 mois de délais
moyen de traitement
des demandes

550
réunions d'Équipe
Pluridisciplinaire
d'Instruction (EPI)

607 visites à domicile
(ergothérapeutes
+ travailleurs
médico-sociaux)

23 demandes
déposées par an pour
1000 habitants
(moyenne nationale :
26 en 2016)

298 personnes
reçues en comité
restreint

Budget de la MDPH 2017

Investissement	28 077 €
Fonctionnement	2 070 472 €
Fonds de compensation	197 895 €
Valorisation des mises à disposition (personnels et moyens)	437 585 €
Total	2 734 029 €

		2014	2015	2016	2017
ACTIVITE DE LA CDA					
CDA restreinte Adulte	Nombre de dossiers	8 471	8 886	8 633	8 713
	Nombre de décisions rendues	18 636	20 628	21 567	24 658
CDA restreinte PCH	Nombre de dossiers (= décisions rendues)	2 291	2 556	2 517	2 870
CDA restreinte Enfance	Nombre de dossiers	2 259	2 107	1 956	2 466
	Nombre de décisions rendues	3 389	3 675	3 732	4 463
TOTAL DECISIONS		24 316	26 859	27 816	31 991
		2014	2015	2016	2017
DETAIL DES PRINCIPALES PRESTATIONS (décisions de la CDAPH)					
SECTEUR ADULTE vie sociale	Allocation Adulte Handicapé	3 746	3 988	4 031	4 286
	Complément de ressource	1 701	1 776	1 781	1 990
	Allocation Compensatrice Tierce Personne	158	121	80	86
	Carte d'Invalidité	4 931	3 292	3 150	2 040
	Carte de Priorité	1 589	1 978	1 915	1 051
	CMI/CSPH				3 144
	Orientation vers établissements et services	1 157	1 373	1 664	1 116
SECTEUR ADULTE Emploi	Orientation Professionnelle	3 390	3 814	4 573	5 170
	Reconnaissance travailleur handicapé	3 930	4 286	4 573	5 381
SECTEUR ADULTE PCH	Visites à domicile réalisées (dont ACTP)				
		1209	NR	NR	607
SECTEUR ADULTE Activité Médicale	nombre de visites médicales	1 198	1 303	1 081	711
SECTEUR ENFANCE	Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH)	1068	1046	1005	1459
	Complément d'AEEH	454	453	411	730
	Carte d'Invalidité	294	240	200	154
	Carte de Priorité	66	53	65	56
	CMI/CSPH				309
	Auxiliaire de Vie-Scolaire	510	525	616	867
	Orientation vers établissements et services (y compris établissements scolaires)	999	1357	1117	1118
	Prestation de Compensation du Handicap	248	240	232	289
	Nombre d'élèves scolarisés (année scolaire)	1477	1674	1882	1982
	Amendement Creton	70 (flux)	92	86	55

		2014	2015	2016	2017
DISPOSITIF DEPARTEMENTAL POUR L'AUTONOMIE (DDA)					
FDC	dossiers présentés à la Commission des Financiers	203	233	208	222
	montant engagé	238 502 €	173 797 €	186 254 €	273 561 €

Nombre de Plans d'Accompagnement Globaux (PAG)	16
Nombre de Groupes Opérationnels de Synthèse (GOS)	43

❖ L'intervention à domicile : données sur la Prestation de Compensation du Handicap (PCH)

Dépenses PCH (CA 2017)	
Adultes	13 177 508 €
Enfants	1 290 321 €
Total	14 467 829 €
Recettes PCH	
CNSA	4 718 040 €
Indus	278 700 €
DEPENSES NETTES	9 471 089 €

65%

PLAN MOYEN ANNUEL PCH	6 834 €
------------------------------	----------------

Bénéficiaires PCH	
Effectifs (droits payés)	2117
<i>dont</i>	
Adultes	1990
Enfants	127

ACTP	
Bénéficiaires	246
Dépenses	1 835 046 €

Type d'intervention PCH	montant	nombre de bénéficiaires	%
Service prestataire	3 900 129 €	588	26%
dédommagement familial	3 962 641 €	1213	53%
Emploi direct	1 747 377 €	163	7%
forfait surdité	986 732 €	212	9%
forfait cécité	799 133 €	108	5%
Service mandataire	134 553 €	4	

❖ L'accueil en établissements

Les capacités :

Catégorie d'établissement	Nombre	Nombre de places
Foyers d'Hébergement	11	689
Foyers de Vie	4	161
centre d'activité de jour	9	143
Foyers d'accueil médicalisé	8	290
SOUS-TOTAL établissements	32	1283
SAVS	3	356
SAMSAH	2	89
SOUS-TOTAL SAVS SAMSAH	5	445
TOTAL	37	1728

Le financement des établissements :

Catégorie d'établissement	Nombre	Dépenses brutes
Foyers d'hébergement	11	23 672 206 €
Foyers d'accueil médicalisé	8	13 670 670 €
Foyers de vie (hébergement et activité de jour)	4	9 457 070 €
SAVS + SAMSAH	5	2 611 207 €
Centre d'Activité de Jour	6	2 353 441 €
TOTAL	34	51 764 594 €

Catégorie d'établissement	Coût annuel à la place (CA 2016)	prix de journée
Foyers d'hébergement	32 196 €	104,23 €
Foyers de vie	46 569 €	153,18 €
Centre d'activités de Jour	18 987 €	87,86 €
Foyers d'accueil médicalisé	33 836 €	135,37 €
		dotation globale
SAVS	5 403 €	1 797 545 €
SAMSAH	6 223 €	725 988 €

Subventions versées					
secteur personnes handicapées	2013	2014	2015	2016	2017
	113 194,13 €	293 619,20 €	171000	- €	112 600,00 €

En matière d'investissement, le taux d'aide du Département est de 15% du montant (hors taxes) des travaux. Il est plafonné à 45 735 €, pour les places habilitées à l'aide sociale.

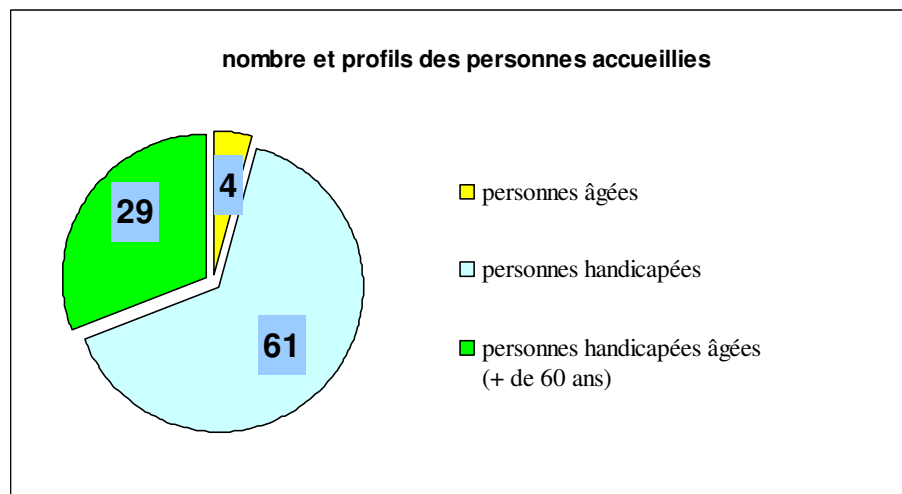
❖ L'aide sociale

Personnes handicapées bénéficiaires de l'aide sociale	Au 31/12/2017
En établissement d'hébergement de personnes handicapées	1 377
En établissement d'hébergement de personnes âgées	163

L'ACCUEIL FAMILIAL PERSONNES AGEES ET HANDICAPEES

94 personnes sont accueillies au 31 décembre 2017 en Côte-d'Or.

La Côte-d'Or compte 60 accueillants, dont 7 couples pour une capacité totale de 124 places



Avis du CDCA de Côte-d'Or sur le projet de Schéma Départemental de l'Autonomie

Lors de sa réunion plénière du 19 décembre 2018, le CDCA de Côte-d'Or a pris acte du projet de Schéma Départemental Autonomie 2019-2023. Il a souhaité appeler l'attention du Conseil Départemental sur trois axes du plan d'actions.

Concernant l'accompagnement des parcours des personnes âgées et des personnes handicapées :

- Il est important de simplifier les démarches administratives, mieux informer les personnes et rendre lisibles les dispositifs portés par le Département.
- La formation des professionnels dans le contexte d'évolution des politiques de l'autonomie constitue un enjeu fort.
- Les difficultés d'accès aux outils numériques doivent être prises en compte pour toute personne fragilisée. Pour autant, les solutions numériques ne doivent pas se substituer aux relations humaines.
- Une attention doit être portée aux personnes isolées et aux personnes disposant de faibles ressources financières.
- Il est nécessaire d'accompagner les malades « jeunes » et personnes handicapées vieillissantes atteints de la maladie d'alzheimer ou présentant des troubles apparentés.

Concernant la vie à domicile et la prévention de la perte d'autonomie :

- Les actions de prévention doivent être mieux connues du grand public.
- Dans le cadre de la prévention, une attention particulière doit être portée sur les activités physiques adaptées, sur l'état de santé des personnes et l'implication des usagers dans les projets artistiques, vecteurs de lien social.
- Le maintien à domicile doit être garanti par :
 - l'intervention de professionnels formés et qualifiés,
 - des solutions de transports permettant un accès aux soins et aux services de proximité,
 - l'accès à des offres de répit pour les aidants et mise en place d'actions à destination des aidants,
 - l'accompagnement des personnes dans l'adaptation de leur logement.
- Le « tout inclusif » ne doit pas correspondre à la fermeture des établissements qui restent pour certaines personnes la solution la plus adaptée à leurs besoins.

Concernant l'accompagnement de l'évolution de l'offre médico-sociale sur le territoire :

- Les opérations de restructuration du bâti des EHPAD et l'amélioration permanente de la qualité du service doivent se poursuivre, en limitant l'augmentation des prix de journée.
- Une attention doit être portée à l'offre d'hébergement et de répit permettant d'accueillir des personnes atteintes de la maladie d'alzheimer et notamment les malades jeunes.
- Il est important de développer des solutions d'hébergement pour des jeunes handicapés sortant d'IME, pouvant s'appuyer sur les SAVS et foyers d'hébergement.
- Les solutions inclusives doivent pouvoir s'appuyer sur d'autres réponses, en cas de difficultés dans la prise en charge des personnes. Dans ce cas, les établissements et services médico-sociaux peuvent être des pôles de ressources et d'expertises.