

# SCHÉMA DÉPARTEMENTAL POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP



2023-2027



**ENTRE NOUS  
IL N'Y A  
QU'UN PAS.**





## PREAMBULE

Introduction de la Présidente du Conseil départemental de Lot-et-Garonne

## TABLE DES MATIERES

Préambule .....	4
<b>1 • Contexte d'élaboration du schéma départemental en faveur des personnes en perte d'autonomie.....</b>	<b>6</b>
Evolution des politiques publiques nationales .....	6
La loi du 28 décembre 2015 relative à l'Adaptation de la Société au Vieillissement.....	6
La loi du 26 janvier 2016 de Modernisation de Notre Système de Santé .....	7
la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées.....	7
LE PROJET SERAFIN-PH .....	8
Le décret n°2017-982 du 9 mai 2017 .....	8
Le Comité Interministériel du Handicap du 25 octobre 2018 .....	8
La loi du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel .....	9
La loi ELAN, portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique, du 23 novembre 2018.	9
Les communautés 360 - L'ordonnance du 23 mars 2020.....	10
Des rapports .....	10
Le déploiement du dispositif d'aide à la vie partagée.....	11
L'évolution des dispositifs d'appui à la coordination (DAC).....	12
la Réforme des services à domicile dans le cadre du projet de loi de finances de la sécurité sociale (PLFSS) 2022.....	12
Les enjeux du schéma départemental 2022-2026.....	13
Méthodologie de la démarche .....	14
<b>2 • Etat des lieux et éléments d'analyse.....</b>	<b>15</b>
Présentation globale du territoire et de sa population âgée et en situation de handicap.....	15
Une offre qui se structure sur le territoire et se diversifie .....	22
>> Un bon maillage territorial de l'offre à destination des personnes âgées et en situation de handicap .	22
>> Une diversification de l'offre .....	31
>> Des stratégies d'actions territoriales coordonnées.....	34
>> Un bilan très positif du schéma précédent, avec de nombreuses actions réalisées .....	36
Des besoins croissants au regard de la dynamique démographique du département .....	39
>> Une population vieillissante, avec des risques d'isolement et de précarité .....	39
>> Des besoins partiellement couverts .....	44
>> Des métiers et des structures en tension .....	53
<b>3 • Les axes stratégiques du schéma 2022-2026 .....</b>	<b>55</b>
<b>4 • Les fiches actions.....</b>	<b>57</b>
<b>5 • Conclusion .....</b>	<b>83</b>
<b>6 • Glossaire.....</b>	<b>84</b>

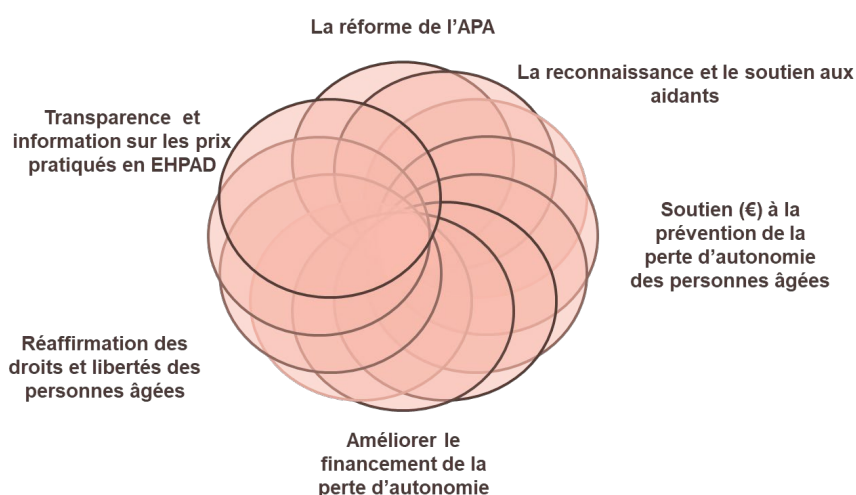
EVOLUTION DES POLITIQUES PUBLIQUES NATIONALES

LA LOI DU 28 DECEMBRE 2015 RELATIVE A L'ADAPTATION DE LA SOCIETE AU VIEILLISSEMENT

Les objectifs de la loi visent à anticiper les conséquences du vieillissement de la population et inscrire cette période de vie dans un parcours répondant le plus possible aux besoins des personnes en matière de logement, de transports, de vie sociale et citoyenne et d'accompagnement :

- La loi donne la priorité à l'accompagnement à domicile et à l'inclusion en milieu ordinaire
- La loi renforce les droits et libertés des personnes âgées pour une meilleure protection

Les principales mesures de la loi sont figurées dans le schéma ci-après :



En outre, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016 et celle relative à l'adaptation de la société au vieillissement de décembre 2015 ont modifié de façon importante les modes de financement des établissements et services médico-sociaux (ESMS) avec la conclusion désormais obligatoire de CPOM. Sont concernés les structures pour personnes âgées et celles pour personnes handicapées sous compétence exclusive ou conjointe du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et du Président du Conseil départemental.

La contractualisation s'inscrit dans une réforme plus globale du financement de ces établissements, la généralisation des CPOM étant indissociable de celle des états des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD), et de la mise en place d'une tarification fondée sur des bases objectives dans le champ du handicap créant une plus grande convergence tarifaire entre les établissements.

Enfin, la loi d'adaptation de la société au vieillissement a confié à la CNSA la mission de concevoir et de mettre en œuvre un programme « système d'information commun des maisons départementales des personnes handicapées ». Conduit comme un programme de transformation, il porte de forts enjeux de qualité de service et d'équité de traitement des usagers, de modernisation et de simplification. Grâce au système d'information,

les MDPH, les Départements, les Agences Régionales de Santé et l'ensemble des pouvoirs publics auront une meilleure connaissance des personnes handicapées et de leurs besoins. L'outil permettra une plus grande lisibilité de l'effectivité des décisions prises en matière d'orientation vers les ESMS.

## LA LOI DU 26 JANVIER 2016 DE MODERNISATION DE NOTRE SYSTEME DE SANTE

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

Cette réforme en profondeur nécessite de revoir l'ensemble des pratiques des opérateurs et des financeurs dans la lecture des besoins et la construction de l'offre de prestations.

La nomenclature SERAFIN PH constitue le nouveau référentiel du secteur et invite à raisonner davantage en termes de « prestation de service » que de « places ».

Quatre axes guident son déploiement :

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

## LA TRANSFORMATION DE L'OFFRE D'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES HANDICAPEES

La **CIRCULAIRE N° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées** dans le cadre de la démarche « une Réponse Accompagnée pour Tous », de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017- 2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016 résume ainsi la situation : « Les besoins exprimés par les personnes en situation de handicap ont évolué et la réponse sous la forme de « places » dans un établissement ou un service, si elle peut encore être pertinente, ne suffit plus pour tenir compte de la diversité des aspirations des personnes. »

« Le secteur médico-social doit être rénové pour davantage :

- partir des besoins et des attentes des personnes handicapées et de leurs aidants ;
- promouvoir leurs capacités et leur participation ;
- favoriser une vie en milieu ordinaire lorsque cela est possible et conforme aux souhaits de la personne ;
- répondre à la logique d'un « parcours » global alliant précocité des interventions et renforcement de l'inclusion sociale ;
- répondre à des besoins spécifiques et parfois complexes, en fonction du type de handicap ;
- anticiper, prévenir et gérer les ruptures de parcours. »

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, la démarche « une réponse accompagnée pour tous » est étendue à l'ensemble du territoire. Les personnes en situation de handicap peuvent alors pleinement faire valoir leur droit à l'élaboration

d'un plan d'accompagnement global si la décision de la CDAPH ne peut se concrétiser de manière satisfaisante. La mise en place de ce plan peut également être à l'initiative de la MDPH. L'enjeu ici n'est pas de prétendre à une prestation supplémentaire mais de permettre aux usagers de participer à la construction de leur accompagnement afin qu'il soit pleinement adapté à leurs besoins.

Ces dispositions actent la notion de parcours, parcours de vie, parcours de santé, parcours de soins et donc le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches.

### LE PROJET SERAFIN-PH

C'est suite à la CNH du handicap de 2014 que le **projet SERAFIN-PH** (Services et Établissements : Réforme pour une Adéquation des financements aux parcours des Personnes Handicapées) a vu le jour. Ce projet, porté par la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) et la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) a pour ambition de concevoir une allocation de ressources qui favorise le parcours des personnes handicapées au sein des établissements et services médico-sociaux. **Le but étant de passer d'une logique de place à une logique de parcours.** Ainsi, cette nouvelle logique dispositif intégré pour accompagner des enfants, des adolescents et des jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation conduit à :

- sortir d'une organisation qui repose actuellement sur la segmentation des réponses pour aller vers une organisation plus souple permettant des parcours individualisés ;
- garantir l'accès au droit commun en intervenant aussi sur l'environnement des personnes ;
- faciliter les articulations entre les champs médico-social, sanitaire et social, et leur complémentarité<sup>1</sup>.

### LE DECRET N°2017-982 DU 9 MAI 2017

Le décret du 9 mai 2017, **établit une nomenclature simplifiée des établissements et services sociaux et médicosociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques.**

Il vise à faciliter l'individualisation des parcours et la programmation de la réponse aux besoins collectifs, parallèlement au développement des coopérations entre établissements et services et dans le cadre des conditions minimales d'organisation et de fonctionnement dont ils relèvent, et sans préjudice des dispositifs intégrés prévus à l'article L.312-7-1 du code de l'action sociale et des familles, pour accompagner des enfants, des adolescents et des jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation.

### LE COMITE INTERMINISTERIEL DU HANDICAP DU 25 OCTOBRE 2018

Dans la continuité des précédents, le dernier CIH du 3 décembre 2019 a défini 22 nouvelles mesures de simplification destinées à faciliter le quotidien des personnes en situation de handicap.

Sans en faire une énumération exhaustive, on peut recenser les grandes thématiques suivantes :

- Elargissement de la notion de droit à vie à la prestation de compensation du handicap et à la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ;
- Diverses mesures en faveur des proches aidant, notamment indemnisation, défiscalisation, numéro unique d'appel ;
- Poursuite de l'amélioration des modalités d'accompagnement des élèves en situation de handicap (polyhandicap et enseignement agricole) ;

---

<sup>1</sup> [https://www.cnsa.fr/documentation/depliant\\_serafin\\_2018.pdf](https://www.cnsa.fr/documentation/depliant_serafin_2018.pdf)



- Amélioration de l'accessibilité au sens large, numérique, sport, culture, tarif préférentiel pour les transports collectifs terrestres pour les accompagnateurs, élargissement accès au transport adapté ;
- Amélioration de l'accès aux soins avec notamment une meilleure coordination du parcours de soins ;
- Mise en place d'un centre de ressources « Vie intime, sexuelle et accompagnement à la parentalité » dans chaque région pour les femmes en situation de handicap, leurs proches et les professionnels ;
- Lancement d'un plan massif de formation au bénévolat, intégrant la formation aux premiers secours, dans la perspective d'un engagement de 3000 bénévoles en situation de handicap pour les événements sportifs internationaux, et les Jeux Olympiques et Paralympiques de 2024 ;
- Diverses mesures en faveur de l'emploi :
  - o Plateforme numérique « emploi/formation »
  - o Accueil unique pôle emploi/cap emploi sur un site pilote par Région
  - o Augmentation du nombre de jeunes apprentis
  - o Service national universel ouvert à tous les jeunes
- Déploiement des premières équipes mobiles départementales croisant l'expertise de la protection de l'enfance et du médico-social pour mieux accompagner et prendre en compte les besoins particuliers des enfants en situation de handicap confiés à l'aide sociale à l'enfance.

#### LA LOI DU 5 SEPTEMBRE 2018 POUR LA LIBERTE DE CHOISIR SON AVENIR PROFESSIONNEL

La Loi du 5 septembre entend faciliter l'accès à l'emploi pour les personnes en situation de handicap. Pour cela, le gouvernement souhaite que le périmètre de l'obligation de l'emploi soit désormais apprécié à l'échelle de l'entreprise ce qui permettra d'ouvrir 100 000 emplois aux personnes en situation de handicap. Il prévoit également que le nombre d'emplois dans les entreprises adaptées passe de 40 000 à 80 000 d'ici 2022. Enfin, il sera instauré dans chaque CFA un référent handicap. En outre, le CFA percevra une aide supplémentaire pour chaque apprenti en situation de handicap lui permettant d'adapter les enseignements ainsi que les postes de travail.

Aussi, cette évolution structurelle suppose pour les établissements et services du secteur **un renforcement des logiques de coopération et de partenariat afin d'offrir des réponses complémentaires, voire de mutualiser les ressources**. Les gestionnaires d'établissements vont devoir davantage utiliser les ressources mises à leur disposition de manière innovante, en coopération avec leur environnement, afin de proposer des réponses individualisées.

Parallèlement, la priorité est donnée **au maintien à domicile et à l'inclusion dans le milieu de vie ordinaire** (en milieu scolaire ou encore en milieu professionnel, etc.). L'accompagnement des personnes (malades, en situation de handicap, dépendantes, en difficulté, etc.) se caractérise par le développement de cadres d'interventions novateurs plus « ouverts » et plus « inclusifs ».

#### LA LOI ELAN, PORTANT EVOLUTION DU LOGEMENT, DE L'AMENAGEMENT ET DU NUMERIQUE, DU 23 NOVEMBRE 2018

La loi ELAN couvre des domaines aussi divers que l'aménagement, la construction, le logement social, le respect de l'environnement, les locations, la copropriété, la lutte contre l'habitat indigne et les marchands de sommeil et le numérique.

**L'article 129 de la loi Elan vise à développer l'habitat inclusif** en ouvrant la possibilité de colocation dans le parc social entre personnes handicapées adultes "dans l'objectif de répondre aux besoins de celles qui, ayant une

certaine autonomie, souhaitent pouvoir habiter un logement ordinaire, sans pour autant vivre seules". Cette réponse innovante vient compléter et diversifier l'offre sociale et médico-sociale en enrichissant la palette des lieux de vie et d'accompagnement. Ainsi, la mise en commun de certains dispositifs d'appui et d'accompagnement ou certaines aides, dont ces personnes bénéficient par ailleurs, sont facilitées.

### LES COMMUNAUTES 360 - L'ORDONNANCE DU 23 MARS 2020

La création des Communautés 360 a été annoncée par le Président de la République lors de la Conférence Nationale du Handicap le 11 février 2020, afin d'apporter une réponse inconditionnelle et de proximité à toutes les personnes en situation de handicap ainsi qu'à leurs familles, via les actions suivantes :

- Recherche de solutions concrètes au plus près des lieux de vie des personnes, à l'aide de professionnels dédiés ;
- Conseils aux personnes en parcours afin de les accompagner dans l'exercice effectif de leurs droits ;
- Activation des réponses auprès des personnes le plus rapidement possible afin d'éviter les ruptures de parcours ;
- Soutien de la personne dans la définition de son projet, en milieu ordinaire comme en milieu spécialisé.

### DES RAPPORTS

#### LE RAPPORT LIBAULT, MARS 2019

Le rapport élaboré par Dominique Libault, pilote de la concertation nationale « Grand âge et autonomie », en restitue les travaux, à travers 10 propositions clés pour « passer de la gestion de la dépendance au soutien à l'autonomie » :

- 1. Le repositionnement du Conseil départemental en proximité de la personne âgée ; la création d'un guichet unique pour les personnes âgées et les aidants dans chaque département, avec la mise en place des Maisons des aînés et des aidants
- 2. Un plan national pour les métiers du grand âge permettant notamment d'agir à la fois sur une hausse des effectifs (cf. point 4), une transformation des modes de management, la prévention des risques professionnels, la montée en compétences à travers une politique de formation ambitieuse, le développement de perspectives de carrière en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge et d'une meilleure structuration de la filière
- 3. Un soutien financier de 550 millions d'euros pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile, afin d'améliorer le service rendu à la personne âgée et de revaloriser les salaires des professionnels
- 4. Une hausse de 25 % du taux d'encadrement en Ehpad d'ici 2024 par rapport à 2015, soit 80 000 postes supplémentaires auprès de la personne âgée, pour une dépense supplémentaire de 1,2 milliard d'euros
- 5. Un plan de rénovation de 3 milliards d'euros sur 10 ans pour les Ehpad et les résidences autonomie
- 6. Améliorer la qualité de l'accompagnement et amorcer une restructuration de l'offre, en y consacrant 300 millions d'euros par an, vers une plus forte intégration entre domicile et établissement, pour des Ehpad plus ouverts sur leur territoire ; décloisonner les structures pour améliorer la qualité de service et réaliser des gains d'efficacité ; développer des modes d'habitats intermédiaires pour les personnes âgées plus autonomes ;
- 7. Une baisse du reste à charge mensuel de 300 € en établissement pour les personnes modestes gagnant entre 1000 et 1600 € par moi
- 8. Une mobilisation nationale pour la prévention de la perte d'autonomie, avec la sensibilisation, la formation de l'ensemble des professionnels et la mise en place de rendez-vous de prévention pour les publics fragiles

- 9. L'indemnisation du congé de proche aidant et la négociation obligatoire dans les branches professionnelles pour mieux concilier sa vie professionnelle avec le rôle de proche aidant
- 10. La mobilisation renforcée du service civique et, demain, du service national universel, pour rompre l'isolement des personnes âgées et favoriser les liens intergénérationnels

#### LE RAPPORT EL KHOMRI, OCTOBRE 2019

Il s'agit d'un rapport d'étude sur l'attractivité des métiers du grand âge qui approfondit certaines des préconisations du rapport Libault.

En effet, le secteur de l'aide à domicile est aujourd'hui balayé par une crise profonde que l'on peut résumer en trois points :

1. La demande, déjà forte du fait du vieillissement de la population, va continuer à croître dans les années qui viennent.
2. Mais les services d'aide à domicile ne trouvent pas de personnel pour répondre aux besoins de leurs clients.
3. En effet, les conditions de travail difficiles et le faible salaire n'attirent plus les candidats.

Tous les services de l'aide à domicile sont confrontés au problème de recrutement de nouvelles aides à domicile mais les causes et les conséquences varient selon leur localisation, leur forme juridique et la population qu'ils prennent en charge.

Ainsi, le rapport identifie trois axes principaux pour chacun desquels des propositions sont développées, à savoir :

- L'amélioration de la professionnalisation du secteur ;
- L'amélioration des conditions de travail, par exemple en facilitant les déplacements au domicile des personnes aidées, enjeu majeur dans les départements de montagne à faible densité de population, en offrant une meilleure qualité de vie au travail ... ;
- L'amélioration de l'image de la profession.

#### LE RAPPORT LAFORCADE, FEVRIER 2021

Suite aux auditions des syndicats concernant la revalorisation salariale dans le cadre du Ségur de la santé, l'accord Laforcade a été signé le 11 février 2021 afin d'étendre les mesures salariales au secteur privé non lucratif pour les salariés des établissements de santé et des Ehpad, hors personnel médical.

#### LE DEPLOIEMENT DU DISPOSITIF D'AIDE A LA VIE PARTAGEE

Le Gouvernement propose aux départements, depuis début 2021, le déploiement de l'Aide à la Vie Partagée. Cette mesure contribue à dynamiser le déploiement de l'habitat inclusif dans le département en octroyant, une aide individuelle versée par le Conseil départemental aux porteurs de projets d'habitats inclusifs conventionnés avec le Département, sous condition de ressources, à toute personne âgée de plus de 65 ans ou toute personne en situation de handicap choisissant de résider dans un logement Accompagné, Partagé et Intégré à la vie locale (API). La CNSA soutient financièrement l'action des Départements pour les projets identifiés en 2021 et 2022.

## L'EVOLUTION DES DISPOSITIFS D'APPUI A LA COORDINATION (DAC)

Afin de faciliter l'accès à l'appui à la coordination pour les professionnels de santé, du secteur social et médico-social, et d'assurer une couverture complète du territoire, l'ordonnance du 10 novembre 2021 procède à l'unification des divers dispositifs d'appui à la coordination (DAC) des professionnels. Ainsi, les réseaux de santé, PAT, Maia, Paerpa, Clic ... deviennent tous des « dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes ».

## LA REFORME DES SERVICES A DOMICILE DANS LE CADRE DU PROJET DE LOI DE FINANCES DE LA SECURITE SOCIALE (PLFSS) 2022

Elle s'adresse aux services des agences régionales de santé et des conseils départementaux en charge des dispositifs de soins et d'accompagnement à domicile des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ainsi qu'aux gestionnaires des structures intervenant auprès de ces publics.

L'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 vise à renforcer les services à domicile, et à favoriser un accompagnement de qualité pour les personnes qui en ont besoin.

Il est tout d'abord prévue que le secteur du domicile se restructure en rapprochant/fusionnant les services existants (SAAD, SSIAD et SPASAD) pour former une catégorie unique de services autonomie à domicile qui répondront aux conditions minimales de fonctionnement définies par un cahier des charges dont la parution est attendue d'ici juin 2023.

**Le schéma départemental autonomie 2022- 2026 doit répondre au mieux aux besoins de la population âgée et/ou en situation de handicap, en anticipant de la meilleure façon les attentes des habitants du département.**

L'objectif du schéma consiste bien à assurer l'organisation territoriale et l'accessibilité de l'offre de services de proximité destinée aux personnes en perte d'autonomie et à leurs proches aidants (L. 113-1-3).

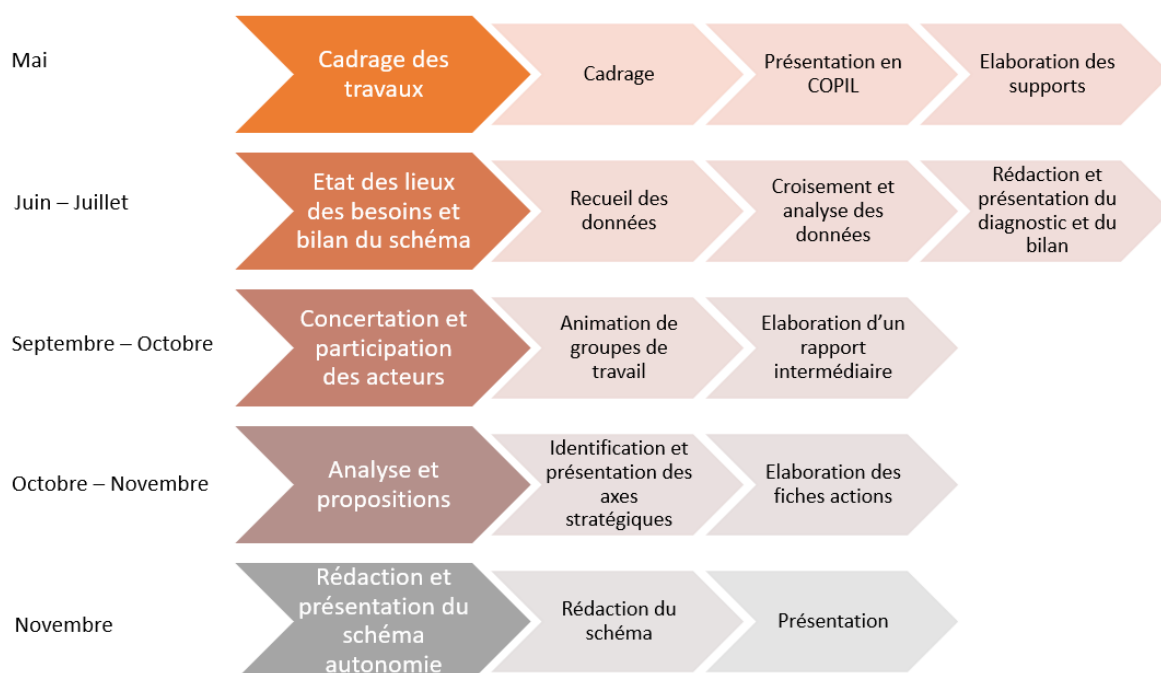
Ainsi, il s'agira de prendre en compte les objectifs suivants fixés par le Code de l'action sociale et de la famille :

1. Apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population
2. Dresser le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante
3. 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
4. Préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, à l'exception des structures expérimentales prévues au 12° du I de cet article, ainsi qu'avec les établissements de santé définis à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique ou tout autre organisme public ou privé, afin de satisfaire tout ou partie des besoins mentionnés au 1°
5. Définir les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre de ce schéma.

**La démarche d'élaboration du schéma départemental doit relever les enjeux suivants :**

- S'appuyer sur les enseignements tirés du bilan du précédent schéma de l'autonomie, englobant les politiques d'accompagnement tant auprès des personnes âgées que des adultes handicapés
- Inscire le schéma dans une démarche prospective à l'appui des évolutions du contexte national et départemental ;
- Proposer une démarche participative répondant aux fortes attentes des différents acteurs ;
- Impliquer et mobiliser fortement les équipes du Conseil départemental du Lot-et Garonne.

La démarche d'élaboration du schéma départemental s'est déroulée de mai à décembre 2022 :



Les acteurs institutionnels, les gestionnaires et directeurs des structures médico-sociales, la Conférence des financeurs de la perte d'autonomie des personnes âgées, le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie, les collectifs d'associations, les agents du Département et de l'ARS ont été associés tout au long de la démarche.

Les travaux du schéma sont placés sous l'égide d'un comité de pilotage départemental (COFIL) présidé par la Présidente du Conseil départemental ou son représentant (Vice-Présidente en charge de la CASIH).

Une équipe projet co-animée par le Directeur de l'Autonomie et le Directeur adjoint de la MDPH a également été mise en place, associant les cadres de la direction de l'Autonomie, les représentants de la MDPH et le chargé de mission Conférence des financeurs et habitat partagé.

PRESENTATION GLOBALE DU TERRITOIRE ET DE SA POPULATION AGEE ET EN SITUATION DE HANDICAP

UN TERRITOIRE PLUTOT RURAL

Le Lot-et-Garonne est le plus petit département de la région Nouvelle-Aquitaine. Au 1er janvier 2019, il comptait 331 271 habitants.

Le département est plutôt rural et agricole avec des zones de bas-relief dans le nord du département. La Garonne forme une frontière naturelle et sépare le département en deux.



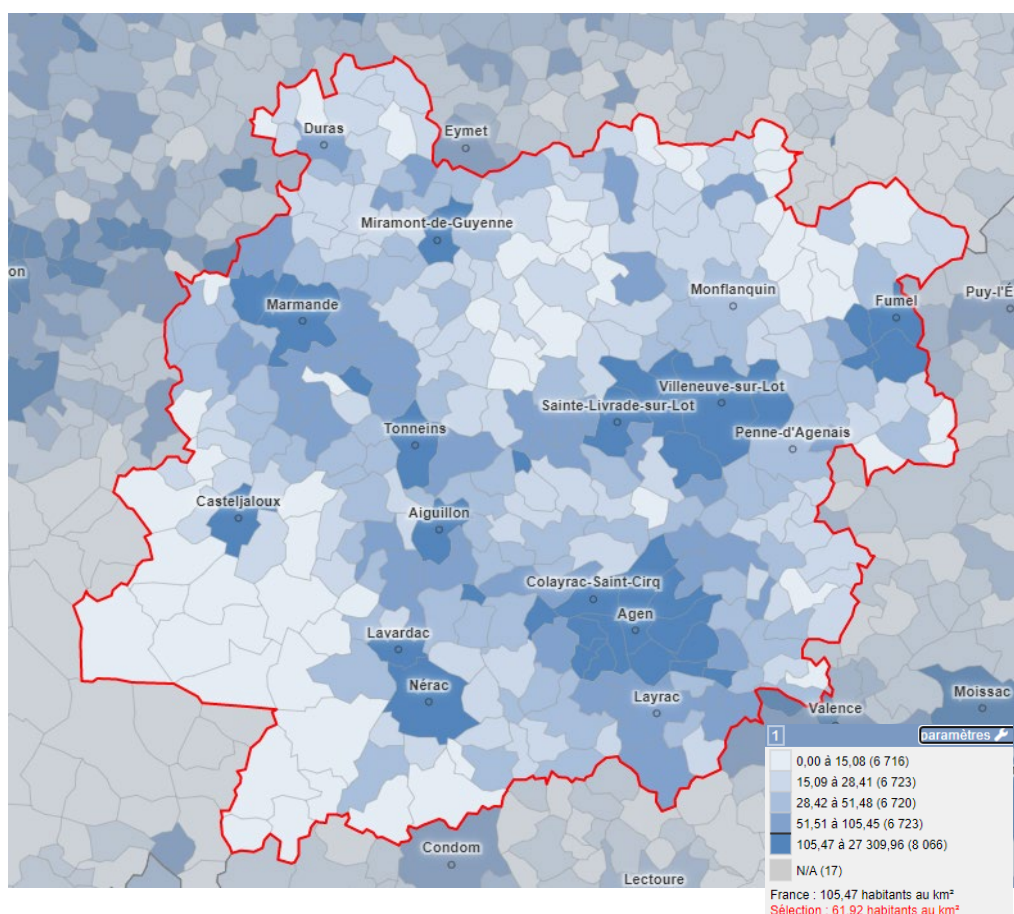
## UNE POPULATION CONCENTREE AUTOUR DES PRINCIPAUX CENTRES URBAINS

La densité de population du département est particulièrement faible, avec 61,8 habitants environ par km<sup>2</sup> (71,5 pour la Région et 105,9 en France) en 2019. Le département fait partie des moins peuplés de la région, derrière la Creuse et la Corrèze. Certaines zones au Nord Est et au Sud-Ouest du département sont plus isolées et moins peuplées.

Les habitants du Lot-et-Garonne se concentrent autour des principales villes :

- Agen (32 602 habitants) ;
- Villeneuve-sur-Lot (21 742 habitants) ;
- Marmande (17 421 habitants) ;
- Le Passage (9 400 habitants) ;
- Tonneins (9 130 habitants) ;
- Nérac (6 837 habitants) ;
- Au total, six Lot-et-Garonnais sur dix résident dans les grandes aires urbaines d'Agen, Villeneuve-sur-Lot et Marmande.

*Densité de population, (habitants au km<sup>2</sup>), Lot-et-Garonne, Selon L'Observatoire des Territoires en 2018*





### 13 BASSINS DE VIE DANS LE DEPARTEMENT

Le département compte 13 bassins de vie, dont 4 sont animés par un grand pôle urbain :

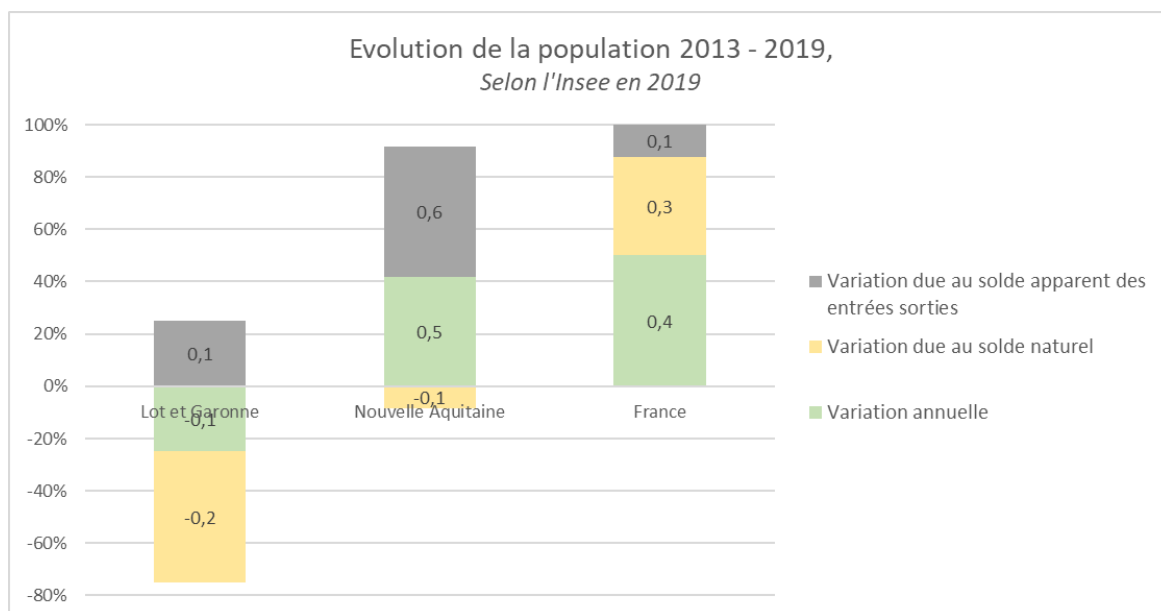
- Agen ;
- Bergerac ;
- Villeneuve-sur-Lot ;
- Marmande.

Définition INSEE du bassin de vie : Le bassin de vie constitue le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants. On délimite ses contours en plusieurs étapes. On définit tout d'abord un pôle de services comme une commune ou unité urbaine disposant d'au moins 16 des 31 équipements intermédiaires. Les zones d'influence de chaque pôle de services sont ensuite délimitées en regroupant les communes les plus proches, la proximité se mesurant en temps de trajet, par la route à heure creuse. Ainsi, pour chaque commune et pour chaque équipement non présent sur la commune, on détermine la commune la plus proche proposant cet équipement. Les équipements intermédiaires mais aussi les équipements de proximité sont pris en compte.



## UNE TENDANCE A LA BAISSSE DEMOGRAPHIQUE

La population a tendance à diminuer entre 2013 et 2019, avec -0,1% de variation annuelle moyenne de la population dans le département. Cela est notamment dû à un solde naturel négatif de -0,2%, soit un fort excédent des décès sur les naissances, ainsi qu'à un solde migratoire peu élevé (0,1%).



## LES PERSONNES AGEES SUR LE TERRITOIRE

L'APA concernait 8 006 habitants du département en 2021, soit 72 pour 1000 personnes de 60 ans et plus en 2021, contre 76 au niveau national en 2018, selon la Drees :

- L'APA à domicile concernait 4570 personnes (60%) ;
- L'APA en établissement concernait 3 436 personnes (40%).

Les demandes d'APA sont relativement stables sur les quatre dernières années, de même que le nombre de bénéficiaires ayant un droit ouvert.

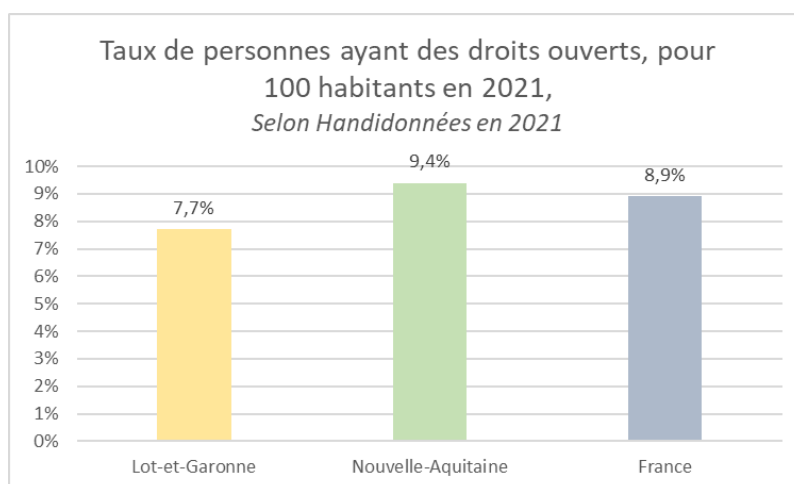
*Selon le Conseil départemental du Lot-et-Garonne*

Nombre total de personnes/bénéficiaires ayant un droit ouvert	Au 31 Décembre			
	2018	2019	2020	2021
o APA	8 211	8 214	7 973	8 006
o dont APA en établissement	3 423	3 520	3 348	3 436
o dont APA au domicile	4 788	4 694	4 625	4 570
o ASH PA	838	827	830	808
o Aide à domicile PA	310	289	295	289
o Portage de repas PA	61	56	48	48

	2018	2019	2020	2021
Nombre de personnes réalisant une première demande par an	2 068	2 132	2 153	2 284

**LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP SUR LE TERRITOIRE**

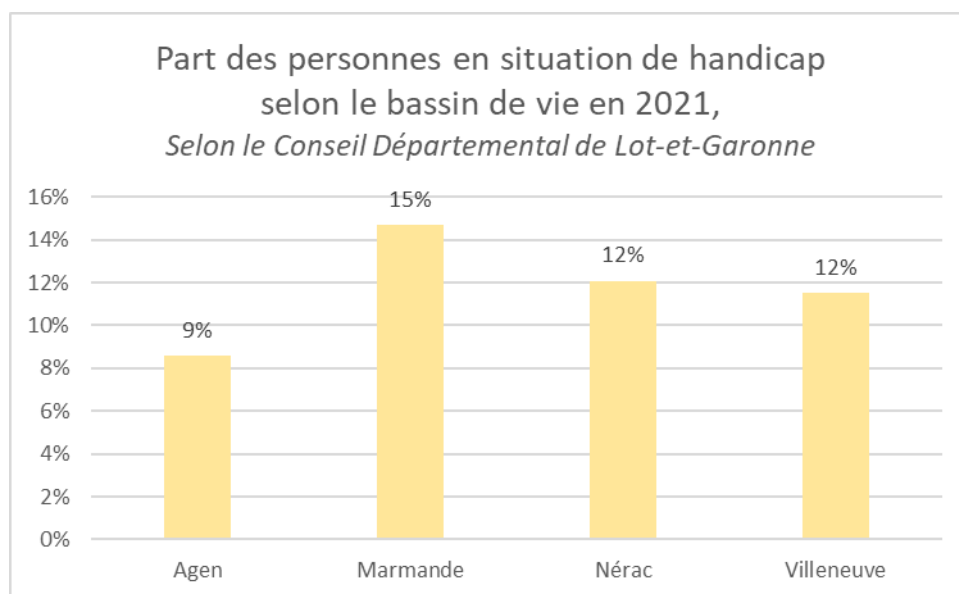
En 2021, selon la MDPH, 25 311 personnes étaient bénéficiaires ou ayant droit (enfants et adultes) dans le département, soit environ 7,7% de la population, 1,7 point de moins qu'au niveau régional.



La part des bénéficiaires ou ayant droit est 6 points plus élevée dans le bassin de vie de Marmande (15%) que dans celui d'Agen (9%).

En 2021, la MDPH a reçu 5 687 premières demandes : 26% concernaient des personnes de moins de 20 ans, 54% des personnes de 20 à 59 ans et 20% des plus 60 ans et plus

En 2020, 12 820 personnes bénéficiaient d'une reconnaissance de travailleur handicapé, soit un taux de 8,7 pour 100 habitants de 20 à 59 ans, contre 8,2% dans la région et au niveau national. Le nombre de personnes croît de manière globale sur les quatre années observées dans le département (2873 en 2018, 3407 en 2021)



Le nombre de personnes bénéficiaires de la PCH s'élève à 1 426 au 31/12/2021. On note une forte augmentation du nombre de droits ouverts, pour la PCH, soit +38% entre 2018 et 2021. Ces prestations compensaient majoritairement une aide humaine, une aide technique ou des charges spécifiques. 270 personnes étaient bénéficiaires de l'Allocation Compensatrice pour Tierce personne (ACTP) en 2020 dans le département, selon Handidonnées.

*Selon le Conseil départemental du Lot-et-Garonne*

Détail PCH adulte (droits ouverts)	2018	2019	2020	2021
Aide humaine	842	930	1012	1042
Aide technique	87	112	200	302
Logement	101	109	125	138
Charges spécifiques	252	267	283	275
Charges exceptionnelles	17	27	44	80
Surcoût transport	149	157	183	187
Aménagement du véhicule	59	74	58	63

En outre, en 2022, 3 606 personnes de plus de 55 ans sont allocataires de l'AAH, 651 perçoivent la PCH et 528 sont concernées par une orientation en ESMS.

*Nombre de personnes handicapées vieillissantes avec un droit en cours dans le Lot-et-Garonne en 2022,  
Selon le Conseil départemental du Lot-et-Garonne*

	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 à 84 ans	85 ans et plus	Total
AAH	2458	807	242	99	<b>3606</b>
PCH	421	186	40	4	<b>651</b>
Orientation ESMS	356	144	27	1	<b>528</b>

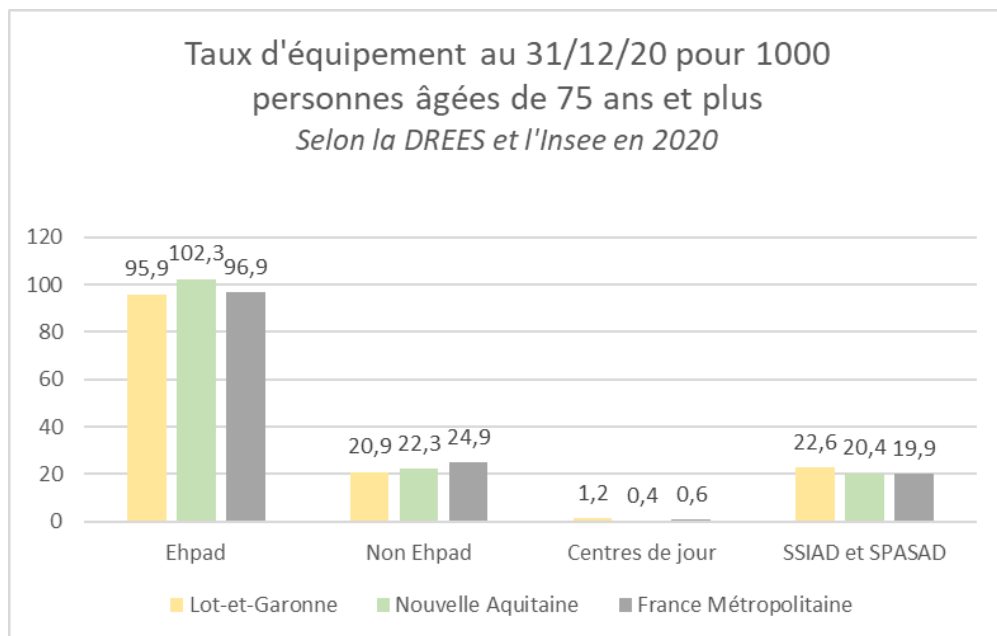
>> UN BON MAILLAGE TERRITORIAL DE L'OFFRE A DESTINATION DES PERSONNES AGEES ET EN SITUATION DE HANDICAP

L'OFFRE D'ACCUEIL A DESTINATION DES PERSONNES AGEES

Le taux d'équipement en place pour personnes âgées de 75 ans et plus, est inférieur à la moyenne régionale mais correspond sensiblement à la moyenne nationale pour les EHPAD. Il est cependant inférieur à la moyenne régionale et nationale concernant les équipements non EHPAD (places en non -EHPAD, logements de résidences-autonomie, places USLD).

Le taux d'équipement en accueil de jour et SSIAD / SPASAD dans le département est supérieur à la moyenne régionale et nationale. On dénombre sur le territoire :

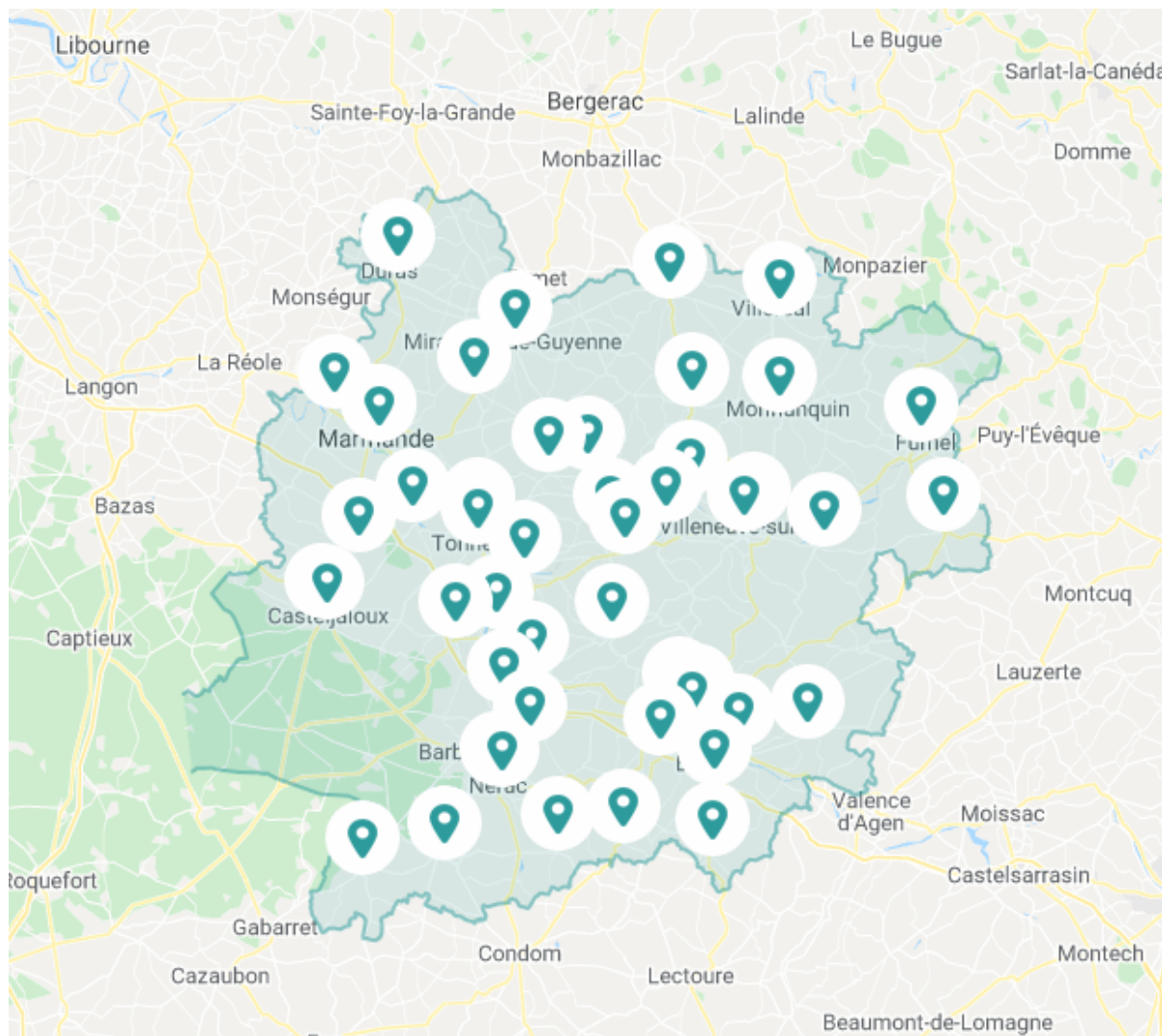
- 19 Résidences Autonomie ;
- 20 EHPAD publics autonomes ;
- 13 EHPAD publics rattachés à un établissement public de santé ;
- 21 EHPAD privés, dont 4 associatifs et 17 lucratifs ;
- 8 Petites Unités de Vie (PUV) médicalisées proposant de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire.



L'ensemble de ces établissements propose au total, selon les données du Conseil départemental :

- 4847 places en hébergement permanent ;
- 140 places en hébergement temporaire ;
- 124 places en accueil de jour.

*Carte des Ehpad du Lot-et-Garonne, Selon Mazette en 2022*



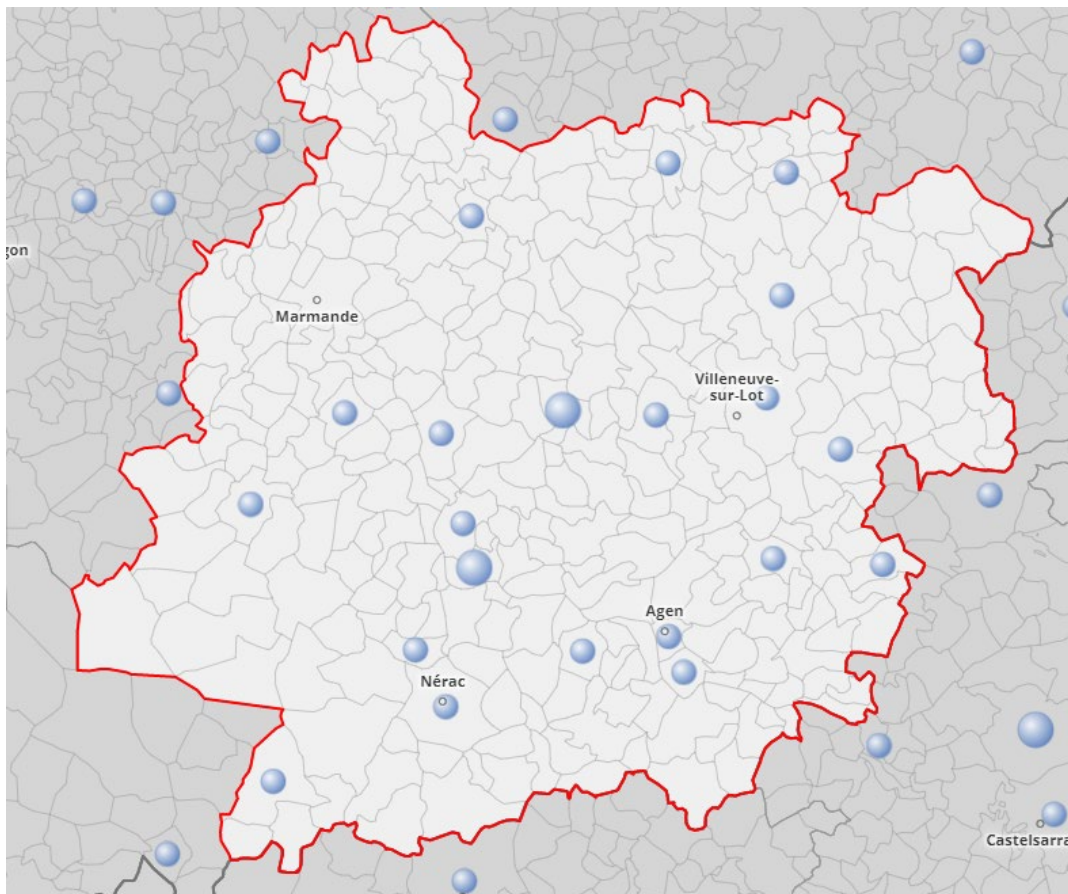
L'offre en unité spécifique pour les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés, est cependant très limitée, que ce soit en PASA, UHR et UVP.

## LES SOINS INFIRMIERS A DOMICILE

23 services de soins à domicile (SSIAD) sont en exercice et maillent le territoire du Lot-et-Garonne, pour un total de 901 places dans le département, dont 40% proviennent de SSIAD publics. S'ajoutent à cela 47 places spécialisées dans la prise en charge du handicap.

Un SPASAD est présent sur le territoire et regroupe les SSIAD de Beauville, Castelsante, Marmandais et Lavardac ainsi que des SAAD de ces territoires.

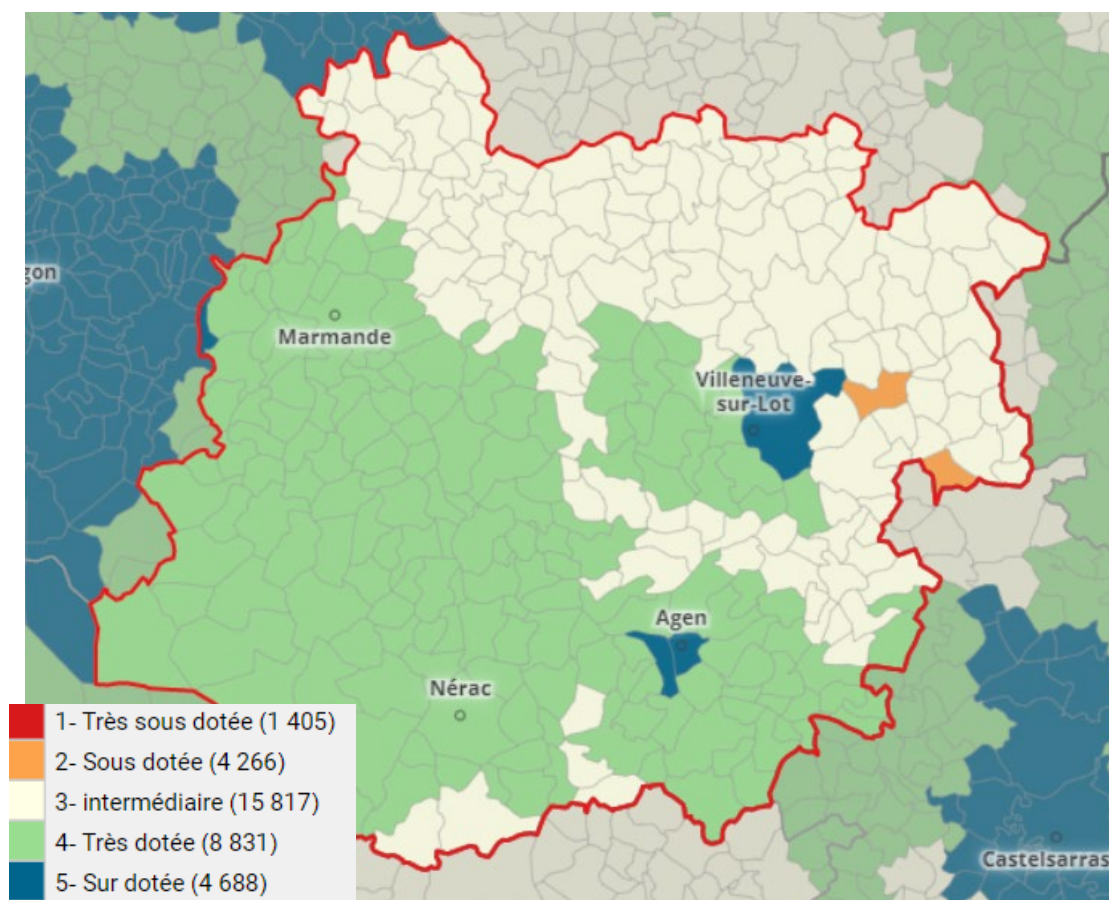
*Cartographie des services de soins à domicile (SSIAD), Selon Carto Santé en 2021*





Le département est plutôt bien doté en infirmiers. La densité d'infirmiers libéraux pour 10 000 habitants sur le territoire était de 18,8 en 2021 selon Carto Santé, soit une densité égale à celle de la région.

#### Zonage conventionnel des infirmiers



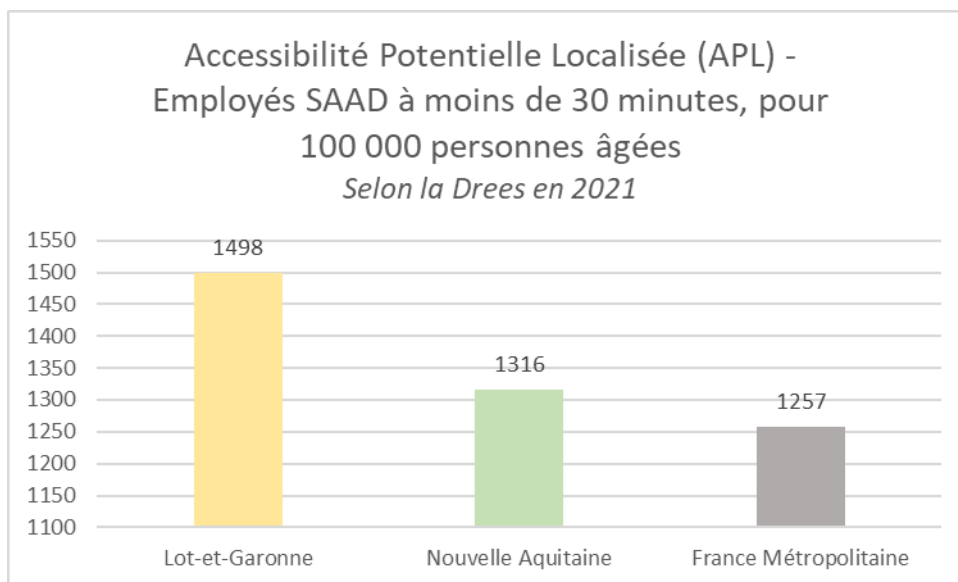
#### LES SERVICES D'AIDE ET D'ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE (SAAD)

69 SAAD sont répertoriés sur le territoire :

- 31 SAAD adhérents à la fédération ADMR ;
- 25 SAAD adhérents à la fédération UNA ;
- 1 SAAD adhérent ADEDOM ;
- 12 SAAD sont privés à but lucratif ;
- 4 SAAD privés à but non lucratif.

Selon une étude de la Drees de 2021, le département dispose de 1 498 employés SAAD pour 100 000 personnes âgées présentes, à moins de 30 minutes de leurs résidences, contre 1316 en moyenne au niveau régional et 1257 au niveau national.

L'APL est un indicateur local, qui tient compte de l'offre et de la demande issue des communes environnantes. Calculé à l'échelle communale, l'APL met en évidence des disparités d'offre de soins qu'un indicateur usuel de densité, calculé sur des mailles beaucoup plus larges (bassins de vie, départements...), aura tendance à masquer. Le champ porte sur la France métropolitaine.



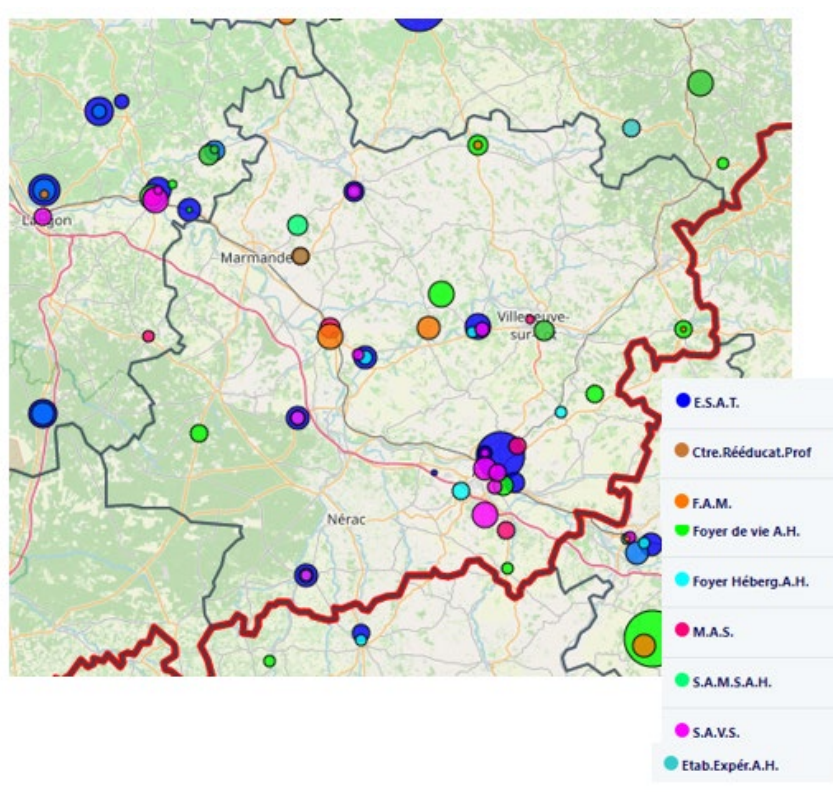
## L'OFFRE D'ACCUEIL DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP SUR LE TERRITOIRE

Concernant le secteur des personnes en situation de handicap, l'offre est aussi répartie sur l'ensemble du territoire avec :

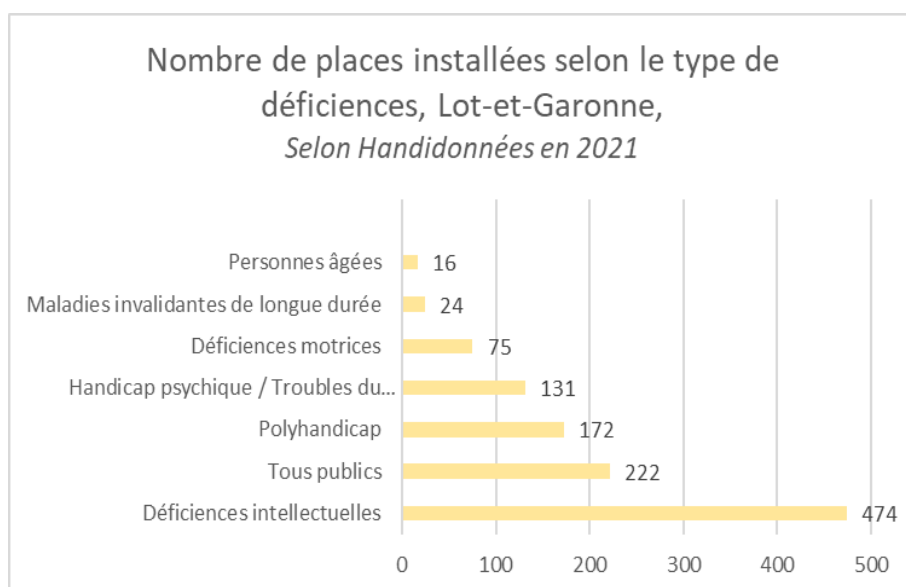
- Des établissements et services d'accueil temporaire et permanent, médicalisés ou non médicalisés ;
- Le secteur du travail adapté ;
- Une offre de service SAVS et SAMSAH à l'échelle départementale ;
- Un fonctionnement en dispositifs et plateformes de services.

L'offre est répartie dans les différentes zones du département, de manière adaptée par rapport à la population à couvrir, les personnes en situation de handicap résidant comme la population générale à proximité des grandes villes du département. Certaines zones sont peu peuplées et donc plus éloignées de l'offre.

*Cartographie des places installées, selon Handidonnées en 2022*



Les places d'accueil installées (ESMS, SAVS/SAMSAH) sont majoritairement à destination des personnes atteintes de déficiences intellectuelles.



### L'OFFRE D'ACCUEIL DES ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP SUR LE TERRITOIRE

Le taux d'équipement en établissements et services pour les enfants en situation de handicap correspond aux moyennes régionales et nationales quelle que soit la catégorie de structure. On dénombre environ 10,8 places en ESMS pour 1000 habitants dans le département en 2021.

Catégorie	Nombre d'établissements	Places	Taux d'équipement départemental	Taux d'équipement régional	Taux d'équipement national
<b>Etablissement pour enfants et adolescents polyhandicapés</b>	2	37	0,5%	0,4%	0,3%
<b>IME</b>	8	384	5,5%	4,6%	4,5%
<b>ITEP</b>	3	75	1,1%	1,6%	1,1%
<b>SESSAD</b>	10	258	3,7%	4,2%	3,3%
<b>CAMSP</b>	4	NR	NR	NR	NR
<b>CMPP</b>	10				
<b>Total</b>	23	754	<b>10,8%</b>	12%	10,4%

L'offre d'accueil des enfants a par ailleurs augmenté de +7,1% entre 2018 et 2021 dans le département, selon Handidonnées.

## L'OFFRE D'ACCUEIL DES ADULTES EN SITUATION DE HANDICAP SUR LE TERRITOIRE

L'offre d'accueil pour les adultes en situation de handicap apparaît adaptée aux besoins dans le département. Avec 13,7 places pour 100 personnes en situation de handicap, le taux d'équipement est supérieur de 1,5 point par rapport au taux de la Région et de 3,7 points par rapport à celui de la France.

Catégorie	Nombre d'établissements	Places	Taux d'équipement départemental	Taux d'équipement régional	Taux d'équipement national
Centre de rééducation professionnelle	1	48	0,3%	0,5%	0,3%
EAM	1	54	0,4%	0,5%	0,4%
ESAT	9	550	3,7%	4,1%	3,6%
Établissement expérimental	1	30	0,2%	0,08%	0,06%
FAM	4	159	1,1%	0,7%	0,6%
Foyer de vie	7	347	2,4%	1,3%	1,3%
Foyer d'hébergement	7	222	1,5%	1%	0,9%
MAS	4	162	1,1%	1,1%	0,9%
SAMSAH	1	56	0,4%	0,5%	0,4%
SAVS	11	390	2,6%	1,6%	1,3%
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>2018</b>	<b>13,7%</b>	<b>12,3%</b>	<b>10,5%</b>

## UNE OFFRE D'ACCUEIL FAMILIAL SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE

En 2022, 132 familles d'accueil sont agréées, contre 178 en 2012, soit en 10 ans, une baisse de 25%. La plupart des accueillants familiaux ont entre 45 et 70 ans.

Les places sont réparties de la façon suivante :

- Secteur handicap : 80 places ;
- Secteur personnes âgées : 208 places ;
- Agréments mixtes : 51 places.

*Cartographie de l'accueil familial du Lot-et-Garonne par secteur, Selon le Conseil départemental du Lot-et-Garonne en 2022*



## L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIERS SUR LE TERRITOIRE

Sont présents dans le département : 4 centres hospitaliers (CH), 2 hôpitaux locaux (CH), 8 centres de santé et 1 centre de soins médicaux.

Un service territorial « Handisanté 47 » au sein du centre hospitalier de la Candélie à Agen, assure la prise en charge de patients avec handicap présentant des difficultés d'accessibilité aux soins somatiques.

## >> UNE DIVERSIFICATION DE L'OFFRE

### LE DEVELOPPEMENT DES ACTIONS DE PREVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Issue de la Loi Adaptation de la Société au Vieillessement, la conférence des financeurs de la prévention et de la perte d'autonomie coordonne, dans le cadre d'une stratégie commune dans chaque département les actions de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de 60 ans et plus et leurs financements. Elle a été créée, dans le Lot-et-Garonne le 1er juillet 2016. Il s'agissait d'ailleurs d'une fiche actions du schéma précédent.

La Conférence est utilisée, depuis sa création, comme un levier pour porter des actions de prévention de la perte d'autonomie. La CFPPA a soutenu des projets ambitieux avec la volonté de développer une offre à proximité des besoins, de prendre en compte l'isolement des personnes âgées dans certains secteurs géographique. Depuis sa création, le taux de consommation des financements de la CNSA est proche de 100% dans le département.

Entre 2016 et 2021, la CFPPA a attribué :

- 1 152 000 € aux 19 résidences autonomie du territoire (8 MARPA et 11 foyers-logement) ;
- 5 165 000 € à 72 opérateurs dont 20 sont soutenus de manière pluriannuelle.

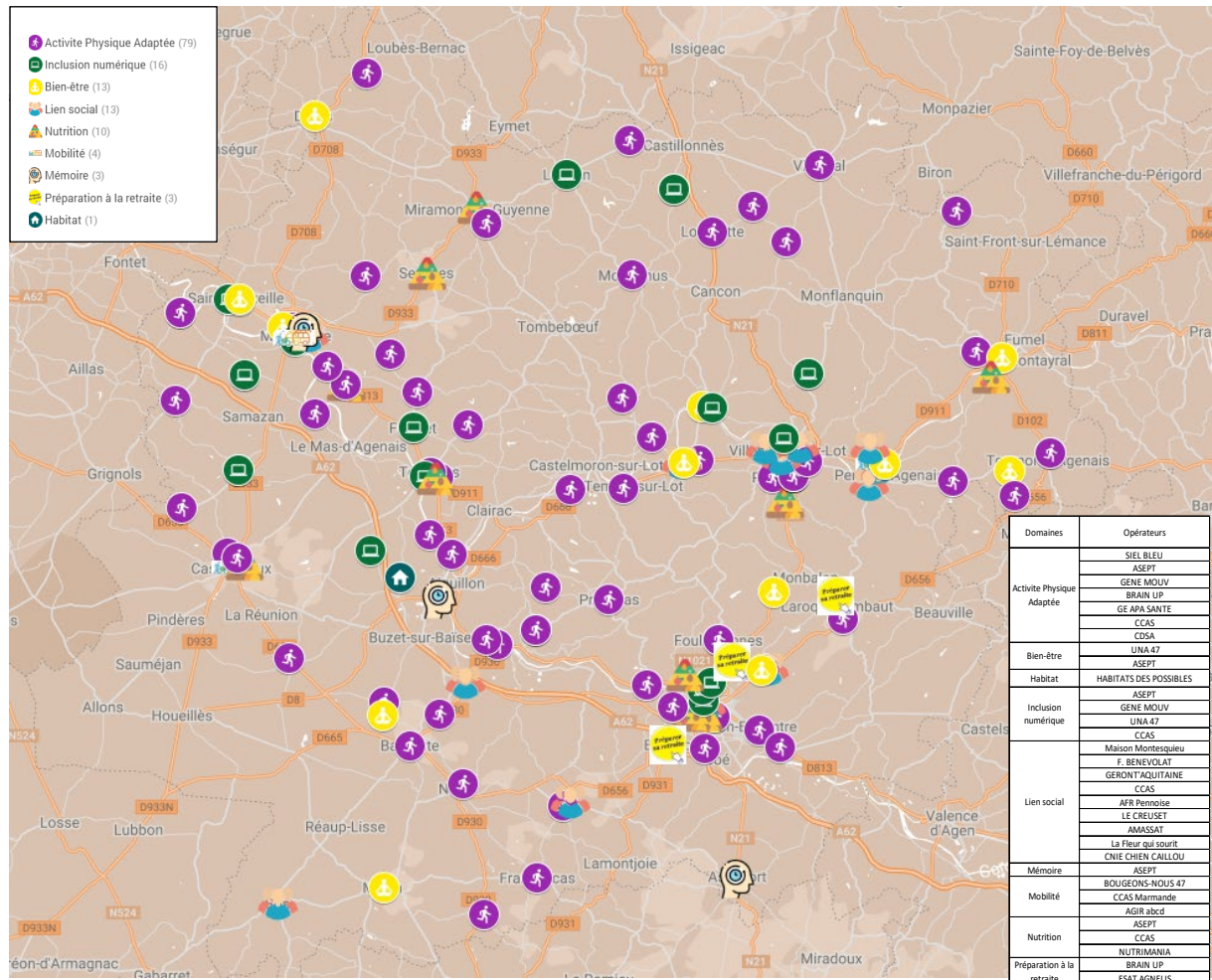
Les actions de prévention ont majoritairement concerné :

- la santé globale – le bien vieillir : ateliers mémoire, prévention des chutes, maison sport santé, nutrition etc. ;
- le lien social : ateliers d'écriture, chant, spectacles à domicile etc. ;
- l'amélioration de l'accès aux équipements et aides techniques : bus de l'autonomie de l'UNA, Cycle de sensibilisation « Habiter son territoire dans l'avancée dans l'âge » etc.

Domaine d'intervention	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Lien social</b>	2%	29%	17%	27%	19%	24%
<b>Lutte contre la fracture numérique</b>	18%	21%	14%	21%	21%	17%
<b>Santé globale – Bien vieillir</b>	30%	30%	45%	33%	40%	38%
<b>Sécurité routière – mobilité</b>	1%	2%	9%	4%	2%	1%
<b>Préparation à la retraite</b>	1%	2%	2%	2%	2%	1%
<b>Amélioration de l'accès aux équipements et aides techniques</b>	46%	17%	12%	12%	16%	19%
<b>Formation</b>	1%					
<b>Plateforme numérique d'échange de supports d'animation</b>	1%		0,4%	0,4%		

Plus de 6 000 seniors participent chaque année à ces actions de prévention, menées par une quarantaine d'opérateurs qui couvrent l'ensemble du territoire. Les participants sont issus de toutes les communes du département. A titre d'exemple, sur une seule semaine test (semaine du 3 au 9 octobre 2022), 26 opérateurs différents étaient actifs, leurs actions couvrant 72 communes.

*Cartographie des actions développées dans le cadre de la semaine du 3 au 9 octobre 2022*





## UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DES BESOINS DES AIDANTS

La CFPPA, qui a intégré un axe de soutien aux aidants en 2020, a promu différents projets et a ainsi permis, de mettre en œuvre certaines priorités du schéma de l'autonomie précédent, par exemple :

- l'action de l'association Regain coordination intitulée « Aller vers soi, aller vers l'autre » permettant un accompagnement psychologique de l'aidant, individuel puis collectif a été pérennisée grâce au soutien renouvelé de la CFPPA à hauteur de 60 000 € par an ;
- une demi - journée d'échange a été organisée par France Alzheimer à l'attention de ses adhérents afin d'informer sur les différents services destinés à aider les familles et les aidants ;
- l'action « Aidants, votre santé parlons-en » portée par la Mutualité française en partenariat avec l'association française des aidants, mise en place dans le cadre du contrat de santé du villeneuvois.

En outre, l'accueil temporaire a lui aussi été développé, avec notamment :

- l'ouverture de la maison d'accueil temporaire de Seyches (17 places d'accueil temporaire et 10 places d'accueil de jour) ;
- la création d'un accueil de jour itinérant par redéploiement de 6 places, confié à l'association Regain.

## STRUCTURATION ET AMELIORATION DE L'OFFRE A DOMICILE

Pendant la période de mise en œuvre du schéma précédent, de nombreuses actions ont été conduites en faveur des services d'aides à domicile :

- Expérimentation de 5 services polyvalents d'accompagnement et de soins à domicile (SPASAD) expérimentaux et signature de CPOM avec l'ARS ;
- Contractualisation dans le cadre de CPOM avec les SAAD et signature d'un avenant afin que les SAAD s'engagent à intervenir en zone rurale isolée et dans les quartiers prioritaires, ainsi qu'à monter en compétence sur l'accompagnement des personnes en situation de handicap et/ou en grande dépendance ;
- Formation et accompagnement de la gouvernance des SAAD vers le respect de leur cahier des charges national, en lien avec le service de la Vie Associative, l'UNA et l'ADMR.

A ce jour, un seul SPASAD fonctionne en tant tel et le bilan de cette expérimentation est positif. L'évolution du fonctionnement coordonné est conditionnée à la parution du nouveau cahier des charges prévu au 1<sup>er</sup> semestre 2023 par la DGCS, (service autonomie).

## PARTICIPATION SOCIALE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

9 groupes d'entraide mutuelle (GEM) sont présents dans le département :

- 2 concernent les troubles psychiques ;
- 1 concerne les troubles du spectre de l'autisme (TSA) ;
- 6 concernent plusieurs publics.

Au sein du département :

- 6 clubs sportifs sont actuellement affiliés à la Fédération Française Handisport (FFH) et 51 personnes en sont licenciés, dont 27,5% de femmes ;
- 17 clubs sont affiliés à la fédération française du sport adapté (FFSA) et 397 personnes en sont licenciées, dont 29,7% de femmes.

## >> DES STRATEGIES D' ACTIONS TERRITORIALES COORDONNEES

### ACTIONS EN FAVEUR DE L'EMPLOI ET DE L'ATTRACTIVITE DES METIERS

Le Département a soutenu des actions de promotion des métiers visant à pallier les difficultés de formation, de recrutement et de fidélisation du personnel :

- La création par le GCSMS de Moyenne Garonne :
  - En 2017, de MEDICOOP, nouvellement Solid'RH 47, dans le but de mutualiser le personnel de remplacement de ses établissements et services adhérents
  - En 2019, d'une antenne lot-et-garonnaise du Groupement d'employeur pour l'insertion et la qualification (GEIQ) de Gironde avec l'appui technique de la Direction de l'autonomie : première promotion de 13 lot-et-garonnais recrutés en décembre 2019, alternant 2 jours par semaine dans l'un des deux organismes de formation partenaires (ADES et INSUP) et 3 jours en situation de travail dans 8 associations d'aide à domicile ayant adhéré au dispositif
- La Direction de l'autonomie a participé à la promotion des métiers en allant à la rencontre des étudiants du Lycée professionnels de Nérac et de Tonneins ;
- Des actions de sensibilisation des publics en recherche d'emploi et/ou de jeunes sont menées par le bus de l'UNA, en partenariat avec Pôle emploi, JOB 47 ... ;
- En 2019 et 2020, organisation de formations à destination des SAAD en CPOM, avec la participation de la DIRRECTE, sur la démarche qualité, les fonctions d'administrateur et le rôle d'employeur associatif.

Un forum « Bien vieillir » a été organisé en juillet 2019, favorisant l'interconnaissance des secteurs gérontologiques et du handicap.

### ACTIONS CONCERNANT L'HARMONISATION DES PRATIQUES ET LA FLUIDITE DES PARCOURS

Des travaux ont été conduits pour harmoniser les pratiques et faciliter le parcours des personnes :

- La révision de la méthodologie d'intervention des équipes APA et PCH du Département : évaluation pluridisciplinaire et multidimensionnelle. Les besoins des aidants ont d'ailleurs été pris en compte dans le référentiel d'évaluation multidimensionnelle des équipes médico-sociales ;
- La participation du Département aux travaux de la CNSA sur le formulaire national unique de demande d'aide à l'autonomie actuellement en phase d'expérimentation dans quelques départements ;
- La mise en place de la Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT) visant à résoudre les « situations complexes » : installation d'un COFIL multi partenarial en juin 2017, convention avec l'ARS permettant le recrutement d'un travailleur social référent le 1er janvier 2018. 49 situations examinées en 2018 ayant donné lieu à 14 plans d'accompagnement globaux dont 13 ont été solutionnées.

## DES INITIATIVES AFIN DE RENDRE LE DEPARTEMENT PLUS ATTRACTIF ET FACILITER L'ACCES AUX SOINS

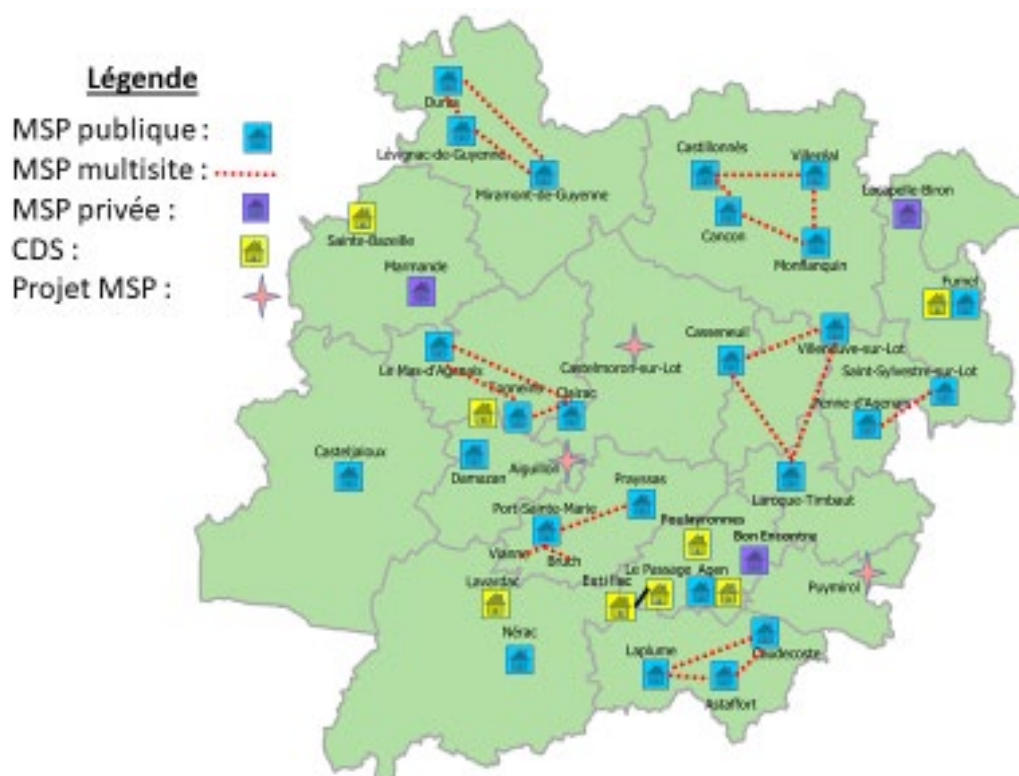
Le Conseil départemental, la Préfecture et l'ARS travaillent conjointement depuis 2009 sur l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé afin de favoriser leur installation dans le département. Plusieurs stratégies sont développées dans ce cadre :

- des conditions d'activité diversifiées et favorisant la coordination, comme les maisons de santé, l'exercice mixte ville-hôpital ... ;
- des contrats incitatifs : contrat d'engagement de service public (CESP), contrat de praticien territorial de médecine générale (PTMG) ...

A ce jour :

- 15 Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) sont en activité dans le département sur 25 sites et maillent ainsi le département, ainsi que 7 centres de santé (CDS), répartis sur 8 sites ;
- 1 CPTS est actuellement fonctionnelle : la CPTS Visiosanté47, une autre est en cours de création : la CPTS de l'Agenais et 2 projets en réflexion à Tonneins et Duras.

*Cartographie des MSP, CDS et CPTS, Selon le Conseil départemental du Lot-et-Garonne en 2022*



## >> UN BILAN TRES POSITIF DU SCHEMA PRECEDENT, AVEC DE NOMBREUSES ACTIONS REALISEES

Le schéma départemental de l'autonomie, 2016- 2020 a engagé des mutations répondant aux orientations nationales, dont en priorité :

- la prise en compte de la loi ASV : mise en place de la CFPPA, du CDCA, des actions dans le cadre de la conférence des financeurs ;
- la prévention des ruptures de parcours : RAPT, PAG, solutions de répit ;
- le renforcement des logiques de dispositif et de coordination (DAC, SPASAD, PCPE, ...) ;
- la professionnalisation des services d'aides à domicile ;
- la mise en place des CPOM ;
- l'accompagnement de la transformation de l'offre.

Chacune des orientations inscrites dans le schéma départemental de l'autonomie 2016 – 2020 a donné lieu à de nombreuses réalisations concrètes comme le montrent les tableaux synoptiques ci-après :

Les orientations	Les réalisations
<p><b>Axe stratégique 1 : La nouvelle gouvernance de l'autonomie en Lot-et-Garonne</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Création de la CFPPA en 2016</li> <li>- Adoption du programme coordonné en 2017</li> <li>- Financements d'actions de prévention par les concours annuels de la CNSA</li> <li>- Soutien d'actions itinérantes</li> <li>- Création du CDCA : consultation de l'instance sur différents sujets (PRS, schéma, CFPPA...)</li> <li>- Ateliers relatifs au partage sécurisé d'informations et au travail en réseau pour les SAAD</li> </ul>

Les orientations	Les réalisations
<p><b>Axe stratégique 2 : Le développement local de l'autonomie</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soutien de la mise en œuvre de la plateforme territoriale d'appui</li> <li>- Organisation du Forum "Bien vieillir" en 2019</li> <li>- Participation de la Direction de l'autonomie au COPIL de la démarche « Silver Economie Aquitaine » portée par le Conseil Régional et son Agence de Développement et d'Innovation (ADI). En octobre 2020, intégration de la Commission exécutive du Gérontopôle Nouvelle Aquitaine</li> <li>- Création par le GCSMS de Moyenne Garonne, de MEDICOOP, nouvellement Solid'RH 47, et d'une antenne lot-et-garonnaise du Groupement d'employeur pour l'insertion et la qualification (GEIQ) de Gironde</li> <li>- En 2019 et 2020, formation des SAAD en CPOM, avec participation de la DIRRECTE, sur la démarche qualité, les fonctions d'administrateur et le rôle d'employeur associatif</li> <li>- Rencontres avec des étudiants du Lycée professionnel de Nérac et de Tonneins, sensibilisation par le bus de l'UNA de publics en recherche d'emploi et/ou de jeunes en partenariat avec Pôle emploi, JOB 47 et les Missions locales à Agen , Aiguillon et Villeneuve-sur-Lot</li> <li>- Création d'un Centre d'Information et de Coordination sur les Aides Techniques, CICAT</li> </ul>

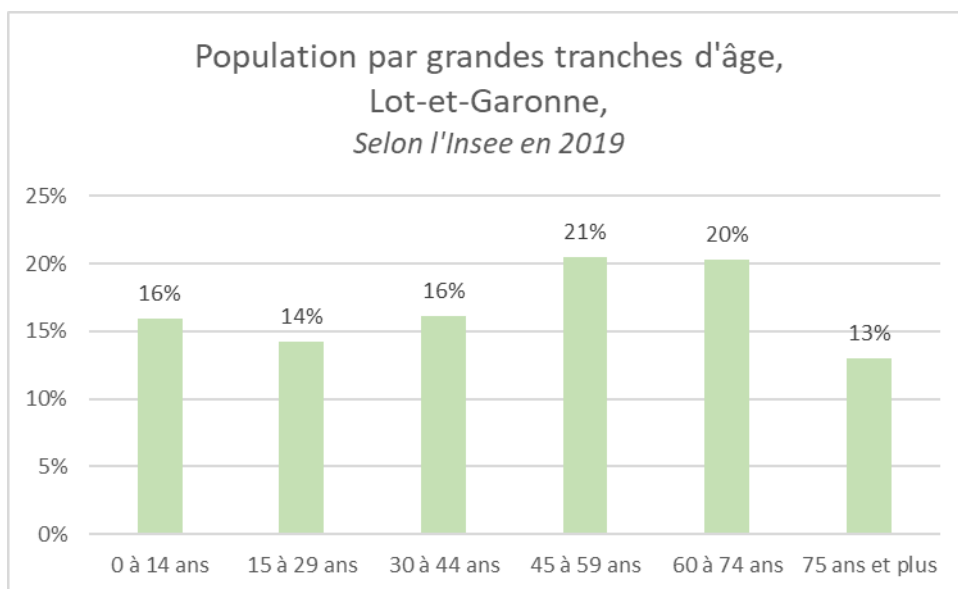
Les orientations	Les réalisations
<p><b>Axe stratégique 3 : Le soutien à l'autonomie adapté aux besoins</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Multiples actions utilisant le support numérique soutenues par la Conférence des financeurs</li> <li>- Poursuite du dispositif RAPT</li> <li>- Création de solutions de répit : accueil de jour itinérant, MAT, Accueil de jour</li> <li>- Mise en place du forfait autonomie pour les résidences autonomie dans le cadre de la CFPPA</li> <li>- Renforcement de la mission de contrôle des ESMS par le Département</li> <li>- Restructuration et accompagnement des SAAD</li> <li>- Atelier de préparation à la retraite "Vers" un nouvel envol pour des travailleurs en situation de handicap en fin de carrière</li> <li>- Création de places en habitat inclusif : Familles Gouvernantes, Apart'Plus, le Club des 6, ...</li> </ul>

Les orientations	Les réalisations
<p><b>Axe stratégique 4 : Assurer la participation citoyenne et le vivre ensemble</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actions financées dans le cadre de la CFPPA : « génération mobilité », « conduire en toute connaissance », « mobilité accompagnée » et l'action « Car 47 »</li> <li>- Des réunions de sensibilisation aux diverses formes de mobilité</li> <li>- Démarche d'accompagnement sur le canton du haut-agenais par un cabinet d'étude pour la mise en place de solutions de mobilité innovantes, avec élargissement à l'ensemble du département, en lien avec la Région</li> <li>- Mobilisation des crédits CNSA pour des actions culturelles</li> <li>- Soutien du département au Comité départemental du sport adapté</li> <li>- Investissement important de la médiathèque départementale dans des actions adaptées aux publics</li> <li>- Partenariat avec Handi Cap Nouvelle Aquitaine</li> <li>- Formation du réseau des bibliothécaires sur les publics spécifiques</li> </ul>

>> UNE POPULATION VIEILLISSANTE, AVEC DES RISQUES D'ISOLEMENT ET DE PRECARITE

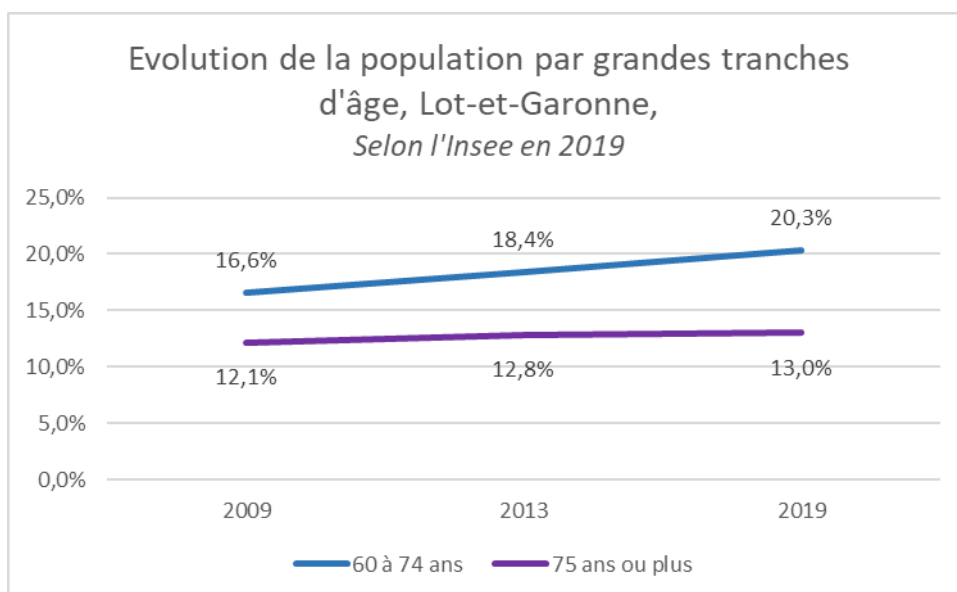
UNE POPULATION AGEE ET VIEILLISSANTE

Le Lot-et-Garonne dénombre une part importante de personnes âgées : les 60 ans et plus, représentent environ 33% de la population du département en 2019, soit environ 109 000 personnes : c'est 2,4 points de moins qu'en Nouvelle-Aquitaine, mais 7 points de plus qu'au niveau national.



De plus, le vieillissement de la population a tendance à s'accroître au fil des années. Entre 2009 et 2019, on constate :

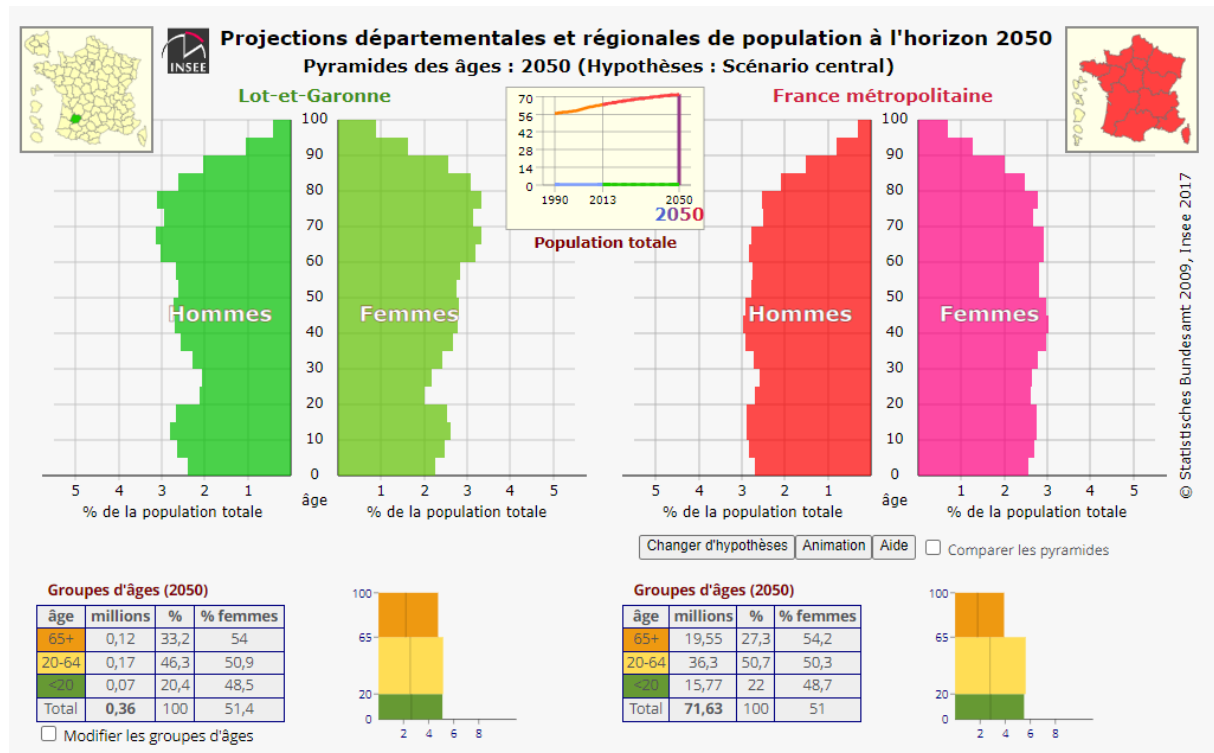
- une augmentation de +22% de 60 à 74 ans ;
- une augmentation de +7% de 75 ans ou plus dans le département.



L'indice de vieillissement est de 122 personnes de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans en 2018, selon l'Insee, contre 108 en moyenne dans la région et 90 en moyenne au niveau national.

### DES PROJECTIONS DANS LE SENS DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

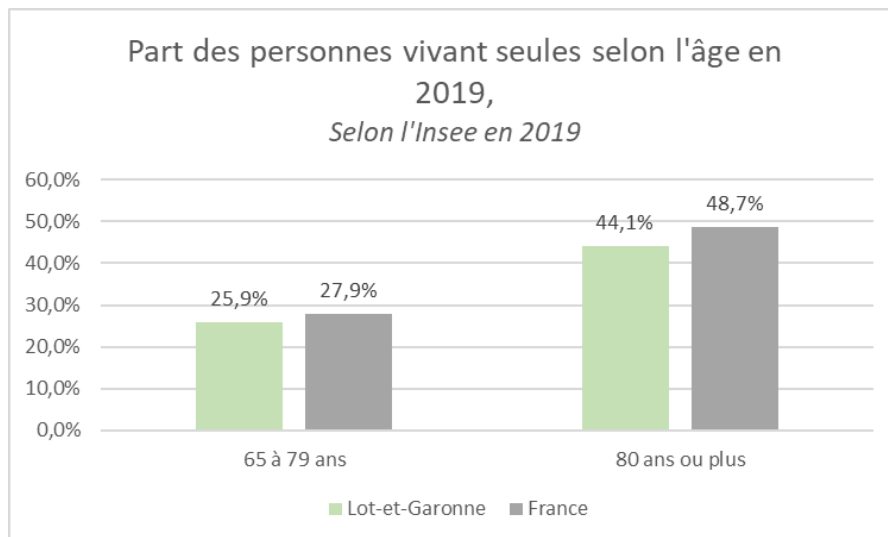
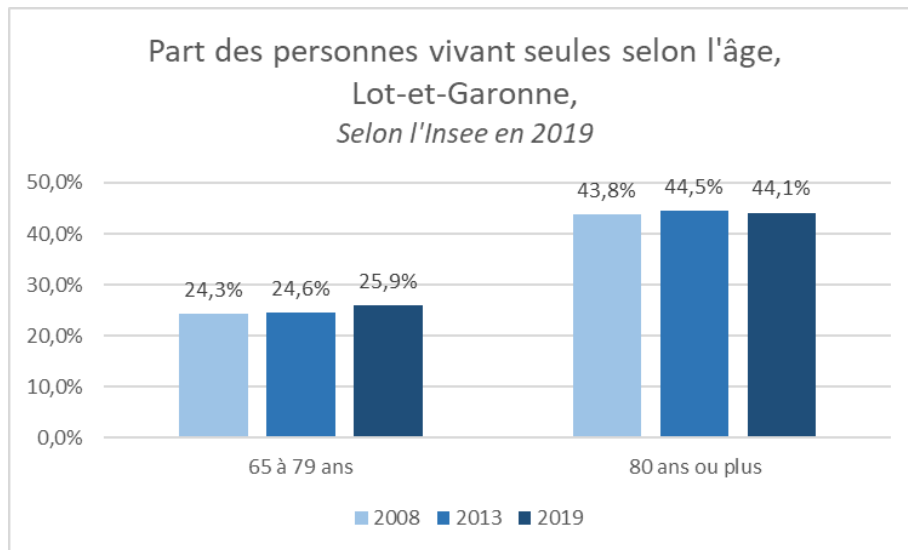
Selon les projections de l'Insee à l'horizon 2050, la population devrait continuer à vieillir dans le département du Lot-et-Garonne et les 65 ans et plus devraient devenir +21% plus nombreux dans le département que la moyenne nationale





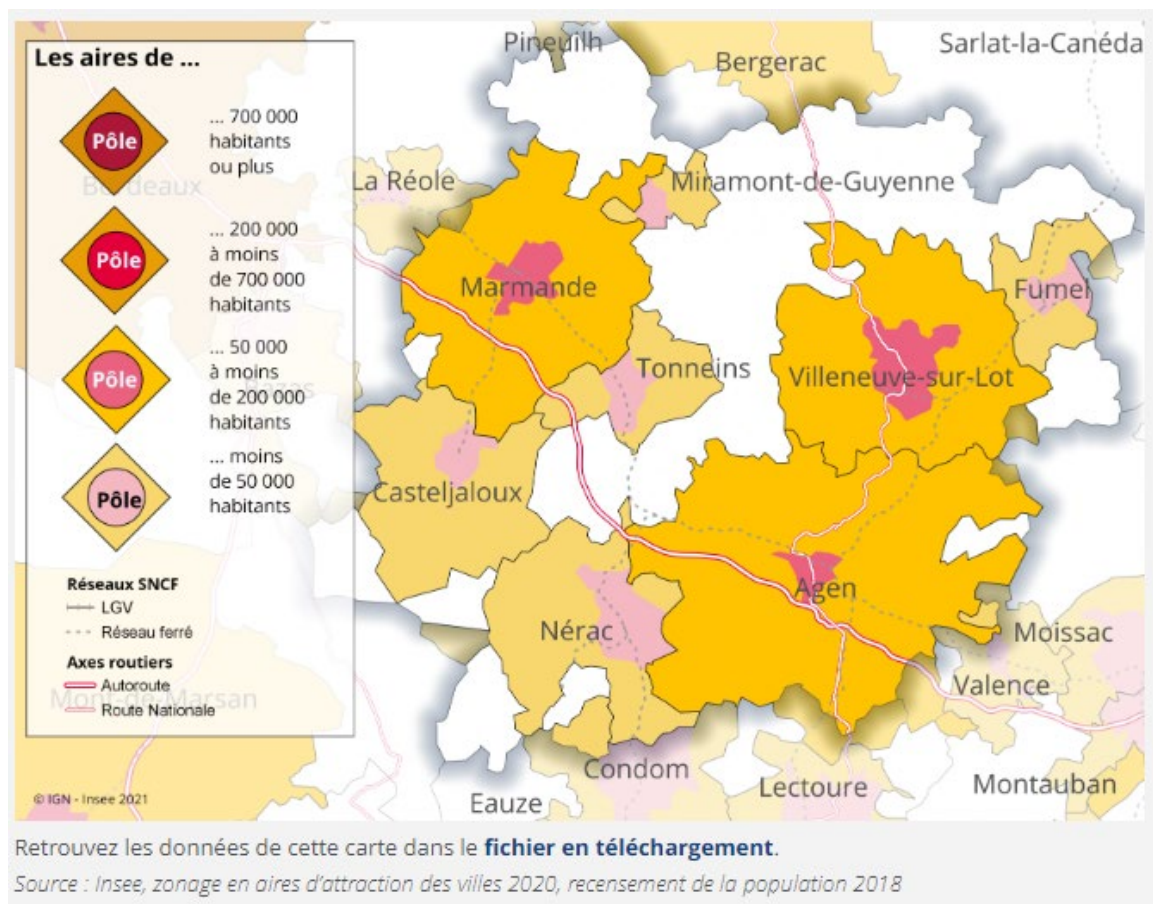
## UN RISQUE D'ISOLEMENT ELEVE

En 2019, 26% des personnes de 65 à 79 ans et 44% des personnes de 80 ans et plus vivaient seules, selon l'Insee. La part des personnes âgées vivant seules semble stable sur les dernières années.



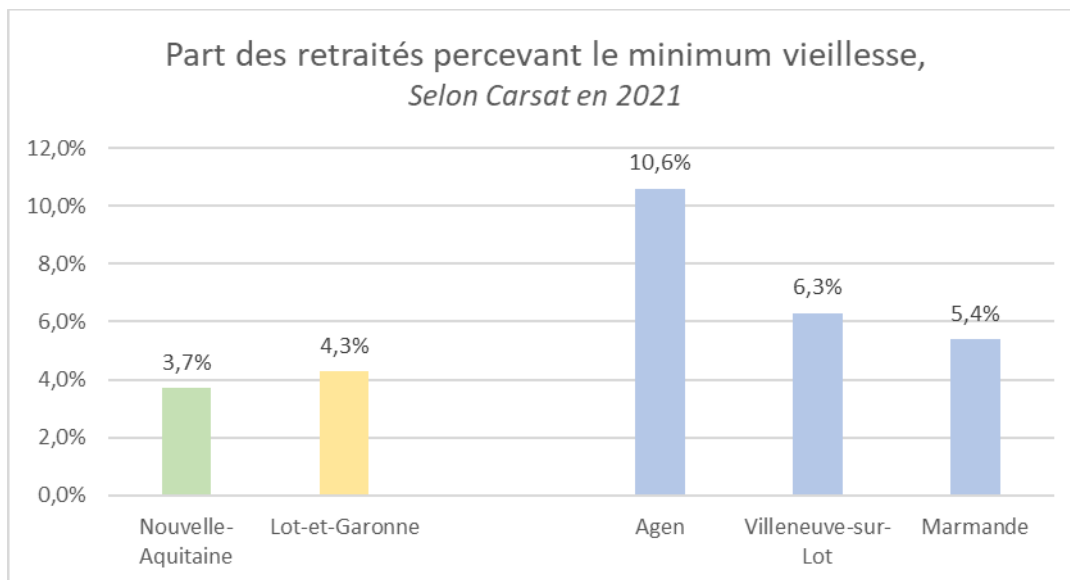
Les personnes âgées de 65 ans et plus représentent plus de 30% de la population dans le nord du département, plus éloigné de l'attraction des villes, et à l'ouest, autour de Casteljaloux, porte de la forêt des Landes, selon l'Insee en 2021. La plupart de ces communes comportent peu de commerces de proximité et compte tenu du caractère rural du département, les temps d'accès aux services et équipements de proximité sont allongés pour toute une partie de la population. 9% des Lot-et-Garonnais mettent plus de 7 minutes à rejoindre ces équipements / services, contre 5% en moyenne au niveau national.

*Aires d'attraction des villes du Lot-et-Garonne, Selon l'Insee en 2020*



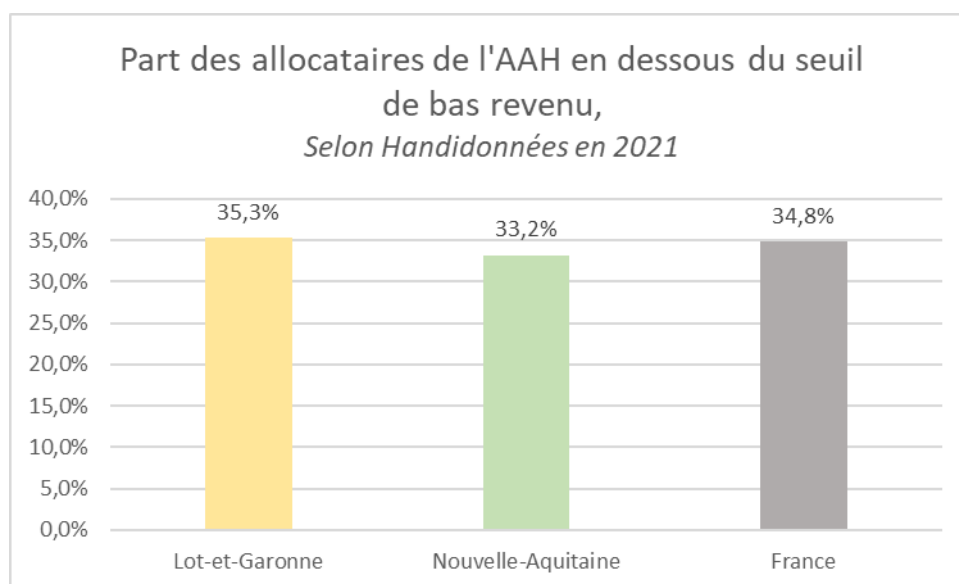
### UNE PRECARITE RELATIVEMENT IMPORTANTE CHEZ LES PERSONNES AGEES

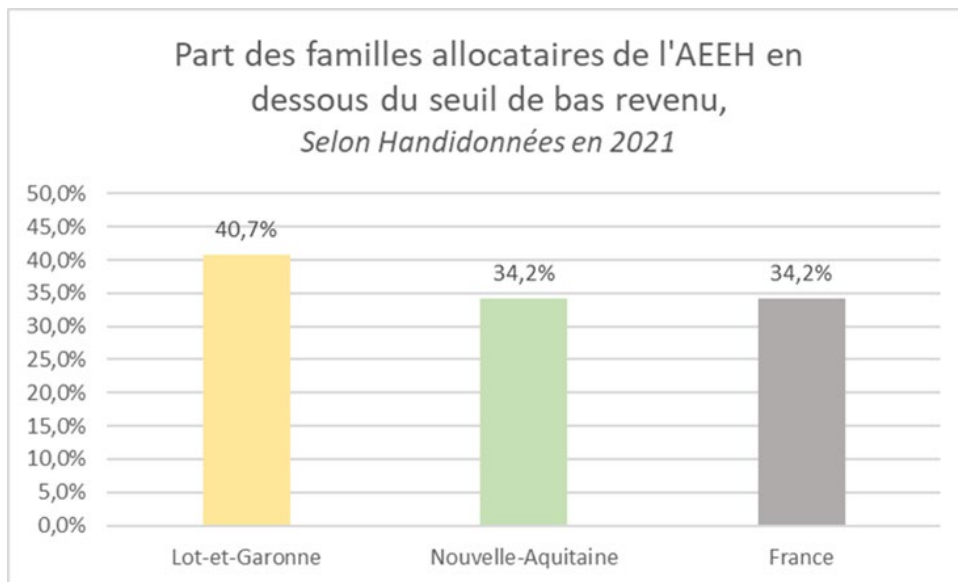
En 2021, 28,97% des retraités du département étaient exonérés de la contribution sociale généralisée. La même année, 4,3% des retraités de l'inter-régime étaient bénéficiaires du minimum vieillesse et/ou du complément retraite dans le Lot-et-Garonne, soit 0,6 point de plus que la moyenne régionale. A Agen, 10% des retraités perçoivent le minimum vieillesse, ce qui indique que la précarité reste forte chez les personnes âgées.



### DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP DISPOSANT DE PEU DE RESSOURCES

La part des allocataires de l'AAH qui vit en dessous le seuil de bas revenu est de 35,3%, soit 2,1 points de plus que celle de la région et quasi-équivalente à celle de la moyenne nationale. 40,7% des familles concernées par l'AEEH vivent en dessous du seuil de bas revenus en 2021. C'est 6,5 points de plus que les moyennes régionale et nationale.





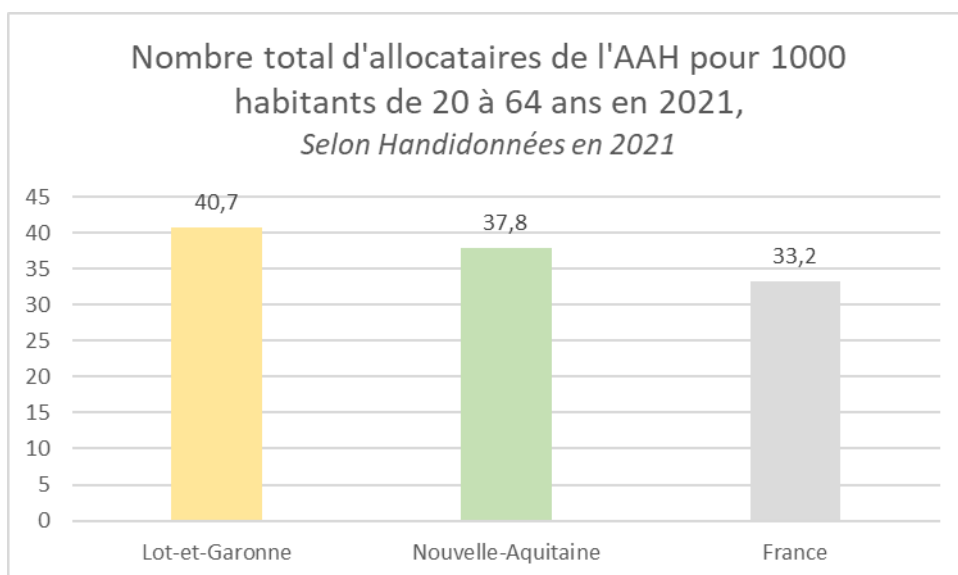
## >> DES BESOINS PARTIELLEMENT COUVERTS

### LES CARACTERISTIQUES DES PERSONNES ADULTES EN SITUATION DE HANDICAP

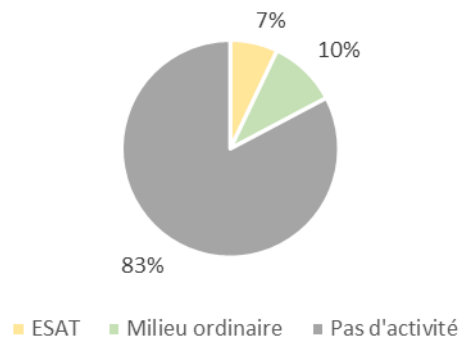
En 2021, le taux d'allocataire de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) dans la population âgée de 20 à 64 ans s'élevait à 40,7 pour 1000 habitants, soit 2,9 points de plus qu'au niveau régional et 7,5 points de plus que le taux national.

Parmi les 6 912 allocataires, 82,8% vivent à domicile, ce qui pose la question de l'aide apportée par l'entourage familial et/ou de l'aide externe. 83% des allocataires de l'AAH du département n'ont pas d'activité professionnelle, soit 2% de plus qu'au niveau régional.

Les ESAT remarquent notamment un souhait de plus en plus fréquent de la part des personnes, d'avoir accès à de nouvelles formes de travail favorisant leur qualité de vie, comme le temps partiel.



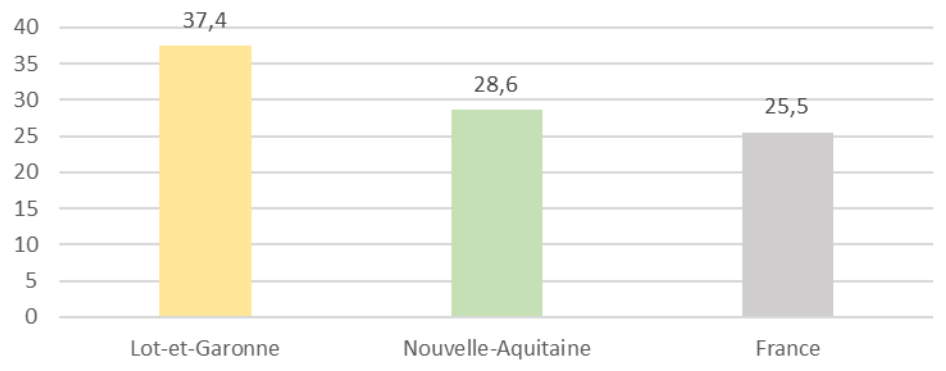
Activité professionnelle des allocataires de l'AAH  
vivant à domicile en décembre 2021,  
Lot-et-Garonne  
Selon Handidonnées en 2021



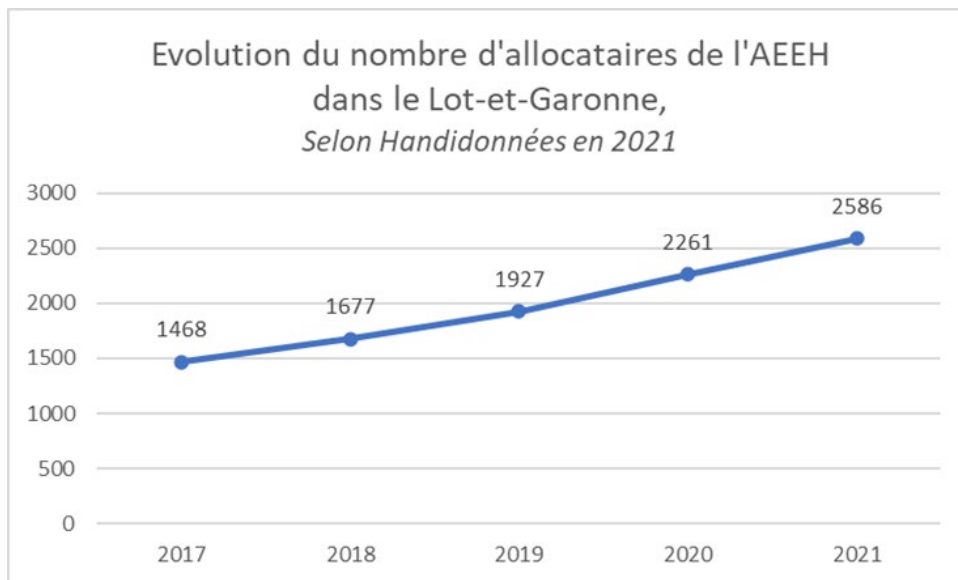
LA PROGRESSION DES ALLOCATAIRES DE PRESTATIONS HANDICAP

Le taux d'allocataires de l'AAH est de 37,4 pour 1000 habitants de moins de 20 ans en 2021 dans le département, soit 8,8 points de plus qu'au niveau régional.

Nombre d'allocataires de l'AAH pour 1000  
habitants de moins de 20 ans en 2021,  
Selon Handidonnées en 2021

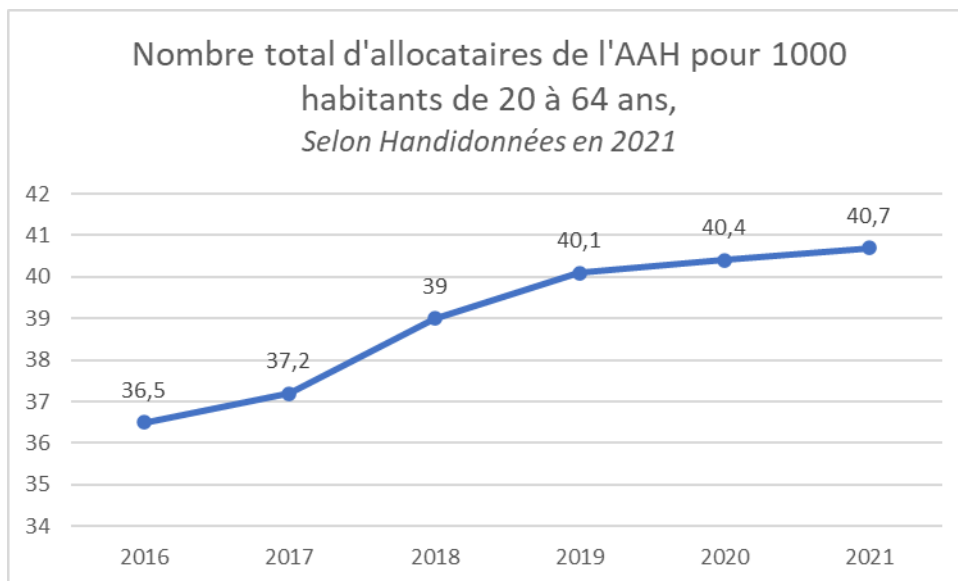


Entre 2018 et 2021, le taux d'allocataire de l'AAH a augmenté de 54%. Entre 2017 et 2021, le nombre d'allocataires de l'AAH a augmenté de + 1 118 personnes. Le département n'est pas doté de structure de type IEM Institut d'éducation motrice.



#### LA PROGRESSION DES ALLOCATAIRES DE PRESTATIONS HANDICAP

Entre 2016 et 2021, le nombre d'allocataires de l'AAH a augmenté de 4,2 points dans le département. Entre 2016 et 2019, le nombre de bénéficiaires de la PCH dans le Lot-et-Garonne a augmenté de +50 personnes selon Handidonnées.



## LE PASSAGE A L'ÂGE ADULTE ET LES ATTENTES DES JEUNES EN SITUATION DE HANDICAP

Le nombre de jeunes qui relèvent de l'amendement Creton s'établit annuellement autour d'une 50 aine, soulignant le besoin de réponses adaptées à leur situation. Selon la liste établie au moment de l'élaboration du schéma par Handidonnées, 39 d'entre eux relèvent d'un IME, les autres relevant d'un IEM ou d'un établissement et service pour enfants et adolescents polyhandicapés (EEAP).

La répartition des jeunes relevant de l'amendement Creton selon le type d'ESMS attendu est la suivante :

- 16 sont en attente d'une place dans un établissement d'accueil médicalisé (EAM) ou une maison d'accueil spécialisée (MAS) ;
- 14 sont en attente d'une place en établissement et service d'aide par le travail (ESAT) ;
- 12 sont en attente d'une place dans un établissement d'accueil non médicalisé (EANM) ;
- 3 sont en attente d'une place dans une autre structure.

Le nombre de jeunes en amendement Creton témoigne des délais d'attente pour accéder à une place, voire d'une offre de places assez tendues en FAM et MAS en particulier.

Il est par ailleurs constaté une évolution marquée chez les jeunes en situation de handicap, dont un grand nombre a pu vivre des situations d'inclusion en milieu ordinaire, scolaire, social, sport et loisirs. En effet, ils se projettent davantage dans un logement personnel qu'en structure ou chez leurs parents. Néanmoins, les expériences d'accompagnement en habitat inclusif, montrent que les besoins de prise en charge en termes de soins et d'organisation du parcours de soins sont parfois sous-estimés, y compris par eux-mêmes qui peuvent aussi être en situation de méconnaissance ou de déni.

Dans ce contexte, les SAMSAH et SAVS sont perçus comme des services pivots dont l'enjeu porte sur le rôle de maillage pour la mise en place des relais en lien avec les services de droit commun.

## LA PRISE EN COMPTE DES BESOINS SPECIFIQUES DES PERSONNES HANDICAPEES VIEILLISSANTES

Un nombre croissant de travailleurs d'ESAT arrivent à l'âge de la retraite :

- La transition vers la retraite nécessite un accompagnement particulier, qui doit être préparé en lien avec les dispositifs de droit commun et le cas échéant avec la mise en place d'une intervention de type SAVS ;
- Les limites d'âge dans certains agréments peuvent pénaliser la souplesse des réponses, notamment entre la fin de la période d'activité professionnelle et le maintien dans l'hébergement qui y était associé, notamment dans la configuration ESAT et Foyer d'hébergement ;
- Les demandes pour accéder à un logement inclusif semblent être plus nombreuses, notamment en sortie de Foyer d'hébergement, et avant un accès ultérieur qui pourra être dans une structure spécialisée ou en EHPAD.

Un transfert de compétences et de moyens semble à envisager pour prévoir l'accompagnement des personnes au sein d'EHPAD ou, à domicile avec un accompagnement assuré par des services à domicile, pouvant nécessiter la mise en place de conventions sur le soin et la gestion des urgences notamment.

Enfin, les personnes vieillissantes, en situation de handicap, vivant à domicile, seules ou avec des parents âgés, sont à prendre en considération avec vigilance, du fait de la perte d'autonomie de leurs parents qui s'ajoute à

leur propre situation de dépendance, pouvant donner lieu à des situations d'urgence, des risques de maltraitance, mais aussi à des carences dans l'accompagnement.

Enfin, le vieillissement des personnes accueillies en Foyer de Vie, et dans une moindre mesure en FAM et en MAS nécessite aussi une adaptation de l'offre, et des services pour faciliter leur accès aux soins et la continuité de leurs parcours de soins qui mobilisent une grande part de leur accompagnement.

### UNE OFFRE PAS TOUJOURS ADAPTEE AU REGARD DES BESOINS A DOMICILE

Les intervenants SAAD et SSIAD peinent à couvrir toutes les zones du territoire et ne peuvent répondre, de fait à toutes les demandes en raison :

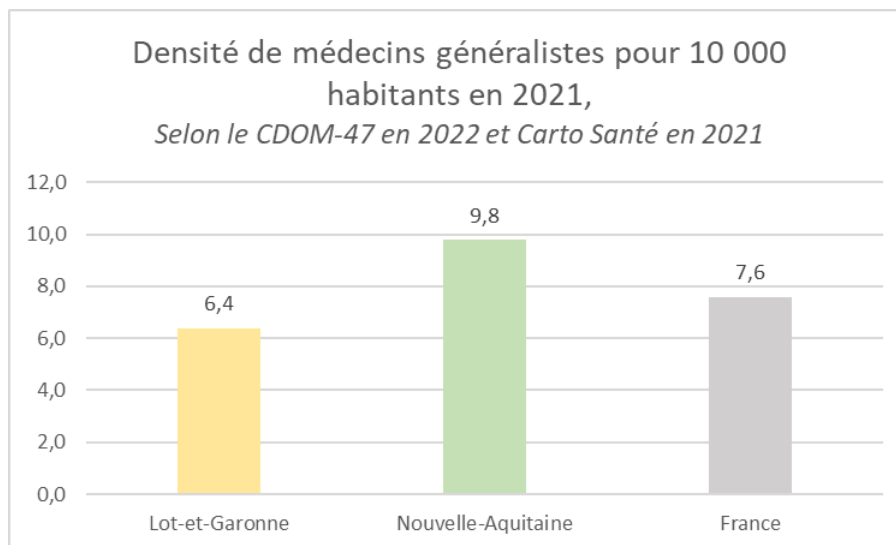
- Des besoins de prises en charge psychique des personnes à domicile qui nécessitent un suivi médical parallèle. Il est constaté, pour diverses raisons, que ce suivi médical n'est pas toujours effectif, pouvant manquer de continuité ;
- Des temps de soins plus longs pour ces profils complexes qui peuvent nécessiter plusieurs interventions par jour dans certains cas et des compétences particulières pour intervenir face à certaines pathologies ;
- Un manque de places pour les personnes GIR 1 et 2, avec une tendance des directions des services à équilibrer les niveaux de dépendance au sein de leur file active pour veiller à l'équilibre financier des services ;
- Des interventions sur des actes techniques, nécessitant d'être confiées à des cabinets libéraux, avec d'une part un impact sur l'équilibre financier des services et d'autre part des difficultés de mobilisation des services infirmiers libéraux ;
- Des difficultés de recrutement et de fidélisation des professionnels, renforcées par des situations d'absentéisme et d'accidents professionnels, qui pèsent sur l'organisation et la qualité de l'offre des services ;
- De fortes difficultés pour adapter les horaires aux besoins des personnes, dans un secteur confronté à une mutation majeure du rapport au travail, des attentes et des besoins de professionnels qui apportent de plus en plus d'importance à leur qualité de vie.

Au total, il semble que les interventions à domicile ne répondent que partiellement aux besoins, du fait de plans d'aides qui peuvent ne pas être entièrement réalisés, conduisant dans de nombreux cas à faire passer au second plan l'accompagnement à la vie sociale prévu dans les plans d'aide ainsi que le respect des projets de vie dont la prise en compte n'est pas toujours compatible avec les contraintes organisationnelles, les horaires d'intervention.



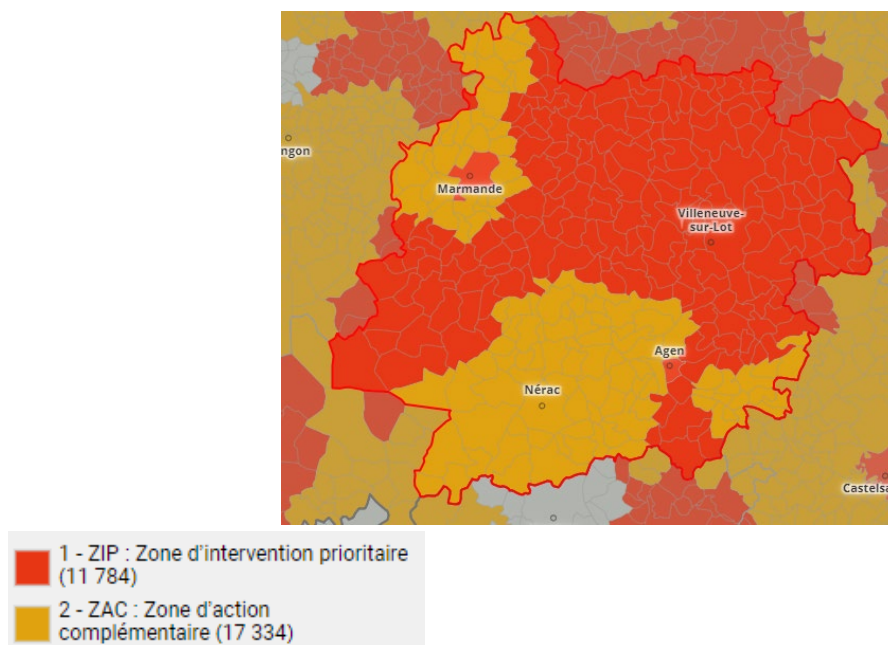
## DES DIFFICULTES D'ACCES AUX SOINS

La densité de médecins généralistes pour 10 000 habitants était de 6,4 en 2022 selon le CDOM-47, soit 3,4 points de moins que dans la région et 1,2 point de moins qu'au niveau national.



La majeure partie du département est classée en Zone d'Intervention Prioritaire par l'ARS. En effet, en 2019, 40,7% des médecins généralistes exerçant dans le Lot-et-Garonne avaient 60 ans ou plus, laissant craindre leur départ proche à la retraite.

Zonage conventionnel des médecins généralistes, Selon Carto Santé en 2021

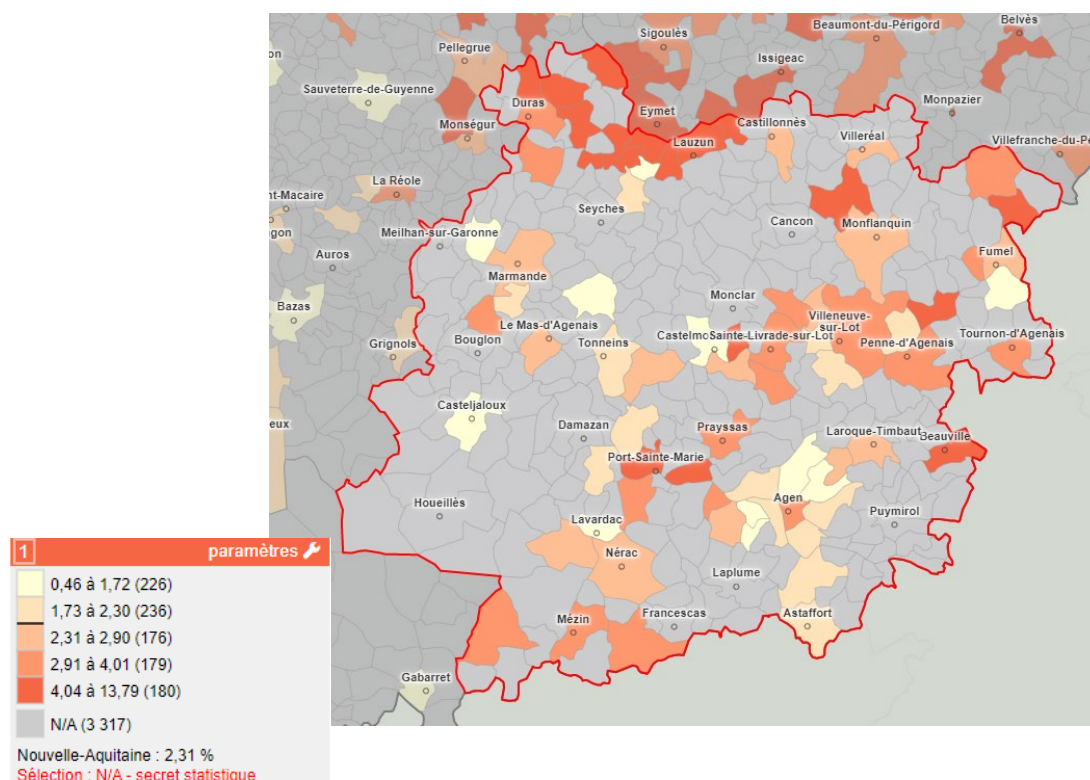


Dans certaines communes, les plus éloignées des villes et des aires d'attraction, la part des personnes de 55 ans et plus de l'inter-régime qui n'ont pas médecin traitant est élevée :

- 10,4% à Saint-Sernin ;
- 8,7% à Savignac-de-Duras ;
- 8,55% à Pardaillan.

Au niveau départemental, la part des personnes de 55 ans et plus de l'inter-régime qui n'ont pas de médecin traitant en 2021 est de 2,56%, contre 2,31% au niveau régional.

*Part des seniors sans médecin traitant déclaré/ nombre total d'assurés de l'inter-régime (%) - Population totale de 55 ans et plus, Selon l'Observatoire des Fragilités Grand Sud*



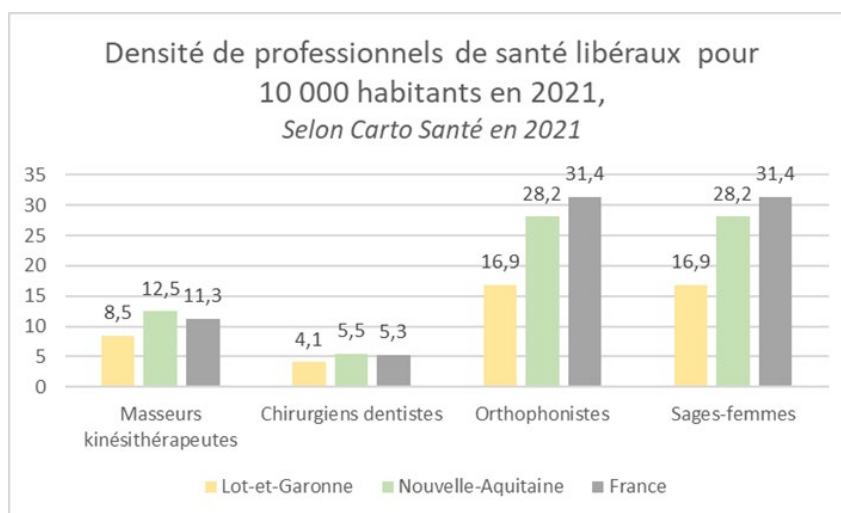
Une enquête d'Handifaction datant du 31 mars 2022 montre que le recours aux soins des personnes en situation de handicap pourrait encore être amélioré sur le territoire du Lot-et-Garonne, puisqu'environ ¼ des répondants à l'enquête ne sont pas soignés.

Des actions sont initiées pour répondre aux besoins de santé :

- Dans le cadre du PRS, une feuille route « Territoire 100% inclusif » a été engagée, avec le Conseil départemental et les partenaires, sur le volet du handicap psychique
- Une stratégie régionale d'amélioration de l'accès aux soins des personnes handicapées par l'ARS Nouvelle-Aquitaine depuis février 2020

## UNE FAIBLE DEMOGRAPHIE DE PROFESSIONNELS DE PREMIER RECOURS

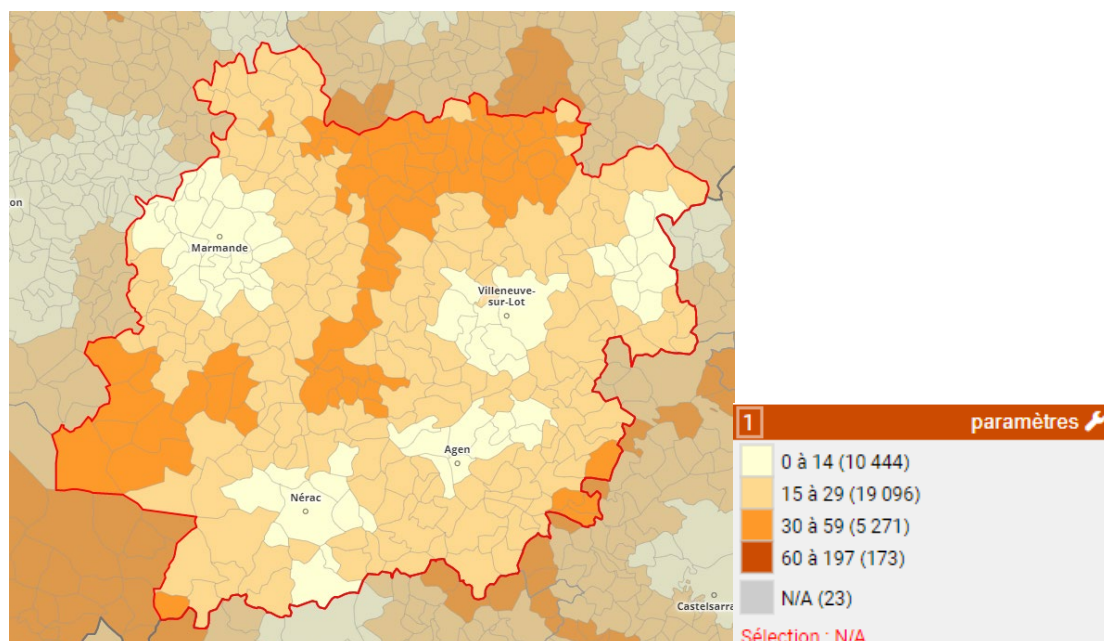
La densité de professionnels de santé installés dans le département est inférieure à celle des autres comparateurs, national et régional, ce qui montre que l'offre de soins de premier recours est assez faible sur le territoire.



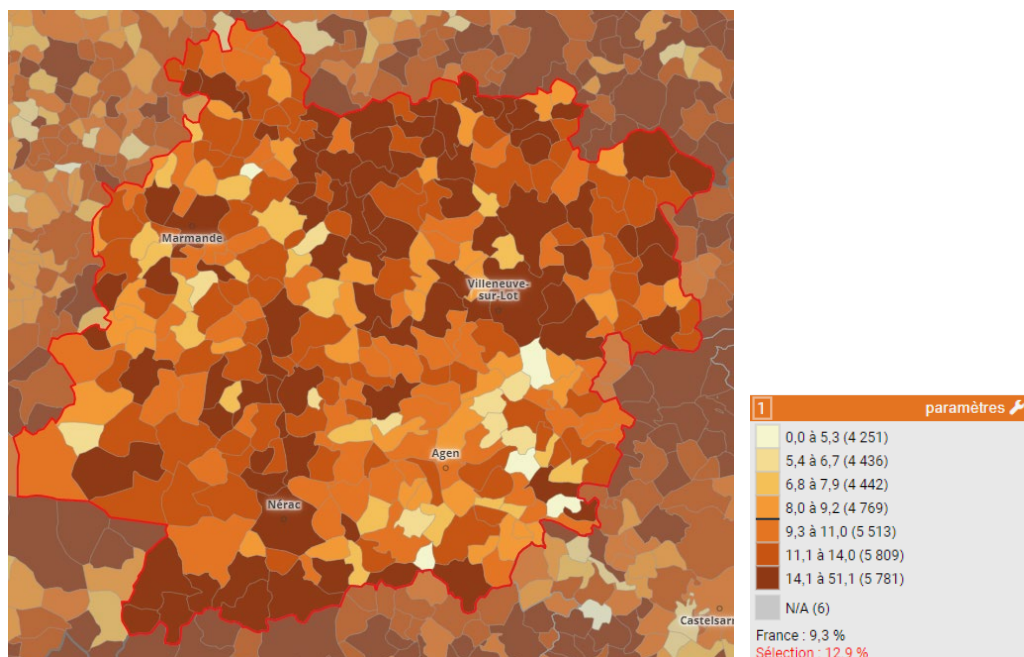
## L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIERS SUR LE TERRITOIRE

Une partie de la population reste éloignée des structures sanitaires : 30 minutes à 1h pour rejoindre la structure la plus proche. C'est notamment dans ces zones que la densité de personnes âgées est la plus forte.

*Temps d'accès à la structure sanitaire ou médico-sociale la plus proche (en minutes) – service médecine, Selon Carto Santé en 2021*



Part de la population par tranche d'âge, en %, - 75 ans et plus, Selon Carto Santé en 2021



### LA PREVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE DOIT ETRE DEVELOPPEE POUR TOUCHER D'AUTRES PUBLICS

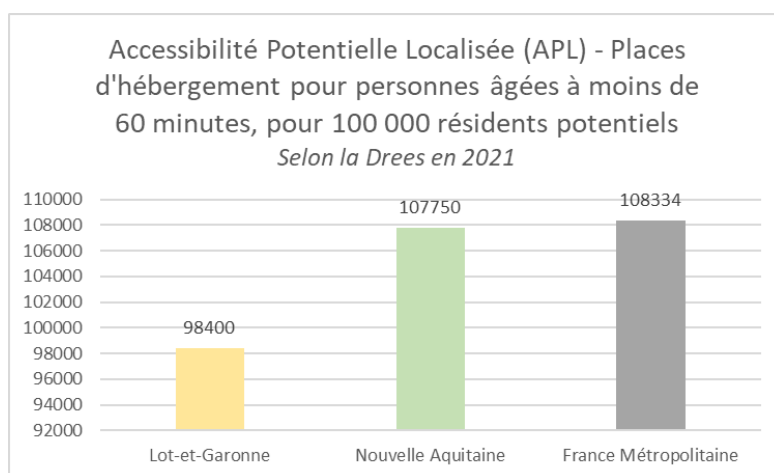
Malgré les nombreuses actions de prévention de la perte d'autonomie proposées sur le territoire et les efforts d'information à la population engagés, le public participant aux actions reste restreint : ils ont souvent plus de 75 ans et sont pour la grande majorité des femmes.

De plus, 70% des personnes de 80 ans et plus résidant à domicile dans le département habitent dans un logement de plus de 80m<sup>2</sup>. Le maintien à domicile demande donc à être anticipé afin que le passage au « grand âge » ne soit pas compliqué par des aménagements des logements trop tardifs et/ou rendus difficiles du fait de difficultés économiques.

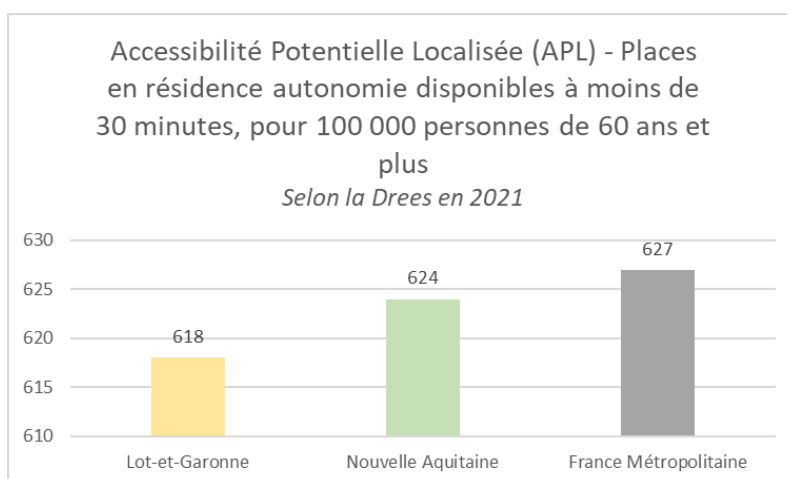
Les acteurs de terrain observent notamment un besoin « d'aller vers les personnes », notamment en milieu rural, où l'habitat est plus dispersé, constituant une première sensibilisation qui facilitera ultérieurement la participation à des actions collectives de prévention et soutiendra le maintien à domicile, selon le souhait de ces personnes peu enclines à rejoindre une institution.

### LA PROXIMITE DE L'OFFRE D'ACCUEIL A DESTINATION DES PERSONNES AGEES PEUT ETRE RENFORCEE

Selon une étude de la Drees en 2021, l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) est en moyenne de 98 400 places d'hébergement pour personnes âgées, à moins de 60 minutes, pour 100 000 résidents potentiels de 60 ans et plus dans le Lot-et-Garonne, contre 107 750 places pour 100 000 résidents potentiels en Nouvelle-Aquitaine et 108 334 places pour 100 000 résidents potentiels en moyenne au niveau national.



De même, 618 places en résidence autonomie sont disponibles à moins de 30 minutes pour 100 000 personnes de 60 ans dans le département, contre 624 en moyenne en Nouvelle-Aquitaine et 627 en moyenne au niveau national.



## >> DES METIERS ET DES STRUCTURES EN TENSION

### DES METIERS DU GRAND AGE PEU ATTRACTIFS

Les problématiques majeures, liées aux difficultés de recrutement et de fidélisation des professionnels, portent sur :

- La pénurie de professionnels, aussi bien à domicile qu'en établissements et notamment pour les IDE, assistants sociaux, accompagnants éducatifs et sociaux, médecins, paramédicaux, comptables, assistants de vie aux familles.
- La reconnaissance des métiers, trop peu rémunérés, favorisant l'attrait pour le libéral ou la fuite vers d'autres secteurs de professionnels initialement engagés dans les métiers de la relation d'aide ;
- L'image de ces professionnels dégradée auprès des populations qui y recourent ;
- Une charge de travail, des horaires de travail contraignants, une charge émotionnelle et des risques professionnels perçus comme trop élevés, avec un impact trop important sur la vie personnelle ;
- Une partie non négligeable du temps de travail consacrée à des tâches administratives ;
- Un manque d'outils de travail, dont les véhicules dans le secteur de l'aide à domicile).

De manière encore plus spécifique, les métiers du grand âge, sont confrontés à :

- Un manque de ressources humaines, dans les organismes de formation et dans les structures qui accompagnent les personnes, qui se voient contraints de réduire leur offre faute de personnel ;
- Des ressources humaines instables, avec un fort turn-over, de nombreux contractuels, qui ne permettent pas de fidéliser et de faire progresser sur la durée les personnels recrutés ;
- Des professionnels faiblement qualifiés, avec un décalage parfois important entre les besoins des personnes et leurs compétences.

Les EHPAD sont aussi confrontés à l'évolution de leur public :

- l'âge d'entrée en structure a tendance à s'accroître ;
- une proportion significative d'entrée en EHPAD semble faire suite à une hospitalisation.

En conséquence, les profils des patients sont plus lourds, la charge en soins est plus forte et les durées de séjour plus courtes pour les résidents qui sont de plus en plus nombreux à avoir une grande dépendance physique et une dépendance liée aux troubles cognitifs et comportementaux.

A l'issue du diagnostic, les priorités souhaitées par le département portent sur

- Les problématiques afférentes à l'emploi dans le secteur social et médico-social ;
- Le besoin d'adaptation de l'offre en fonction des besoins ;
- La nécessité de renforcer la coordination entre les acteurs ;
- L'objectif de la prévention de la perte d'autonomie ;
- L'accompagnement et le maintien au domicile des personnes.

Dans ce cadre, les groupes de travail mis en place avec la participation des acteurs, ont permis de prendre en compte ces priorités, d'en expliciter les enjeux, et d'en décliner les objectifs en actions opérationnelles permettant d'assurer leur mise en œuvre au cours de la durée de déploiement du schéma.

Différents enjeux ont été identifiés au niveau du département du Lot-et-Garonne. Le schéma doit répondre, de manière pragmatique et ciblée, aux objectifs suivants :

**Sur l'axe « Les ressources et les métiers » :**

**1. Renforcer l'attractivité des métiers dans le secteur médico-social et faciliter les recrutements**

L'objectif vise à faciliter les recrutements dans le secteur médico-social, à mieux faire connaître ses métiers et à renforcer les coopérations entre les employeurs du territoire.

**2. Renforcer le taux d'encadrement**

L'enjeu consiste à améliorer les conditions de travail des professionnels du secteur qui peuvent avoir des conséquences sur la qualité de la prise en charge des personnes.

**3. Fidéliser les ressources et soutenir les professionnels**

Il est nécessaire de fidéliser les ressources en poste afin de limiter les turn-over au sein des services et structures.

**Sur l'axe « L'adaptation de l'offre aux besoins »**

**4. Adapter l'offre d'accompagnement et d'hébergement**

L'enjeu consiste à mieux répondre à l'évolution des besoins en offre d'accompagnement et d'hébergement, ainsi qu'à diversifier cette offre, notamment en développant des formules d'accueil plus souples, en faisant évoluer le fonctionnement des services, et en transformant et adaptant des places déjà existantes.

**5. Développer l'offre pour les publics spécifiques**

L'objectif est de mieux répondre aux besoins des publics spécifiques et de leurs proches aidants, notamment dans la prise en charge du glissement dans la dépendance et la maladie.

**6. Promouvoir l'accès à l'offre d'accompagnement et de soin**

L'accès à l'offre d'accompagnement et de soin peut être améliorée pour les personnes, en s'appuyant sur les évolutions technologiques qui permettent de pallier les difficultés de pénuries de ressources locales et en facilitant l'accès physique des structures via une aide au transport.

## Sur l'axe « La coordination entre les acteurs »

### **7. Développer des outils de coordination et en faciliter l'utilisation**

Le renforcement de l'efficacité des outils de coordination permettra d'améliorer la cohérence et la coordination des prises en charge par un meilleur partage de l'information.

### **8. Développer les liens entre les acteurs**

L'objectif visé est de favoriser l'interconnaissance entre les acteurs, afin de fluidifier les parcours et ainsi d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes. Ce travail s'adresse notamment au secteur psychiatrique et aux ESMS.

## Sur l'axe « La prévention de la perte d'autonomie »

Les thèmes qui ne sont pas abordés dans ces fiches seront traités par la Conférence des financeurs elle-même, dans le cadre de son futur « Programme coordonné de financement des actions de prévention ».

### **9. Soutenir les dispositifs d'aménagement et d'équipement des logements et leur adaptation à la perte d'autonomie ainsi que le recours aux aides techniques**

L'enjeu consiste à promouvoir la sécurisation et l'adaptation des logements des personnes âgées vivant à domicile, en articulant les programmes existants et en facilitant le recours aux dispositifs.

### **10. Repérer les situations d'isolement social, pour prévenir et lutter contre ce facteur important de la perte d'autonomie**

Agir en amont, notamment par le repérage, permet de ralentir le processus de la perte d'autonomie. La mobilité et l'accès aux actions de prévention proposées doivent être facilitées.

### **11. Développer la communication sur les actions de prévention**

L'objectif est d'améliorer l'information concernant les actions de prévention proposées sur le territoire et d'élargir le public y participant.

## Sur l'axe « Le maintien et les soins à domicile »

### **12. Améliorer et optimiser le fonctionnement de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie**

Un travail sera effectué afin d'alléger et de simplifier le circuit administratif de l'APA, ainsi que de réduire les délais d'attente de déclenchement d'un plan d'aide et d'éviter ainsi les risques de rupture.

### **13. Soutenir les services à domicile**

L'enjeu principal est de mettre en place la Dotation Complémentaire Qualité ainsi que d'accompagner la mise en œuvre des services autonomies SSIAD et SAAD sur la base du décret du 30 juin 2023, en leur apportant une aide technique et en soutenant leurs actions.

### **14. Former les intervenants à domicile sur le handicap psychique et ses spécificités**

Les objectifs sont l'application du décret de l'élargissement de l'accès à la Prestation de Compensation du Handicap, la formation des équipes d'évaluation de la MPPH ainsi que le renforcement des compétences des intervenant à domicile sur le champ du handicap psychique.



Aussi, les priorités d'actions ont fait l'objet de fiches actions, mettant en évidence la déclinaison opérationnelle des objectifs visés.

#### 4 • LES FICHES ACTIONS

AXE  
**LES RESSOURCES  
ET LES MÉTIERS**

## AXE : LES RESSOURCES ET LES MÉTIERS

# Renforcer l'attractivité des métiers dans le secteur médico-social et faciliter les recrutements

## CONSTATS

- Les acteurs n'ont pas une vision globale et actualisée des besoins en ressources à l'échelle départementale
- Les métiers du médico-social sont mal connus, parfois également mal perçus, à la fois par le grand public et les jeunes susceptibles d'accéder à ces métiers. Les nouveaux professionnels n'ont pas toujours une vision claire et précise du contenu des différents métiers existants dans le secteur médico-social
- Il est difficile de recruter dans le secteur médico-social et les employeurs font ainsi face à une pénurie de personnels, au global et sur certains métiers en particulier.

## ENJEUX/RÉSULTATS ATTENDUS

- **Mieux faire connaître les métiers**
- **Renforcer les coopérations entre employeurs**
- **Faciliter les recrutements**

## OBJECTIFS OPÉRATIONNELS ET ACTIONS ASSOCIÉES

### 1. Renforcer la coopération entre les structures employeurs

- Participer à la réflexion relative à la création d'un groupement d'employeur en vue de :
  - recenser les besoins - via la création d'une plate-forme dédiée permettant de faire remonter les besoins en ressources- diffuser les offres d'emploi émises par les structures
  - faciliter le recrutement de ressources transversales mutualisées entre structures (ex: ergothérapeutes, psychologues, diététiciens...)
  - proposer des contrats courts inter-structures et organiser une gestion prévisionnelle des compétences mutualisée
- Développer et renforcer le rôle des GCSMS existants pour diffuser les offres d'emploi- et donc pour en étendre les audiences

### 2. Réduire les contraintes à l'embauche des candidats

- Utiliser le dispositif « SAS d'amorçage » pour structurer une offre globale permettant de répondre aux contraintes à l'embauche exprimées par les candidats lors des entretiens
- Faire connaître aux employeurs les dispositifs d'aides existants permettant d'aider les candidats (ex: garde d'enfants, auto-école solidaires...)

### 3. Développer les actions « grand public » de type forum des métiers, salons de l'emploi sur les métiers du médico-social afin de faire connaître les métiers

- Réaliser chaque année des forums des métiers à destination des écoles, des étudiants et des employeurs, en y faisant intervenir les professionnels des structures et les résidents
- Réaliser des salons de l'emploi sur les métiers du médico-social par secteurs géographiques dans le département

## MOYENS/OUTILS NÉCESSAIRES

### Objectif 1

- Rapport d'étude de faisabilité
- Si étude concluante :
  - Cahier des charges : modèle économique et financements possibles
  - Lancement d'un appel à manifestation d'intérêt (AMI)
  - Recrutement du coordonnateur du GE
  - Conventions de partenariats avec des agences d'intérim

### Objectif 2

- Liste des principales contraintes à l'embauche exprimées par les candidats
- Protocole/argumentaire présentant les aides mobilisables

### Objectif 3

- Un lieu, central, avec différents espaces (ateliers, animations...)
- Des outils de communication à diffuser en amont et sur place auprès des écoles, des publics et des employeurs
- Un groupe de travail pour organiser ce forum dans le cadre du groupement d'employeur

## ACTEURS IMPLIQUÉS

- Mission Locale
- Employeurs du médico-social
- Éducation nationale
- ADES

## INDICATEURS DE SUIVI

- Élaboration du cahier des charges
- Lancement de l'AMI
- Recrutement du coordonnateur du GE
- Élaboration des outils de communication
- Élaboration de la liste des contraintes et du protocole sur les aides mobilisables
- Élaboration de la convention type

## INDICATEURS DE RÉSULTATS

- Date de création du GE (si étude de faisabilité concluante)
- Nombre et type de professionnels recrutés par le GE
- Nombre d'événements (forums, salons...) réalisés et nombre de personnes présentes

# Renforcer les taux d'encadrement

## CONSTATS

- Les établissements font face à une pénurie de personnels qualifiés qui nuit à la qualité de l'accompagnement des résidents
- La qualité des prestations se dégrade, la prise en charge des soins est compliquée

## ENJEUX/RÉSULTATS ATTENDUS

- Améliorer les conditions de travail des professionnels
- Améliorer en conséquence la prise en charge des personnes

## OBJECTIFS OPÉRATIONNELS ET ACTIONS ASSOCIÉES

### 1. Pérenniser et améliorer le dispositif d'astreintes/gardes « IDE de nuit » en EHPAD, dans un cadre homogène au niveau du département

- Concevoir un cahier des charges type en lien avec l'ARS
- Structurer des réponses dans un cadre inter-structures et dans une logique de proximité

### 2. Accroître les moyens imputables sur la section hébergement en laissant la possibilité à chaque EHPAD public de créer un poste nouveau à mi-temps à l'occasion de la signature du CPOM.

- Ce poste pourrait selon les besoins de l'établissement concerner le secrétariat, l'accueil, l'animation, les cuisines, la lingerie, service technique.

### 3. Accroître les ratios de personnels soignants dans les structures afin de mieux accompagner les publics, y compris dans les foyers de vie

- Estimer finement les besoins par type de métiers et au global en réévaluant le niveau du point GIR départemental (pour les Ehpad)
- Renforcer l'analyse budgétaire partagée des établissements avec le Conseil départemental (accompagnement à réaliser)

## MOYENS/OUTILS NÉCESSAIRES

### Objectif 1

- Recensement des besoins des EHPAD et élaboration d'un cahier des charges
- Formations spécifiques pour certains IDE (ex: évaluation de la douleur...), formation IPA, à étaler dans la durée, FGSU niveau 2
- Formateurs
- Véhicules (ou financement de frais de déplacement)
- Système d'information
- Protocoles dérogatoires pour les médicaments avec des formations spécifiques (pouvoir adapter les doses) avec partenariat avec EMSP
- Matériels (téléphones, mallettes dans le cadre de l'e-sante...)

### Objectif 2

- Autorisation des financeurs pour des postes supplémentaires
- CPOM, budget

### Objectif 3

- Études existantes en matière de besoins RH (ex: FHF...)
- CPOM
- Moyens financiers supplémentaires fléchés vers le Grand Âge

## ACTEURS IMPLIQUÉS

- ARS
- GCSMS
- Conseil départemental

## INDICATEURS DE SUIVI

- Création du cahier des charges IDE de nuit
- Mise en place des formations pour les IDE de nuit
- Élaboration de la liste type de tâches transférable

## INDICATEURS DE RÉSULTATS

- Nombre d'IDE de nuit formés
- Nombre d'IDE de nuit mis en place dont nombre mutualisé entre EHPAD
- Nombre de postes de la section hébergement créés
- Nombre de professionnels soignants recrutés dans les établissements et type
- Nombre de CPOM mis en place

# Fidéliser les ressources et soutenir les professionnels

## CONSTATS

- La rotation des ressources humaines dans le secteur est importante, de nombreux professionnels embauchés ne restent pas dans leur poste; la fidélisation des ressources humaines est compliquée

## ENJEUX/RÉSULTATS ATTENDUS

- **Fidéliser les ressources en poste**
- **Améliorer en conséquence la prise en charge des personnes**

## OBJECTIFS OPÉRATIONNELS ET ACTIONS ASSOCIÉES

### 1. Consolider les partenariats dans le but d'affiner les besoins du secteur médico-social

- Réaliser un diagnostic quantitatif et qualitatif régulier des besoins des professionnels (notamment des jeunes et de ceux qui quittent leur poste prématurément) et des employeurs
- Assurer une veille sur les besoins et l'évolution de l'offre par la mise en place d'un comité de suivi inter institutionnel des nouvelles générations

### 2. Structurer dans la durée une politique d'accueil/intégration des professionnels, afin de pouvoir les aider dans leur prise de poste, et les fidéliser sur le moyen terme

- Créer des outils/supports mutualisés (ex: livret d'accueil...)
- Concevoir un parcours d'intégration type

### 3. Développer les échanges entre structures afin de favoriser l'interconnaissance des acteurs et des compétences (formations croisées, pair-aidance, parcours découverte inter-structures)

## MOYENS/OUTILS NÉCESSAIRES

### Objectif 1

- Conventions de partenariat
- Questionnaire

### Objectif 2

- Des outils mutualisés : livret d'accueil, protocole d'intégration...
- Bilan social des structures recensant le temps moyen en poste des professionnels

### Objectif 3

- Groupe de travail pour définir un programme de formation annuelle interacteurs

## ACTEURS IMPLIQUÉS

- Groupement employeur/GEIQ
- Employeurs du médico-social
- Dispositif SAS d'amorçage
- Conseil départemental
- Service public de l'emploi
- Région

## INDICATEURS DE SUIVI

- Élaboration du questionnaire
- Création des outils et des parcours
- Élaboration des programmes de formation

## INDICATEURS DE RÉSULTATS

- Nombre de professionnels bénéficiant d'une formation
- Nombre de professionnels inscrits dans un parcours, nombre de structures concernées
- Évolution de la durée moyenne en poste dans le département, au global et par catégorie de métier

AXE  
**L'ADAPTATION  
DE L'OFFRE  
AUX BESOINS**

# Adapter l'offre d'accompagnement et d'hébergement

## CONSTATS

- L'évolution de la dépendance physique s'accompagne souvent de déficiences cognitives. En regard, les EHPAD ne sont pas suffisamment configurés pour répondre à l'évolution de ces besoins tant au niveau des ressources humaines que de leurs infrastructures. De plus l'offre est très peu développée en unités spécifiques.
- Les personnes en situation de handicap vieillissantes doivent pouvoir choisir un lieu de vie avec un accompagnement adapté, que ce soit en EHPAD, en résidence autonomie ou en foyer de vie.

## ENJEUX/RÉSULTATS ATTENDUS

- Mieux répondre à l'évolution des besoins
- Diversifier l'offre d'accompagnement

## OBJECTIFS OPÉRATIONNELS ET ACTIONS ASSOCIÉES

### 1. Développer des formules d'accueil souples au sein des structures pour personnes âgées : accueil de jour accolés aux EPHAD, places de répit, EHPAD hors les murs, accueil de nuit, accueil temporaire au sein des structures existantes

- Estimer les besoins : places par type de réponses, ressources, infrastructures à prévoir
- Elaborer les cahiers des charges
- Harmoniser les calendriers des Appels à Projets et d'Appels à Manifestation d'Intérêt, entre les différentes démarches et les délais demandés afin de créer une meilleure coordination entre les autorités de tarification
- Recruter et former du personnel
- Budgéter

### 2. Faire évoluer le fonctionnement des SAVS et SAMSAH pour un pilotage plus efficient de l'activité, dans le cadre des CPOM

- Définir les modalités d'un pilotage de l'activité en file active
- Elargir l'activité des SAVS sur tout le champ du domicile

### 3. Etudier l'organisation des ressources humaines des foyers de vie en matière d'accompagnement en santé, pour un accompagnement tout au long de la vie

- Etudier l'évolution de la perte d'autonomie du public
- Analyser l'organisation et les compétences métiers par structure
- Concevoir un plan d'évolution de la composition des ressources humaines
- Développer des partenariats avec les acteurs de la santé

### 4. Transformer / adapter des places existantes dans les structures afin de mieux répondre à l'évolution des besoins (création de places pour personnes en situation de handicap et vieillissantes en EHPAD et en résidence autonomie, transfert de places des foyers d'hébergement vers les SAVS dans le secteur handicap)

- Estimer les besoins : places par type de réponses, ressources, infrastructures à prévoir
- Elaborer des cahiers des charges
- Recruter et former du personnel

## MOYENS/OUTILS NÉCESSAIRES

### Objectif 1

- Cahiers des charges (transformation de l'offre, formations)
- Plan Pluri annuel d'Investissements
- Politique RH : fiches de poste, recrutements et formation

### Objectif 2

- Concertation entre le Conseil Départemental et les SAVS
- CPOM

### Objectif 3

- Indicateurs de l'autonomie : GIR, PATHOS, analyse des risques et événements indésirables
- Suivi des indicateurs d'hospitalisation, des indicateurs d'absentéisme du personnel
- Évolution des métiers : poste d'aide soignant au lieu d'AES
- Conventions de partenariat avec le secteur sanitaires

### Objectif 4

- Cahiers des charges (transformation de l'offre, formations)
- Plan Pluri annuel d'Investissements
- Politique RH : fiches de poste, recrutements et formation
- Outils de communication

## ACTEURS IMPLIQUÉS

- Conseil départemental
- Établissements du secteur PA et PH
- Centre Hospitalier départemental
- Agence Régionale de Santé

## INDICATEURS DE SUIVI

- Élaboration des cahiers des charges
- Lancement des AAP et AMI
- Validation des PPI
- Diagnostic du niveau de dépendance en Foyers de Vie
- Élaboration des contrats de CPOM

## INDICATEURS DE RÉSULTATS

- Nombre de places transformées
- Répartition de l'offre par type de places
- Évolution du nombre de personnes dépendantes accompagnées en foyer de vie/ nombre d'usagers total
- Nombre de CPOM signés avec les SAVS et SAMSAH

# Développer l'offre pour les publics spécifiques

## CONSTATS

- L'offre existe dans le département mais elle n'est pas assez développée et ne peut ainsi pas répondre à l'évolution croissante des besoins (troubles cognitifs et grande dépendance), l'UHR existante est embolisée
- 30% environ des résidents d'Ehpad devraient être pris en charge dans une unité protégée (UP)
- Le service de géronto-psy de territoire a été supprimé en 2020, laissant un vide important

## ENJEUX/RÉSULTATS ATTENDUS

- Mieux répondre aux besoins des personnes et de leurs proches aidants
- Mieux prendre en charge le glissement dans la dépendance et la maladie

## OBJECTIFS OPÉRATIONNELS ET ACTIONS ASSOCIÉES

**1. Créer des unités spécialisées pour les personnes âgées ayant des profils psychiatriques (UHR, Unités protégées) et interroger sur la création et la régularisation des places déjà existantes. Les besoins estimés sont les suivants :**

- Une à deux UHR (Villeneuve, Marmande)
- Des unités de protection au sein des EHPAD, à créer ou à renforcer en terme de places, ou encore à labelliser, avec des moyens, plus importants, notamment la nuit
- Une plate-forme de répit

**2. Soutenir les actions concernant la parentalité des personnes en situation de handicap, en lien avec le Schéma départemental des services aux familles (SDSF) 2021-2025 et le Schéma départemental de prévention et de protection de l'enfance (SDPPE) 2021-2025**

- S'appuyer sur la mission handi-parentalité menée dans le cadre du SDSF
- Sensibiliser les acteurs en contact avec le public concerné
- Informer sur la PCH parentalité

## MOYENS/OUTILS NÉCESSAIRES

### Objectif 1

- Cahiers des charges des besoins
- Ressources humaines (recrutement et formation)
- Programmes de formation
- Aménagement des locaux dédiés et adaptés à la prise en charge de ces publics

### Objectif 2

- Groupe de travail
- Plan de communication
- PCH parentalité

## ACTEURS IMPLIQUÉS

- ARS
- GCSMS
- Conseil départemental
- EHPAD

## INDICATEURS DE SUIVI

- Élaboration des cahiers des charges des unités
- Mise en place du groupe de travail sur l'handi parentalité
- Cahier des charge de l'évaluation de l'action « Vers un nouvel envol »

## INDICATEURS DE RÉSULTATS

- Nombre de places par type d'unités créées
- Nombre et métiers des professionnels recrutés dans les unités spécialisées
- Nombre d'actions proposées concernant la parentalité
- Évolution du nombre d'allocataires de la PCH parentalité
- Nombre de CPOM ESAT signés avec objectif d'accompagnement à la retraite



# Promouvoir l'accès à l'offre d'accompagnement et de soin

## CONSTATS

- Les acteurs institutionnels en charge de l'orientation vers les EHPAD n'ont pas une lisibilité précise de l'offre. De plus, depuis la crise du COVID et la mise en lumière de pratiques malveillantes au sein de certains EHPAD, l'offre en établissements pour les personnes âgées a souffert d'un déficit d'image et d'attractivité, pour les aidants familiaux et les personnes âgées elles-mêmes
- La prise en charge médicale et l'accès aux soins sont freinés par les problématiques de sous-démographie médicale, malgré la politique incitative du département, à l'installation des professionnels de santé
- Certaines personnes isolées à domicile ont un accès aux soins réduit

## ENJEUX/RÉSULTATS ATTENDUS

- Améliorer l'accès aux soins des personnes, en tenant compte des évolutions technologique qui permettent de pallier les difficultés de pénurie de ressources locales
- Favoriser l'accès aux soins et aux structures, via une aide au transport

## OBJECTIFS OPÉRATIONNELS ET ACTIONS ASSOCIÉES

### 1. Promouvoir / valoriser l'offre en EHPAD auprès des services et des aidants

- Elaborer une politique de communication dans le cadre du GCSMS
- Concevoir des événements et outils adaptés

### 2. Développer l'itinérance, l'accès et l'utilisation de la télémédecine avec un encadrement adapté

- Equiper les professionnels et les structures, avec le support du GHT 47
- Former à l'utilisation des plateformes de téléconsultation
- Favoriser des soins itinérants (bus dentaire / ophtalmologie itinérants ...) en lien avec le PRS

### 3. Promouvoir l'utilisation des supports de mobilité solidaires afin de faciliter le transport vers les structures de répit et d'accueil de jour

- Quantifier le nombre de situations sans réponse de mobilité, freinant l'accès à l'offre
- Définir le cadre de l'offre à créer et le portage

## MOYENS/OUTILS NÉCESSAIRES

### Objectif 1

- Groupe de travail inter-EHPAD
- Plan et outils de communication

### Objectif 2

- Equipements, budget
- Partenariat avec les associations gestionnaires de structures et les caisses de retraite
- Plan de communication

### Objectif 3

- Étude et préconisations
- Cahier des charges
- Budget

## ACTEURS IMPLIQUÉS

- Conseil départemental
- EHPAD
- GCSMS
- GHT 47

## INDICATEURS DE SUIVI

- Réunions du GCSMS sur la communication EHPAD
- Les actions du GHT 47 sur la télémédecine
- Étude du projet de bus dentaire/ophtalmo
- Étude sur la mobilité en lien avec l'accès à l'offre de jour et de répit

## INDICATEURS DE RÉSULTATS

- Évolution du nombre de consultations en télémédecine
- Nombre d'actions de communication EHPAD
- Nombre de tournées des bus
- Évolution du taux d'occupation des accueils de jour et structure de répit

AXE  
**LA COORDINATION  
ENTRE LES ACTEURS**

## AXE : LA COORDINATION ENTRE LES ACTEURS

# Développer des outils de coordination et en faciliter l'utilisation

## CONSTATS

- Le nombre conséquent de systèmes d'information différents, utilisés par les acteurs, freine leur coordination, le partage d'information, avec des répercussions sur la qualité de l'accompagnement
- L'outil de coordination PAACO Globule n'est pas assez utilisé les professionnels de santé

## ENJEUX/RÉSULTATS ATTENDUS

- Renforcer l'efficacité des outils de coordination
- Améliorer la cohérence et la coordination des prises en charges par un meilleur partage de l'information
- Développer l'utilisation d'outils communs

## OBJECTIFS OPÉRATIONNELS ET ACTIONS ASSOCIÉES

### 1. Créer et faire utiliser des outils et protocoles partagés entre professionnels et structures pour le repérage et l'évaluation des situations

- Choisir un outil commun pour le repérage et l'évaluation des vulnérabilités, sur le modèle de la démarche ICOPE ou de l'outil du réseau NACRe
- Elaborer des protocoles conjoints de transmission des informations, d'alerte en cas de situation à risque

### 2. Promouvoir et développer l'utilisation de la plate-forme PAACO Globule auprès des professionnels de santé libéraux et des structures, en lien avec l'ARS

- Informer les professionnels de santé libéraux sur l'interopérabilité de leurs logiciels métier avec l'outil PAACO Globule après mise à jour via les MSP, les coordonnateurs CPTS et les chargés d'accompagnement territoire)
- Sensibiliser les services hospitaliers sur l'importance d'adhérer à PAACO Globule
- Faire remonter à l'ARS les possibles limites de PAACO Globule en matière de sécurité
- Accompagner les ESMS isolés afin qu'ils se regroupent en grappes, via le financement du programme ESMS numérique
- Mettre en lien les éditeurs de logiciels

## MOYENS/OUTILS NÉCESSAIRES

### Objectif 1

- Groupe de travail
- Protocoles

### Objectif 2

- Campagne d'information auprès des libéraux et des services hospitaliers, par les Chargés d'Accompagnement Territoire (CAT), coordonnateurs CPTS et MSP
- Evènements
- Financement du programme ESMS numérique

## ACTEURS IMPLIQUÉS

- CNSA
- ARS/CD
- EHPAD
- ESMS

## INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre de groupe de travail sur le repérage et l'évaluation des situations à risques
- Validation d'un outil commun de repérage
- Élaboration de protocoles conjoints
- Mise en place de campagnes d'information PAACO Globule

## INDICATEURS DE RÉSULTATS

- Évolution du nombre de situations à risque repérées selon les nouveaux outils
- Nombre de protocoles conjoints élaborés
- Nombre d'utilisateurs des protocoles conjoints
- Évolution du nombre de professionnels libéraux qui utilisent PAACO Globule
- Nombre de services hospitaliers utilisateurs de PAACO Globule
- Nombre d'ESMS regroupés en grappes

# Développer les liens entre les acteurs

## CONSTATS

- Le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC), issu de la loi Santé de juillet 2019, reste peu identifié par l'ensemble des acteurs, sa contribution en matière de propositions de parcours peut être renforcée
- En ce qui concerne le secteur du handicap, la communauté 360 vise aussi la fluidité des parcours de vie et doit se déployer sur le département
- Les établissements médico-sociaux peuvent être mis en difficulté face à des situations relevant du handicap psychique sévère et manquer d'expertise pour gérer ces situations

## ENJEUX/RÉSULTATS ATTENDUS

- Favoriser l'inter-connaissance entre les acteurs
- Fluidifier les parcours et améliorer ainsi la qualité de la prise en charge des personnes
- Faciliter les sorties du secteur psychiatriques vers les ESMS ou l'entrée vers le secteur psychiatrique

## OBJECTIFS OPÉRATIONNELS ET ACTIONS ASSOCIÉES

### 1. Renforcer le rôle des dispositifs et acteurs de coordination

- Déployer la Communauté 360 et l'articuler avec la Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT)
- Promouvoir le rôle des Assistants Parcours de Vie (APV)
- Définir le modèle de gouvernance du DAC
- Communiquer sur l'action du DAC et de la communauté 360 pour une meilleure identification et lisibilité de leurs missions par les acteurs
- Renforcer le soutien aux pratiques et à l'organisation des parcours complexes, en s'appuyant sur le DAC

### 2. Mieux coordonner les acteurs pour éviter les ruptures de parcours

- Renforcer l'articulation, via des réunions de suivi entre acteurs sociaux et médico-sociaux, dans le secteur du handicap PMI, CD, ASE et les SAVS pour la parentalité
- Développer la participation des services à domicile aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) organisées au sein des maisons de santé (MSP) et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)
- Valoriser la mission des coordinateurs de parcours et harmoniser les pratiques de ce nouveau métier auprès des personnes handicapées

### 3. Poursuivre l'expérimentation de l'équipe mobile handicap psychique sévère (EMHP) du CH spécialisé La Candélie avec les équipes médico sociales

- Organiser des échanges et transferts de compétences
- Elaborer des protocoles conjoints
- Organiser le transfert de compétences vers les établissements médico-sociaux
- Faire le bilan de l'action

## MOYENS/OUTILS NÉCESSAIRES

### Objectif 1

- Pour le DAC : plan de communication ciblé sur les acteurs du domicile et les professionnels de santé (MSP...)
- Pour les APV : campagne de communication, le GCSMS, les Maisons France Service, par les CCAS...

### Objectif 2

- Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP)
- Réunions de suivi
- Plan de communication

### Objectif 3

- Suivi- Évaluation du Projet équipe mobile handicap psychique

## ACTEURS IMPLIQUÉS

- ARS /CD
- GCSMS
- Opérateurs du DAC
- MDPH
- ESMS
- CCAS, Maisons France Service

## INDICATEURS DE SUIVI

- Modèle de gouvernance du DAC
- Communication sur les actions des dispositifs et acteurs de coordination
- Réunions du Groupe de travail EMHP et ESMS

## INDICATEURS DE RÉSULTATS

- Bilan de l'action du DAC
- Nombre de sollicitations de la communauté 360
- Évolution du nombre de situations d'urgence
- Nombre de cas gérés par l'EMHP et les ESMS
- Bilan de l'action de l'EMHP

AXE  
**LA PRÉVENTION  
DE LA PERTE  
D'AUTONOMIE**

## AXE : LA PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

## Repérer les situations d'isolement social pour prévenir et lutter contre ce facteur important de perte d'autonomie

## CONSTATS

- Une part des personnes âgées en perte d'autonomie est isolée, notamment en milieu rural où l'habitat est dispersé, et la précarité peut être importante
- Seulement 6000 séniors sur les 120 000 du département participent à des actions de prévention, la cible à atteindre est donc très large, ce qui ouvre un champ d'action important aux différentes initiatives
- Les participants sont en grande majorité des femmes, de 75 ans et plus
- L'offre culturelle est un levier pour attirer les seniors dans un parcours de prévention pour lutter contre l'isolement social et agir sur ses effets psychologiques

## OBJECTIFS OPÉRATIONNELS ET ACTIONS ASSOCIÉES

### 1. Intensifier les efforts en matière de repérage en étudiant l'opportunité de mettre en œuvre les divers dispositifs expérimentaux en place ou en projet promus au niveau national par la CNSA ou le Ministère

- Suivre l'expérimentation entre le CCAS d'Agen et l'Association Monalisa
- Etudier la mise en place dans le Lot-et-Garonne du dispositif Ogénie porté par le groupe SOS et financé par l'Etat
- Respecter l'engagement pris dans la feuille de route stratégique et opérationnelle 2021-2024 conclue avec la CNSA d'affecter 30 % des crédits de la CFPPA aux actions de lutte contre l'isolement

### 2. Poursuivre les efforts de «mobilité inversée» ou «l'aller vers» les publics les plus isolés (actions itinérantes, bonne couverture territoriale) et développer les actions à domicile afin d'accompagner vers le collectif (sport à domicile, spectacles...)

- Consolider les approches transversales de cette thématique au sein des 4 directions du Département concernées : Infrastructures, Actions sociales et d'insertion, soutien aux territoires, et autonomie dans le cadre de l'élaboration d'un plan de mobilité solidaire

### 3. Mettre en place les conditions d'un meilleur accès à l'offre culturelle, sportive et de loisirs disponible sur le territoire à travers les associations et acteurs communaux

- S'inspirer de la dynamique engagée avec les bibliothèques afin de soutenir l'égal accès à la culture tout au long de la vie

### 4. Accompagner l'inscription et/ou consolider l'inscription du public (seniors et personnes en situation de handicap) dans le schéma départemental d'inclusion numérique

- Poursuivre les efforts de coordination des financements (CFPPA, Caisses de retraite, chèques numériques) et des objectifs (simple sensibilisation, formation, perfectionnement)
- Intensifier les actions de sensibilisation au bon usage du numérique, d'accompagnement aux démarches en ligne d'accès aux droits, de formation à la prise en main des outils informatique et d'équipement de matériel informatique reconditionné à prix solidaire
- Evaluer les besoins en matière d'inclusion numérique des personnes en situation de handicap et développer les réponses adaptées

## ENJEUX/RÉSULTATS ATTENDUS

- Agir en amont de la perte d'autonomie des personnes et ralentir le processus par un meilleur repérage de l'isolement
- Pallier les difficultés de mobilité et développer l'accès aux actions de prévention proposées dans les domaines de la culture, du sport et des loisirs et de l'inclusion numérique

## MOYENS/OUTILS NÉCESSAIRES

**Objectif 1**

- Expérimentations : CCAS Agen, Ogénie
- Financement de l'Etat

**Objectif 2**

- Porteurs d'actions itinérantes et à domicile
- Programme coordonnée de la CFPPA

**Objectif 3**

- Conventions de partenariats
- Projet de la bibliothèque départementale

**Objectif 4**

- Schéma départemental d'inclusion numérique

## ACTEURS IMPLIQUÉS

- CNSA
- CFPPA
- Caisses de retraites
- CCAS d'Agen
- Association de retraité

## INDICATEURS DE SUIVI

- Évaluation des expérimentations en cours
- Mise en place du dispositif Ogénie
- Promotion des actions à domicile
- Soutien de l'accès à l'offre culturelle, de loisirs et sportive pour tous

## INDICATEURS DE RÉSULTATS

- Nombre d'actions à domicile déployées
- Nombre de partenaires associatifs et communaux
- Bilan du programme coordonnée de la CFPPA
- Bilan de l'expérimentation du CCAS d'Agen Monalisa
- % des crédits de la CFPPA aux actions de lutte contre l'isolement

**AXE : LA PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE****Soutenir les dispositifs d'aménagement et d'équipement des logements et leur adaptation à la perte d'autonomie ainsi que le recours aux aides techniques****CONSTATS**

- Une part importante de personnes âgées sont propriétaires de grandes maisons, dont l'aménagement est inadapté à leur perte d'autonomie. Du fait de l'attachement affectif à leur domicile et de leur souhait d'y vivre le plus longtemps possible, un soutien aux travaux est nécessaire pour en assurer l'adaptation.
- De nombreuses aides et dispositifs pour l'aménagement du domicile face à la perte d'autonomie sont proposés et restent à promouvoir

**ENJEUX/RÉSULTATS ATTENDUS**

- **Promouvoir la sécurisation et l'adaptation des logements des personnes âgées vivant à domicile en articulant les programmes**
- **Faciliter le recours aux dispositifs existants**

**OBJECTIFS OPÉRATIONNELS ET ACTIONS ASSOCIÉES****1. Articuler le schéma avec le programme départemental de l'habitat**

- Poursuivre la transversalité mise en place :
  - en interne, entre la Direction de l'autonomie et la Direction de soutien aux territoires à l'occasion de la déclinaison du programme d'action du Conseil départemental sur l'habitat inclusif
  - en externe, dans le cadre de la Conférence des financeurs de l'habitat inclusif

**2. Dans les divers documents contractuels de programmation, développer cet axe, poursuivre sur la durée du schéma les expérimentations en cours et évaluer leur efficacité (CICAT, Ecoreso, truck de Soliha, Bus de l'Una)**

- En cohérence avec la feuille de route stratégique et opérationnelle 2021-2024 conclue avec la CNSA : intégrer ces objectifs dans le programme coordonné de prévention de la perte d'autonomie et dans la convention socle de coopération et coordination gérontologique entre les caisses de retraite et le Département.

**3. Informer sur les dispositifs existants : Ecoreso, CICAT, SOLIHA, Ma Prime Rénov, SLIME**

- Renouveler sur d'autres territoires le forum «Habiter bien, habiter malin» organisé par AGIRC/ARRCO sur le territoire de l'agglomération agenaise

**MOYENS/OUTILS NÉCESSAIRES****Objectif 1**

- Programme coordonné de prévention de la perte d'autonomie
- Convention socle de coopération et coordination gérontologique

**Objectif 2**

- Local, budget, partenaires pour le forum
- Plan de communication

**Objectif 3**

- Programme départemental de l'habitat
- Groupes de travail des conférences des financeurs

**ACTEURS IMPLIQUÉS**

- CNSA
- CFPPA et CFHI
- Conseil Départemental
- Caisses de retraite, CARSAT

**INDICATEURS DE SUIVI**

- Intégration des objectifs de la CNSA dans le programme coordonné de la CFPPA
- Élaboration du plan de communication sur les dispositifs
- Réunions entre la Directions de l'autonomie et la Direction de soutien aux territoires

**INDICATEURS DE RÉSULTATS**

- Nombre de participants aux forum
- Nombre d'aides techniques distribuées : rapports d'activité des opérateurs et des financeurs : CARSAT, Département, ANAH)

# Développer la communication sur les actions de prévention

## CONSTATS

- Les actions proposées sont nombreuses, portées par différents acteurs, la lisibilité de l'ensemble de l'offre peut être améliorée, pour les opérateurs en particulier, en terme de répartition géographique, de programmation thématique et de calendrier
- Cette lisibilité passera par la mobilisation d'acteurs de terrain diversifiés en dehors du seul temps médico-social ou sanitaire
- Les bonnes pratiques en matière d'organisation des actions sont désormais acquises, il convient de les valoriser et de les diffuser.
- Certains aidants ne connaissent pas ou n'utilisent pas suffisamment les solutions de répit.

## ENJEUX/RÉSULTATS ATTENDUS

- **Améliorer l'information concernant les actions de prévention proposées**
- **Élargir le public participant aux actions de prévention**

## OBJECTIFS OPÉRATIONNELS ET ACTIONS ASSOCIÉES

### 1. Etudier les conditions d'élaboration d'une cartographie des actions, accessible aux relais de terrain et aux usagers

- Confier à la CFPPA la définition de la stratégie de communication à adopter (détermination du degré d'ambition des objectifs) et les outils à expérimenter dans son futur programme coordonné de prévention de la perte d'autonomie

### 2. S'appuyer sur des relais de terrain (mairies, EPCI, postes, bibliothèques, CCAS, caisses de retraite, pharmacies, médecins, maisons et centres de santé, CPTS, services à domicile...) et saisir l'opportunité d'événements locaux

- S'appuyer sur les relais de terrain :
  - traditionnels : CMS, communes, CCAS, bibliothèques départementales, France service
  - nouveaux, émergents ou futurs : maisons de santé, conseillers numériques, maison territoriale de l'habitat
- en s'inscrivant dans la stratégie de territorialisation des actions du Département

### 3. Repérer et diffuser les bonnes pratiques entre opérateurs, en matière d'organisation des actions de prévention

- Repérer et diffuser les bonnes pratiques en matière de communication et de contenu des actions (objectifs et supports) en fonction des âges (de 55 ans aux résidents d'EHPAD)
- Faire un bon usage du support consensuel que constitue « l'intergénérationnel » (ex : chantiers participatifs habitats ados: artisans en retraite)

### 4. Travailler sur les freins psychologiques des aidants des personnes âgées et personnes en situation de handicap

- ✓ Organiser des cafés des aidants, des journées portes ouvertes, conférences, le « mois des aidants », par la CFPPA et les caisses de retraites

## MOYENS/OUTILS NÉCESSAIRES

### Objectif 1

- Étude
- Plan de communication

### Objectif 2

- Partenariats

### Objectif 3

- Plan de communication
- Réseaux sociaux (Facebook...) et supports de communication : vidéo, flyers, sites web
- Partenariats

### Objectif 4

- Groupe de travail
- Partenariats
- Budget

## ACTEURS IMPLIQUÉS

- Associations
- Caisses de retraite
- CCAS/ Mairies
- France Service

## INDICATEURS DE SUIVI

- Étude sur les conditions d'élaboration de la cartographie
- Définition d'un plan de communication
- Identification des relais de terrain
- Mise en place d'un groupe de travail caisses de retraites - CFPPA

## INDICATEURS DE RÉSULTATS

- Nombre d'actions de communication ciblées déployées
- Nombre de relais de terrain sollicités et mobilisés
- Évolution du nombre de participants aux actions de prévention
- Nombre d'actions intergénérationnelles déployées
- Nombre d'actions de communication organisées en faveur des aidants



AXE  
**LE MAINTIEN  
ET LES SOINS  
À DOMICILE**

## AXE : LE MAINTIEN ET LES SOINS À DOMICILE

## Améliorer et optimiser le fonctionnement de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie

## CONSTATS

- Le circuit de traitement de l'APA semble alourdi par le nombre de pièces à assembler, non harmonisées selon le type de demande, la multiplicité des supports et l'absence de dématérialisation.
- Les services à domicile sont souvent mobilisés pour élaborer les dossiers de demandes face aux difficultés rencontrées par les familles
- Dans le cadre de certaines situations d'urgence, un circuit court peut être activé cependant, dans certains cas, les délais d'attente restent longs pour le déclenchement d'un plan d'aide, avec des risques de ruptures dès lors que le plan d'aide a besoin d'être réévalué.

ENJEUX/RÉSULTATS  
ATTENDUS

- Alléger et simplifier le circuit administratif
- Réduire les délais d'attente pour le déclenchement des plans d'aides et éviter les risques de rupture

## OBJECTIFS OPÉRATIONNELS ET ACTIONS ASSOCIÉES

## 1. Moderniser le circuit administratif de l'APA

- Travailler à l'uniformisation des pièces demandées
- Dématérialiser le dossier de demande
- Formaliser le nouveau circuit
- Informer et former les acteurs sur le téléservice
- Évaluer la satisfaction du nouveau circuit

## 2. Améliorer le circuit pour répondre avec plus de réactivité aux situations d'urgence

- Faire un bilan du circuit de traitement des situations d'urgence
- Optimiser le circuit et préciser les critères pris en compte pour qualifier une situation d'urgence
- Informer et former les acteurs sur le nouveau circuit, sur les critères d'alerte et sur les informations à transmettre en cas d'aggravation de l'état de santé de la personne
- Évaluer la nouvelle procédure d'évaluation unique

MOYENS/OUTILS  
NÉCESSAIRES**Objectif 1**

- Groupe de travail service APA
- Système d'information de la CNSA (plateforme en cours de construction pour la dématérialisation des demandes et l'harmonisation au niveau national)
- Enquête de satisfaction

**Objectif 2**

- Groupe de travail
- Procédure
- Plan de communication vers les services

## ACTEURS IMPLIQUÉS

- Conseil départemental
- CNSA

## INDICATEURS DE SUIVI

- Mise en place d'un groupe de travail avec le service APA
- Élaboration d'une procédure circuit court
- Communication vers les professionnels A

## INDICATEURS DE RÉSULTATS

- Évolution du délai moyen de traitement d'une demande APA : 70% de traitement dans les 2 mois
- Taux de satisfaction des acteurs sur le traitement de l'APA
- Diminution du nombre de ruptures du plan d'aide

# Soutenir les services à domicile

## CONSTATS

- Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022, les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), dont le financement est en partie assuré par les conseils départementaux, sont concernés par un nouveau tarif plancher de 22 € par heure. Les départements bénéficient également d'une dotation complémentaire, destinée aux gestionnaires de ces services (publics, privés ou associatifs), pour financer des actions répondant à des objectifs d'amélioration de la qualité du service rendu à l'utilisateur

## ENJEUX/RÉSULTATS ATTENDUS

- Apporter une aide technique et matérielle aux auxiliaires de vie aux SAAD
- Soutenir leurs actions

## OBJECTIFS OPÉRATIONNELS ET ACTIONS ASSOCIÉES

### 1. Mettre en place la Dotation Complémentaire Qualité sur la base d'un ou plusieurs des critères suivants, de façon pluriannuelle et progressive :

- Améliorer la qualité de vie au travail (QVT) des intervenants
- Accompagner de façon significative et qualitative les personnes en GIR 1 – 2 et/ou handicap lourd
- Apporter un soutien aux aidants des personnes accompagnées
- Intervenir dans les zones rurales
- Couvrir les interventions les week-end et jours fériés
- Lutter contre l'isolement

#### Les actions à mettre en place :

- Elaborer des appels à projet
- Financer les actions des SAAD

### 2. Accompagner la mise en œuvre des services autonomie regroupant les SSIAD et les SAAD sur la base du décret du 30 juin 2023 et des cahiers des charges nationaux

## MOYENS/OUTILS NÉCESSAIRES

### Objectif 1

- Appels à projet

### Objectif 2

- Décret du 30 juin 2023
- Groupe de travail

## ACTEURS IMPLIQUÉS

- Conseil départemental
- ARS
- CNSA
- SAAD/SSIAD
- Ecoréso autonomie sur les aides

## INDICATEURS DE SUIVI

- Mise en place de la dotation complémentaire qualité
- Étude des cahiers nationaux et programmation

## INDICATEURS DE RÉSULTATS

- Nombre d'actions mises en place dans le cadre de la DCQ
- Nombre de formations proposées

**AXE : LE MAINTIEN ET LES SOINS À DOMICILE****Former les intervenants à domicile sur le handicap psychique et ses spécificités****CONSTATS**

- Le décret publié le 20 avril 2022 au Journal officiel élargit les conditions d'accès à l'aide humaine de la Prestation de compensation du handicap (PCH) afin de prendre en compte les besoins spécifiques des personnes sourdaveugles ou en situation de handicap cognitif, mental ou psychique. Il complète ainsi la liste des actes essentiels éligibles à l'aide humaine et intègre le « soutien à l'autonomie » comme nouvelle modalité pour répondre aux besoins d'assistance de ces personnes. Ces mesures entreront en vigueur le 1er janvier 2023.
- Les professionnels de l'accompagnement à domicile sont confrontés à un manque de connaissance et d'expertise pour la prise en charge de ce public.
- Les personnes en situation de handicap psychique sont parfois en déni de leur handicap, avec des risques de rupture de soins et de prise en charge.

**ENJEUX/RÉSULTATS ATTENDUS**

- Appliquer le décret de l'élargissement de l'accès à la PCH
- Former les équipes d'évaluation de la MDPH (avec l'appui de la CNSA)
- Renforcer les compétences des intervenants à domicile sur le handicap psychique

**OBJECTIFS OPÉRATIONNELS ET ACTIONS ASSOCIÉES****1. S'approprier les outils d'évaluation de la PCH pour le handicap psychique**

- Préciser les critères
- Former les équipes d'évaluation sur les nouveaux critères

**2. S'articuler avec le Plan Territorial de Santé Mentale et le Conseil Local de Santé Mentale****3. Former les équipes du maintien à domicile à une meilleure connaissance du handicap psychique et des pratiques d'accompagnement****4. Sensibiliser les personnes relevant du handicap psychique pour faciliter à terme une orientation vers une structure adaptée**

- Informer les personnes sur l'offre d'accueil
- Promouvoir l'accueil temporaire
- Mobiliser les Conseils Locaux de Santé Mentale pour des actions de soutien et de sensibilisation

**MOYENS/OUTILS NÉCESSAIRES**

- Programmes de formation pour les agents de la MDPH, pour les professionnels des services à domicile
- Documents d'information sur l'offre d'accueil et de répit pour personnes en situation de handicap psychique
- Actions des Conseils locaux de Santé Mentale

**ACTEURS IMPLIQUÉS**

- MDPH
- ESSMS
- CD/ARS
- Conseil Local de Santé Mentale
- UNAFAM

**INDICATEURS DE SUIVI**

- Étude des critères d'évaluation de la PCH pour le handicap psychique
- Sessions de formation

**INDICATEURS DE RÉSULTATS**

- Nombre de professionnels de la MDPH en charge des évaluation formés sur les critères PCH handicap psychique
- Nombre de sessions de formation proposées aux acteurs du maintien à domicile
- Nombre d'intervenants à domicile formés
- Nombre d'actions de sensibilisation/ formation réalisées par les CLSM

Le Schéma départemental de l'autonomie 2023-2027 a été élaboré au cours de l'année 2022.

Après concertation avec les membres du comité technique, avec les acteurs pressentis comme porteurs d'actions, le schéma départemental a été validé par le comité de pilotage le 25 janvier 2023 pour être présenté à l'Assemblée départementale le 23 juin 2023.

AAH : Allocation aux Adultes Handicapés  
ADIL : Association Départementale d'Information sur le Logement  
AEEH : Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé  
AJ : Accueil de Jour  
ANAH : Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat  
APA : Allocation Personnalisée pour l'Autonomie  
APF : Association des Paralysés de France  
APL : Accessibilité Potentielle Localisée  
ARS : Agence Régionale de Santé  
ASH : Aide Sociale à l'Hébergement  
ASV : Loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement  
CAMSP : Centre d'Action Médico-Social Précoce  
CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail  
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale  
CD : Conseil Départemental  
CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées  
CDCA : Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie  
CDCPH : Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées  
CDOM-47 : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins  
CDS : Centre De Santé  
CFPPA : Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie  
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé  
CIH : Comité Interministériel du Handicap  
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination  
CMP : Centre Médico-Psychologique  
CMS : Centre Moselle Solidarités  
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie  
CODERPA : Comité Départemental des Retraités et des Personnes Agées  
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens  
CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé  
CVS : Conseil de la Vie Sociale  
DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination  
DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale  
DIRECCTE : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

EAM : Etablissement d'Accueil Médicalisé  
EEAP : Etablissement ou service pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés  
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes  
EPCI : Etablissement Public de Coopération Intercommunale  
ESAT : Etablissement ou Service d'Aide par le Travail  
ESSMS : Établissement ou Service Social et Médico-Social  
FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé  
FAS : Foyer d'Accueil Spécialisé  
FAP : Foyer d'Accueil Polyvalent  
FEPEM : Fédération des particuliers employeurs  
FHESAT : Foyers d'Hébergement pour les travailleurs handicapés en Etablissement et Services d'Aide par le Travail  
FV : Foyer de Vie  
GEIQ : Groupement d'Employeurs pour l'Insertion et la Qualification  
GIR : Groupe Iso-Ressources  
HAD : Hospitalisation A Domicile  
IDU : Identification d'urgence  
IME : Institut Médicoéducatif  
IRTS : Institut Régional de Travail Social  
ITEP : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique  
MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie  
MAS : Maison d'accueil spécialisé  
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées  
MONALISA : MObilisation NAtionale contre l'ISolement Social des Agés  
MSA : Mutualité Sociale Agricole  
MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle  
ONFV : Observatoire National de Fin de Vie  
PA : Personne Âgée  
PAG : Projet d'Accompagnement Global  
PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés  
PAT : Pôle Autonomie Territorial  
PCH : Prestation de Compensation du Handicap  
PCPE : Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées  
PH : Personne Handicapée  
PMI : Protection Maternelle et Infantile  
PRS : Projet Régional de Santé  
RAPT : Réponse Accompagnée Pour Tous

ROR MSS : Répertoire Opérationnel des Ressources Médico-sociales  
RSA : Revenu de Solidarité Active  
RSI : Régime Social des Indépendants  
SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile  
SAHTHMO : Service d'Accompagnement à l'Hébergement des Travailleurs Handicapés en Milieu Ouvert  
SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés  
SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale  
SERAFIN PH : Services et Etablissements Réforme pour une Adéquation des Financements aux parcours des Personnes Handicapées  
SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile  
SPASAD : Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile  
SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile  
TIC : Technologies de l'Information et de la Communication  
UDCCAS : Union Départementale des Centres Communaux et intercommunaux d'Action Sociale  
UC : Unité de Consommation  
UHR : Unité d'Hébergement Renforcée  
USLD : Unité de Soins Longue Duré  
UVP : Unité de vie protégée