

AVIS DU CDCA 68 SUR LE SCHEMA DE L'AUTONOMIE 2018-2023

Le Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA), a été saisi par le Département du Haut-Rhin aux fins de donner, conformément à la loi, son avis sur le projet de schéma départemental de l'Autonomie.

Le CDCA approuve les principales orientations et axes stratégiques du Schéma de l'Autonomie 2018-2023 après présentation et débat animé relatif aux réalités locales et expériences des membres.

Le CDCA restera attentif à la mise en œuvre du schéma de l'autonomie et de son évolution et demande les conditions budgétaires appropriées pour sa réussite.

Le CDCA, en exécution de sa mission, a procédé à l'examen dudit schéma dont le contenu a été alimenté par de nombreuses contributions, recueillies notamment lors des 9 réunions de groupes de travail qui se sont tenues et dans le cadre de l'enquête de terrain menée sous l'égide du Bureau du CDCA et visant à recueillir la parole des usagers.

Le CDCA émet un avis favorable à l'adoption du schéma de l'autonomie. Il approuve globalement les orientations proposées par le Département dans le cadre des différents axes retenus.

- Il partage les principes directeurs qui ont présidé le choix des orientations stratégiques retenues, à savoir le libre choix de la personne, la logique inclusive, la priorité donnée au milieu de vie ordinaire et la logique de parcours. En effet, ce schéma s'inscrit dans un mouvement et une démarche générale permettant à chacun d'être avant tout citoyen, libre de son choix et acteur de son parcours de vie, face au handicap comme à la perte d'autonomie. Au-delà de l'accompagnement sanitaire et médico-social proposé aux personnes âgées et/ou en situation de handicap, l'amélioration de leur bien-être et de leur quotidien est directement liée à de nombreuses politiques publiques : accès aux services de proximités, aux loisirs, à la culture, au sport, aux transports...
- Il apprécie la reconnaissance du rôle des associations et des nombreux bénévoles qui s'investissent tant dans le champ du handicap que dans celui des personnes âgées.
- Il insiste sur la nécessité de porter une attention particulière aux problématiques spécifiques de la déficience sensorielle, d'une part, et des troubles psychiques et du spectre autistique, d'autre part.
- Le CDCA note que le Département a tenu compte de la demande sociale en faveur du vivre à domicile, ce qui suppose de pouvoir proposer différentes formules d'habitat et de services associés, allant ainsi du simple logement adapté aux résidences autonomie, aux résidences accompagnées et jusqu'à l'habitat inclusif. Il entend ainsi encourager le développement de structures et habitats intermédiaires, particulièrement à but non lucratif, pour répondre aux nouveaux besoins et attentes des publics concernés.

- Le CDCA alerte les pouvoirs publics sur la question du reste à charge des familles, pour acquitter les factures mensuelles d'accueil en EHPAD. Celui-ci avoisine souvent les 1 900 € (hors aide publique) alors que le montant des retraites, notamment des veuves est bien inférieur. Malgré le souhait de rester à domicile le plus longtemps possible, avec l'augmentation de la durée de vie, de la proportion des plus de 85 ans et donc du degré de dépendance, le recours à l'EHPAD s'impose.
- Il appelle à la vigilance autour de l'enjeu du numérique, qui ne doit en aucun cas devenir un facteur d'isolement ou empêcher un public fragilisé d'accéder aux droits et services. En effet, toute une partie de la population âgée ou en situation de handicap n'est pas équipée (et n'envisage pas nécessairement de l'être), même en mobilisant du soutien (aide à la prise en main, formation...). Le recours au numérique doit se faire de manière responsable, éthique et accessible à tous, en complément de l'aide humaine, et non en substitution.
- Il rappelle que même si désormais les questions du vieillissement et du handicap sont abordées de manière conjointe sous l'angle de l'autonomie, il est essentiel que les besoins spécifiques des populations et des différents publics puissent être pleinement pris en compte.
- Le CDCA émet de vives inquiétudes par rapport aux métiers de l'aide à la personne. Ceux-ci font face à un véritable problème d'attractivité, de reconnaissance des métiers du secteur ainsi que de professionnalisation. Nombre de services d'aide à domicile et d'établissement peinent à recruter, ce qui impacte la qualité de l'accompagnement proposé aux usagers. De plus, souvent ces métiers sont assurés par des personnes elles-mêmes vulnérables ou en situation de précarité. Il apparaît essentiel, avec l'ensemble des acteurs concernés (professionnels, Etat, Région...) de travailler collectivement à la valorisation des métiers de l'aide à la personne.
- Il partage l'importance de structurer une véritable politique d'aide aux aidants, d'autant que de plus en plus de personnes sont à la fois aidants de leurs aînés et de leurs enfants.
- Le CDCA demande d'associer pleinement les représentants des usagers qui sont en mesure de relayer les réalités vécues de ceux qu'ils représentent, aux débats et aux décisions les concernant. La poursuite d'un dialogue constructif est nécessaire pour pouvoir améliorer la qualité des services et de l'accompagnement proposé aux personnes âgées, aux personnes en situation de handicap, aux proches aidants et aux familles.
- Le CDCA s'inquiète des moyens, notamment financiers, qui seront dégagés pour décliner de manière opérationnelle les orientations stratégiques retenues, tout en ayant conscience du caractère prospectif et pluriannuel de ce schéma. Il restera attentif à la mise en œuvre du schéma de l'autonomie et de son évolution possible en fonction du contexte budgétaire et réglementaire.

Pour clore le présent avis, le CDCA assure le Département de son engagement, plein, entier et vigilant à ses côtés pour la construction partagée d'une politique départementale de l'autonomie.

Cet avis a été validé lors de la formation plénière du CDCA qui s'est déroulée le 24 septembre 2018, avec 1 abstention.

Schéma de l'Autonomie 2018-2023

Conseil départemental
du Haut-Rhin

SOMMAIRE

PARTIE 1	6
L'évolution récente du cadre réglementaire.....	6
Le cadre institutionnel.....	7
La méthodologie.....	7
PARTIE 2	12
DIAGNOSTIC	12
I – Le contexte départemental	13
EVOLUTION DE LA POPULATION	14
DONNEES SOCIO-ECONOMIQUES	24
II- Les aides aux personnes dépendantes.....	28
Analyse des prestations octroyées.....	28
L'accès aux équipements.....	31
L'offre en établissements	31
Les évolutions du cadre bâti.....	37
L'offre de service dans le cadre du maintien à domicile	37
III – Prévention de la perte d'autonomie et soutien aux aidants.....	39
La politique de prévention de la perte d'autonomie	39
Une politique d'aide aux aidants à structurer et un droit au répit à conforter	42
IV- Les dispositifs d'accueil, d'information, d'évaluation, d'accompagnement et de coordination : améliorer la fluidité des parcours.....	43
PARTIE 3	47
LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES	47
AXE 1.....	50
FAVORISER ET FACILITER L'INCLUSION DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP DANS LA SOCIETE	50
AXE 2.....	55
CONTRIBUER A UNE POLITIQUE ACTIVE DE PREVENTION	55
DE LA DEPENDANCE	55
AXE 3.....	60
SOUTENIR LES PROCHES AIDANTS	60
AXE 4.....	68
GARANTIR UNE VIE A DOMICILE DANS LES MEILLEURES CONDITIONS	68
AXE 5.....	73
ACCOMPAGNER L'EVOLUTION DES ETABLISSEMENTS.....	73

AXE 6.....	79
CONFORTER LA LOGIQUE DE PARCOURS ET ŒUVRER.....	79
A LA FLUIDIFICATION.....	79
PARTIE 4	89
GOUVERNANCE ET PILOTAGE	89
PARTIE 5	93
GLOSSAIRE.....	93

Document de travail

Ce schéma vise à appréhender à 5 ans les évolutions des besoins des publics, et son corollaire, l'évolution des offres en services, prestations et établissements.

En choisissant de proposer un schéma unique de l'autonomie, couvrant les 2 champs des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, le Département souhaite mettre en lumière les points de convergence existants, sans pour autant nier ou masquer les spécificités propres à chaque public.

Le présent schéma s'appuie naturellement sur les valeurs que sont la solidarité, la responsabilité, la dignité, le libre choix. Toutes les orientations visent à améliorer le service rendu aux usagers haut-rhinois, quelle que soit leur situation et leur lieu de résidence.

La méthodologie partenariale et participative qui a présidé à l'élaboration de ce schéma avait véritablement l'ambition de pouvoir comprendre au mieux les besoins et de placer l'usager au cœur des réponses à développer.

Le défi majeur sera de répondre aux aspirations et attentes actuelles et futures des personnes, qui recherchent une vie toujours plus autonome, en milieu ordinaire, des réponses individualisées, un respect du libre choix... des solutions plus inclusives, souples, transversales et globales.

Les différentes évolutions posent la question de la soutenabilité du système de santé, de l'aménagement du territoire et de l'évolution de l'offre de santé et d'accompagnement, avec une demande sociale forte en faveur du maintien à domicile. Les usagers sont de plus en plus demandeurs de réponses inclusives et personnalisées, reflétant leur souhait de rester, autant que possible, actifs et intégrés dans la société. Par ailleurs, des solutions « intermédiaires » ou « alternatives », entre les établissements et le maintien à domicile apparaissent, notamment sous forme de résidences collectives plus ou moins médicalisées.

Ceci pousse à imaginer de nouvelles coopérations entre établissements d'accueil et acteurs du maintien à domicile, voire plus largement entre les différents acteurs du monde médical, sanitaire et médico-social, pour proposer des dispositifs innovants d'accompagnement. Il s'agira de faire évoluer les positionnements et les pratiques des différents acteurs concernés (autorités publiques, acteurs du champ sanitaire, du champ médico-social, associations...) pour favoriser encore davantage la coopération, la coordination et la transversalité.

L'enjeu majeur sera d'arriver à faire évoluer et transformer l'offre actuelle (sanitaire et médico-sociale) pour proposer des solutions nouvelles, répondre à une logique de parcours, de soins et de vie, combinant développement des actions de prévention (pour éviter/réduire la perte d'autonomie), efficacité et pertinence de l'accompagnement proposé et promotion de l'inclusion sociale et de la citoyenneté de l'usager. Ceci suppose un renforcement de la coordination des réponses apportées sur les territoires, alliant l'ensemble des acteurs du parcours (décloisonnement), sans opposer domicile et établissement, s'appuyant sur une palette d'offres la plus complète possible.

Les outils et les usages du numérique seront un levier majeur d'évolution. Ils permettent de s'affranchir des distances, d'assurer la traçabilité de

l'accompagnement, d'être réactif grâce à des échanges instantanés d'information, dans le cadre d'une approche plus collaborative et partagée. Cependant, leur développement ne va pas de soi, tant du point de vue de l'acceptation que de l'appropriation par les professionnels et par les usagers.

Plusieurs principes directeurs ont guidé le choix des orientations et enjeux retenus :

- il ne s'agit pas seulement de placer l'utilisateur au centre du dispositif, mais aussi de prendre pleinement en considération que la personne est elle-même une ressource et de raisonner en termes de capacités, et non d'incapacités,
- donner la priorité au milieu ordinaire de vie et adapter/compléter l'accompagnement et les services proposés pour que la personne se sente entourée et sécurisée par un réseau d'aide et de soins. Cela suppose également de faciliter les allers-retours possibles entre le milieu ordinaire et l'institution,
- dans une logique inclusive et dans la mesure du possible, le souhait est de privilégier les dispositifs de droit commun. Ceci se traduit notamment par le développement de la logique de transversalité,
- une approche déclinée au niveau infra-départemental et des réponses de proximité, s'appuyant sur les ressources et les spécificités des territoires, l'expertise des acteurs locaux...,
- une approche renouvelée et innovante, pas seulement en termes de technologies (notamment numériques), mais aussi en termes d'organisation et de processus dans une logique de parcours, en ouvrant des possibilités d'expérimentation.

PARTIE 1

L'évolution récente du cadre réglementaire

La loi du 30 décembre 2015 d'Adaptation de la Société au Vieillessement (ASV)

Elle réforme l'action départementale dans le domaine de l'autonomie des personnes âgées en se traduisant notamment par :

- l'instauration d'une Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie, qui développe des actions de prévention de la perte d'autonomie et peut financer des aides individuelles pour faciliter l'accès des personnes âgées aux aides techniques,
- la création d'un Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA) qui fusionne les deux instances déjà existantes pour les deux publics, le Comité Départemental des Retraités et des Personnes Âgées (CODERPA) et le Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées (CDCPH),
- la reconnaissance et le soutien aux proches aidants. Cette réforme définit ce qu'est un proche aidant (conjoint, concubin, parent, personne résidant avec elle ou entretenant des liens particuliers). Elle permet également un soutien accru aux aidants, en instaurant la notion de « droit au répit » pour les proches aidants dans le cadre de l'APA. Ce droit au répit peut être activé lorsque le plan d'aide APA est atteint, il permet de financer l'accueil de la personne en accueil de jour, la présence d'une personne au domicile du bénéficiaire APA ou encore un hébergement temporaire en établissement ou en accueil familial,
- une réforme de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile au 1^{er} mars 2016 qui vise à donner plus d'aide à ceux qui en ont besoin en augmentant les plafonds maximum des plans d'aide. Cette augmentation permettra, notamment, de financer de nouvelles aides. Cette réforme a pour but également de diminuer la participation financière des bénéficiaires de l'APA. Elle impacte aussi les personnes ayant un plan d'aide important qui bénéficient, avec cette réforme, d'un abattement dégressif du reste à charge,
- un renforcement de la transparence sur les tarifs en EHPAD. Il s'agit d'améliorer l'information sur les prix de l'hébergement pratiqués en EHPAD et les tarifs dépendance, et de simplifier le calcul du reste à charge.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

La mesure majeure de cette loi est la mise en place du dispositif Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT), qui répond de manière opérationnelle aux préconisations du rapport « Zéro sans solutions » rédigé par Monsieur Denis PIVETEAU en 2014. Ce dispositif doit permettre de faciliter la prise en charge de personnes en situation de handicap exposées à un risque de rupture de parcours, en particulier, celles ayant des besoins complexes et évolutifs et qui peuvent être confrontées à une absence totale de prise en charge à la suite de refus d'admission en établissement ou service médico-social.

Au niveau opérationnel, cela se traduit par la mise en place d'un Dispositif d'Orientation Permanent (DOP) ; ce dernier est sollicité lorsque la proposition d'orientation cible faite à la personne n'est pas disponible ou n'est pas adaptée. Dans ce cas le Plan Personnalisé de Compensation (PPC), proposé à toute personne en situation de handicap, est complété par un Plan d'Accompagnement Global (PAG) qui a pour objectif d'éviter les ruptures dans la prise en charge.

Sur un autre volet, cette loi vise à développer une médecine de proximité et à renforcer l'accès aux soins avec la mise en place du Dossier Médical Partagé (DMP).

Le cadre institutionnel

Le Département est chef de file de l'action sociale. La loi NOTRe (Nouvelle Organisation Territoriale de la République) a réaffirmé cette position. Ainsi, le Département assure le versement des aides financières pour les deux publics. Il a également comme mission de déployer et d'organiser l'offre en établissement et en service sur son territoire. Il participe au financement des structures d'hébergement pour personnes âgées et en situation de handicap. Il contribue également au maintien à domicile des personnes en régulant et en autorisant l'accompagnement des services.

Par ailleurs, le Département est impliqué dans l'amélioration de l'accessibilité à l'offre et du parcours de la personne. Cela se traduit par des actions de coordination entre les différents acteurs, afin de faciliter la résolution et la prise en charge des situations.

Le Département est engagé dans la mise en œuvre d'actions transversales impliquant d'autres politiques qui peuvent concerner le logement, le numérique, la culture... Des actions en lien avec ces thématiques peuvent être menées.

Le Département entretient également des liens avec d'autres acteurs institutionnels, notamment l'Etat, à travers les Agences Régionales de Santé. L'Etat, à travers ses Agences Régionales, assure le financement et la régulation de l'offre de soins ambulatoires et hospitaliers, ainsi que l'offre médico-sociale en faveur des enfants et des adultes en situation de handicap. Elles structurent également l'offre médico-sociale et l'offre de soin sur le territoire.

Les Centres Communaux d'Action Sociale et les Centres Intercommunaux d'Action Sociale sont compétents en matière de signalement et de constitution de dossiers de demande d'aides pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap. Ils assurent une mission d'accueil et d'information. Ils participent également à l'amélioration du cadre de vie de la personne âgée et de la personne en situation de handicap, en menant des actions sur l'aménagement du territoire (transport, habitat, accessibilité etc...).

La méthodologie

Ce Schéma de l'Autonomie présente les grandes orientations et perspectives de développement pour les 5 prochaines années. Il vise également à rapprocher les domaines et acteurs personnes âgées et personnes en situation de handicap dans une double logique de parcours et de territoire, travailler à l'articulation de ces 2 politiques tout en prenant en compte les besoins spécifiques.

Il s'inscrit en cohérence et en synergie avec la Stratégie Nationale de Santé et le Plan Régional de Santé piloté par l'ARS.

Il prend en compte les évolutions technologiques, thérapeutiques et organisationnelles, ainsi que leur impact, sur l'offre de santé et sur la demande sociale (prévalence du maintien à domicile, possibilités de suivi à distance, concentration de l'expertise et des équipements de pointe dans quelques centres spécialisés, développement de l'offre de soin de proximité et des établissements de premier recours, évolution des métiers et des compétences).

Il privilégie une approche globale pour faciliter le lien ville/hôpital ou encore les complémentarités entre établissements d'accueil et acteurs du maintien à domicile. Il vise aussi à faire de l'usager, un citoyen acteur de sa santé et de son parcours.

Les orientations proposées sont le fruit d'une démarche partenariale menée de décembre 2017 à juin 2018.

L'élaboration de ce schéma s'est déroulée en plusieurs phases :

1^{ère} phase : le bilan des schémas précédents

Un premier temps a été consacré à l'élaboration du bilan des précédents schémas (le Schéma Gérontologique Départemental 2012-2016 et le Schéma Départemental des Personnes en Situation de Handicap 2014-2016), la collecte des différentes données et études, nationales ou locales, venant alimenter le diagnostic. Ceci a permis de dégager les principaux enjeux et perspectives à interroger dans la suite de la démarche.

2^{ème} phase : la concertation

Celle-ci a été officiellement lancée début décembre 2017. L'ensemble des partenaires (soit près de 180 personnes) ont été invités à participer à une réunion de présentation de la méthodologie et des axes de travail proposés.

La phase opérationnelle s'est déroulée de mi-janvier à mi-avril 2018.

4 groupes de travail thématiques ont été mis en place :

- l'aide aux aidants,
- le soutien à domicile,
- l'accueil en établissement et l'ouverture sur le territoire,
- la cohérence entre l'offre de proximité et la logique de parcours.

4 problématiques ont été abordées de manière transversale :

- l'accès à l'information,
- le numérique,
- la qualité,
- la participation citoyenne.

Chaque groupe thématique s'est réuni à 2 reprises, avec des objectifs et des formats différents :

- une première session de réunion dans un format « brainstorming/speed dating de questions », à partir d'une feuille de route comportant 5 questions,

- une seconde session pour approfondir les éléments majeurs mis en exergue à l'issue de la 1^{ère} séance et faire émerger des pistes d'actions opérationnelles concrètes.

Ils ont été complétés par un groupe dédié à la convergence des politiques PA/PH, qui s'est réuni une fois à l'issue des réunions thématiques.

Au total, près de 150 personnes représentant les deux publics ont pris part à cette démarche.

En parallèle des groupes de travail, qui ont permis de réunir les différents professionnels du champ de l'autonomie, il est apparu essentiel de pouvoir recueillir l'avis et la parole des usagers.

C'est pourquoi, il a été demandé au Bureau du Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA) de mener une enquête auprès des usagers afin de recueillir leurs avis, besoins et attentes. Ceci a permis de collecter une soixantaine de témoignages.

Des places ont été spécifiquement réservées aux membres du Bureau du CDCA dans chacun des groupes de travail, de manière à s'assurer de la présence de la société civile dans les réflexions.

Enfin, des temps d'entretiens avec différents services du Conseil départemental ont été organisés : culture, sport, tourisme, logement.

La démarche a été appuyée par la mise en place d'un outil dédié : le mini site « autonomie » (<http://autonomie.haut-rhin.fr>). L'ensemble des feuilles de route, comptes-rendus, documents ont été mis en ligne et étaient accessibles à l'ensemble des partenaires. Le mini-site a également permis à ceux qui le souhaitent de déposer leurs contributions en ligne et de s'exprimer. 6 contributions écrites ont été déposées.

3^{ème} phase : synthèse et élaboration des orientations

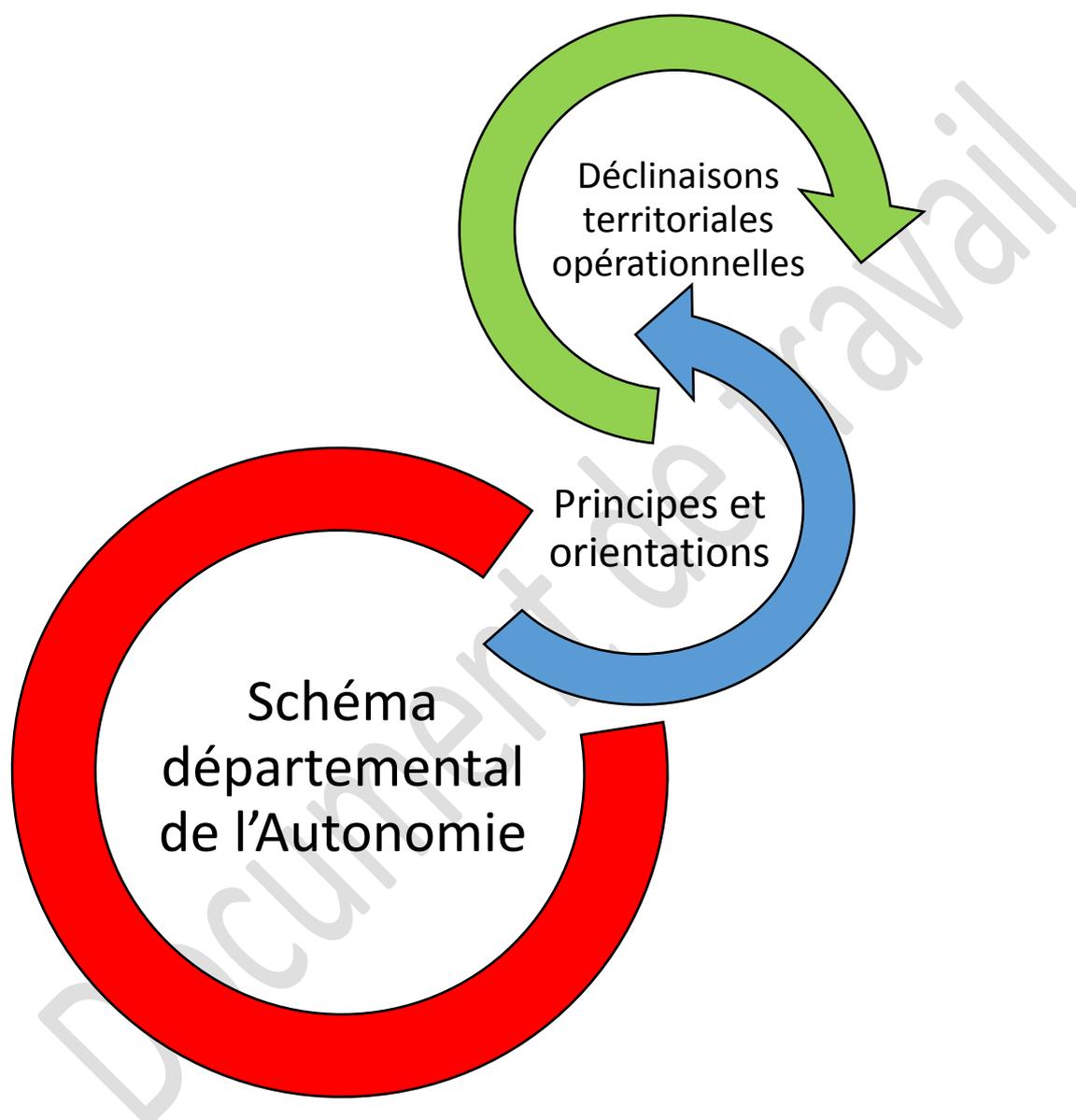
À partir de la matière récoltée durant la phase de concertation, les grandes orientations et enjeux prioritaires ont été dégagés.

Ils ont été soumis à l'avis des partenaires en juin 2018 et présentés à l'ARS, aux Caisses de Retraite, au CDCA et à la Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie, avant d'être soumis aux élus de la Commission Solidarité et Autonomie.

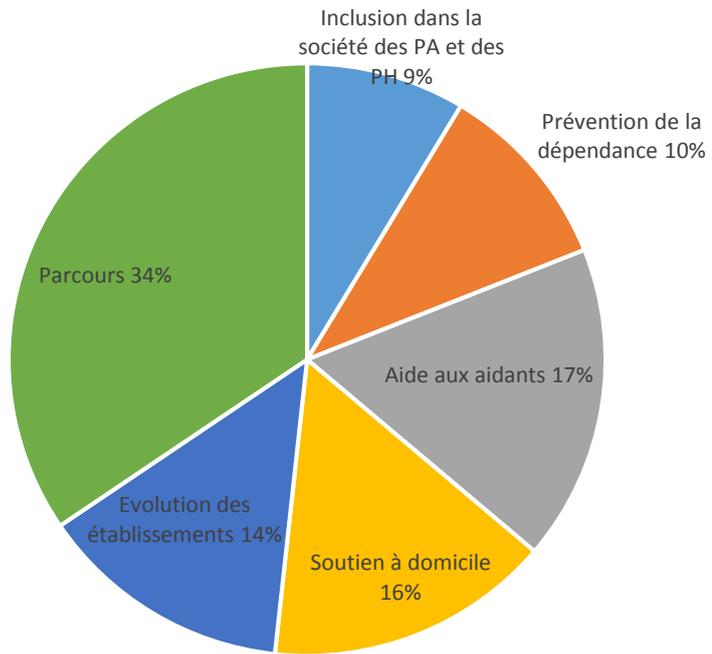
4^{ème} phase : la rédaction du schéma

Celle-ci s'est faite durant le 3^{ème} trimestre, pour une adoption officielle du Schéma de l'Autonomie par l'Assemblée départementale le 16 novembre 2018.

Les orientations et enjeux retenus à l'échelle départementale seront ensuite déclinés de manière opérationnelle à l'échelle infra-départementale, pour prendre en compte les spécificités et les caractéristiques de chacun des Territoires de Solidarité.



Répartition des actions par thématique



Document de

PARTIE 2

DIAGNOSTIC

Document de travail

I – Le contexte départemental

D'une superficie de 3 525,17 km² et avec ses 764 205 habitants en 2016, le Haut-Rhin se place au 3^{ème} rang des départements les plus peuplés de la région Grand Est, après le Bas-Rhin (1 109 460 habitants) et la Moselle (1 046 873 habitants). 49 % de sa population est concentrée dans les agglomérations de MULHOUSE et de COLMAR. Le Haut-Rhin se situe à la 2^{ème} place des départements les plus densément peuplés dans la région Grand Est, derrière le Bas-Rhin.

La population départementale croît depuis 1968 à un rythme similaire à celui de la population métropolitaine, soit 0,67 % de croissance annuelle moyenne. Depuis 2008, elle s'est ralentie à 0,3 % par an, alors que la croissance de la population métropolitaine se poursuit au même rythme annuel de 0,6 %.

Avec 764 205 habitants au 1^{er} janvier 2016, le département du Haut-Rhin a vu sa population augmenter de 2 % par rapport à 2009. Le Haut-Rhin est le 3^{ème} département le plus peuplé (764 205 habitants) et le 2^{ème} en densité (214 hab./km²) de la région Grand Est.

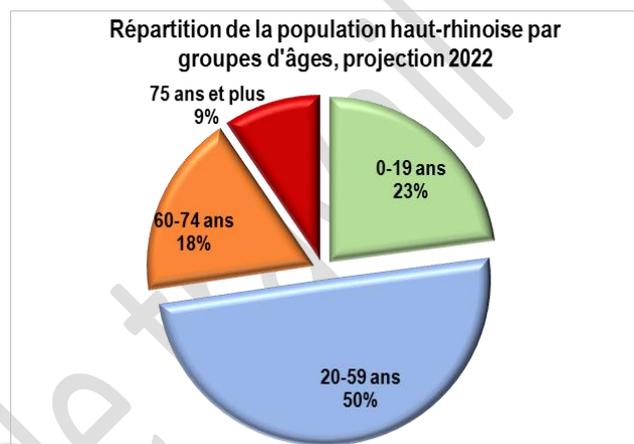
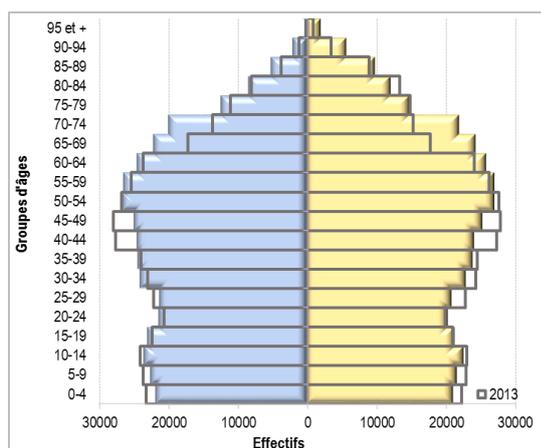
	2009	2014		2016	
		Pop	Evol	Pop	Evol
Haut-Rhin	748 614	760 134	+1,5%	764 205	+0,5%
Grand Est	5 531 118	5 554 645	+0,4%	5 558 304	+0,1%
France	65 755 505	65 907 160	+0,2%	66 725 826	+1,2%

EVOLUTION DE LA POPULATION

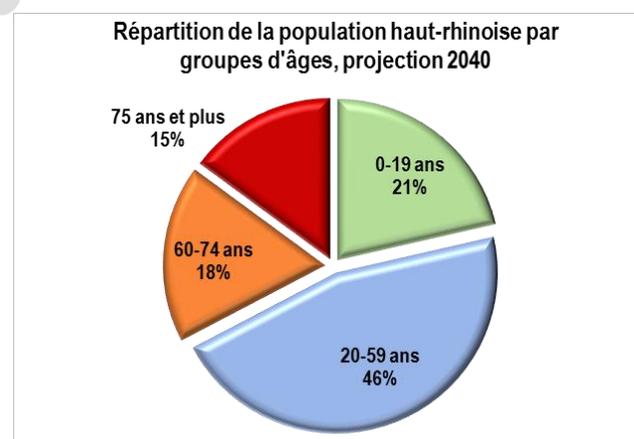
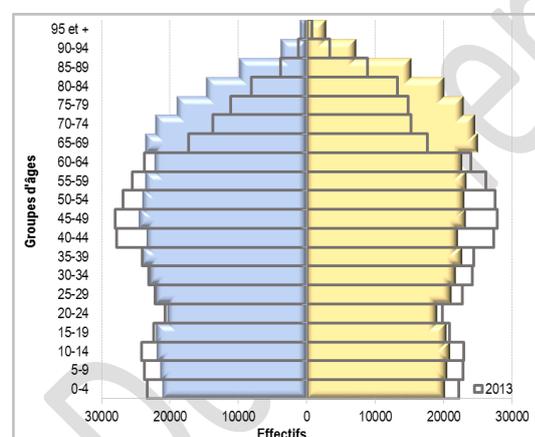
Pyramides des âges de la population haut-rhinoise :

Réalisation MSA Services Alsace ; Source des données : Insee, projections de population Omphale

En 2022 (comparaison 2013)

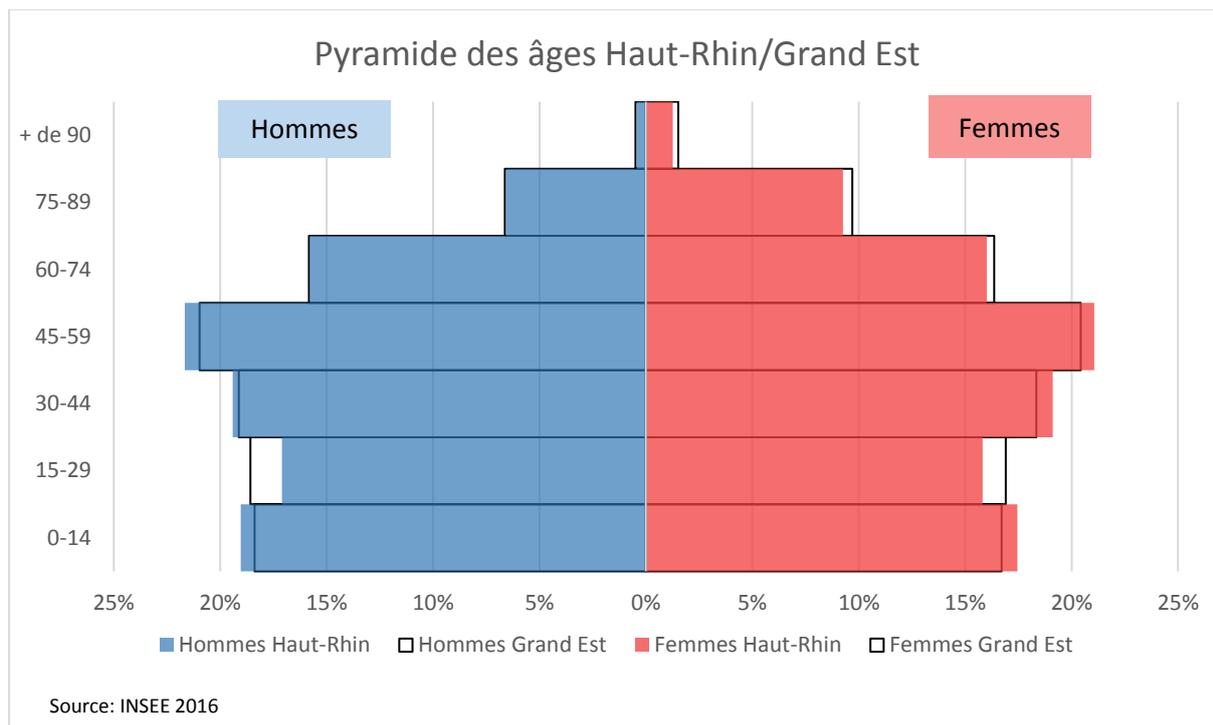


En 2040 (comparaison 2013)



Une population départementale vieillissante

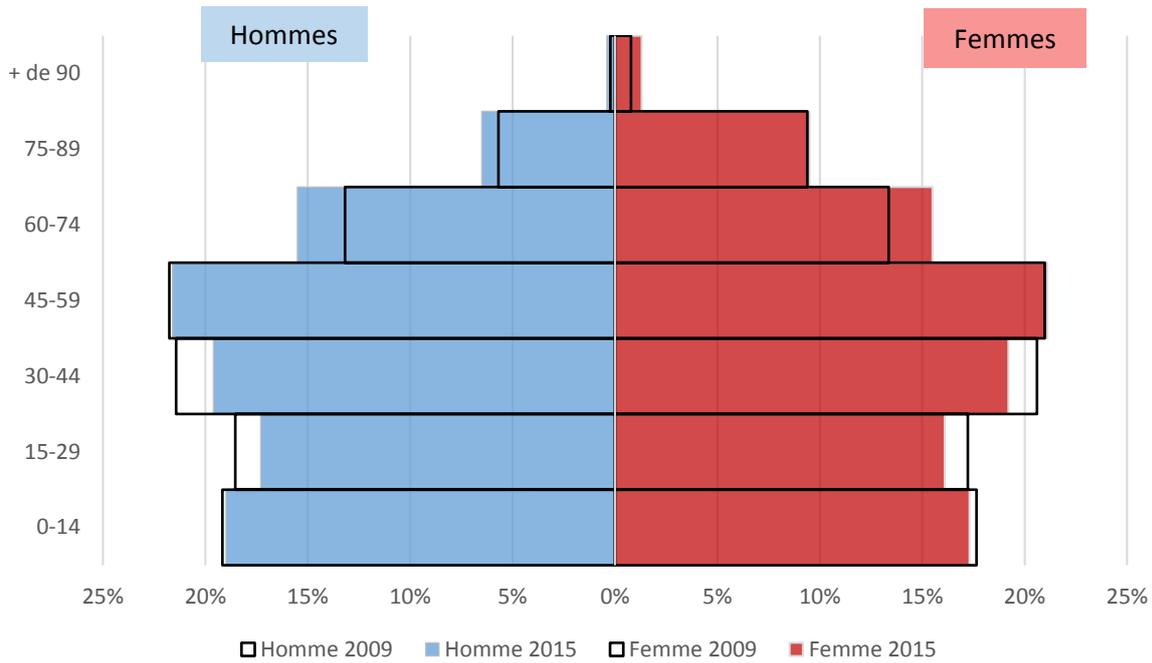
Selon les projections de l'INSEE, en 2030, près du quart de la population du Grand Est sera âgée de 65 ans ou plus. Ce vieillissement sera plus marqué dans les deux départements d'Alsace (de +1,66 %). Par ailleurs, à compter de 2031, avec l'arrivée aux grands âges des générations nombreuses du baby-boom, la population de 85 ans ou plus devrait connaître une hausse plus accentuée, avec une évolution de 5,2 % en moyenne par an sur la période 2031-2040. La consommation de soins des personnes âgées de plus de 75 ans a, quant à elle, augmenté de 6,8% entre 2011 et 2015.



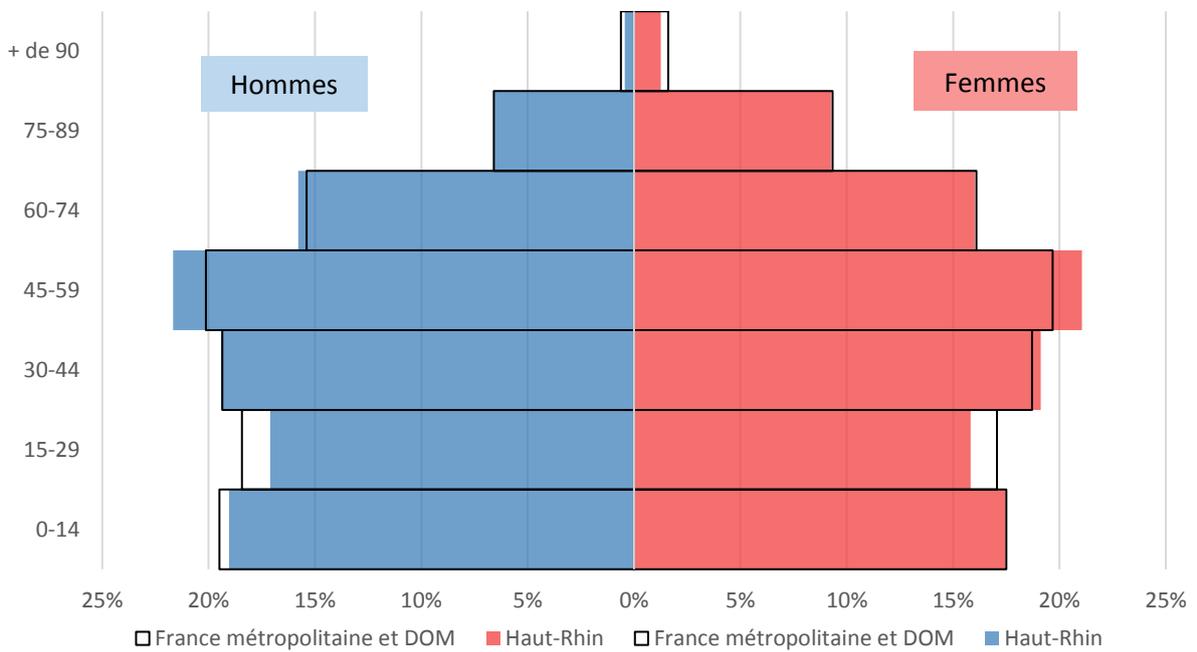
Dans le Haut-Rhin, à l'heure actuelle, 23 % de la population est âgée de 60 ans et plus, dont 8 % de plus de 75 ans. Globalement, la population haut-rhinoise reste donc moins vieillissante que celle de la France métropolitaine (26 % de plus de 60 ans et 10 % de plus de 75 ans).

L'indice de vieillissement est le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans. Il permet de mesurer le degré de vieillissement de la population, en comparant le sommet et la base de la pyramide des âges sur un même territoire. Dans le Haut-Rhin en 2014, il est de 73,1, ce qui est légèrement inférieur par rapport à la moyenne nationale de 74,1 et 77,5 pour le Grand Est.

Evolution de la population dans le Haut-Rhin entre 2009 et 2015



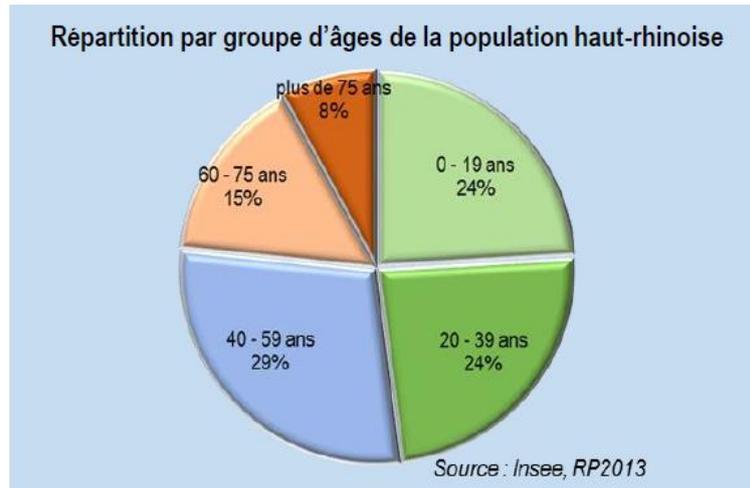
Pyramide des âges Haut-Rhin/France



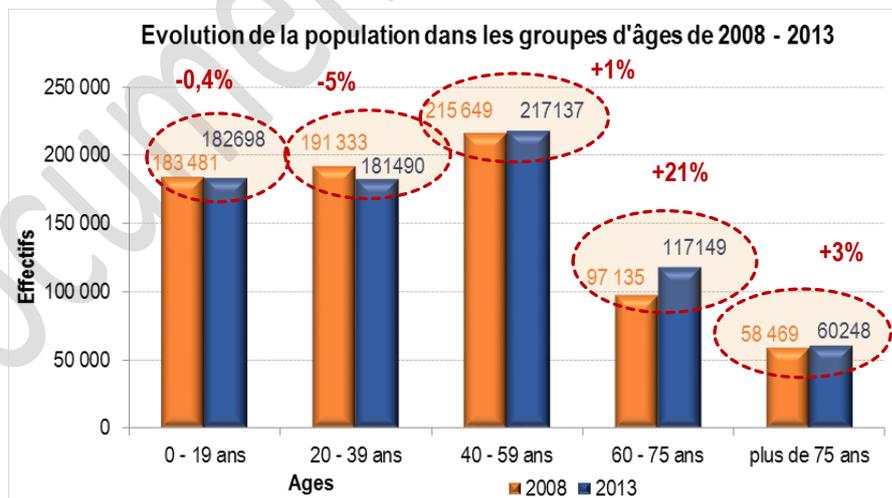
Source: INSEE 2016

Cependant, le vieillissement de la population s'est déjà amorcé, depuis 2008, avec une variation de :

- + 21 %, soit 20 014 individus supplémentaires âgés de 60 à 75 ans,
- + 3 %, soit 1 779 individus supplémentaires âgés de plus de 75 ans,
- - 5 %, soit - 9 843 individus âgés de 20 à 39 ans.



Entre les recensements de 2008 et 2013, le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans s'est accru de 24 %. Ainsi, leur part dans la population totale a augmenté de 2,5 % au détriment de celle des personnes en âge d'être actives (-2 %) et des jeunes de moins de 20 ans (-0,5 %).



Source : Insee, RP2008 et RP2013

En conclusion, la population haut-rhinoise est moins vieillissante que l'ensemble de la population française (France métropolitaine) :

- 15 % de personnes âgées de 60 à 75 ans / 16 % pour la France,
- 8 % de personnes âgées de plus de 75 ans / 10 % pour la France.

Cependant, la prédominance de personnes âgées de 40 à 59 ans dans le Haut-Rhin laisse à supposer un vieillissement plus rapide de la population départementale à venir, que pour l'ensemble du territoire métropolitain.

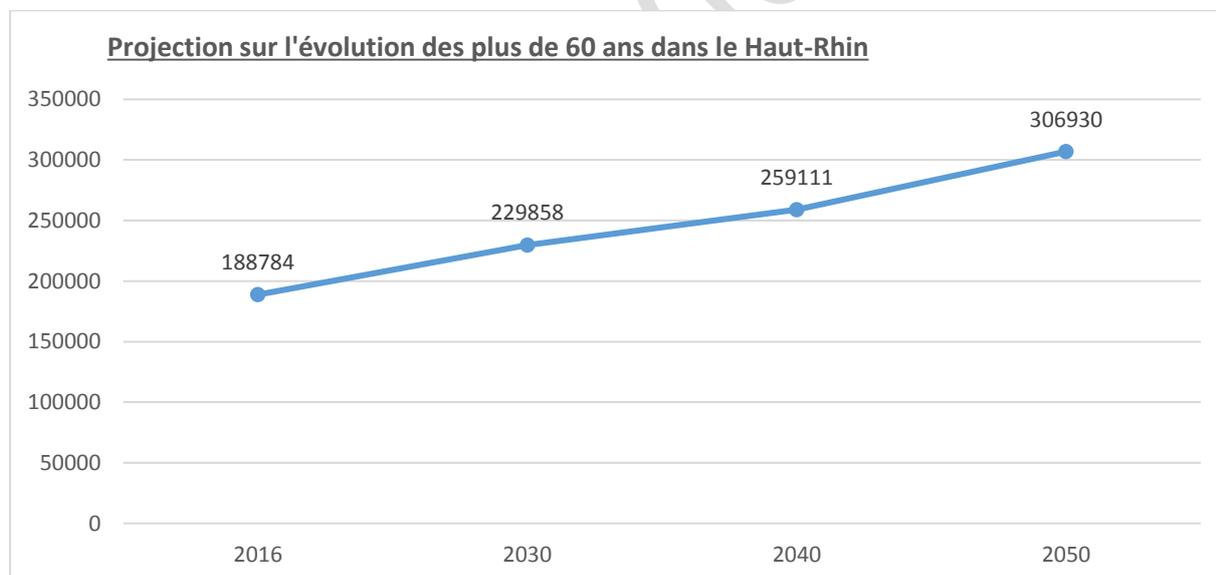
En effet, les différentes projections montrent que le vieillissement de la population départementale va s'accroître dans les prochaines années.

Dans les années à venir, le vieillissement de la population sera de plus en plus accentué dû, notamment, à la hausse de l'espérance de vie et à l'arrivée progressive aux âges seniors des personnes des générations dites du « baby boom », personnes nées dans les années 1950–1970. Dans le Département du Haut-Rhin, ce phénomène s'est amorcé plus tardivement que dans le reste du pays.

Les projections faites par l'observatoire Cap Retraite soulignent l'ampleur du vieillissement dans le Département d'ici une quinzaine d'années : l'augmentation attendue en 2030 est de + 37 % pour les 75 ans et plus (soit 89 702 personnes contre 65 577 en 2015).

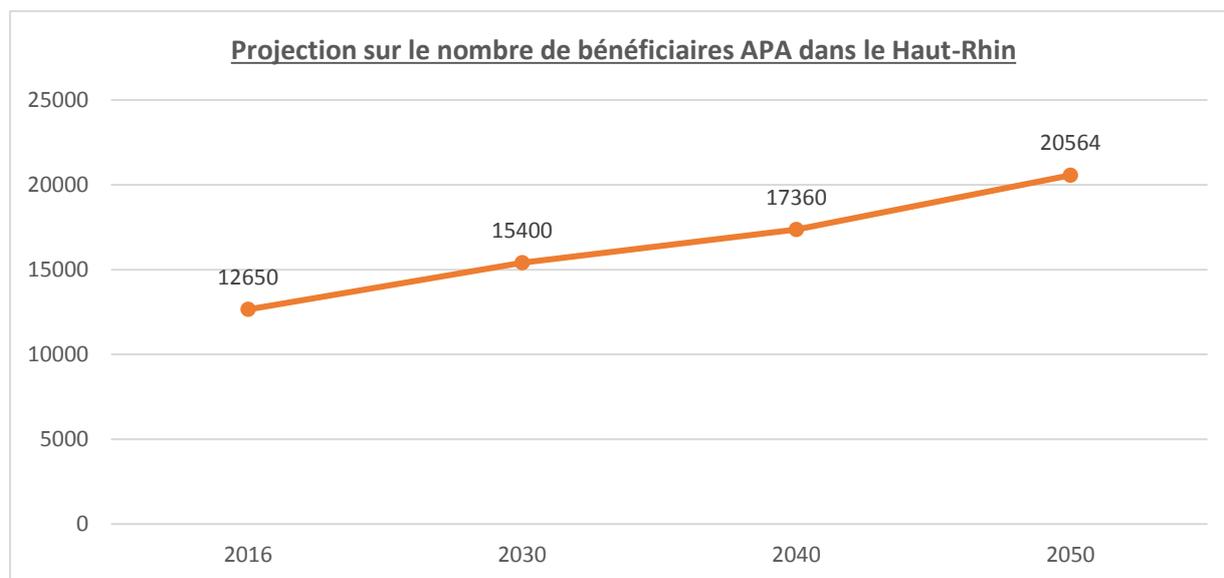
Faisant actuellement partie des territoires les plus jeunes de la Métropole, en 2040 le Haut-Rhin, à l'image de l'Alsace, sera un des départements les plus vieillissants de France.

Selon les projections de l'INSEE, à l'horizon 2040, le vieillissement de la population haut-rhinoise s'accroîtra. Pour cette période, la hausse de la population départementale totale sera de 4 %, soit 28 612 individus en plus.



Le Département comptera 259 111 personnes âgées de 60 ans et plus en 2040, soit une hausse de 37 % par rapport à 2016 (70 327 individus supplémentaires). En 2040, le poids des seniors dans la population totale augmentera à 33 %, tandis que ceux des personnes en âge d'être actives (20-59 ans) et des moins de 20 ans diminueront, respectivement à 46 % et 21 %.

Corollaire de l'accélération du vieillissement, le degré de dépendance va lui aussi croître.



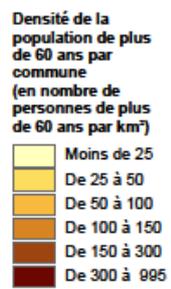
Aujourd'hui, le taux de bénéficiaires de l'APA sur les personnes de plus de 60 ans dans le Haut-Rhin est de 6,7 %. Le nombre potentiel de bénéficiaires sur les prochaines décennies a été calculé en appliquant ce taux sur les projections démographiques établies par l'INSEE.

Entre 2011 et 2021, la population dépendante augmentera de 9 % et l'indice de vieillissement passera de 65 en 2008 à 90 en 2021 (= nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans). Ainsi, le nombre de bénéficiaires de l'APA va très certainement augmenter dans les années à venir et pourrait atteindre les 20 500 bénéficiaires en 2050.

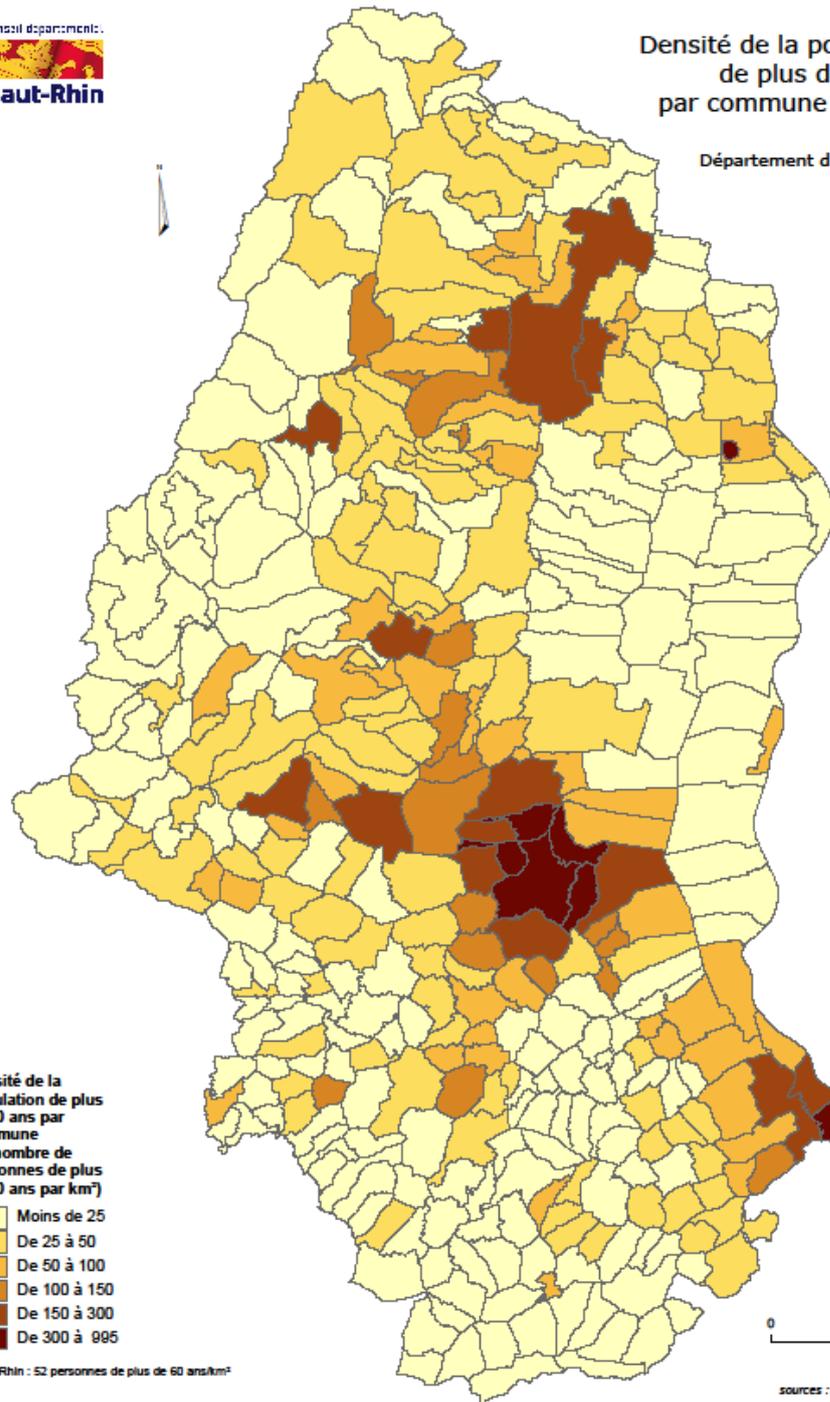
Des disparités territoriales

Cette population vieillissante est davantage concentrée sur certains territoires.

A l'image de la population globale, les personnes âgées et dépendantes vivent principalement dans les 2 agglomérations de MULHOUSE et COLMAR. Cependant, dans certaines communes vosgiennes de la vallée de THANN, MUNSTER, KAYSERSBERG, SAINTE-MARIE-AUX-MINES, la population est particulièrement vieillissante, avec une part de seniors atteignant plus de 33 %.



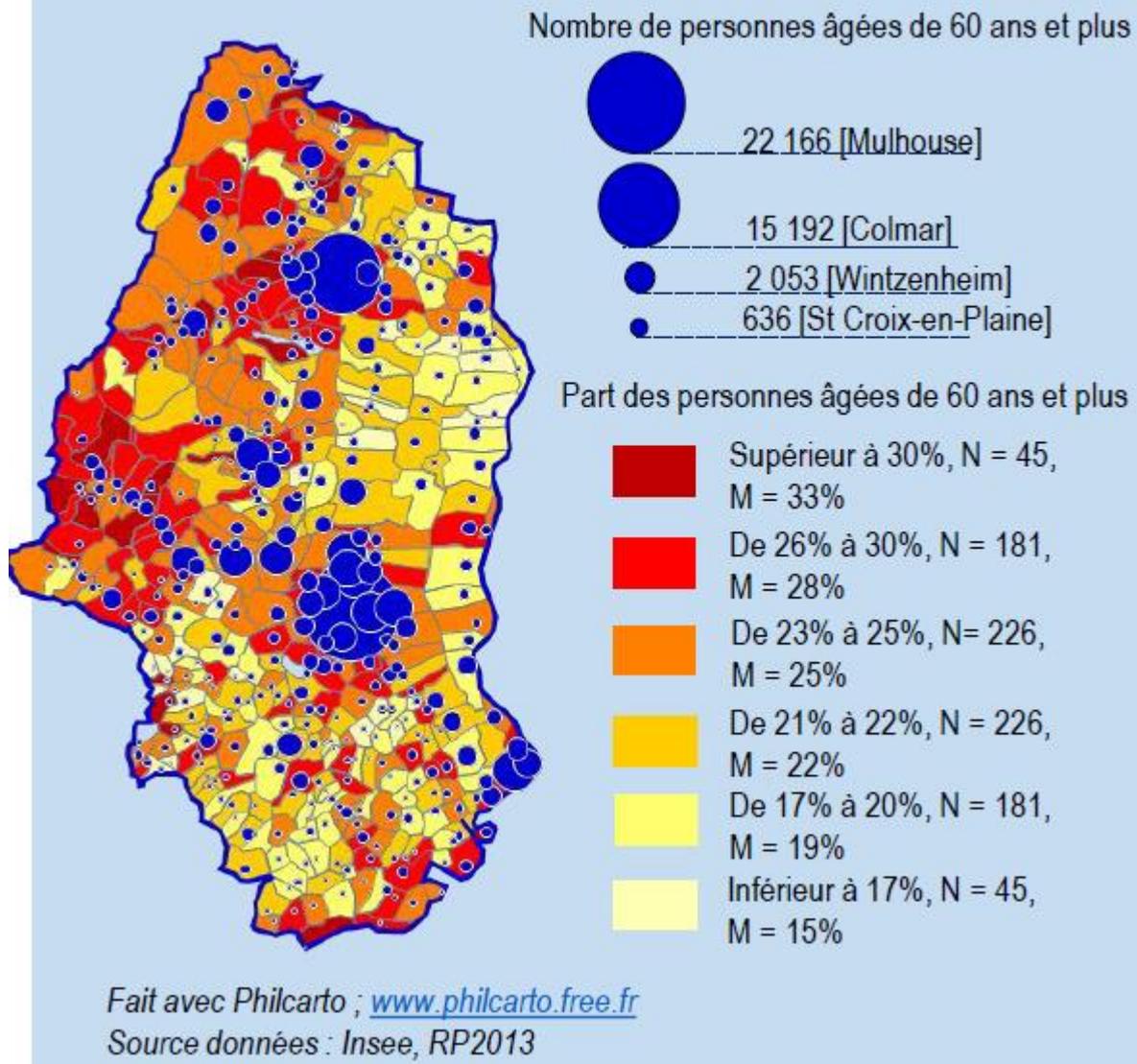
Haut-Rhin : 52 personnes de plus de 60 ans/km²



0 5 10 km

sources : INSEE RGP 2014
BDTopo® 2017© IGN
réalisation : CD68 - Décembre 2017

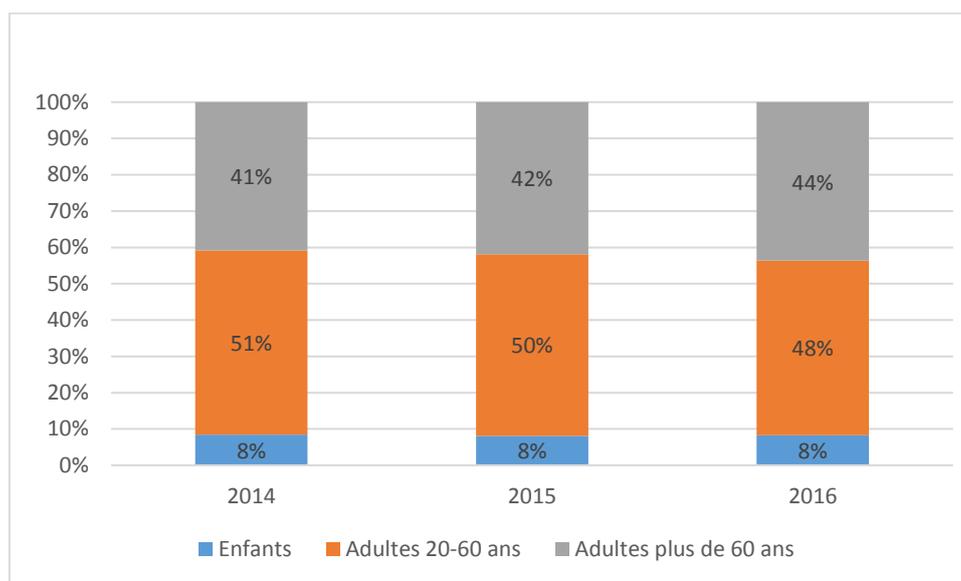
Répartition des personnes âgées de 60 ans et plus dans le Haut-Rhin en 2013



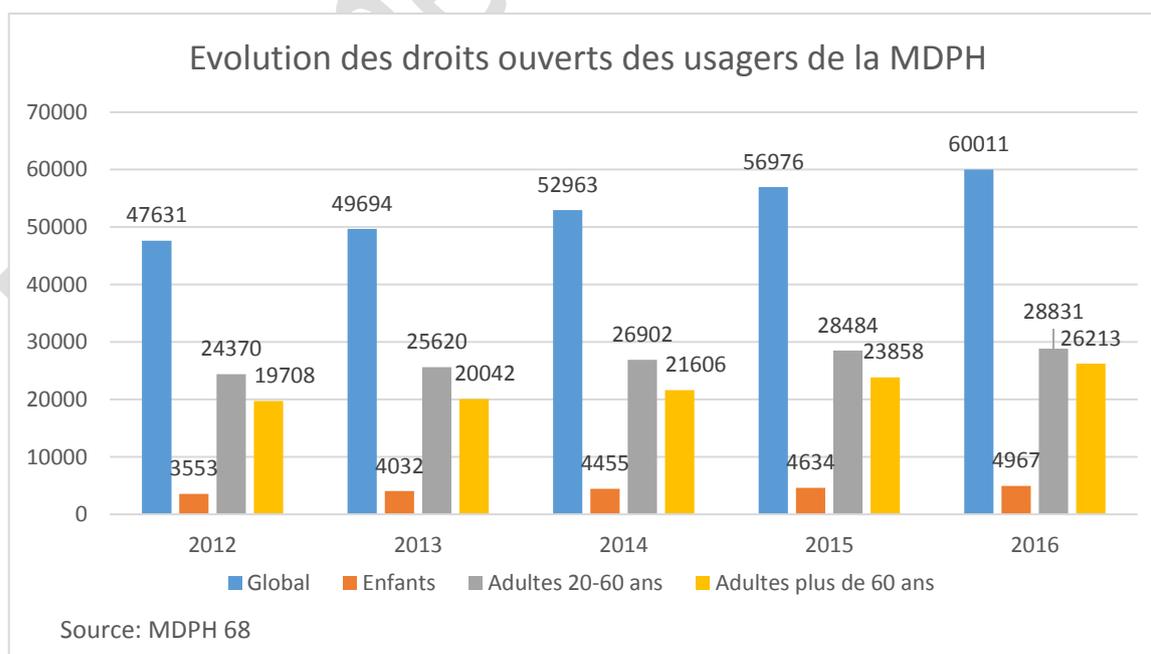
La population touchée par le handicap

A ce jour, le département compte plus de 60 000 personnes en situation de handicap :

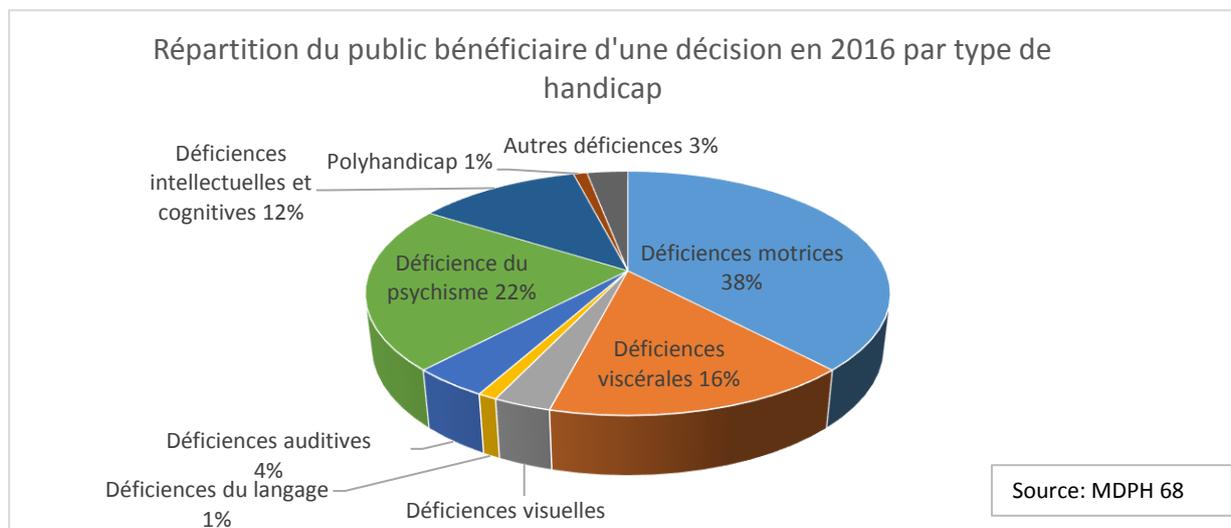
- ✓ 8 % sont des enfants – soit 4 967 enfants,
- ✓ 92 % des adultes – soit 55 044 personnes.



Entre 2012 et 2016, le nombre de droits ouverts auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) a augmenté de manière conséquente de 26 %.



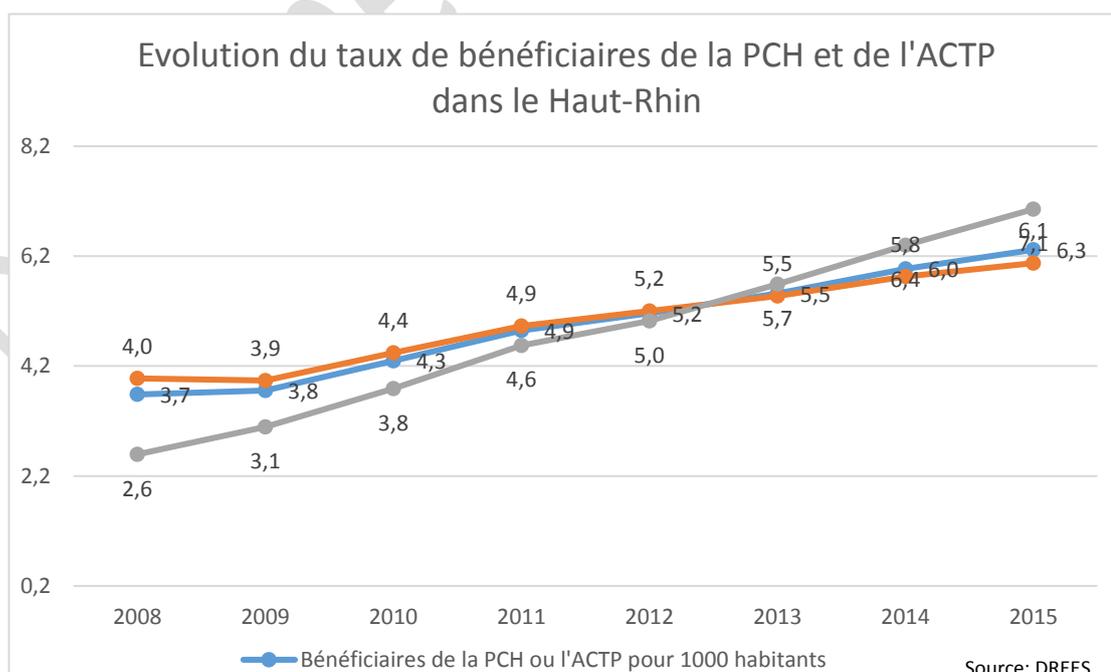
En 2016, au total, 60 011 personnes avaient au moins un droit ouvert à la MDPH, en cours de validité.



Le nombre de bénéficiaires de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) en 2016 s'élève à 14 392, soit une augmentation de 15 % par rapport à 2012.

Le nombre de bénéficiaires de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) en 2016 s'élève à 3 029 personnes, contre 2 049 en 2012, soit une augmentation de 38 %.

En 2016, 891 personnes bénéficient de l'Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP) dans le Département, contre 1 045 en 2012, soit une baisse de 15 %.



DONNEES SOCIO-ECONOMIQUES

Un contexte socio-économique plutôt favorable, mais qui masque des disparités réelles

Avec un taux de pauvreté de 12,5 %, le Haut-Rhin se situe au deuxième rang des départements avec un faible taux de pauvreté dans la région Grand Est. Ce taux est de 2 points inférieur à la moyenne de la France métropolitaine.

Taux de pauvreté selon l'âge du référent fiscal en 2013 : comparaisons départementales (en %)			
	60-74 ans	75 ans ou plus	Ensemble
Ardennes	11,4	9,9	19,2
Aube	8,8	6,9	15,5
Marne	7,5	6,5	13,9
Haute-Marne	8,6	10,3	15,6
Meurthe-et-Moselle	8,0	7,0	14,1
Meuse	8,8	9,1	15,1
Moselle	8,9	7,9	14,2
Bas-Rhin	6,8	5,5	12,0
Haut-Rhin	7,3	5,3	12,5
Vosges	8,5	7,3	15,4
Grand Est	8,1	7,0	14,0
France métropolitaine	9,3	8,9	14,5

Source : INSEE, RP 2013, exploitation principale

Concernant les personnes âgées de 60 ans et plus du Département, leur taux de pauvreté est inférieur à la moyenne nationale. Au niveau régional, le Haut-Rhin se partage le 2^{ème} rang avec la Meurthe-et-Moselle.

La part des bénéficiaires du minimum vieillesse parmi les plus de 60 ans est de 2,2 % dans le département, contre 3,5 % en France et 2,4 % dans le Grand Est.

Au 31/12/2014, **3 800 retraités perçoivent le minimum vieillesse**, soit 21 ‰ personnes âgées de 60 ans et plus. Ce taux est inférieur de 10 points à la moyenne nationale.

Au 31/12/2014, **19,4 % des personnes âgées de plus de 75 ans perçoivent l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)**. Ce taux est inférieur de 1 point à la moyenne nationale. Le partage entre APA à domicile et en institution est quasi équitable – 9,9 % à domicile/9,5 % en établissement.

Enfin, les personnes âgées de plus de 55 ans habitent majoritairement dans des maisons – 64 % en France pour 54 % en moyenne pour le Département. Elles habitent le plus souvent dans des grands logements, en moyenne 71 % ont un logement de plus de 4 pièces (contre 66 % en moyenne pour l'ensemble de la population haut-rhinoise tout âge confondu).

Le taux de chômage dans le Département est légèrement inférieur à la moyenne nationale et régionale.

Haut-Rhin	9 %
Grand Est	9,3 %
France métropolitaine	9,2 %

Taux de chômage source INSEE 2^{ème} trimestre 2017

La part des demandeurs d'emploi en situation de handicap parmi l'ensemble des demandeurs d'emploi est toutefois supérieure à la fois à la moyenne régionale et nationale.

Les chiffres de l'emploi des personnes en situation de handicap au 30/06/2017	Haut-Rhin	Grand Est	France métropolitaine
Demandeurs d'emploi bénéficiaires de l'obligation d'emploi (DEBOE)	5 637	41 295	496 199
Demandeurs d'emploi tout public (DETP)	61 321	456 505	5 698 243
Part des DEBOE parmi les DETP	9,19 %	9,05 %	8,71 %

Âge	Sexe	Au moins une limitation fonctionnelle importante (en %)			
		Sensorielle	Motrice	Intellectuelle ou psychique	Tout type
0-9	Hommes	1,1	0,5	1,4	2,3
	Femmes	0,9	0,5	1,1	1,9
10-19	Hommes	1,4	0,7	2,2	3,2
	Femmes	1,0	0,9	1,3	2,5
20-29	Hommes	1,3	0,9	1,7	3,2
	Femmes	1,5	1,2	1,5	3,3
30-39	Hommes	1,8	2,0	2,1	4,6
	Femmes	1,9	2,3	1,7	4,8
40-49	Hommes	3,5	3,8	2,3	7,9
	Femmes	3,8	5,2	2,4	9,0
50-59	Hommes	6,6	7,6	3,0	13,4
	Femmes	6,4	9,5	3,1	14,7
60-69	Hommes	8,3	9,7	3,9	16,9
	Femmes	6,8	12,9	3,9	18,0
70-79	Hommes	15,6	19,1	7,7	29,6
	Femmes	12,7	25,4	8,1	32,3
80-89	Hommes	27,9	35,9	17,3	49,1
	Femmes	26,0	45,1	19,1	55,6
90 et plus	Hommes	49,4	57,6	36,6	70,9
	Femmes	54,2	67,7	41,2	79,5

Champ : France, population vivant en ménage ordinaire (définition).

Source : Insee, enquête Vie quotidienne et santé 2007.

Région	Personnes ayant au moins une limitation fonctionnelle importante (en %)	Personnes considérant avoir un handicap (en %)
Alsace	9,9	8,2
Aquitaine	12,7	11,3
Auvergne et Limousin*	14,5	11,9
Basse-Normandie	10,8	8,4
Bourgogne	12,4	10,7
Bretagne	10,5	10,0
Centre	12,3	10,5
Champagne-Ardenne	14,2	11,0
Franche-Comté	13,2	10,9
Guadeloupe	12,4	7,3
Guyane	9,8	4,6
Haute-Normandie	12,5	9,3
Île-de-France	8,9	7,4
Languedoc-Roussillon	14,3	12,6
Lorraine	12,0	10,0
Martinique	11,8	8,6
Midi-Pyrénées	12,9	11,6
Nord - Pas-de-Calais	12,4	10,4
Pays de la Loire	10,8	9,3
Picardie	13,4	10,4
Poitou-Charente	12,7	10,3
Paca et Corse*	13,6	11,6
Réunion	10,5	6,8
Rhône-Alpes	10,8	9,0
France	11,7	9,8

* Les régions ont été regroupées pour des questions d'effectifs.
Champ : France, population vivant en ménage ordinaire (*définition*).
Source : Insee, enquête Vie quotidienne et santé 2007.

Taux de prévalence handicap en France en 2008

variable	Taux pour 1000
Population de 20 à 59 ans	
limitations motrices	4,4
limitations sensorielles	3,1
troubles cognitifs	4,5
Population de 60 ans ou plus	
limitations motrices	24,4
limitations sensorielles	13,5
troubles cognitifs	9,1
1 restriction IADL ou plus	22,7
3 restrictions IADL ou plus	11,5
1 restriction ADL ou plus	6,6
3 restrictions ADL ou plus	2,4

ADL : *Activities of daily life* (manger/boire, se servir des toilettes, se laver, s'habiller, se déshabiller, se coucher, s'asseoir, couper sa nourriture en autonomie)

IADL : *Instrumental activities of daily life* (faire les courses, préparer un repas, faire le ménage, prendre les médicaments etc...)

L'état de santé de la population

Depuis une trentaine d'années, l'état de santé général de la population alsacienne tend à s'améliorer. L'espérance de vie à la naissance a rattrapé les moyennes nationales. En termes de mortalité prématurée (avant 65 ans) la région se place au-dessous de la moyenne métropolitaine. Toutefois, la mortalité des seniors reste encore au-dessus des moyennes nationales.

A l'image de la Métropole, en Alsace, la première cause de mortalité reste les tumeurs.

L'Alsace se caractérise par une forte mortalité due au diabète, les Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC), les maladies cardio-vasculaires. Une croissance rapide de l'obésité et du surpoids place l'Alsace au 2^{ème} rang parmi les régions avec des situations les plus défavorables. Une autre particularité régionale est le taux élevé de décès suite à une chute concernant les personnes âgées de plus de 75 ans.

- **Maladies cardio-vasculaires** : l'Alsace se place au-dessus de la moyenne nationale de mortalité (+ 8 %). Concernant les seniors de 65 ans et plus, la situation est encore plus contrastée (+ 44 %). **Le Haut-Rhin suit les tendances régionales avec une surmortalité des seniors en 2014** causée par :
 - ✓ cardiopathie ischémique : 1032,8 contre 1009,6 (Alsace) pour 100 000 décès. En 2014, dans le Haut-Rhin, les hospitalisations dues aux maladies de l'appareil circulatoire sont supérieures de 3 % pour les personnes âgées de 65-74 ans et de 1 % pour celles de 75-84 ans par rapport aux moyennes nationales.
 - ✓ AVC : en 2014 la surmortalité concerne surtout les seniors de 75-84 ans (+ 13 %) et ceux de 85-94 ans (+ 5 %). Les hospitalisations suite à un AVC sont supérieures de 16 % pour les personnes âgées de 75-84 ans par rapport à la moyenne française. Pour les autres groupes d'âges les taux d'hospitalisation dans le Département sont inférieurs aux moyennes nationales.
- **Diabète** : sous les effets conjugués du vieillissement de la population, l'allongement de la vie des malades et de la montée de l'obésité, la prévalence de la pathologie en Alsace se poursuivra. En 2014, le nombre de décès provoqués par le diabète en Alsace, était de 14 % supérieur à la moyenne nationale. Dans **le Haut-Rhin, la surmortalité** est encore plus marquante (+33 %). Concernant les **seniors haut-rhinois âgés de plus de 65 ans**, la surmortalité due au diabète est supérieure de 78 % par rapport à la moyenne nationale.

Les hospitalisations suite au diabète sont supérieures aux moyennes nationales, respectivement de 1 % et 2 % pour les seniors âgés de 65-74 ans et de 75-84 ans.
- **Chutes** : en 2014 la surmortalité des personnes âgées de 65 ans et plus suite à une chute accidentelle en Alsace par rapport à la moyenne nationale est de 42 %. Ce constat est valable pour tous les sous-groupes d'âge. Cet écart de

mortalité augmente avec l'âge. Le Haut-Rhin suit une tendance différente. La surmortalité des seniors est supérieure à la moyenne nationale de 25 %. Sont concernées les personnes âgées de 65-74 ans et celles âgées de plus de 95 ans. Pour les seniors de 75 à 94 ans, le taux de mortalité suite à une chute est inférieur dans le Département par rapport au niveau national (- 20 %). Les hospitalisations pour une fracture du col du fémur y sont supérieures de 4 % pour les 75-84 ans.

II- Les aides aux personnes dépendantes

L'évolution des politiques départementales PA et PH dans les 5 dernières années

Le budget exécuté en 2016 au titre de la solidarité s'élève à 357,4 M€ (soit 48 % du budget total). 68,1 M€ ont été dédiés aux personnes âgées et 90,8 M€ aux personnes en situation de handicap. Ce sont donc plus de 158 M€ qui ont été dédiés au champ de l'autonomie.

En 2017, les dépenses totales exécutées d'aides sociales s'élèvent à près de 365,14 M€, dont 75 M€ pour les personnes âgées et 99,46 M€ pour les personnes en situation de handicap.

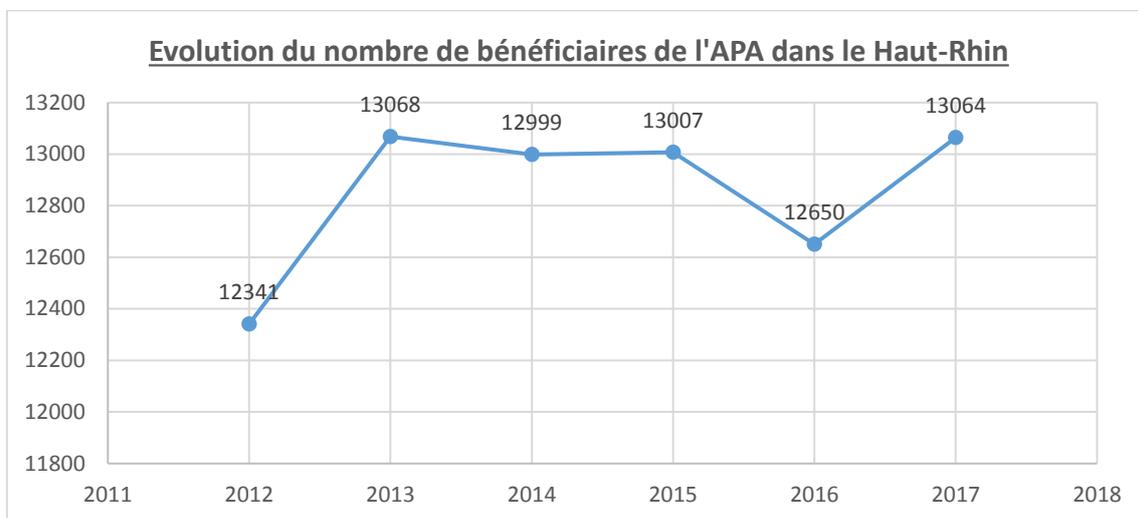
En 2018, ont été inscrits au budget prévisionnel : 79,57 M€ pour les personnes âgées et 103,64 M€ pour les personnes en situation de handicap, soit un total de 183,21 M€ pour l'autonomie et 25 % du budget total.

	CA 2015		CA 2016		CA 2017		Evolution 2015-2017	BP 2018		Evolution 2017-2018
	En M€	% sur budget total Autonomie	En M €	% sur budget total Autonomie	En M €	% sur budget total Autonomie		En M €	% sur budget total Autonomie	
Budget total Autonomie	171,8		175,58		174,46		+1,55%	183,34		+5,09%
PA	74,57	43%	76,66	44%	75	43%	+0,58%	79,7	43%	+6,27%
PH	97,23	57%	98,92	56%	99,46	57%	+2,29%	103,64	57%	+4,20%

Analyse des prestations octroyées

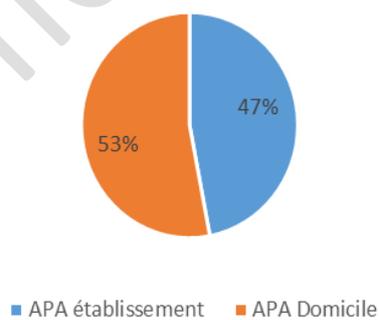
Pour les personnes âgées

A fin 2017, 13 064 personnes sont bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée pour l'Autonomie. On note une baisse des bénéficiaires en 2016, due à la baisse des bénéficiaires de l'APADO notamment.



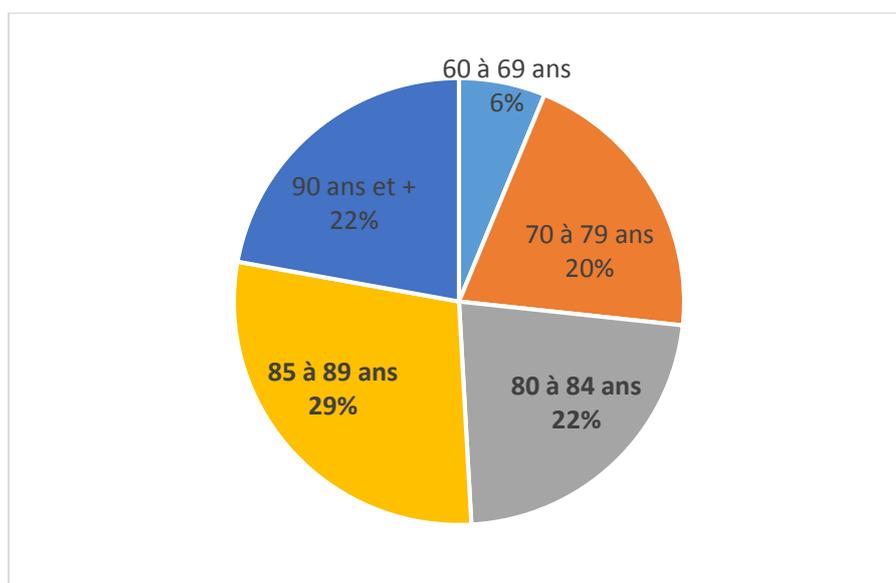
On constate une prédominance de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile, qui représente, en 2017, 23 331 587 M€ et 49 % des bénéficiaires de l'APA, mais celle-ci est nettement moins marquée que dans la plupart des autres départements.

Répartition domicile/établissement

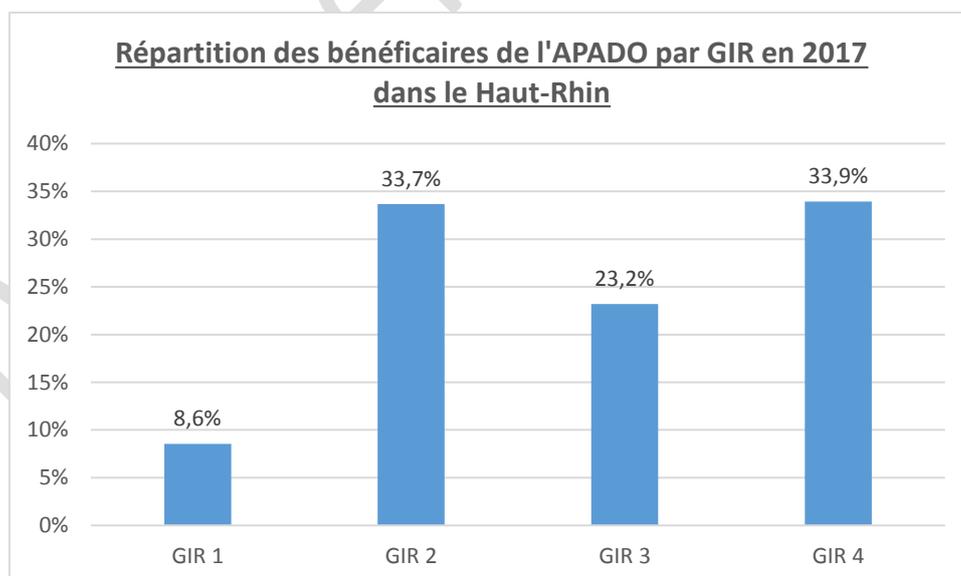


Focus sur l'APA-domicile

Répartition par classe d'âge :



Plus de la moitié des bénéficiaires de l'APA domicile ont plus de 85 ans, et près d'1/4 ont plus de 90 ans.



Ces aides bénéficient majoritairement à des personnes dont le niveau de dépendance est relativement élevé.

Pour les personnes en situation de handicap

Pour les personnes en situation de handicap, l'Allocation Adulte Handicapé est l'aide la plus sollicitée (14 392 bénéficiaires en 2016).

La Prestation de Compensation du Handicap (PCH) connaît, quant à elle, une montée en puissance conséquente depuis 2012 (+ 38 % depuis 2012, 3 029 bénéficiaires en 2016).

Enfin, l'Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP) bénéficie, en 2016, à 891 personnes dans le Département.

L'accès aux équipements

Le taux d'équipement départemental en place pour personnes âgées dépendantes est de 105,6 ‰ habitants de 75 ans et plus (contre 102,5 ‰ en moyenne nationale) et les taux d'équipement en accueil de jour est de 3,3 places ‰ (contre 2,2 ‰ en moyenne nationale), ce qui en fait un département plutôt bien doté.

D'ici 15 ans, le nombre annuel de consultations d'urgence de personnes âgées devrait atteindre 27 786 et le nombre d'hospitalisations 67 146.

Concernant l'équipement en places de Services de Soins Infirmiers A Domicile, avec un taux de 18,7 ‰ personnes âgées de 75 ans et plus, le Département est sous-équipé par rapport aux moyennes nationales (19,5 ‰) et régionales (19 ‰). Les plus touchés sont les territoires des anciens cantons de SAINT-AMARIN, MUNSTER, GUEBWILLER, ILLZACH, SIERENTZ, HIRSINGUE ET HUNINGUE.

Avec un taux de médecins généralistes en activité de 142 pour 100 000 habitants et un taux d'infirmiers libéraux en activité de 121 pour 100 000, le Haut-Rhin est relativement mal doté au regard des moyennes nationales qui sont respectivement de 156 et 163 pour 100 000 habitants. Les plus fortement impactés sont les territoires des anciens cantons de SAINT-AMARIN, ENSISHEIM ET NEUF-BRISACH.

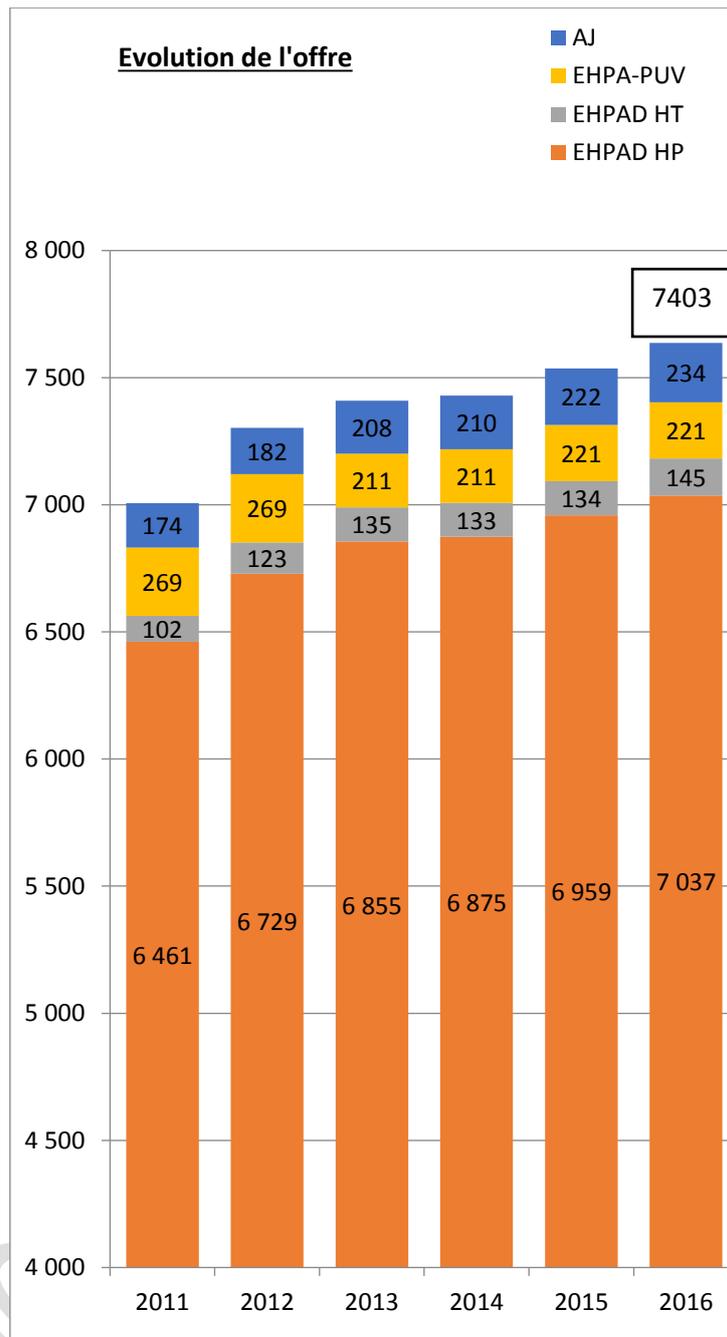
L'offre en établissements

Pour les personnes âgées

En 2016, le Département compte 7 037 places d'hébergement permanent pour personnes âgées, soit un taux d'équipement de 108,8 ‰, légèrement supérieur à la moyenne nationale (105,4 ‰).

571 places ont été créées depuis 2011.

De plus, l'offre spécifique Alzheimer a été fortement développée : 8 Bassins de Vie Solidarité (BVS) sur 11 proposent des Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA).



	Taux d'équipement par bassin de vie capacités installées au 31/12/2016 recensement population 2013		
	en lits médicalisés	en hébergement	en accueil de jour
Altkirch	88,3‰	98,7‰	4,2‰
Colmar	130,8‰	150,8‰	4,2‰
Colmar Est	91,1‰	99,8‰	3,9‰
Colmar Ouest	97,0‰	99,2‰	3,3‰
Guebwiller	101,8‰	105,0‰	4,2‰
Mulhouse	130,8‰	133,9‰	3,1‰
Mulhouse Est	67,6‰	70,5‰	3,6‰
Mulhouse Ouest	85,3‰	86,6‰	1,6‰
Saint Louis	89,1‰	92,6‰	5,0‰
Sainte Marie aux Mines	204,1‰	207,5‰	5,0‰
Thann	100,6‰	105,6‰	2,4‰
Haut-Rhin	107,2‰	111,4‰	3,6‰

	Taux d'équipement 2016 capacités installées au 31/12/2016 estimation de population au 01/01/2016		
	en lits médicalisés	en hébergement	en accueil de jour
Haut-Rhin	104,7‰	108,8‰	3,5‰

	Taux d'équipement comparé 2015 capacités installées au 31/12/2015 estimation de population au 01/01/2015		
	en lits médicalisés	en hébergement	en accueil de jour
Haut-Rhin	105,0‰	110,2‰	3,2‰
France métro.	102,3‰	105,4‰	3,5‰

Les Résidences Autonomie constituent une offre intermédiaire entre le domicile et l'établissement. Celles-ci sont actuellement au nombre de 25 dans le Département et représentent 1 196 logements et 1 470 places. Elles devront être accompagnées dans le cadre de la mise en application de la loi ASV, pour mettre en place le socle commun de prestations minimales d'ici 2021, et pour développer des actions de prévention de la perte d'autonomie, conformément aux Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens signés fin 2017.

Pour les personnes en situation de handicap

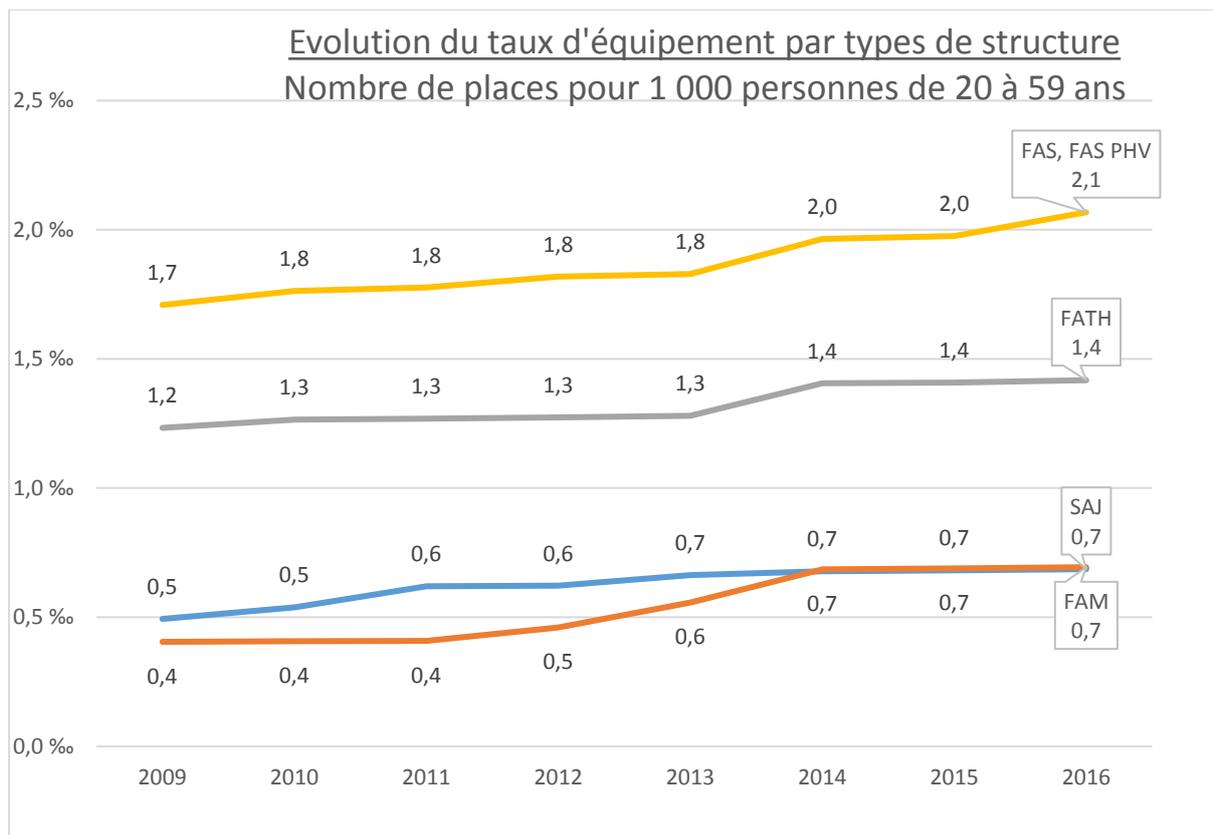
Sur le champ du handicap, le nombre total de places en établissements s'élève à 1 639, soit une augmentation de 282 places depuis 2009, tout type de structures confondues (MAS, FAM, FAS, FATH, FAS PHV, SAJ, FAM de jour, accueil familial). 342 places ont été créées depuis 2008. Le taux d'équipement en foyers PH est aujourd'hui de 4,1 ‰, supérieur à la moyenne nationale.

Entre 2009 et 2016, le nombre de structures est passé de 39 à 50 établissements. Le nombre de places en accueil de jour a également progressé de 35 % avec une capacité passant de 200 à 269 places entre 2009 et 2016.

Cependant d'importantes disparités infra-départementales demeurent.

L'enjeu ne réside pas dans la création de nouvelles places, mais bien dans la transformation de l'offre existante.

Haut-Rhin	Capacités installées au 31/12															
	Schéma 2009-2013										Schéma 2014-2016					
	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	Nb étab	Nb Places	Nb étab	Nb Places	Nb étab	Nb Places	Nb étab	Nb Places	Nb étab	Nb Places	Nb étab	Nb Places	Nb étab	Nb Places	Nb étab	Nb Places
MAS	9	387	9	387	9	387	9	390	9	390	9	428	9	428	9	428
FAM *	5	164	5	164	5	164	5	184	5	222	8	272	8	272	8	272
EHPAD-PHV	2	75	2	75	3	135	3	135	3	135	3	135	3	135	3	135
FAS *	12	579	13	597	14	600	14	614	14	615	14	586	14	586	15	617
FAS-PHV *	6	114	6	114	6	114	6	114	6	114	8	194	8	194	8	194
FATH *	16	500	17	510	17	510	17	510	17	510	19	558	19	556	19	556
SAJ	12	200	12	217	13	249	13	249	14	264	14	269	14	269	14	269
FAM de jour	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	1	10	1	10	1	10
Accueil Familial	33	50	39	60	41	64	43	67	35	53	38	56	40	57	49	71
SAVS	14		14		14		14		14		14		14		14	
SAMSAH	2		2		2		3		3		3		3		3	
SAAD (agrément qualité)	24	/	32	/	32	/	35	/	37	/	34	/	34	/	34	/
* sous-total foyers d'hébergement	39	1357	41	1385	42	1388	42	1422	42	1461	49	1610	49	1608	50	1639
Evolution				+28		+3		+34		+39		+149		-2		+31



Au niveau du taux d'équipement, on note une progression de 0,4 point concernant les Foyers d'Accueil Spécialisés (FAS) et FAS PHV entre 2009 et 2016.

Zones de Proximité	Taux d'équipement par ZP capacités installées en au 31/12/2016 recensement population 2013			
	médicalisé	non-médicalisé	global	Foyers d'hébergement*
ZP Altkirch	1,0‰	8,0‰	9,0‰	6,6‰
ZP Colmar	3,7‰	4,3‰	8,1‰	4,6‰
ZP Guebwiller	2,6‰	1,5‰	4,1‰	2,0‰
ZP Mulhouse	0,8‰	3,0‰	3,8‰	3,0‰
ZP Saint-Louis	1,4‰	1,0‰	2,4‰	0,8‰
ZP Thann	4,0‰	10,5‰	14,6‰	11,0‰
HAUT-RHIN	2,1‰	4,1‰	6,2‰	4,1‰

Haut-Rhin / France	Taux d'équipement 2015 capacités installées au 31/12/2015 estimations de population au 01/01/2015		
	- Haut-Rhin -		- France métropolitaine -
MAS (hors AJ)	1,0‰	>	0,8‰
EHPAD-PHV	0,3‰		
FAM*	0,7‰	<	0,9‰
FAM de Jour	0,03‰		
AJ	0,7‰	>	0,4‰
FAS*	1,5‰	>	1,1‰
FAS-PHV*	0,5‰		
FATH*	1,4‰	>	1,2‰
Accueil Familial	0,1‰		
ESAT	3,7‰	>	3,6‰
* Foyers d'hébergement	4,1‰	>	3,2‰

Personnes maintenues dans le cadre de l'amendement Creton au 31/12/17

	ESAT	MAS	FAM	FAS	SAJ	Total
IME Guebwiller	14	0	0	0	0	14
IME Ste-Marie-Aux-Mines	0	11	4	0	0	15
IMPRO Colmar	12	0	2	0	0	14
IMPRO de Mulhouse	2	0	1	0	1	4
IMPRO Lutterbach	23	0	0	0	0	23
IME de Bollwiller	3	15	0	0	2	20
IME de Bartenheim	13	8	0	0	2	23
IME de Thann	2	1	0	0	1	4
IEM de Pfastatt	1	0	0	0	0	1
IME de Dannemarie	1	1	0	0	0	2
IDS Le Phare Illzach	0	0	0	0	0	0
IME St Joseph Colmar	9	0	1	0	1	11
IME Orbey	0	0	0	0	0	0
IME de Riespach	0	0	0	0	0	0
IME de Cernay	0	5	0	2	0	7
TOTAL CRETON	80	41	8	2	7	138

Source : MDPH 68

Le nombre de jeunes adultes de plus de 20 ans, maintenus en établissement d'éducation spéciale dans l'attente d'une place dans un établissement pour adulte

relevant du Conseil départemental est en baisse. Ils représentent, en 2017, 12 % contre 24 % en 2016 et 30 % en 2015.

Répartition Creton	2015	2016	2017
ARS	120	132	121
CD 68	53 (30%)	41 (24%)	17 (12%)
Total	173	173	138

Les évolutions du cadre bâti

Le cadre bâti contribue au confort de vie des résidents et impacte également sur les conditions de travail du personnel d'accompagnement.

Pour les personnes en situation de handicap

Entre début 2014 et fin 2016, des établissements ont procédé à des rénovations partielles ou des réhabilitations complètes de leurs bâtiments, de nouvelles structures ont été créées. Au total, le nombre de sites est resté stable, soit 42 sites.

Par contre, le parc immobilier s'est modernisé comme l'indique le tableau ci-dessous.

Cadre bâti	PH : Evolution 2014-2016
Adapté	45% ↗ 62%
A aménager partiellement	36% ↘ 24%
A réhabiliter totalement	19% ↘ 14%

Pour les personnes âgées

L'adaptation du cadre bâti a également fortement progressé. Il est important de noter que ces restructurations ont conduit à diminuer le nombre de sites, sans toutefois empêcher la hausse du nombre de places sur le Département.

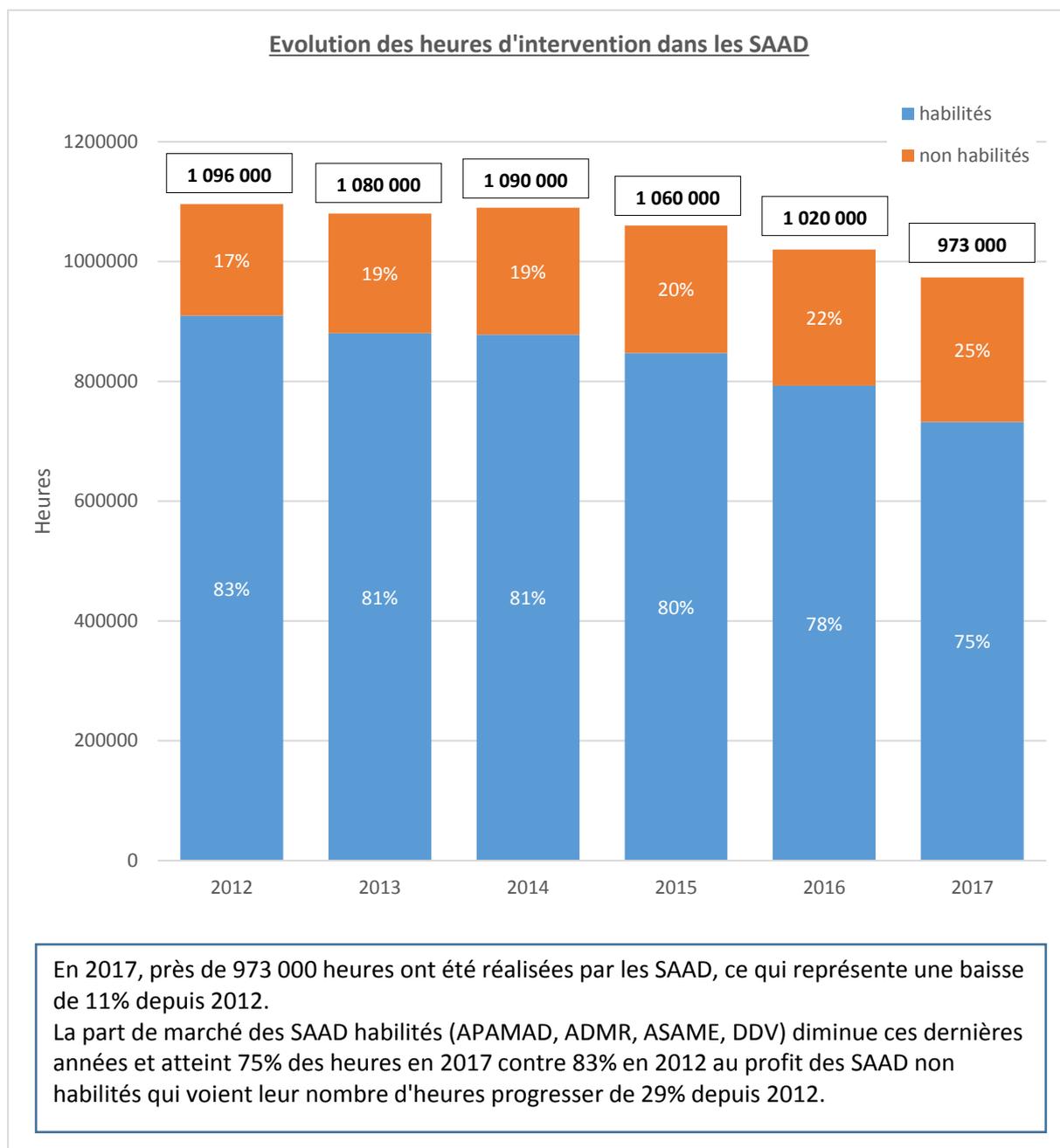
	PA : Evolution 2010-2016
Cadre bâti adapté	44% ↗ 69%
À aménager partiellement	19% ↘ 25%
À réhabiliter totalement	8% ↘ 26%

L'offre de service dans le cadre du maintien à domicile

Même si la demande sociale en faveur du maintien à domicile est forte, celle-ci repose grandement sur l'offre disponible en matière de Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) et en Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD).

A ce jour, le Département compte 35 structures de Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile autorisés, couvrant les deux publics PA et PH. En 2016, près de 1 016 000 heures ont été réalisées par les SAAD, ce qui représente toutefois une baisse de 7 % depuis 2012.

Par ailleurs, la part de marché des SAAD habilités (APAMAD, ADMR, ASAME, Droit De Vivre) diminue ces dernières années et atteint 78 % des heures en 2016, contre 83 % en 2012 au profit des SAAD non habilités qui voient leur nombre d'heures progresser de 20 % sur 5 ans. Enfin, pour ce qui est des places de Services de Soins Infirmiers A Domicile, le taux de couverture est de 18,7 ‰, mais certains secteurs sont particulièrement en tension (territoires frontaliers, notamment SAINT-LOUIS et Sundgau, SAINT-AMARIN, MUNSTER, GUEBWILLER, HUNINGUE, HIRSINGUE, ILLZACH et SIERENTZ).



Dans le champ du handicap, le Haut-Rhin bénéficie d'une offre relativement développée en Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (14 SAVS) et en Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (3 SAMSAH).

III – Prévention de la perte d'autonomie et soutien aux aidants

La politique de prévention de la perte d'autonomie

La prévention couvre l'ensemble des actions visant à prévenir et ralentir la perte d'autonomie et à préserver, le plus en amont possible, le capital intrinsèque des personnes.

De nombreuses actions sont déployées par différents acteurs (caisses de retraites, associations...).

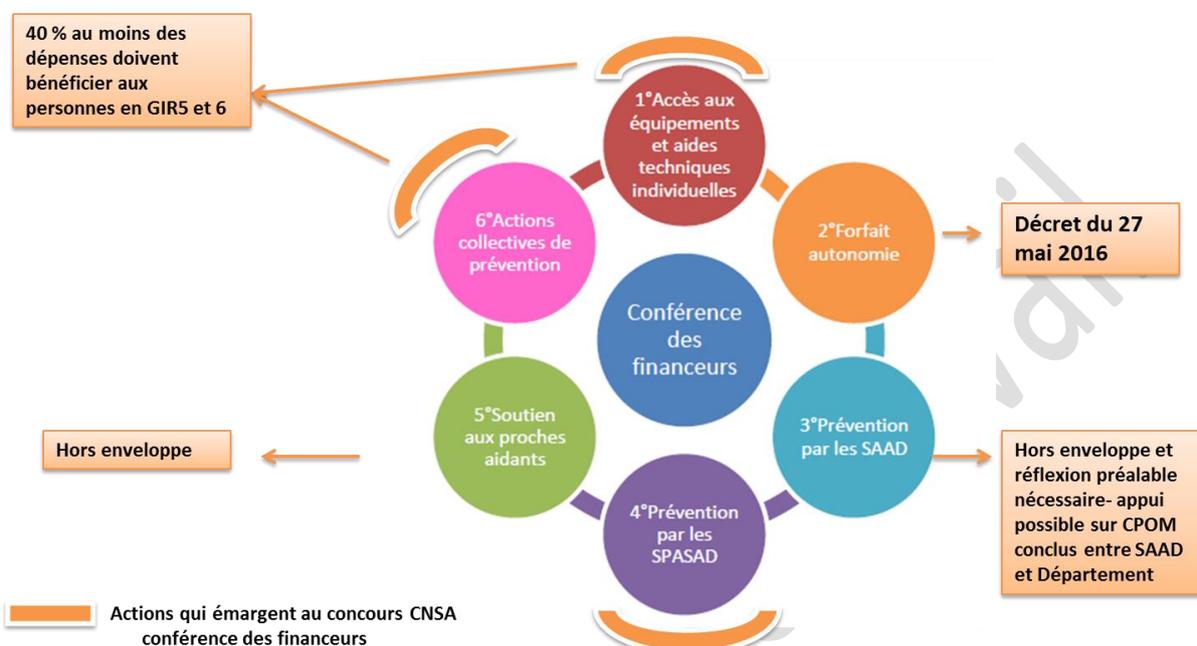
La loi ASV a créé une instance spécifique qui a pour objectif de coordonner les financements de la prévention de la perte d'autonomie autour d'une stratégie commune. Dénommée, Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie, sa Présidence est confiée au Président du Conseil départemental et le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé en assure la Vice-Présidence. Au sein de cette Conférence siègent les représentants des acteurs de la prévention : caisses de retraite, assurance maladie, agence nationale de l'habitat, collectivités....

Dans le Haut-Rhin, la Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie a été installée le 8 novembre 2016. Elle compte 25 membres.

La 1^{ère} étape a consisté à élaborer et valider un diagnostic des besoins des personnes de 60 ans et plus, et à recenser les différentes initiatives déjà existantes sur le territoire.

Ce travail a permis d'identifier 5 territoires particulièrement fragiles (MULHOUSE, COLMAR, GUEBWILLER, THANN/CERNAY, SAINTE-MARIE-AUX-MINES) et de dégager 6 thématiques d'intervention prioritaires (activité physique, mémoire, nutrition, épanouissement personnel, numérique, sécurité routière).

La Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie comporte 6 axes différents. Dans le Haut-Rhin, à ce jour, seuls les axes « actions collectives de prévention » et « forfait autonomie » ont été ouverts.

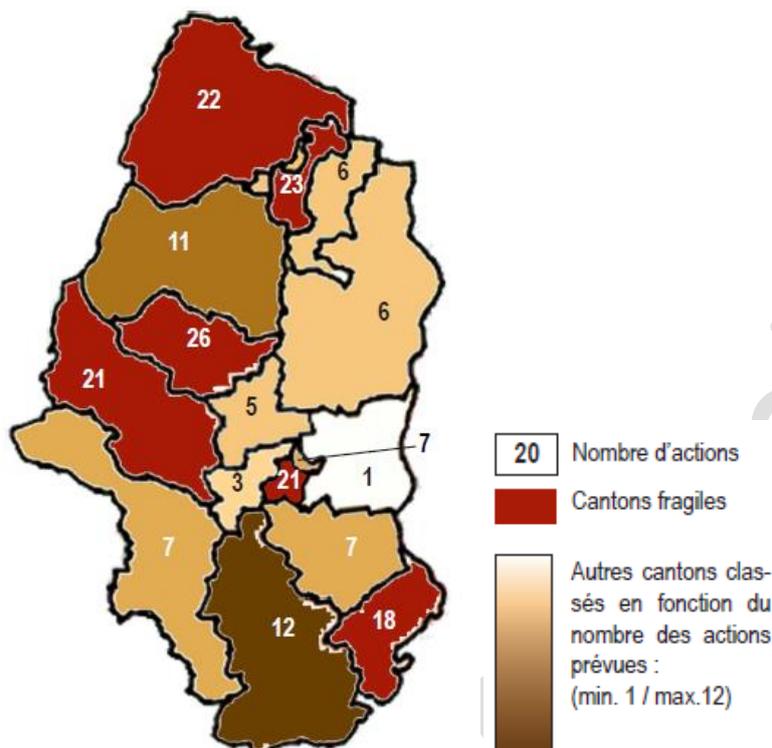


En 2016 23 actions, portées par 11 opérateurs, ont été retenues au titre des actions collectives de prévention, pour un montant total de 431 176 €. Par ailleurs, 230 600 € ont été alloués aux Résidences Autonomie pour la mise en place d'actions de prévention.

En 2016, le Haut-Rhin a donc engagé 43 % de ses concours. Le concours Actions de Prévention a été engagé à hauteur de 37 % et le Forfait Autonomie à hauteur de 61 %. Ce niveau de consommation est légèrement inférieur à la moyenne nationale.

En 2017, un appel à projets spécifique dédié aux actions de préventions collectives a été lancé. 37 projets, soit 196 actions, portées par 14 opérateurs, ont été retenus pour un budget total de 563 572 €.

Répartition par canton de l'ensemble des actions approuvées par la Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie en 2017.



Territoires prioritaires (cantons)	Thématiques retenues							Total	
	Activité physique	Epanouissement personnel	Mémoire	Nutrition	Numérique	Sécurité routière	Autre		
Cernay	11	3	2	1	2	2	-	21	11%
Colmar ville	9	1	4	-	6	3	2	25	13%
Guebwiller	17	2	3	-	2	2	-	26	13%
Mulhouse ville	11	3	2	-	2	3	-	21	11%
Saint Louis	14	1	1	-	-	2	-	18	9%
Sainte Marie-aux-mines	14	3	2	-	-	3	-	22	11%
Autre	42	6	1	2	3	4	5	68	35%
Total	118*	19	15	3	15	19	7	196	100%

*Pour 4 actions « Activité physique » le lieu n'est pas précisé.

En 2017, 2/3 des actions soutenues portaient sur les territoires prioritaires.

Globalement, les projets déposés et retenus restent relativement classiques, ce qui est entre autres, dû aux modalités de diffusion de l'information relative à cet appel à projets. Celle-ci s'est notamment faite de manière ciblée auprès des opérateurs connus dans le champ « seniors », qui menaient précédemment déjà de telles initiatives.

L'un des enjeux majeurs est donc de faire davantage connaître le dispositif pour diversifier les porteurs et les types d'actions, mais aussi optimiser l'enveloppe allouée au niveau national.

Par ailleurs, au-delà du lancement d'appels à projets, un véritable programme coordonné de financement pourrait être élaboré, afin de favoriser encore davantage les synergies avec les dispositifs mis en place par les différents membres de la Conférence en matière de prévention de la perte d'autonomie. En effet, différents acteurs sont investis dans le champ de la prévention, notamment les caisses de retraite. En 2016, ces dernières ont ainsi soutenu une cinquantaine d'actions pour près de 160 000 €.

Pour ce qui concerne le Forfait Autonomie, en 2017 un montant total de 452 725 € a été alloué aux Résidences Autonomie. Il apparaît important d'accompagner la plupart des Résidences et des gestionnaires dans la mise en place d'un véritable programme d'actions de prévention.

A noter que depuis 2018, il est désormais possible de soutenir des actions de prévention en EHPAD.

Par ailleurs, le dispositif de soutien aux aides techniques sera lancé en 2019.

Une politique d'aide aux aidants à structurer et un droit au répit à conforter

La loi ASV a également mis l'accent sur la question de l'aide aux aidants et reconnu un droit au répit. Si de nombreuses initiatives ont déjà vu le jour dans le Haut-Rhin, notamment portées par le tissu associatif, celles-ci sont encore trop peu ou mal connues du public concerné.

L'offre de répit apparaît globalement satisfaisante à l'échelle départementale.

Différentes actions à destination des aidants sont déjà proposées sur le territoire, notamment des dispositifs de répit pour permettre à l'aidant d'avoir du temps libre.

Il s'agit des dispositifs d'Accueil de Jour et d'Hébergement Temporaire. A ce jour, on compte 145 places d'Hébergement Temporaire et 234 places en Accueil de Jour pour les personnes âgées; 36 places d'Hébergement Temporaire et 269 places en Accueil de Jour pour adultes en situation de handicap.

Des actions de soutien et d'accompagnement des aidants (formation, groupes de parole...) ainsi que des initiatives visant à favoriser la vie sociale (escapades, séjours conjoints...) sont également proposées.

Toutefois, cette offre reste inégalement répartie sur le territoire, n'est pas encore suffisamment accessible pour les usagers et sera sans doute amenée à évoluer ou à être complétée pour correspondre davantage aux attentes et aux besoins des aidants.

Dès 2012, et grâce au financement de l'ARS, des plateformes de répit ont été mises en place. Dénommées RIVAGE, celles-ci sont portées par le réseau APA. Elles ne portent cependant que sur le champ des personnes âgées.

Focus sur les plateformes de répit :

Objectifs :

- proposer une palette d'actions d'accompagnement,
- répondre aux besoins d'information, d'écoute, de conseils et de relais des aidants pour les conforter dans leur rôle, dans une logique de proximité.

Missions :

- développement d'un pôle ressource à destination des aidants,
- d'écoute et de soutien psycho-social auprès des aidants,
- d'information, d'éducation, de formation des aidants,
- d'organisation, d'animation du répit et de maintien de la vie sociale pour l'aidant et pour le couple aidant/aidé.

Fin 2016, la file active s'élève à près de 1 000 personnes.

L'enjeu essentiel, dans le cadre de la Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie, sera de construire une véritable politique publique coordonnée en matière d'aide aux aidants, portant sur les 2 publics PA et PH, notamment pour prévenir le risque d'épuisement et d'identifier les actions et initiatives nouvelles à développer pour véritablement répondre aux besoins et aux attentes des aidants.

IV- Les dispositifs d'accueil, d'information, d'évaluation, d'accompagnement et de coordination : améliorer la fluidité des parcours

Le Département a mis en place différentes structures d'accueil, d'information et d'orientation, tant dans le champ du vieillissement que du handicap, qui maillent le territoire.

Pour les personnes âgées

Le territoire haut-rhinois est maillé par 12 Espaces Solidarité Senior qui assurent un accueil de proximité et une mission de polyvalence de secteur. Ils assurent un accueil et un accompagnement de proximité.

En 2016 :

	Total interventions
Nombre d'interventions	14 733
Nombre d'usagers	7 689

Le Service Solidarité Senior est un service de proximité gratuit, ouvert à toute personne ayant un statut de retraité, nécessitant un besoin de conseil, soutien et/ou rencontrant des difficultés d'ordre social ou médico-social. Il intervient dans divers domaines, tels que la lutte contre l'exclusion, la perte d'autonomie, la protection des majeurs vulnérables et la lutte contre la maltraitance. Il :

- assure une mission d'accueil, d'écoute et d'orientation,
- assure une mission d'évaluation et d'expertise,
- propose des accompagnements et des suivis sociaux et médico-sociaux.

De plus, dès 2009, le Département a expérimenté la méthode MAIA -Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie-. Il s'agit d'une méthode associant tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes de 60 ans et plus, en situation complexe, grâce à une démarche novatrice, l'intégration des services d'aide et de soins.

Cette approche permet d'apporter une réponse personnalisée, décloisonnée, harmonisée, complète et adaptée aux besoins singuliers de la personne et de son entourage (accueil, information, orientation, mise en place des soins, d'aides ou de prestations), quelle que soit la structure à laquelle elle s'adresse.

La méthode MAIA s'appuie sur le travail de gestionnaires de cas, qui assurent un suivi intensif au long cours.

Le Département compte actuellement 5 MAIA, qui couvrent l'ensemble du territoire, et 16 gestionnaires de cas.

La file active ne cesse de croître (833 à fin 2017).

MAIA Région Mulhousienne - 2009

7 Cantons - 37 communes



MAIA Trois Pays-Sundgau - 2012

4 cantons - 150 communes



MAIA Région Colmarienne - 2014

5 cantons - 91 communes



MAIA Florival - Haute Alsace - 2014

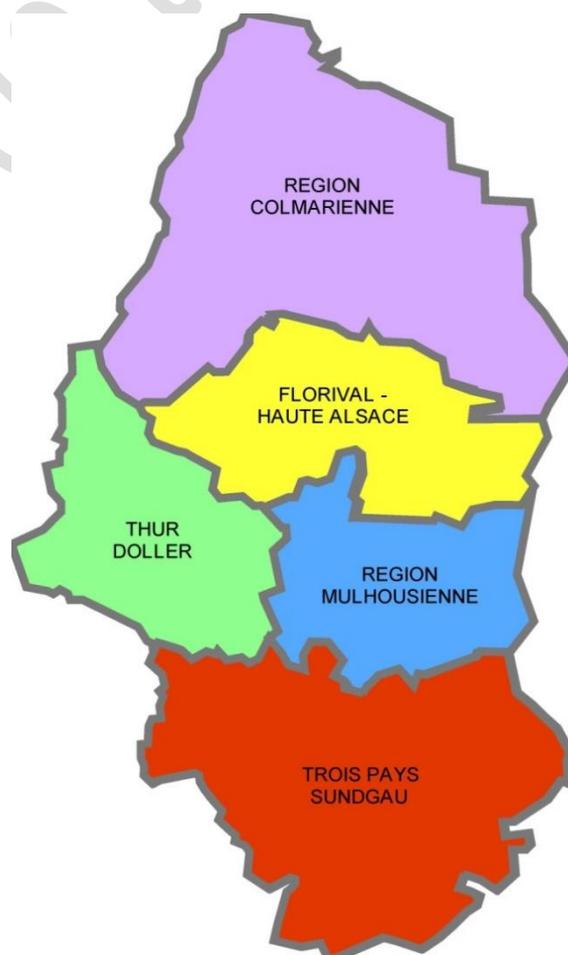
3 cantons - 42 communes



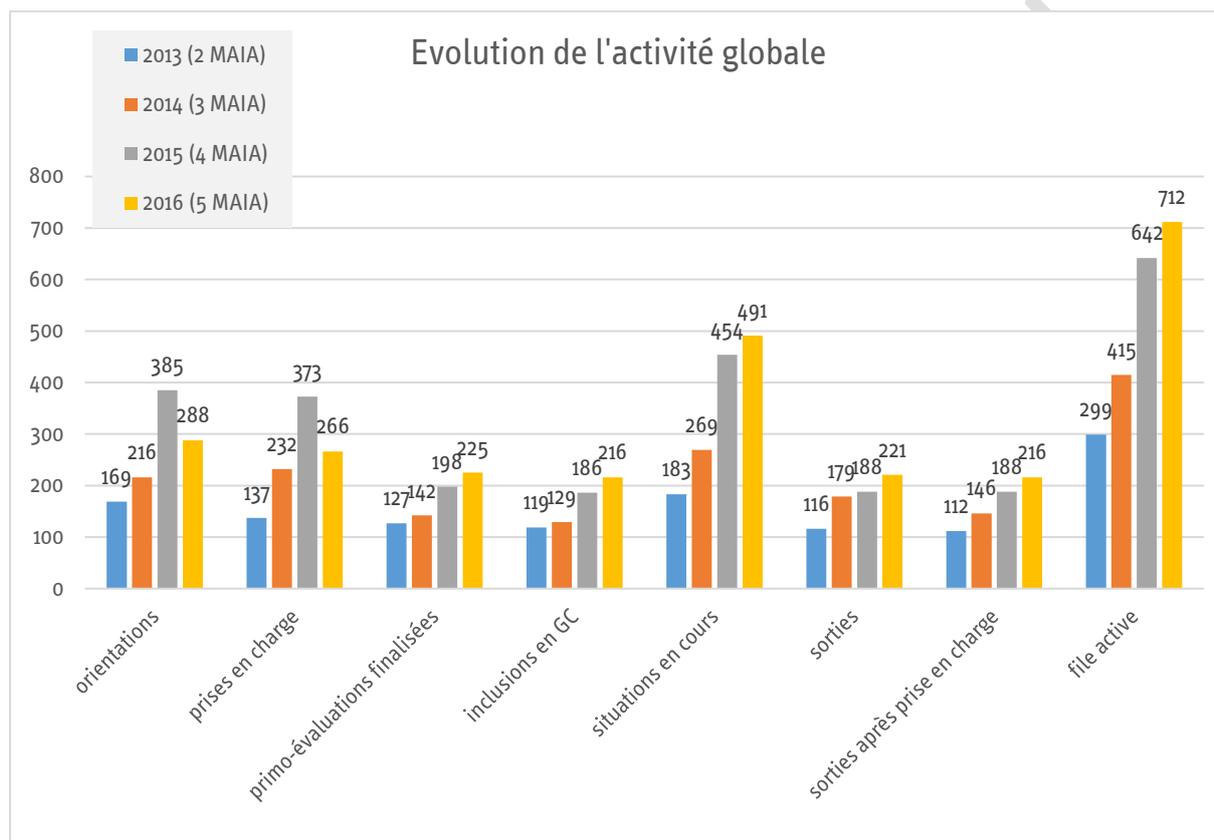
MAIA Thur Doller - Janvier 2016

2 cantons - 46 communes

Déploiement des MAIA (2009 à 2016)



Depuis mai 2016, 100 % de la population haut-rhinoise âgée de 60 ans et plus en situation complexe, peut bénéficier d'un accompagnement intensif et continu par un gestionnaire de cas, au travers des 5 MAIA. Les personnes âgées de moins de 60 ans en situation complexe, souffrant d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée peuvent également bénéficier de cet accompagnement. Leur nombre reste marginal.



Pour les personnes en situation de handicap

La MDPH est présente physiquement sur 2 sites : à COLMAR et à MULHOUSE.

Chiffres clés :

	2016	2017
Personnes accueillies	17 547	18 098
Décisions rendues par la CDAPH	49 642	52 773
Personnes ayant bénéficié d'une décision de la CDAPH	18 900	20 132

Depuis 2012, l'activité de la MDPH est en hausse constante.

La MDPH du Haut Rhin est l'une des plus réactives de France, avec un délai moyen de traitement des demandes de 4 mois.

Depuis 2016, le Département expérimente la démarche « Réponse Accompagnée Pour Tous » (RAPT) afin de permettre à tous les enfants et adultes en situation de handicap de bénéficier d'un accompagnement adapté. Ce dispositif vise à améliorer la coordination des acteurs publics et privés impliqués, et à garantir qu'aucune personne en situation de handicap ne se retrouve sans solutions.

Quatre chantiers sont en cours :

- ✓ la mise en place d'un dispositif d'orientation permanent,
- ✓ le déploiement d'une réponse territorialisée,
- ✓ la création d'une dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs,
- ✓ l'accompagnement au changement des pratiques.

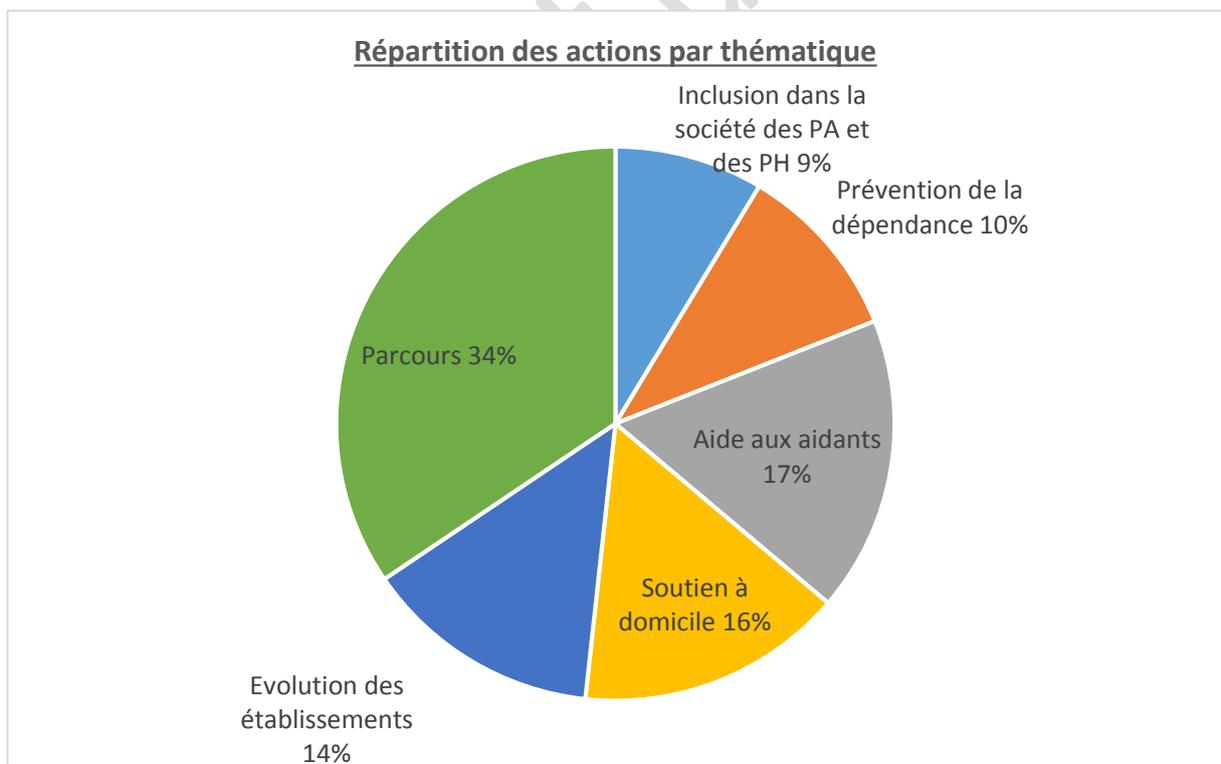
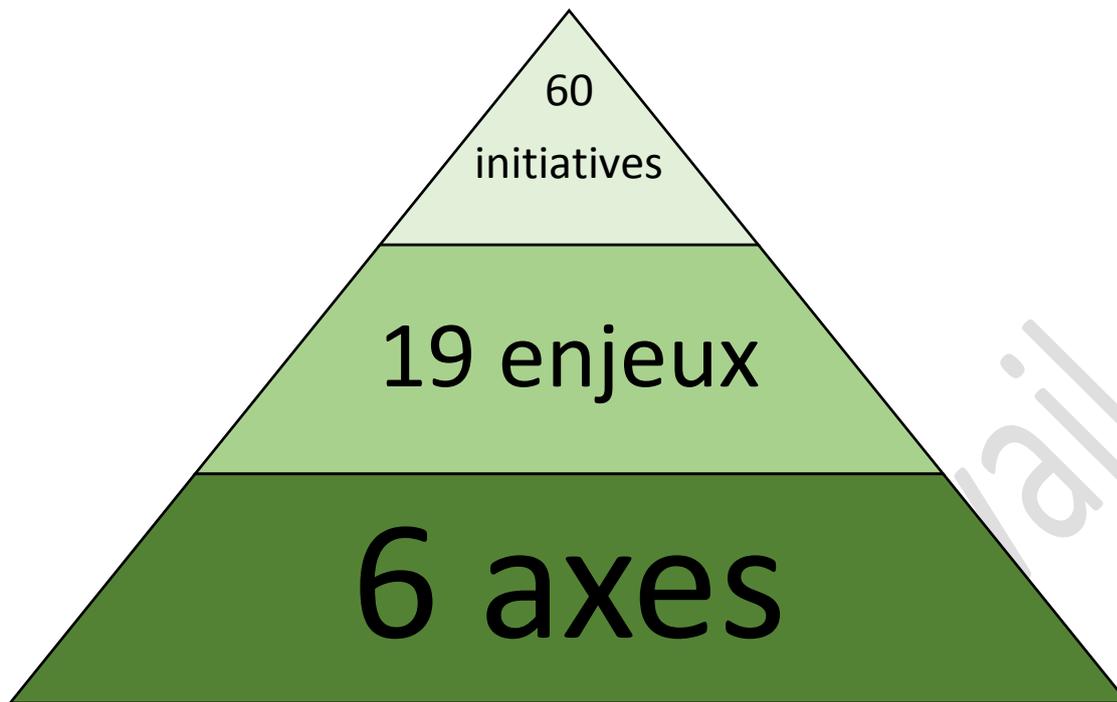
En conclusion, en matière de coordination des acteurs, de nombreux dispositifs existent, tant sur le champ des personnes âgées que des personnes en situation de handicap. L'enjeu essentiel reste d'assurer la complémentarité et l'articulation entre ces différents dispositifs, de faciliter l'accès à l'information pertinente, l'écoute et l'orientation des personnes. Le renforcement des compétences des personnes qui assurent l'accueil de 1^{er} niveau, sur les 2 champs de la politique de l'autonomie, pour améliorer la qualité de l'information et de la 1^{ère} orientation, est essentiel.

Enfin, la coordination repose également sur des systèmes d'information efficaces. Ceux déjà mis en place, tels que SICODOM (Système d'Information pour la COordination des soins à DOMicile) en appui à la MAIA, ont vocation à être poursuivis et développés. Il en va de même pour le système VIA TRAJECTOIRE.

PARTIE 3

LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Document de travail





AXE 1
FAVORISER ET FACILITER
L'INCLUSION DES PERSONNES AGEES
ET DES PERSONNES EN SITUATION DE
HANDICAP DANS LA SOCIETE

Document de travail

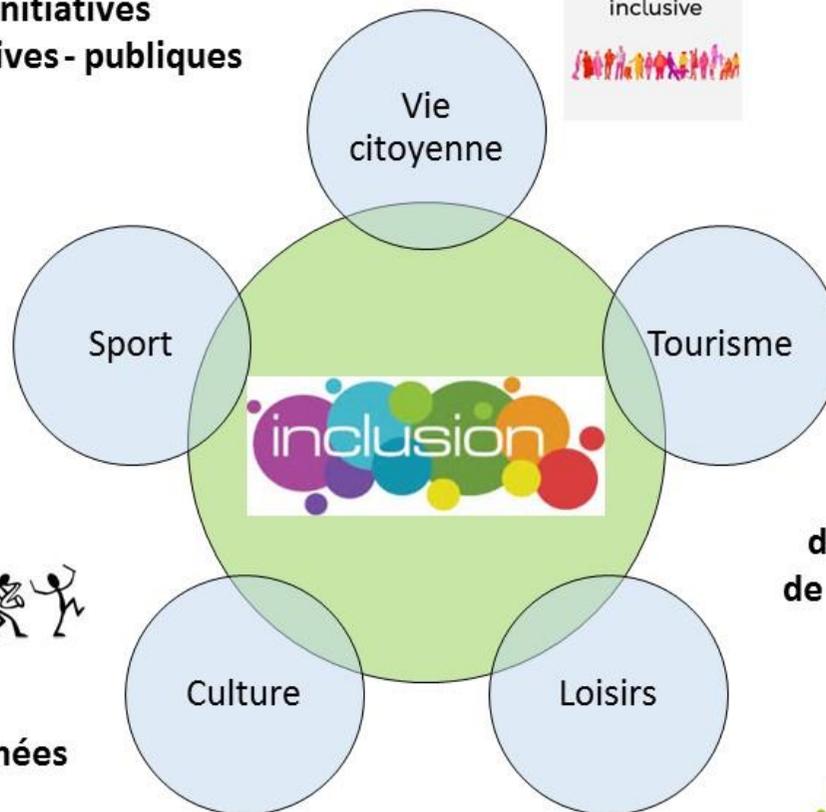
**Promouvoir les initiatives
citoyennes – associatives - publiques**



**Faire connaître
les initiatives**



Poursuivre les actions menées



**S'inscrire dans la
démarche
Tourisme et Handicap**



**Favoriser le
développement
de nouvelles offres**



Chiffres clés :

- Une centaine de sites labellisés tourisme et handicap
- **12** clubs affiliés handisport avec 224 licenciés
- **14** clubs affiliés sport adapté avec 550 licenciés
- **131** clubs accueillant des personnes en situation de handicap
- **879** adultes et **342** jeunes en situation de handicap accueillis au moins une fois dans un club

Département et CDCA facilitateur

Les échanges lors des groupes de travail, ainsi que l'enquête usagers réalisée par les membres du Bureau du Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie, ont souligné l'importance de la vie sociale. C'est pourquoi, le choix a été fait de consacrer un axe spécifique de ce schéma à la participation citoyenne des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Bien que cet enjeu irrigue de manière transversale les différentes politiques menées, force est de constater que les obstacles et les freins à l'exercice d'une citoyenneté pleine et active demeurent trop souvent nombreux.

Deux enjeux principaux ont été retenus : la participation à la vie de la cité et l'accès à des activités culturelles et de loisirs.

Diverses initiatives favorisant l'accessibilité des personnes âgées et surtout des personnes en situation de handicap, à l'offre sportive, culturelle et de loisirs, existent. Elles restent cependant encore trop peu connues et trop peu nombreuses.

Enjeu 1

La participation active de la personne âgée ou en situation de handicap, non seulement comme utilisateur de services mais surtout comme acteur, est fondamentale pour prendre part, à part entière, à la vie de la cité, être intégré dans la société, accéder à une vie citoyenne et sociale. Ceci concourt, à la fois, à renforcer leur sentiment d'utilité sociale et à faire évoluer l'image qu'a la société.

Par son action, le Département contribuera à :

- ⇒ soutenir le rôle actif des seniors et des personnes en situation de handicap, leur implication dans la vie de la cité,
- ⇒ promouvoir les initiatives citoyennes, associatives ou publiques favorisant l'inclusion des personnes âgées et des personnes en situation de handicap à la vie de la cité.

Il pourra notamment s'agir :

- de favoriser le recueil et la prise en compte de la parole des usagers dans les lieux d'échange et débat, et en premier lieu dans le cadre du Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie. Cette instance consultative a vocation à être associée et à éclairer la prise de décision et l'élaboration des différentes politiques publiques. L'enjeu est de pouvoir cerner au mieux les attentes et les besoins, pour pouvoir proposer et développer les actions et initiatives les plus pertinentes et appropriées possibles,
- l'engagement citoyen est un levier majeur de préservation du lien social. Le tissu associatif haut-rhinois est riche et de nombreux acteurs s'appuient déjà sur le bénévolat, voire sur le service civique. Le Département entend soutenir ces démarches en développant les actions citoyennes dans le champ de l'autonomie et en valorisant le bénévolat en faveur du lien social de proximité. A titre d'exemple, il sera proposé de développer l'organisation de journées ou de semaines citoyennes dans les établissements médico-sociaux,
- d'accompagner les démarches territoriales allant dans le sens d'un environnement global favorable aux seniors et aux personnes en situation de handicap, dans un esprit de co-construction associant l'ensemble des acteurs du territoire et les usagers eux-mêmes,
- de faire connaître les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM), basés sur l'aide entre pairs et le renforcement de la capacité d'agir des personnes. Ils sont de véritables outils d'insertion dans la cité, permettent de prévenir l'isolement et l'exclusion sociale de personnes en grande fragilité et ainsi aux personnes de devenir de véritables acteurs de leur parcours. Basées sur un principe d'autogestion, ces structures associatives participent à l'autonomisation des personnes, à leur insertion sociale et globalement à leur mieux-être.

Enjeu 2

Différentes offres et initiatives sportives, culturelles et de loisirs sont déjà accessibles aux publics âgés ou en situation de handicap. Cependant, les efforts doivent être poursuivis. De plus, la visibilité de l'offre existante doit être améliorée.

Le label « **Tourisme et Handicap** » permet d'identifier les lieux de tourisme accessibles aux personnes en situation de handicap moteur, visuel, auditif, mental. Il a été créé en 2001 par le Ministère du Tourisme de l'époque.

A ce jour, le Haut-Rhin compte une centaine de structures labellisées « **Tourisme et Handicap** », dont 12 musées et 19 sites de découverte et de loisirs.

Concernant la pratique sportive, un accent particulier a été mis sur l'activité physique adaptée pour les personnes âgées dans le cadre des projets soutenus par la Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie. Ainsi, en 2017, ce sont 118 actions d'activité physique adaptée qui ont été soutenues.

Pour ce qui est de la pratique sportive des personnes en situation de handicap, le Département soutient les 2 Fédérations actives sur le territoire : la Fédération Handisport et la Fédération pour le Sport Adapté.

Toutefois, l'enjeu réside aujourd'hui également dans l'ouverture et l'accès des clubs « classiques » aux personnes en situation de handicap et en perte d'autonomie, dans une logique plus inclusive.

Globalement, il s'agit de favoriser l'intégration des personnes en situation de handicap, notamment dans les dispositifs de droit commun.

L'objectif pour le Département est de :

- ⇒ contribuer à faire connaître les initiatives existantes pour en améliorer la lisibilité et la visibilité, et favoriser le développement de nouvelles offres accessibles à tous.
- ⇒ S'inscrire dans la démarche de labellisation « **Tourisme et Handicap** », par exemple pour le cyclotourisme.

En lien avec Alsace Destination Tourisme, il s'agira de contribuer à faire connaître le label « **Tourisme et Handicap** » et encourager les différents sites touristiques, patrimoniaux et de loisirs à s'inscrire dans cette démarche. La politique cyclotouristique du Département pourrait elle-même faire l'objet d'une labellisation. En effet, le réseau cyclable est particulièrement développé et ce secteur est tout particulièrement mis en avant dans le cadre du schéma interdépartemental du tourisme approuvé le 23 mars 2018. Cette action s'inscrit également en cohérence avec la stratégie Alsace à Vélo.

- ⇒ Poursuivre et développer les actions déjà menées sous l'égide de la médiathèque départementale, des actions culturelles et sportives.

A titre d'exemple, en matière de sport, il pourra s'agir de soutenir les initiatives visant à permettre la participation de personnes en situation de handicap dans les clubs classiques, en soutenant l'acquisition de matériel adapté et la formation des encadrants (améliorer les savoir-faire et savoir-être nécessaires à l'accueil), à l'image de l'appel à projets spécifique lancé en avril 2018, à l'occasion de l'opération nationale DuoDay. Cette journée du DuoDay a pour vocation de sensibiliser les personnes valides à l'inclusion des personnes en situation de handicap dans notre société, dans la vie de tous les jours, dans le cadre professionnel comme dans les loisirs. Cet appel à projets "Sport et handicap" s'adressait à toutes les associations sportives haut-rhinoises, les comités départementaux, les ligues sportives, l'UNSS et ses associations affiliées. Il doit permettre de contribuer à la formation et à l'encadrement technique dédiés à l'accueil de personnes en situation de handicap, mais aussi à l'achat de matériel spécifique. Au total, 11 projets ont été retenus. Ce dispositif a vocation à être reconduit et les structures/projets retenus seront accompagnés dans la réalisation des actions.

L'accès à la culture de personnes « empêchées » fera l'objet d'une attention particulière, en lien avec la démarche « Culture et Solidarité » initiée par la Collectivité. Les structures culturelles partenaires du Département seront invitées à poursuivre et développer des initiatives en ce sens. Par ailleurs, les actions et expérimentations menées en partenariat avec certains EHPAD pourraient être essaimées et dupliquées, notamment avec l'appui de partenaires culturels, mais aussi en lien avec le service de la Coordination de l'Action Culturelle et des publics du département et de la Médiathèque départementale.

AXE 2
CONTRIBUER A UNE POLITIQUE
ACTIVE DE PREVENTION
DE LA DEPENDANCE

Document de travail

Chiffres clés :

- Près de 250 actions de prévention soutenues sur le territoire départemental.
- D'après une enquête réalisée par le CREDOC :
 - parmi les thématiques du « bien vieillir », les suivantes sont les plus importantes : entretien de la mémoire (58 %), vacances/sorties/séjours (32 %), activité physique, nutrition,
 - la principale source d'inquiétude en lien avec la retraite est la diminution des facultés physiques et intellectuelles (35 %),
 - près d'une personne sur deux de plus de 60 ans exprime des difficultés pour accéder à l'information sur le « bien vieillir » (27 % ne savent pas par où commencer, 19 % ne savent pas à qui s'adresser).

Département acteur et financeur avec la CNSA

La prévention recouvre l'ensemble des actions visant à prévenir la perte d'autonomie et prendre en compte, le plus en amont possible, les risques qui y sont liés. De nombreux acteurs, et notamment les caisses de retraite, se sont engagés depuis plusieurs années dans ce champ, conscients de l'importance d'une intervention le plus tôt possible pour impulser des comportements favorables au maintien des capacités.

Une multiplicité d'actions est donc déjà proposée sur le territoire départemental.

A titre d'exemple, en 2017, près de 200 actions ont été soutenues dans le cadre de la Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie (CFPPA) pour un budget total d'environ 563 000 €. Par ailleurs, une quarantaine d'actions ont été soutenues au titre de l'inter-régime des caisses de retraite pour plus de 150 000 €.

Pour autant, les enjeux restent forts, notamment en termes de structuration et de coordination des actions de prévention ainsi que de prise de conscience, par le plus grand nombre, de l'importance de la prévention le plus en amont possible.

Diverses études ont montré que la pratique d'une activité sportive de 20 minutes par jour peut sensiblement améliorer l'état de santé général et contribuer à prévenir certaines maladies, ou tout du moins l'aggravation de certaines pathologies. La loi du 1^{er} mars 2017 a introduit le terme de « sport sur ordonnance » et permet aux médecins de prescrire une activité physique à leurs patients souffrant d'une maladie chronique. Cependant, le développement du sport santé se heurte encore à la difficulté pour les patients de se faire rembourser les cours de sport.

Pour les personnes âgées, en plus de son effet préventif et/ou curatif sur de nombreuses pathologies, la pratique régulière d'une activité physique permet d'entretenir la masse musculaire, de favoriser la mobilité, de préserver l'équilibre et contribue ainsi à la prévention des chutes et au maintien de l'autonomie.

Enjeu 1

Afin de pouvoir anticiper et prévenir la perte d'autonomie, il est important de sensibiliser le plus grand nombre à l'enjeu global de prévention et de vieillissement actif. Il s'agit de faire prendre conscience de l'importance d'intervenir en amont de la perte d'autonomie et d'impulser des comportements favorables au maintien des capacités de chacun, pour permettre d'améliorer ses capacités intrinsèques le plus tôt possible.

Pour contribuer à la diffusion d'une culture commune de la prévention chez les personnes âgées et les personnes en situation de handicap, le Département pourra s'associer et/relayer toute action de sensibilisation organisée par des partenaires. Il mobilisera également ses propres outils de communication (magazine, site internet, réseaux sociaux...) pour véhiculer ce message de prévention, en mettant l'accent sur les thématiques jugées prioritaires (ex : activité sportive, nutrition...) et en valorisant des bonnes pratiques.

Il pourra également s'agir d'adapter l'angle de communication retenu, en ne mettant pas nécessairement l'accent sur l'offre spécifiquement dédiée aux seniors, mais plutôt sur la convivialité et le bien-être. De même, il pourrait être pertinent de véhiculer un message de prévention à l'occasion de manifestations non spécialisées (ex : salon du loisir, fête du sport...).

Enjeu 2

Instaurée par la loi d'Adaptation de la Société au Vieillissement, la Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie, rassemble les différentes structures actives en matière de prévention. Elle a pour objectif de mieux articuler les financements en matière de prévention et dispose de crédits pour impulser et développer davantage d'actions sur les territoires. Le constat, à ce jour, est celui d'une multiplicité d'actions, mais d'un déficit de visibilité et de lisibilité pour les usagers. L'enjeu majeur réside dans la mise en cohérence et le renforcement de l'efficacité des initiatives existantes.

La Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie, présidée par le Département, a vocation à :

- ⇒ rassembler l'information sur les différentes actions existantes et la faire connaître du plus grand nombre, pour permettre à l'utilisateur de facilement pouvoir arriver à identifier l'offre proposée sur son territoire,
- ⇒ favoriser les synergies et complémentarités entre les différents acteurs et financeurs de la prévention,
- ⇒ favoriser les échanges d'expériences et le partage de bonnes pratiques entre porteurs de projet pour faciliter les partenariats et, dans les Résidences Autonomie, pour y développer une véritable politique de prévention.

Enjeu 3

Afin de contribuer à cette culture de prévention le plus en amont possible, le développement du « sport santé » apparaît être un levier intéressant. Celui-ci contribue au maintien de la santé chez le sujet sain dans le cadre de la prévention primaire, et permet ainsi de réduire et prévenir la perte d'autonomie chez les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.

- ⇒ Mènera une réflexion sur la faisabilité de la mise en place d'une structure proposant des activités en prévention/santé.

A l'instar de la dynamique impulsée au niveau national par l'annonce de la création, d'ici 2022 de 500 maisons « sport santé », et en lien avec la priorité identifiée dans le cadre du Projet Régional de Santé, le Département souhaite étudier l'intérêt et la faisabilité de la mise en place d'une telle structure.

Différentes expériences déjà identifiées pourront alimenter cette réflexion :

- une structure qui s'est développée depuis 2006 en Forêt Noire, dénommée *Gesundes Kinzigtal* et qui rassemble différents professionnels du monde médical. Celle-ci élabore des programmes santé à destination de publics cibles spécifiques, dont les personnes âgées et les personnes atteintes de maladies chroniques. L'évaluation d'impact et la mesure de l'évolution de l'état de santé des participants est assurée par des universitaires. Depuis 2015, cette structure s'est installée dans de nouveaux locaux et peut proposer différents services : consultations de différents spécialistes, cours collectifs, salle de sport... Celle-ci est notamment utilisée pour les séances de sport sur ordonnance. Le programme d'exercice est enregistré sur des cartes magnétiques permettant de démarrer les appareils. Les constantes médicales de la personne sont prises à son arrivée et à l'issue des séances. La pratique sportive est sécurisée et le suivi permet de véritablement mesurer la corrélation entre la pratique sportive et l'évolution de l'état de santé. Par ailleurs, ce lieu favorise le lien social.
 - Dans le Cantal, une réflexion a été lancée dès 2016, dans le cadre du Contrat Local de Santé, pour mettre en œuvre une offre territoriale cohérente et engagée d'activités physiques et sportives adaptées. Ce projet rassemble de nombreux partenaires : Préfecture, Agence Régionale de Santé, Conseil Départemental, CREPS, Centre Hospitalier... Cette plateforme vise à faciliter l'accès des personnes atteintes de maladie chronique à la pratique d'activités physiques régulières. L'objectif est d'accompagner des personnes atteintes de pathologies chroniques, éloignées de la pratique sportive, vers une offre territoriale cohérente d'activités physiques régulières et adaptées pour retrouver du plaisir dans la pratique sportive au bénéfice de leur santé. Dans un premier temps, la plateforme sera expérimentée sur le bassin de santé intermédiaire d'Aurillac puis, sera étendue à d'autres bassins jusqu'à tendre vers la formalisation du réseau départemental, après évaluation de cette expérimentation.
- ⇒ Proposera de s'appuyer sur le dispositif APA pour repérer les populations en risque de chute et financer un accompagnement individuel en « sport santé » (à l'image d'une expérimentation menée dans les Hautes Pyrénées où une expérimentation est menée depuis 2016 avec utilisation du plan d'aide APA pour financer un cycle de 13 séances d'activité physique adaptée à domicile, d'une durée de 45 à 60 minutes).

AXE 3
SOUTENIR LES PROCHES AIDANTS

Document de travail

Appui
financier
CNSA

Structurer une politique départementale

- Un état des lieux des dispositifs
- Une offre plus lisible pour les Personnes Agées
- Renforcer l'accompagnement personnalisé
- Développer la pair aide

Prévenir l'épuisement

- Sensibilisation du grand public
- Outil de repérage du risque d'épuisement



Accueil de jour

- Veiller à la viabilité économique des accueils de jour Personnes Agées
- Des accueils de jour + souples et plus ouverts sur la vie sociale pour les adultes en situation de handicap
- Faciliter l'accès géographique et financier pour les deux publics

Hébergement temporaire

- Mieux structurer l'hébergement temporaire pour les adultes en situation de handicap

Pas de création
de places



Chiffres clés :

- 2 plateformes de répit
- 269 places en Accueil de Jour et 36 places en Hébergement Temporaire pour les personnes en situation de handicap
- 234 places en Accueil de Jour et 145 places en Hébergement Temporaire pour les personnes âgées

L'aide apportée aux personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie provient essentiellement de l'entourage proche ; présents au quotidien, les aidants fournissent non seulement une aide concrète et un soutien moral, mais assurent souvent la continuité de l'accompagnement.

Les proches aidants sont essentiels pour permettre le maintien à domicile d'une personne en perte d'autonomie. C'est la 1^{ère} aide, avant tout recours à des professionnels.

Le rôle des aidants a fait l'objet d'une reconnaissance de la part des pouvoirs publics, notamment dans le cadre de la loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement, qui reconnaît le rôle du proche aidant.

Un effort conséquent a déjà été fait pour développer l'offre de répit. Cependant, deux problématiques restent posées : la lisibilité et l'accessibilité pour les usagers et la multiplicité des acteurs de ce champ.

Un travail d'information et de sensibilisation doit donc être poursuivi pour accompagner les aidants vers ces dispositifs et ainsi prévenir, autant que possible, le risque d'épuisement et les ruptures de parcours des aidés.

La diversité des besoins des aidants et celle des acteurs y apportant une réponse rend nécessaire les réflexions permettant de structurer ou d'abonder l'offre en fonction des besoins des populations. Les résultats d'une étude diligentée par la CNSA en 2015 ont permis de mettre en évidence les besoins multiples et évolutifs des aidants, ainsi que la nécessité de coordination des acteurs. Il existe donc un réel besoin de cohérence et de structuration à l'échelle départementale. Celle-ci pourra se traduire par la mobilisation de la section IV du budget de la CNSA, après la réalisation d'un diagnostic.

L'objectif est double :

- structurer l'offre de répit, afin d'intégrer cette offre dans le cadre d'une organisation territoriale structurée et coordonnée, et d'une dynamique partenariale avec l'ensemble des acteurs concernés,
- faciliter le recours des aidants aux dispositifs proposés, de compléter la palette d'offre pour répondre de manière plus adaptée à la diversité des demandes et des attentes et de favoriser le soutien mutuel dans le cadre de la pairaidance.

Département acteur et financeur avec CNSA

Enjeu 1

Dans la majorité des situations, les dispositifs de répit sont sollicités alors que les aidants sont déjà en situation d'épuisement. Prévenir et repérer le plus en amont possible le risque d'épuisement des aidants est donc un enjeu essentiel, afin de pouvoir proposer l'accompagnement le plus adéquat.

Ceci suppose de mettre en place plusieurs actions complémentaires :

- ⇒ une sensibilisation du grand public pour contribuer à la prise de conscience du rôle d'aidant et du risque réel d'épuisement.

La loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement a défini la notion de proche aidant et met un accent particulier sur l'aide aux proches aidants et la mise en œuvre du droit au répit.

Malgré tout, encore trop peu de personnes se reconnaissent comme étant aidants. Or, ce rôle impacte souvent assez, voire très fortement leur propre vie, ainsi que leur état de santé.

En effet, selon une enquête menée par l'association française des aidants, 48 % des aidants déclarent avoir des problèmes de santé qu'ils n'avaient pas avant d'être aidants.

Il apparaît donc essentiel, avec les différents partenaires actifs en matière d'aide aux aidants, de diffuser le plus largement possible un message de prise de conscience.

De plus, un travail d'information et de sensibilisation doit être poursuivi pour accompagner les aidants vers ces dispositifs et ainsi prévenir, autant que possible, le risque d'épuisement et les ruptures de parcours des aidés.

- ⇒ L'appropriation et la diffusion d'un outil partagé de repérage du risque d'épuisement, qui a vocation à être utilisé par les différents professionnels concernés, afin de permettre un repérage précoce, un accompagnement et des propositions de solutions personnalisées « sur mesure » et une mise en œuvre effective.

Enjeu 2

Depuis plusieurs années, le soutien aux aidants fait l'objet d'une préoccupation croissante. Divers acteurs (associatifs, sanitaires, médico-sociaux...) ont investi ce champ et proposé différents types de réponses. De nombreuses initiatives se sont développées depuis plusieurs années sur le territoire pour répondre aux besoins d'aide des proches aidants.

Il s'agira, en s'appuyant sur le cadre de la Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie, :

- ⇒ en lien avec l'ARS, de mieux positionner les plateformes de répit (personnes âgées) dans les dispositifs d'aide aux aidants pour améliorer la lisibilité de l'information et les porter à connaissance des initiatives existantes.

Différentes initiatives ont pour objectif de recenser l'offre existante (portées par exemple par l'UDAF, France Parkinson, France Alzheimer, Schizo Espoir...). Les plateformes de répit (RIVAGE dans le Haut-Rhin) ont un rôle central et pivot dans la réalisation de cet exercice.

Les plateformes d'accompagnement et de répit ont été créées pour accompagner les aidants s'occupant d'un proche en perte d'autonomie, à l'origine pour aider les proches accompagnant au quotidien une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Depuis, elles ont étendu leur soutien à l'ensemble des proches accompagnant une personne âgée en perte d'autonomie, quelle que soit sa maladie.

D'une manière générale, et selon le cahier des charges national, les plateformes de répit apportent :

- de l'information sur la maladie, avec pour objectif de mieux comprendre la pathologie et l'impact qu'elle peut avoir,
- un soutien aux proches aidants qui peut être individuel (soutien psychologique, conseils...) ou collectif (partage d'expériences, soutien mutuel...),
- des solutions de répit pour donner du temps libre au proche pour prendre soin de sa santé et simplement se reposer.

Chaque plateforme de répit propose une offre de services qui lui est propre (information sur l'offre disponible, sessions de formation, temps de répit, sorties culturelles ou conviviales, groupes de paroles...).

Le maintien à domicile des personnes âgées repose en grande partie sur les aidants naturels. Cette aide se heurte au manque de connaissance (maladie dont souffre l'aidé, gestes et postures à avoir), mais aussi à l'épuisement subi par l'aidant, en particulier lorsque celui-ci est le conjoint. À ce jour, l'aide aux aidants nécessite d'être plus structurée, tant en termes de formations dispensées, qu'en termes d'organisation de l'offre (acteurs multiples, financement variable, maillage peu efficient, etc...). Ce rôle est celui des plateformes de répit (PFR) ; toutefois, les pratiques et le déploiement des PFR restent hétérogènes.

Il s'agit de renforcer le rôle des plateformes de répit et faire évoluer leurs missions pour que ces dernières rendent l'offre lisible. Il serait également souhaitable de les faire évoluer vers des plateformes de services pour les aidants et de les légitimer en tant que telles sur leurs territoires de compétences. Toute évolution reposera cependant sur la réalisation préalable d'une évaluation de ces dispositifs, prévue dans le cadre du PRS.

A ce jour, dans le Haut-Rhin, l'enjeu majeur est celui de la lisibilité de l'offre existante et de l'équité territoriale.

Il s'agira de capitaliser sur le travail déjà fait par RIVAGE, de le compléter, pour pouvoir proposer un accès à l'information adapté aux aidants.

- ⇒ De réaliser un état des lieux des dispositifs d'aide aux aidants existants dans le champ du handicap.

Un travail de recensement des offres de répit en matière de handicap devra être réalisé. La difficulté est encore plus prégnante dans ce champ que dans celui du vieillissement, car les offres sont spécifiques et adaptées aux différents types de handicap. Pour autant, la réalisation de ce recensement est un préalable nécessaire.

Il pourra se faire dans le cadre du diagnostic préalable demandé pour proposer un projet dans le cadre de la section IV du budget de la CNSA.

- ⇒ De mettre en œuvre, de manière opérationnelle, les dispositifs prévus par la loi ASV.

La loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillissement reconnaît la place et le rôle des proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie afin de leur apporter un soutien. Elle :

- définit ce qu'est un proche aidant,
- crée un droit au répit pour permettre aux proches aidants de se reposer ou de dégager du temps (dans la limite de 500 € par an). Ce dispositif s'adresse aux proches aidants de personnes bénéficiaires de l'APA, qui assurent une présence ou une aide indispensable à la vie à domicile de leur proche, et qui ne peuvent être remplacés pour assurer cette aide par une personne de l'entourage. Cette enveloppe de 500 € peut être activée quand le plafond du plan d'aide APA de la personne aidée est atteint. Il peut notamment financer l'accueil en Accueil de Jour ou en Hébergement Temporaire, dans la limite de 500 € par an,
- accorde une aide financière ponctuelle en cas d'hospitalisation du proche aidant d'une personne bénéficiaire de l'APA, pour assurer la prise en charge de la personne aidée restée seule à domicile. Son montant pourra atteindre jusqu'à 992 € au-delà des plafonds de l'APA.

Ces deux derniers dispositifs sont activés dans le Département depuis le 1^{er} septembre 2018.

- ⇒ De développer l'offre disponible en lien avec les besoins et les attentes exprimées des aidants.

Différentes études ont permis d'identifier les principales attentes suivantes :

- une attention renforcée et une meilleure reconnaissance des professionnels de santé,
- des conseils et des formations pour aider à se préserver,
- une information plus accessible,
- un soutien moral.

Il s'agit donc, en lien avec les différents acteurs, de réfléchir à des actions plus adaptées aux attentes des aidants pour pouvoir proposer des solutions « sur mesure », dans le cadre d'un accompagnement personnalisé. Les réponses devront être variées, adaptées aux besoins et aux contraintes des aidants : souplesse, réactivité, efficacité (baisse du fardeau), proximité.

Dans ce cadre, le binôme aidant/aidé devra être pris en considération : pour que l'aidant puisse, de manière effective, utiliser son droit au répit, une réponse en terme de prise en charge de l'aidé devra pouvoir être proposée (ex : halte répit / Accueil de Jour de courte durée...).

⇒ De développer la « pairaidance ».

Partager son expérience d'aidant avec des personnes qui partagent des difficultés et des problématiques similaires semble être un vecteur pertinent d'accompagnement, complémentaire de l'appui qui peut être apporté par les professionnels.

Le concept de pairaidance existe depuis longtemps ; il repose sur l'idée qu'en ayant vécu/vivant la même situation/réalité, les personnes peuvent d'autant plus s'entraider. Ainsi, la personne qui a réussi à gérer une situation peut accompagner une autre personne qui n'en est pas au même stade.

A partir de son expérience et de sa compréhension de son propre parcours, le pairaidant aide ses pairs à surmonter les obstacles et à identifier ce qui peut leur être utile pour faire face à la situation.

Un tel format permet de faciliter l'expression, de libérer la parole et de permettre l'échange d'expériences.

Concrètement, ceci pourra notamment se traduire par l'appui à la mise en place de groupes de parole ou encore de café des aidants.

Enjeu 3

Dans le cadre des précédents schémas, un effort particulier a été fait pour augmenter le nombre de places en Accueil de Jour et en Hébergement Temporaire. A ce jour, avec un total de 684 places, l'offre de répit peut être considérée comme satisfaisante tant en quantité qu'en répartition territoriale. L'enjeu, aujourd'hui, n'est donc pas de créer de nouvelles places, mais de conforter le rôle des structures de répit existantes et de favoriser leur accessibilité géographique et financière.

Il s'agira, pour le Département, en lien avec les différents acteurs concernés, de :

⇒ mieux structurer l'Hébergement Temporaire

L'Hébergement Temporaire, situé à MALMERSPACH, d'une capacité de 11 lits occupe une place spécifique dans le dispositif haut-rhinois de l'accueil temporaire des adultes en situation de handicap. Il se distingue par :

- l'étendue de ses missions : répit et suppléance des aidants, distanciation d'un environnement familial ou professionnel, maintien des acquis et du lien social, bilan et évaluation, préparation à l'entrée en accueil collectif, accueil d'urgence, contribution aux parcours des situations complexes, hébergement de transition,
- en 2016, un taux d'occupation élevé de 73,3 %,
- l'inscription, dans un réseau partenarial dense, avec les autres établissements sanitaires et médico-sociaux du Département et avec la MDPH.

Pour mieux répondre aux besoins de la population, il est proposé de faire porter ces missions (pour partie ou pour la totalité) -aujourd'hui réalisées par un seul établissement- par d'autres lieux d'Hébergement Temporaire, en veillant à l'accessibilité géographique et en impulsant un travail en réseau entre ces lieux.

⇒ Faire évoluer les prestations de service des Accueils de Jour pour adultes e, situation de handicap au regard des attentes des usagers et des aidants.

Les Accueils de Jour jouent un rôle clé dans le parcours de vie des personnes en situation de handicap, en particulier pour les jeunes adolescents mais également pour répondre à l'avancée en âge des personnes en situation de handicap.

Les groupes de travail ont relevé la nécessité de travailler à des prestations de service plus souples, plus réactives en proposant des activités d'accompagnement plus ouvertes sur la Cité, moins occupationnelles, en définitive, plus inclusives.

⇒ Faciliter l'accessibilité géographique et financière des solutions d'aides.

Même si les lieux d'accueil sont relativement bien répartis sur le territoire pour les deux publics, des questions de reste à charge financier pour les familles, notamment liées au coût du transport, peuvent se présenter. Dans un premier temps, cette question sera abordée sous l'angle individuel. Cette première approche permettra de mieux caractériser les situations qui sont très variables selon le secteur géographique et le type de public concerné (en situation de handicap/âgé).

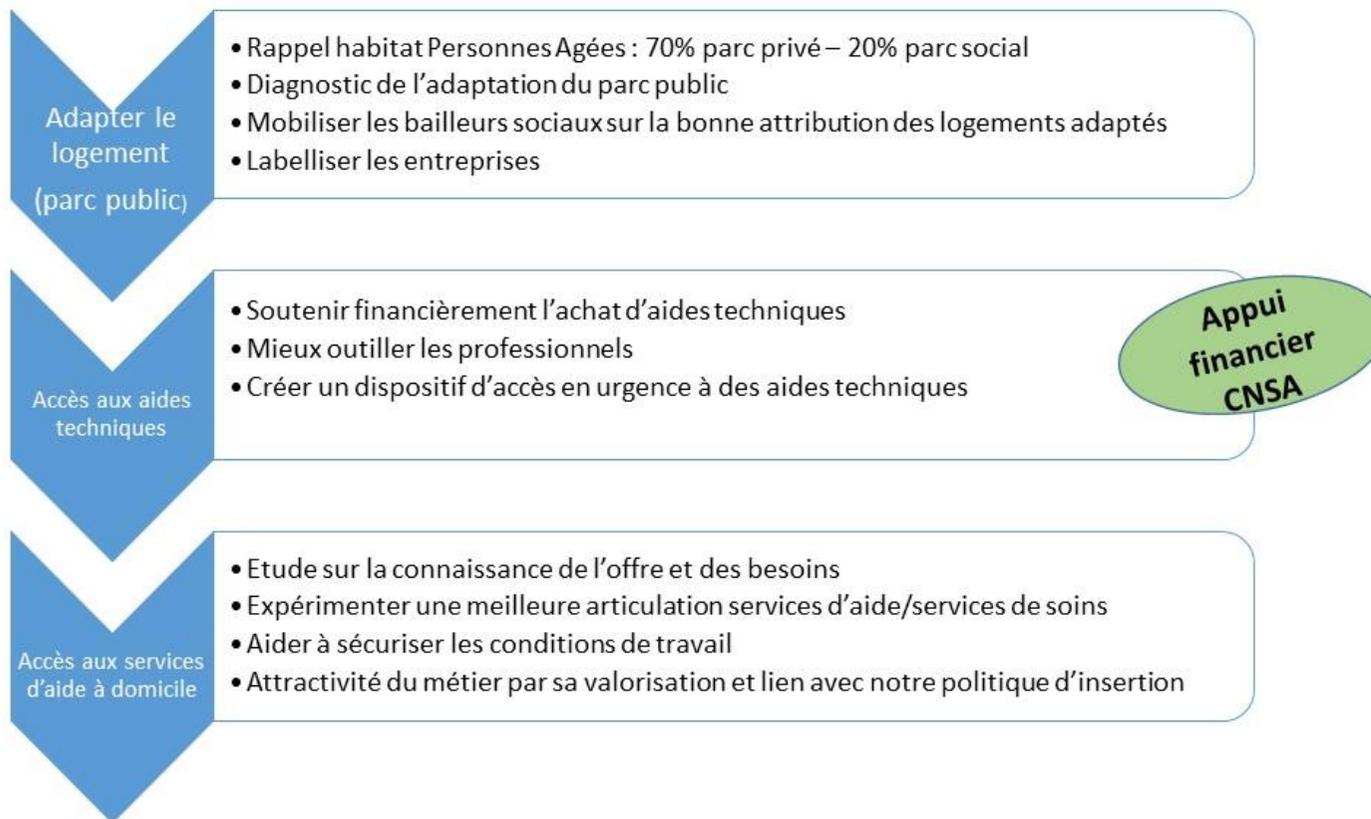
⇒ Veiller à la viabilité du modèle économique des Accueils de Jour Autonomes.

La nouvelle loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement a augmenté ses plafonds d'aide et a créé un droit au répit, ce qui a amené le Conseil départemental à modifier le mode de financement des Accueils de Jour. A compter de 2017, les frais liés à la dépendance ne sont plus financés par dotation globale, mais au travers du plan d'aide APA avec une participation financière de la personne accueillie.

Une veille active et une attention particulière seront mis en œuvre pour s'assurer que le nouveau modèle économique fondé sur un financement via l'APA à domicile et une aide à l'hébergement des Accueils de Jour autonomes permet de garantir la pérennité de ces structures.

AXE 4
GARANTIR UNE VIE A DOMICILE DANS
LES MEILLEURES CONDITIONS

Document de travail



Chiffres clés :

- **66%** des haut-rhinois de plus de 55 ans vivent dans un logement de plus de 4 pièces
- Un taux de 18,7 ‰ en terme de place de soins infirmiers à domicile
- 44 structures d'aide et d'accompagnement à domicile de personnes âgées et en situation de handicap, entrant dans le champ de l'autorisation
- 78 % des heures effectuées à domicile par des SAAD habilités (APAMAD, ADMR, ASAME, Droit De Vivre)

La plupart des personnes en situation de handicap et des personnes âgées en perte d'autonomie souhaitent rester vivre à domicile le plus longtemps possible. Ceci rend nécessaire des aménagements et des adaptations du logement, ainsi que le recours de plus en plus important à divers services et prestations, pour pouvoir sécuriser le maintien à domicile.

La loi d'Adaptation de la Société au Vieillissement a acté la stratégie globale de maintien à domicile des personnes âgées au travers d'un accompagnement dans leur parcours de vie, notamment dans l'adaptation de leur logement.

Ainsi, les politiques de l'autonomie et les politiques d'aménagement du territoire, notamment d'habitat, sont amenées à être travaillées de manière plus transversales.

En effet, la question de l'aménagement et de l'adaptation du logement reste problématique et se heurte à plusieurs difficultés :

- un manque d'anticipation des besoins, qui aboutit à des demandes en urgence, et non dans une logique préventive,
- une réticence/résistance psychologique à envisager certaines adaptations,
- le coût de réalisation de tels travaux,
- la complexité et la longueur des démarches, notamment pour l'obtention d'aides financières.

A ce jour, les haut-rhinois disposent d'une offre de 44 Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile autorisés, couvrant les deux publics personnes âgées et en situation de handicap. Le système de tarification est complexe et difficilement lisible pour l'utilisateur et les services connaissent des tensions de tous ordres (attractivité, pénibilité du métier, adaptabilité du service aux diversités de situations, financement...).

Enfin, ces services font partie d'un écosystème complexe où interagissent le recours possible à une tierce personne rémunérée (très fréquemment un membre de la famille) et une offre complémentaire issue de la filière sanitaire : médecin traitant, infirmière libérale, Services de Soins Infirmiers A Domicile, hospitalisation à domicile, équipes mobiles, ...

Enjeu 1

L'aménagement du logement est souvent perçu/vécu comme un parcours du combattant, tant pour les sollicitations des aides financières, que pour la réalisation concrète des travaux. Il apparaît donc essentiel d'accompagner ces projets d'adaptation de logement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

L'objectif est de renforcer l'accompagnement proposé aux personnes âgées et en situation de handicap dans la réalisation de travaux d'adaptation de leur logement et de favoriser la « bonne attribution » des logements adaptés.

Pour ce faire, le Département, en lien avec les acteurs concernés, souhaite :

- ⇒ réaliser un diagnostic de l'adaptation et de l'adaptabilité des logements, en priorité du parc public. Cette phase constitue un préalable nécessaire pour avoir une vision la plus exacte possible de la situation. Elle pourra se faire en lien avec le PDALHPD, qui a défini comme public prioritaire « les personnes précaires et en situation de perte d'autonomie » et avec la Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie. Cette mobilisation des bailleurs sociaux pour l'adaptation de leur parc et la « bonne » attribution des logements adaptés au public en situation de perte d'autonomie aurait pour effet de faciliter la rencontre entre l'offre et la demande,
- ⇒ simplifier pour les personnes l'accès aux multiples financements existants,
- ⇒ constituer un vivier d'entreprises « labellisées » pour l'adaptation du logement, en lien avec les chambres consulaires, qui s'engageront à respecter une charte éthique préalablement définie.

Enjeu 2

Outre l'aménagement du logement, les aides techniques peuvent également améliorer le quotidien des personnes dépendantes. Afin de faciliter l'accès aux aides techniques et leur prise en main, le Département veillera à :

- ⇒ soutenir l'acquisition d'aides techniques individuelles pour les personnes âgées dans le cadre de la Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie ou du Fonds de Compensation du Handicap,
- ⇒ améliorer l'outillage et la formation des professionnels : outils dématérialisés type showroom, référentiel en ligne..., et ainsi le repérage et la qualification des besoins,
- ⇒ créer un dispositif d'urgence par un « pool » d'aides techniques facilement mobilisables.

Enjeu 3

L'aide humaine est un facteur crucial pour permettre le maintien à domicile. En tant que pilote de l'offre médico-sociale et autorité en charge de l'autorisation et du contrôle des Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD), le Département vise à garantir l'accès à des services d'aide à domicile de qualité.

Pour ce faire, il prévoit :

⇒ de réaliser une étude sur la connaissance de l'offre, en lien avec les besoins identifiés sur les territoires.

Pour exercer sa mission de régulation de l'offre, déterminer sa politique tarifaire et mesurer l'intérêt d'une contractualisation dans le cadre d'évolutions réglementaires possibles, il est impératif de disposer d'une plus grande visibilité sur :

- le profil des populations à accompagner : personnes en situation de handicap, malades d'Alzheimer, situations complexes...,
- les spécificités territoriales : densité de population, zones frontalières, zone de montagne, milieu urbain....,
- les prix facturés à l'utilisateur et leur impact sur le reste à charge,

⇒ d'expérimenter sur un territoire, en lien avec l'ARS, les conditions d'une meilleure articulation entre Services d'Aide à Domicile et des professionnels du soin (Services de Soins Infirmiers A Domicile, infirmières, HAD...).

Dans les groupes de travail, les professionnels des SAAD et des SSIAD ont relevé que les premiers jouent souvent un rôle de variable d'ajustement des seconds, en particulier les week-end. Dans l'attente de la création de SPASAD, il est proposé d'expérimenter, sur un territoire de proximité à définir, un travail de concertation plus intense entre acteurs du soin et de l'aide à domicile,

⇒ d'accompagner les Services d'Aide à Domicile :

- ✓ en contribuant à sécuriser les conditions de travail de leurs employés par l'optimisation du recours aux aides techniques, par exemple en expérimentant un système d'adressage des SAAD vers l'équipe médico-sociale APA quand un besoin en aide technique non couvert repéré chez un usager serait en mesure de protéger le salarié de certains risques,
- ✓ en aidant à la valorisation et à l'attractivité des métiers pour faciliter les recrutements et en facilitant l'orientation des bénéficiaires du rSa dans les métiers de l'aide à la personne, en lien avec sa politique départementale d'insertion.

AXE 5
ACCOMPAGNER L'EVOLUTION
DES ETABLISSEMENTS

Document de travail

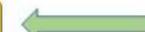
EHPAD

FOYER POUR ADULTE EN SITUATION DE HANDICAP

2011-2016 : + 571 lits
Taux d'équipement : 108,8 ‰ / 105,4 ‰



Pas de création de places



2009-2016 : + 342 lits
Taux d'équipement : 4,1 ‰ / 3,2‰

Rééquilibrage Nord-Sud
à la faveur restructuration EHPAD
Canton Vert et Sainte-Marie-aux-Mines

mais

Transformer l'offre, surtout
Foyers Travailleurs

FORTE MODIFICATION DU PROFIL DES RESIDENTS ACCUEILLIS

- Evaluation régulière de la dépendance
- + de Pôles d'Activité et de Soins Adaptés (PASA)
- Soutenir la montée en compétence des professionnels
- Objectiver la qualité (étude)

- Médicaliser les foyers, en particulier pour personnes vieillissantes
- Attention particulière à l'autisme

Mieux accompagner la déficience sensorielle

Etablissement de demain : plateforme ressource pour le territoire et lieu ouvert et citoyen

Chiffres clés :

- **1 639** places en foyer d'hébergement pour personne en situation de handicap et **269** places en Accueil de Jour
- Un taux d'équipement en foyer d'hébergement de **4,1‰** dans le Haut-Rhin contre **3,2‰** en France
- **7 403** places d'hébergement pour personnes âgées (dont 7 182 places en EHPAD, 115 places en EHPA et 118 places en PUV) et **234** places en Accueil de Jour
- Un taux d'équipement en hébergement de **108,8‰** dans le Haut-Rhin contre **105,4‰** en France

L'évolution des profils, des attentes et des besoins des publics, poussent à repenser et restructurer l'offre médico-sociale d'accueil et d'accompagnement, pour pouvoir proposer des solutions les plus personnalisées possibles. Il s'agit d'accompagner l'évolution de l'offre existante pour apporter une réponse adaptée aux besoins identifiés sur les territoires, et ainsi améliorer l'adéquation entre l'offre des structures et les besoins des personnes âgées ou en situation de handicap.

En 2016, le Département compte 7 403 places d'hébergement pour personnes âgées, soit un taux d'équipement de 108,8 ‰, légèrement supérieur à la moyenne nationale (105,4 ‰). C'est le fruit d'un important effort de création de places nouvelles : + 571 places créées entre 2011 et 2016.

L'enjeu des prochaines années ne réside pas dans la création de places nouvelles, mais dans la poursuite d'un rééquilibrage des places entre les zones à fort taux d'équipement et les zones à plus faibles taux. Cette nouvelle répartition des places se réalisera par redéploiement, à la faveur des restructurations d'établissements du nord du Département, intégrant une baisse de capacité.

Par contre, la question de la qualité de l'accompagnement proposé par les EHPAD face à la rapide modification des profils des personnes accueillies est devenue cruciale.

Sur le champ du handicap, le nombre total de places en établissements relevant de la compétence du Département s'élève à 1 639, soit une augmentation de 282 places d'hébergement depuis 2009. Ainsi, entre 2009 et 2016, on constate une évolution positive des taux d'équipement et ces taux sont supérieurs à la moyenne nationale, à l'exception des Foyers d'Accueil Médicalisés.

Par ailleurs, la demande des personnes s'oriente de plus en plus vers les services, des offres plus souples, mieux articulées entre elles, combinant hébergement et services et favorisant la vie la plus autonome possible.

En conséquence, comme dans le champ des personnes âgées, l'enjeu n'est donc pas de créer de nouvelles places, mais bien de transformer une partie de l'offre existante, en particulier des foyers pour handicapés travailleurs qui, pour partie, ne correspondent plus aux attentes des personnes.

Enjeu 1

Au regard de l'accroissement des attentes des personnes accueillies et des familles, et des difficultés que connaissent les personnels des établissements, il est proposé de mener un travail visant à objectiver la qualité des prestations rendues par les EHPAD.

Pour ce faire, le Département a réalisé une étude qualité dans tous les EHPAD haut-rhinois pour connaître la qualité perçue par les résidents de leur accompagnement (hors soin) et disposer d'une photographie globale du niveau de qualité des EHPAD par type de prestation.

Enjeu 2

Compte tenu de l'évolution des profils des personnes accueillies (notamment pluri-pathologie et niveau de dépendance accru) et des attentes du public (notamment en termes de lieux de vie et maintien du lien social), les établissements, tant dans le champ PA que PH, sont à l'aube d'un changement. Ils vont nécessairement être amenés à évoluer et à adapter leurs offres.

Le Département souhaite accompagner cette évolution vers « l'établissement de demain ». Avec les progrès du soutien à domicile, le profil des résidents en établissement se modifie (cas plus lourds et complexes), mais qui pour autant aspirent à rester acteurs de leur vie.

Imaginer l'établissement de demain est une tâche difficile, mais le Département souhaite au maximum s'y préparer avec les résidents concernés et les organismes gestionnaires.

Différentes voies se dessinent et seront à explorer :

- ⇒ faire des établissements de véritables plateformes ressources pour leur territoire,
- ⇒ faire des établissements de véritables lieux de vie ouverts sur le territoire et à la citoyenneté (ex : participation aux actions citoyennes du territoire, animations/actions ouvertes aux habitants du territoire, actions intergénérationnelles...).

Il s'agit là de pistes de travail. D'autres se présenteront et seront à examiner avec intérêt, dans l'objectif de préparer notre territoire à ces nouvelles évolutions.

Enjeu 3

L'entrée en établissement se fait aujourd'hui le plus tard possible et/ou lorsque les autres solutions (vie à domicile, habitat intermédiaire...) ne sont plus possibles. De ce fait, les résidents sont globalement de plus en plus dépendants ou plus lourdement handicapés et nécessitent une prise en charge et un accompagnement de plus en plus conséquents.

Dans les établissements pour personnes âgées, le constat est celui d'un accroissement des troubles cognitifs, mais aussi d'un renforcement des exigences des familles. Pour accompagner les établissements, le Département souhaite :

- ✓ garantir l'évaluation régulière de la dépendance dans les établissements.

Les textes prévoient la réalisation de coupes Pathos/GMP. Le rythme de réalisation de ces coupes doit être sécurisé, ce qui nécessitera de mobiliser de l'expertise médicale supplémentaire pour ce faire. Ce rythme doit être discuté entre le Département et l'ARS.

- ✓ Soutenir la poursuite de l'implantation des Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA), décidée par l'ARS.

Les professionnels sont unanimes à reconnaître que les PASA ou des dispositifs analogues, tels que les Unités de Vie Protégées (UVP) constituent une réelle valeur ajoutée pour la qualité de la prise en soin des personnes. A fin 2017, le Haut-Rhin avait 32,7 places en PASA pour 10 000 personnes de 75 ans et plus ; ce taux est supérieur à la moyenne nationale (26 places). Ces places sont réparties au sein de 16 établissements parmi les 74 structures que compte le Département. Il est opportun de poursuivre cette politique.

- ✓ Soutenir la montée en compétence des professionnels sur la prise en compte des troubles cognitifs.

Les établissements accueillant des personnes en situation de handicap sont de plus en plus confrontés à la question du vieillissement et à l'accroissement des troubles psychiques, des troubles autistiques ou encore du syndrome de Korsakoff. Dans les EHPAD, les résidents sont plus âgés, entrent en EHPAD plus tardivement et le niveau de dépendance s'alourdit. Des publics avec troubles psychiatriques, conduites addictives ...auparavant non représentés dans ces établissements apparaissent.

Face à ces constats, le Département souhaite, en lien avec les différents acteurs concernés :

- ✓ faire évoluer les Foyers d'Accueil pour Personnes Handicapées Vieillissantes vers plus de médicalisation.

Même si l'avancée en âge des résidents ne peut se résumer à un besoin en personnel soignant, le Département est ouvert et souhaite être associé, aux côtés de l'ARS, à la poursuite de la médicalisation de places de foyers dans le parc existant.

- ✓ Porter une attention particulière à l'autisme dans les établissements pour adultes.

Faute de diagnostic, la connaissance des adultes autistes en établissement est très parcellaire. Une première étape consistera à participer, au plan national, de diagnostic et de repérage des adultes autistes prévus par la stratégie nationale pour l'autisme 2018-2022.

✓ Mieux accompagner la déficience sensorielle.

Les travaux du schéma ont identifié des demandes d'accompagnement en établissement au titre de la déficience sensorielle. Des interventions ponctuelles et limitées ont lieu, mais ne répondent qu'imparfaitement aux attentes des soignants et des résidents. Une étude portant spécifiquement sur les personnes accueillies dans les Résidences Autonomie du Haut-Rhin souligne également l'attention particulière à accorder à ce public.

Une réflexion sera engagée pour identifier la stratégie à mettre en œuvre à ce sujet.

Document de travail

AXE 6
CONFORTER LA LOGIQUE DE
PARCOURS ET ŒUVRER
A LA FLUIDIFICATION

Document de travail

①

Améliorer l'accueil, l'orientation et l'évaluation

- Accueil de qualité
- Orientation responsable / guichet intégré
- Simplification des démarches par le numérique
- Evaluation des besoins et des situations en continu



②

Poursuivre l'intégration des services d'aide et de soin

- Mise en place du guichet intégré
- Lien ville/hôpital
- Meilleure coordination avec médecins traitants (articulation MAIA/PTA)
- Développement des SI de coordination



③

Transformer l'offre PH

- Interconnaissance des acteurs du champ PH
- Poursuite de la diversification des modes d'accueil existants
- Construction collective de nouvelles réponses
- Identification des publics en risque de rupture et les orientations inadéquates
- Conforter et développer les SI



④

Accompagner le développement de l'offre intermédiaire

- Améliorer l'info sur l'offre existante
- Accompagnement accru des Résidences Autonomie
- Accompagnement des offres nouvelles (habitat inclusif...)



⑤

Innover et expérimenter en réponse aux besoins émergents

- Tester approche territoriale pleinement intégrée (empowerment, continuum de soin)
- Raisonnement en termes de capacités
- Indicateurs de mesure de la fluidification du parcours



Chiffres clés :

- **833** situations suivies par les MAIA dans le Haut-Rhin en 2017 (file active)
- **5778** personnes accompagnées par le Service Solidarité Senior en 2017 pour un total de **10 678** interventions
- **87** places en habitat inclusif

Depuis plusieurs années, les politiques de l'autonomie évoluent sur la base d'une logique de parcours, affirmée dans les lois successives, tant dans le champ du vieillissement que du handicap. Le parcours repose sur la nécessaire coordination des différents acteurs en présence.

L'enjeu primordial est d'éviter les ruptures de parcours et les non réponses ou réponses mal adaptées à un besoin, et ainsi de fluidifier les parcours. Ceci repose sur la poursuite du décloisonnement entre les champs sanitaires et médico-social, la meilleure articulation entre acteurs du domicile et établissements, et le développement d'une culture de travail commune ou du moins d'espaces d'échanges.

En confortant la mise en œuvre de la logique de parcours, le Département souhaite simplifier et fluidifier le parcours de l'utilisateur, et ainsi proposer une offre globalement plus cohérente.

Précurseur dans la mise en place des deux dispositifs phares destinés à modifier en profondeur nos approches de l'organisation médico-sociale, dans le sens d'une réelle prise en compte des attentes des personnes, à savoir la Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA) et « Réponse Accompagnée Pour Tous » (RAPT), le Département entend poursuivre dans cette voie en continuant à s'appuyer fortement sur ces deux dispositifs structurants.

Développer davantage le travail partenarial et le dialogue entre les différents professionnels, les acteurs sanitaires et médico-sociaux est essentiel. Il s'agit de forger une culture commune entre les différents secteurs et de renforcer la connaissance mutuelle pour faciliter l'articulation entre les différents dispositifs et ainsi fluidifier le parcours des usagers.

Enfin, en 2017, au niveau national, un appel à projets a été lancé auprès des ARS afin de déployer les services numériques d'appui à la coordination au sein de leur région sur la période 2017-2021. Dans le cadre du volet numérique du programme « Territoires de soins 2021 », le volet « e-Parcours » a pour objet d'accompagner la mise en œuvre de Services Numériques d'Appui à la Coordination (SNAC) au service des organisations sanitaires, médico-sociales, sociales coordonnées au travers des dispositifs d'appui à la coordination (PTA, PAERPA, etc...). Il capitalise sur le programme « Territoire de soins numérique » (TSN). Le Département du Haut-Rhin, avec le Groupement Hospitalier Régional Mulhouse Sud Alsace (GHRMSA), se sont positionnés et ont candidaté.

Outre l'accompagnement et la coordination des acteurs, la logique de parcours suppose également de pouvoir proposer une palette d'offres intermédiaires en matière de logement.

A ce jour, le Département compte 25 Résidences Autonomie, représentant 1 196 logements, soit 1 470 places.

Par ailleurs, l'offre d'alternatives entre le domicile et l'établissement passe également par le développement de nouveaux types d'habitat innovants inclusifs et accompagnés, tant pour les personnes âgées que pour les personnes en situation de handicap. A ce jour, quelques projets pilotes ont été développés sur le territoire départemental (ex : Alister, Familles Solidaires, Appart'...), représentant une centaine de places.

Département et ARS et co-acteurs et co-financeurs avec le soutien de fondations

Enjeu

le 1^{er} accueil, la primo-orientation et l'évaluation des besoins constituent les premières étapes du parcours. Les Espaces Solidarité Senior et la MDPH en sont les acteurs clés, aux côtés d'autres professionnels de proximité.

La fonction d'accueil, d'information et d'orientation, qu'elle soit physique ou téléphonique est essentielle, puisqu'il s'agit du 1^{er} contact de l'utilisateur. Celle-ci devra également évoluer pour intégrer les outils numériques actuellement développés.

L'objectif est d'améliorer l'accès aux droits, ainsi que la bonne orientation des usagers. Ceci suppose, notamment, d'accompagner le développement en compétences des professionnels chargés de cet accueil. Il est en effet, essentiel, que les outils numériques développés puissent répondre aux attentes et aux besoins des publics auxquels ils sont destinés.

Si le numérique apparaît comme un réel levier d'action, son développement ne doit nullement aboutir à aggraver la fracture sociale. Une attention particulière sera donc portée à la transition nécessaire pour ce passage de l'accueil classique et des dossiers papier, aux procédures dématérialisées en ligne. Afin de prévenir toute rupture, les 2 systèmes (papier et numériques) seront probablement amenés à co-exister sur une certaine période.

Conscient que tous les usagers ne pourront pas effectuer et suivre leurs démarches en ligne, le Département veillera à ce que des solutions de proximité puissent être proposées, autour du concept d'écritain public numérique. Ceci se traduira tout d'abord par un recensement des points d'accueils numériques et des initiatives d'accompagnement existant (proposées tant par les acteurs publics, qu'associatifs). Le développement d'ateliers informatique et d'initiation au numérique à destination des personnes âgées pourra également être soutenu dans le cadre de la Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie. Enfin, des initiatives ou offres de services complémentaires pourront être étudiées.

Tant dans le champ du handicap que du vieillissement, il s'agira pour le Département, sans pour autant évoluer vers une Maison de l'Autonomie, de :

- ⇒ garantir un accueil de qualité dans le respect des principes de proximité, réactivité, adaptation aux spécificités du public.

Proximité : le Département a fait le choix pour les retraités de s'appuyer sur 12 Espaces Solidarité Senior, répartis sur 6 territoires de solidarité et pour les personnes en situation de handicap sur les 4 lieux d'accueil de la MDPH pour l'accès au droit et pour les autres demandes vers les lieux d'accueil du droit commun, Espaces Solidarité et Espaces Solidarité Senior.

Cette nouvelle organisation, mise en place en 2018, fera l'objet d'un suivi régulier.

Réactivité : les délais de traitement des demandes en MDPH et en APA devront respecter les délais légaux.

Adaptation aux spécificités du public : les personnels en charge de l'accueil, en particulier lorsqu'ils viennent en appui à la MDPH, seront formés à l'exercice de cette mission et bénéficieront d'un accès facilité aux agents de la MDPH dans le respect des règles de confidentialité posées par la loi.

- ⇒ Favoriser une orientation responsable dans une logique de guichet intégré (montée en compétence des personnels de 1^{er} accueil).
- ⇒ Poursuivre la mise en place d'une e-administration en simplifiant les démarches pour le public par le numérique.

Dans l'objectif de création d'un portail usager personnes âgées et personnes en situation de handicap (dépôt de la demande et suivi en ligne), le Département va numériser toutes les prestations sociales aux personnes âgées et personnes en situation de handicap.

- ⇒ Développer des dispositifs d'accompagnement des publics en difficultés face au déploiement global de l'e-administration.

La dématérialisation de l'inscription en EHPAD a généré des difficultés pour certaines personnes. Ces avancées technologiques sont inéluctables, elles doivent impérativement être accompagnées simultanément par des stratégies d'aide aux publics en difficulté dans l'accès et/ou l'usage des nouvelles technologies.

- ⇒ Veiller en continu à la qualité de l'évaluation des besoins et des situations.

Les équipes médico-sociales de la MDPH, des Espaces Solidarité Senior et de la MAIA utilisent au quotidien des outils normés d'évaluation des besoins. La qualité des évaluations étant tributaire du bon usage de ces outils par les professionnels, des actions de formation initiale et continue sont à organiser régulièrement.

Les équipes médico-sociales APA seront dotées d'un « cartable numérique » leur permettant de saisir au domicile des personnes les données recueillies auprès d'elles pendant la visite. Cette modernisation des outils des travailleurs sociaux facilitera les évaluations à domicile, améliorera les liens avec les services centraux et permettra de mieux informer l'utilisateur par un accès direct à internet à partir du domicile des personnes.

Enjeu 2

Expérimentée depuis 2009, et maintenant déployée sur tout le territoire départemental, la Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA) est désormais bien implantée. 5 MAIA couvrent le Haut-Rhin. A fin 2017, 576 personnes sont suivies en gestion de cas et la file active s'élève à 833 situations. Chaque MAIA a réalisé son diagnostic territorial et ouvert un espace de concertation et de dialogue entre acteurs locaux pour générer, progressivement, un processus d'intégration par des actions concrètes : interconnaissance des acteurs, expérimentation d'outils de liaison ville/hôpital, facilitation de l'entrée en EHPAD, articulation domicile/hébergement temporaire ...

Pour le champ personnes âgées, il s'agit de poursuivre la démarche d'intégration des Services d'Aide et de Soins, en partenariat avec l'ARS, et en lien avec la démarche services numériques d'appui à la coordination, notamment par :

⇒ la mise en place du guichet intégré.

Mettre en synergie les différents lieux d'accueil et d'orientation en partageant des outils et des process communs, au lieu de créer un guichet unique qui sera rapidement débordé par le flux des demandes, tel est l'objectif du guichet intégré.

Dans le cadre du dispositif MAIA, le Conseil départemental et l'ARS s'engagent à aider les pilotes à sa mise en œuvre : une feuille de route globale marquant l'engagement des institutions, la formation des acteurs, le développement d'un Système d'Information Guichet Intégré complétant SICODOM et le SI métier des MAIA/PTA (Plateformes Territoriales d'Appui).

⇒ L'amélioration du lien ville/hôpital.

Résultats d'une organisation fragmentée du système d'aide et de soins, les hospitalisations inappropriées, et particulièrement en urgence, ont des conséquences directes sur la continuité des interventions des acteurs. Le Département souhaite, dans le cadre du présent schéma, participer à l'objectif fixé par l'ARS dans son Schéma Régional de Santé de diminution du recours aux urgences des personnes âgées de 75 ans et plus et de ré-hospitalisations non programmées.

⇒ L'amélioration de la coordination avec les médecins traitants, en articulant les dispositifs MAIA et les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA).

Le Département va accueillir, dans ses locaux, les professionnels de la Plateforme Régionale d'Appui au Généraliste (PRAG) en les positionnant auprès des gestionnaires de cas des MAIA, afin de faciliter le travail de ces équipes chargées de venir en soutien aux médecins traitants. L'objectif final de ces plateformes étant d'apporter une réponse globale quel que soit l'âge, la pathologie ou le handicap du patient. Le travail quotidien et en proximité de ces deux équipes sera la garantie d'une synergie accrue et d'une coopération étroite entre le sanitaire, le médico-social et le social.

⇒ La poursuite du développement des Systèmes d'Information facilitant la coordination, les échanges et le partage d'information (SICODOM, Via Trajectoire, ...) en particulier dans leur fonction d'observatoire des besoins.

Les Systèmes d'Information constituent le principal levier pour parvenir à une fluidification des parcours. Depuis le précédent schéma et grâce à l'action concertée de l'ARS, du Département et de la MDPH, de nouveaux outils sont aujourd'hui utilisés par les professionnels, voire les usagers. Leur montée en charge est aujourd'hui réalisée pour les 2 outils Via Trajectoire ou en cours pour SICODOM. Le Système d'Information commun des PTA et MAIA intégrant la fonctionnalité du Guichet Intégré a été lancé en 2018, le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) le sera en 2019.

Enjeu 3

La loi de Modernisation du système de santé introduit, en son article 89, le dispositif « Réponse Accompagnée Pour Tous » (RAPT) sur l'ensemble du territoire national, au plus tard le 1er janvier 2018. Il vise à permettre « un parcours de vie sans rupture pour les personnes en situation de handicap et leurs proches ».

Le cadre local de référence est la convention territoriale relative à cette démarche signée en 2018 entre le Département, l'ARS, l'Education Nationale et la MDPH et faisant référence explicitement à la notion de co-responsabilité dans l'identification des solutions et le pilotage de la démarche.

Pour le Département, il s'agit d'améliorer le parcours en transformant l'offre. Ceci supposera de :

- ⇒ cartographier les compétences pour favoriser la connaissance mutuelle des acteurs du champ du handicap et des différentes offres, et organiser des actions d'interconnaissance des acteurs en s'inspirant du modèle MAIA.

Les groupes de travail du Schéma ont fortement fait remonter ce besoin d'une meilleure connaissance des missions de chacun, entre acteurs d'un territoire de proximité. Les rencontres organisées par les pilotes MAIA et l'élaboration d'un référentiel des intervenants, dans le cadre de la démarche d'implantation du Guichet Intégré, peuvent constituer une pratique inspirante.

L'interconnaissance des acteurs est la première étape d'un processus long, devant générer de la confiance et une responsabilité partagée.

- ⇒ Poursuivre la diversification des modes d'accueil existants pour permettre des accueils à la carte : séquentiels, de nuit, en complément d'autres prises en charge...

Les personnes aspirent à plus d'individualisation, à une vie à domicile tout en pouvant accéder de manière séquentielle, en journée ou de nuit à des accompagnements ponctuels. Cette tendance va se renforcer, y compris pour des personnes avec des handicaps relativement lourds.

- ⇒ Construire collectivement de nouvelles réponses : combiner des dispositifs, fonctionner en plateforme, modifier des positionnements professionnels...

L'innovation ne doit pas uniquement concerner la création de nouveaux services qui s'adressent souvent aux nouveaux entrants, elle doit concerner l'offre existante pour la faire évoluer et ouvrir de nouvelles possibilités à celles et ceux qui vivent dans les structures d'accueil. Il s'agit d'imaginer ensemble des solutions et des organisations

nouvelles en s'appuyant, notamment, sur la nomenclature simplifiée et la dynamique impulsée par le dispositif Réponse Accompagnée pour Tous.

- ⇒ Prévenir les ruptures et fluidifier : en lien avec la MDPH, identifier les publics en risque de rupture (adolescents en attente de place, personnes handicapées vieillissantes ...) et les orientations inadéquates pour définir une stratégie d'accompagnement.

Cet objectif est partagé avec le Schéma Régionale de Santé qui souhaite repérer, en lien avec la MDPH et le Département, les personnes handicapées vieillissantes en risque de rupture.

- ⇒ Conforter et développer les Systèmes d'Information : Via Trajectoire PH...

Comme pour les personnes âgées en perte d'autonomie, le Département entend poursuivre, en concertation avec l'ARS, le développement des Systèmes d'Information dont certains, à l'image de SICODOM, conçus au départ pour des personnes âgées fortement dépendantes à domicile, peuvent tout à fait s'adresser aux adultes en situation de handicap.

Enjeu 4

Entre les 2 pôles que constituent le domicile et l'établissement, et dans une logique globale de parcours, il apparaît important de rendre plus effective la notion de « parcours résidentiel ». Il s'agit là de développer des solutions intermédiaires, notamment les Résidences Autonomie, ou encore les formules d'habitat inclusif avec des offres de services adaptés.

Afin de faciliter le parcours résidentiel il s'agira, pour le Département et en lien avec les différents acteurs concernés, d'encourager la diversification de l'offre de logements et d'accompagner les nouvelles formes d'habitat. Ceci se traduira par :

- ⇒ un travail d'information, pour mieux faire connaître les caractéristiques des diverses offres existantes, tant au grand public qu'aux acteurs des territoires. Résidences services, Résidences Autonomie, habitat adapté, habitat inclusif, famille d'accueil... toutes ces offres ont une caractéristique commune : elles sont, pour des raisons diverses, mal identifiées. Les développer, les positionner en complémentarité des institutions et du soutien à domicile, en faciliter l'accès exige au préalable d'augmenter la visibilité de ces dispositifs,
- ⇒ la consolidation des missions des Résidences Autonomie par un suivi de la contractualisation, l'accompagnement vers l'atteinte des prestations minimales, l'appui à la conception des nouveaux projets et l'évaluation des besoins non couverts.

Les Résidences Autonomie ont fait l'objet, en 2016, d'une redéfinition de leur cadre juridique et bénéficient désormais d'un financement public (Forfait Autonomie). Désormais, leur création relève obligatoirement d'un appel à projet et, par conséquent, d'une définition préalable des besoins du territoire par le Département.

Les Résidences Autonomie existantes (ex Logements-Foyers) ont signé, en 2017, un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) avec le Département qui les engage à atteindre, d'ici le 1^{er} janvier 2021, les prestations de service telles que définies nationalement dans un cahier des charges,

⇒ l'accompagnement des « offres » nouvelles : habitat accompagné/inclusif.
L'habitat inclusif n'est pas un établissement ou un service social et médico-social, il n'est donc pas soumis à autorisation par une autorité publique et les personnes le choisissent librement sans décision d'orientation préalable.

A fin 2016, le Haut-Rhin comptait 3 porteurs de ce type de dispositif, représentant 17 sites et 87 habitants, tous en situation de handicap (handicap psychique et cérébro-lésion principalement). On peut considérer que ces habitats inclusifs ont aujourd'hui largement dépassé le stade expérimental. Les enseignements tirés de la création et du fonctionnement de cette nouvelle forme d'habitat, ainsi que le guide de l'habitat inclusif pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées (CNSA Novembre 2017) incitent au respect des préconisations suivantes, pour un développement harmonieux de cette offre sur le territoire haut-rhinois :

- le projet doit favoriser le pouvoir d'agir des personnes et mobiliser leurs capacités,
- le lieu d'implantation du projet doit être en cohérence avec les besoins de la population du territoire et les autres offres existantes sanitaires, médico-sociales et sociales, mais aussi celles contribuant à l'inclusion dans la cité,
- l'opérateur doit veiller à sécuriser le projet dans ses aspects juridiques et financiers,
- pour le Conseil départemental, il est important de pouvoir mesurer les impacts sur la mobilisation de prestations individuelles (impact sur les règles de gestion et attention particulière à la règle du domicile de secours).

Aussi, tout projet d'habitat inclusif doit être porté à connaissance du Département dès sa conception.

Enjeu 5

La fluidification des parcours repose non seulement sur une meilleure coordination, l'adaptation et le développement de l'offre existante, mais également sur l'expérimentation et l'innovation, afin de répondre aux besoins émergents.

Le Département s'efforcera d'encourager l'expérimentation et les pratiques innovantes :

- ⇒ pour construire, à l'échelle de quelques territoires, une approche pleinement intégrée, complète et personnalisée de prise en charge, en se fondant sur :
- ✓ un objectif d'aide à la vie autonome et de participation active des personnes (empowerment),
 - ✓ un diagnostic de l'offre présente localement,
 - ✓ une nouvelle organisation de l'offre (« briques » fonctionnelles) garantissant un continuum de soin (au sens large), associant les solutions humaines, techniques et numériques (à l'image des modèles expérimentés au

DANEMARK et mis en place au Pays Basque espagnol : collecte de données par l'utilisateur, monitoring et suivi par un système de téléassistance avancée). Ceci pourrait s'envisager dans le cadre d'un partenariat public privé à construire,

- ⇒ en adoptant un postulat et un raisonnement en termes de capacités et non d'incapacités, et en faisant évoluer les procédures et pratiques professionnelles en ce sens,
- ⇒ en déterminant des indicateurs pertinents de mesure de fluidification des parcours.

Pour assurer un suivi objectif de la réussite ou non de la facilitation des parcours, il est important de consolider un certain nombre d'indicateurs existants ou à créer et d'identifier les sources de données. Certains de ces indicateurs seront forcément partagés avec l'ARS.

Document de travail

PARTIE 4

GOUVERNANCE ET PILOTAGE

Document de travail

Un pilotage assuré par le Département

Le Conseil départemental du Haut-Rhin, en tant que chef de file des politiques de l'autonomie, assure un rôle de pilotage et de coordination en termes d'accompagnement des publics en perte d'autonomie. En tant que pilote de l'offre médico-sociale, et en lien étroit avec l'ARS, il est garant de la cohérence globale.

La gouvernance et le pilotage seront assurés par la Direction de l'Autonomie du Département, en transversalité avec les différentes directions et services concernés, dans un objectif affirmé de décloisonnement.

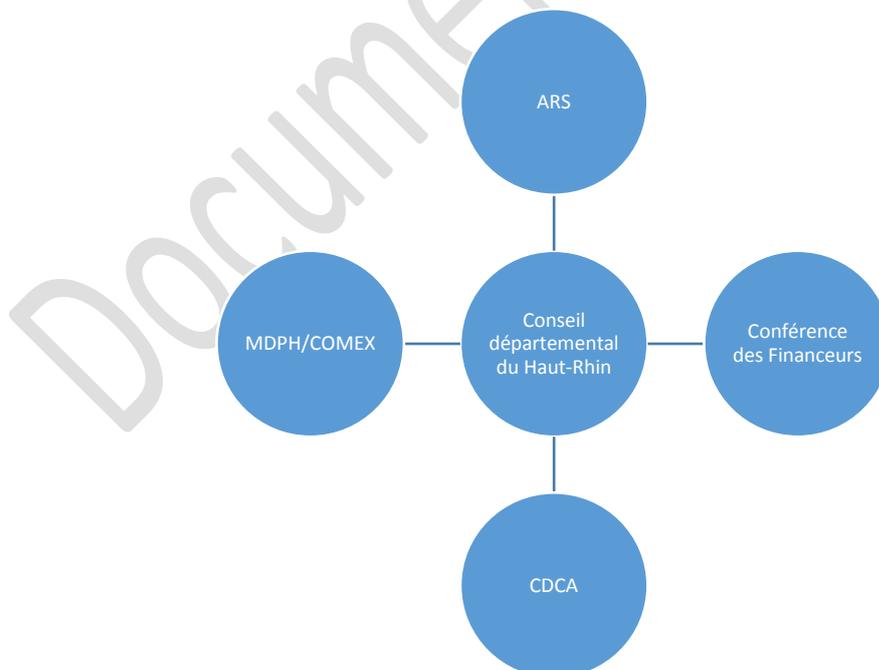
Le Département, en tant que pilote, veille à l'atteinte des objectifs et mobilise les différents acteurs pertinents pour la réalisation des actions et initiatives. Les différents acteurs institutionnels, associatifs, publics et privés, seront associés à la mise en œuvre opérationnelle du Schéma.

Un suivi régulier de la mise en œuvre des actions sera effectué, sur la base d'un tableau de bord et d'indicateurs clés.

L'évolution des besoins sera également interrogée afin de pouvoir adapter les actions.

Un point d'avancement sera fait annuellement à l'attention des principales institutions et instances partenaires (ARS, Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie, CDCA, COMEX...).

Ceci permettra, si besoin, de faire des propositions d'ajustement ou de réorientation des actions non abouties ou rencontrant des difficultés d'exécution et prenant en compte les éventuelles évolutions réglementaires.



Les espaces privilégiés de dialogue

Le Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie

Le Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie assure la participation des personnes âgées et des personnes en situation de handicap à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de l'autonomie dans le département.

Il est compétent en matière de prévention de la perte d'autonomie, d'accompagnement médico-social et d'accès aux soins et aux aides humaines ou techniques. Il est également compétent en matière d'accessibilité, de logement, d'habitat collectif, d'urbanisme, de transport, de scolarisation, d'intégration sociale et professionnelle et d'accès à l'activité physique, aux loisirs, à la vie associative, à la culture et au tourisme.

Il est consulté pour avis sur :

- le Schéma Régional de Santé,
- les schémas départementaux,
- la programmation annuelle ou pluriannuelle des moyens alloués à la politique départementale de l'autonomie par l'Agence Régionale de Santé, le département et les régimes de base d'assurance vieillesse,
- le programme coordonné défini par la Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie,
- les rapports d'activité de la Maison Départementale des Personnes Handicapées, de la Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie et des services du département chargés des personnes âgées, avant leur transmission à la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie et aux Commissions de Coordination des Politiques Publiques de Santé,
- les conventions signées entre le Département et ses partenaires, en vue de définir leurs objectifs communs en faveur de la politique départementale de l'autonomie et leur mise en œuvre.

Il formule des recommandations visant au respect des droits et à la bienveillance des personnes âgées et des personnes en situation de handicap dans le Département, à assurer le soutien et la valorisation de leurs proches aidants, ainsi qu'à permettre la bonne prise en compte des questions éthiques.

Il est informé du plan départemental de l'habitat.

Il peut débattre de sa propre initiative de toute question concernant la politique de l'autonomie, et formuler des propositions sur les orientations de cette politique.

La Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie

La loi ASV a institué une nouvelle instance partenariale nommée Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie.

Cette instance rassemble les financeurs de la prévention de la perte d'autonomie : le Département qui assure la Présidence, l'Agence Régionale de Santé à laquelle revient la Vice-Présidence, les caisses de retraite, la mutualité, les institutions de retraite complémentaire, l'agence nationale de l'habitat, des collectivités territoriales...

Les financements alloués par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) à la Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie participent à la mise en œuvre de plusieurs initiatives retenues dans le cadre du présent Schéma, notamment en matière de prévention et d'aides techniques.

En tant qu'instance de coordination institutionnelle, la Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie doit définir un programme coordonné. Celui-ci peut notamment porter sur : les actions de prévention, les aides techniques, l'habitat/l'aménagement du logement ou encore l'aide aux aidants.

La COMEX

La Commission Exécutive (COMEX) est l'instance qui administre la MDPH. Elle est présidée de droit par la Présidente du Conseil départemental.

Elle se compose :

- de représentants du Conseil départemental, qui peuvent être des élus ou des agents,
- de représentants d'associations de personnes en situation de handicap,
- de représentants de l'Etat (ARS, Caisse d'assurance maladie, Education Nationale etc...).

Ses membres sont désignés pour une durée de 4 ans.

Ses principales attributions consistent à :

- évaluer l'action de la MDPH,
- définir l'organisation de la MDPH et de ses instances,
- adopter le budget et gérer le Fond de Compensation.

PARTIE 5

GLOSSAIRE

Document de travail

AAH : Allocation Adulte Handicapé
ACTP : Allocation Compensatrice Tierce Personne
AJ : Accueil de Jour
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
APADO : Allocation Personnalisée d'Autonomie à Domicile
AREAL : Association Régionale des Organismes HLM d'Alsace
ARS : Agence Régionale de Santé
ASV (Loi) : Adaptation de la Société au Vieillessement
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
BP : Budget Prévisionnel
BVS : Bassin de Vie Solidarité (découpage infra départemental du territoire)
CA : Compte Administratif
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CDCA : Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie
CDCPH : Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CODERPA : Comité Départemental des Retraités et des Personnes Âgées
COMEX : Commission Exécutive de la MDPH
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CREDOC : Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie
CREPS : Centre de Ressources, d'Expertise et de Performance Sportives
DEBOE : Demandeurs d'Emploi Bénéficiaires de l'Obligation d'Emploi
DETP : Demandeurs d'Emploi Tout Public
DOP : Dispositif d'Orientation Permanent
DMP : Dossier Médical Partagé
DREES : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
EHPA : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail
FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
FAS : Foyer d'Accueil Spécialisé
FAS-PHV : Foyer d'Accueil Spécialisé pour Personnes Handicapées Vieillissantes
FATH : Foyer d'Accueil pour Travailleurs Handicapés

GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle
GIR : Groupe Iso-Ressources (niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée)
GMP : GIR Moyen Pondéré
HAD : Hospitalisation A Domicile
HP : Hébergement Permanent
HT : Hébergement Temporaire
IADL : *Instrumental Activities of Daily Living* – Activités de la vie quotidienne
IME : Institut Médico Educatif
IMPro : Institut Médico-Professionnel
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie
MAS : Maison d'Accueil Spécialisée
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MSA : Mutualité Sociale Agricole
PA : Personne Agée
PAERPA : Parcours de santé des Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie
PASA : Pôles d'Activités et de Soins Adaptés
PAG : Plan d'Accompagnement Global
PCH : Prestation de Compensation du Handicap
PDALHPD : Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées
PFR : Plateforme de Répit
PH : Personnes en situation de Handicap
PPC : Plan Personnalisé de Compensation
PRAG : Plateforme Régionale d'Appui au Généraliste
PRS : Projet Régional de Santé
PTA : Plateforme Territoriale d'Appui
PUV : Petite Unité de Vie
RAPT : Réponse Accompagnée Pour Tous
RSA : Revenu de Solidarité Active
SAAD : Service d'Accompagnement et d'Aide à Domicile
SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé

SI : Système d'Information

SICODOM : Système d'Information pour la Coordination des soins à Domicile

SNAC : Système Numérique d'Appui à la Coordination

SNS : Stratégie Nationale de Santé

SRS : Schéma Régional de Santé

SPASAD : Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile

SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile

TSN : Territoire de Soins Numérique

UDAF : Union Départementale des Associations Familiales

UVP : Unité de Vie Protégée

Document de travail