



DOSSIER DE PRESSE

Personnes âgées et personnes handicapées La Meurthe-et-Moselle développe sa politique autonomie

La journée du 7 avril est placée sous le signe de l'autonomie, en Meurthe-et-Moselle, avec l'installation le matin du conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) et la présentation l'après-midi du futur Schéma de l'Autonomie, qui sera soumis à la délibération des élus de l'assemblée départementale en juin prochain. Il s'agit du 1^{er} schéma unique en Meurthe-et-Moselle croisant le handicap et le grand âge.

Dans un souci de cohérence et en résonance avec la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (dite loi ASV), le Département lie les problématiques liées à l'âge et au handicap. Elles se rejoignent autour de l'enjeu de l'autonomie qui se décline en matière d'accessibilité, d'information, de besoins d'accompagnement, d'aide et de soins ou encore de qualité d'accueil.

La loi s'attache à reconnaître la participation des personnes âgées et des personnes handicapées à la définition des politiques locales d'autonomie, comme c'est le cas par exemple en matière d'insertion. Pour la première fois, les représentants des personnes retraitées et âgées et des personnes handicapées siègeront au sein d'une seule et même instance. Composée d'une centaine de personnes, le CDCA est organisé autour de 4 collègues.

A l'échéance des schémas gérontologique et handicap, le Département a fait le choix de s'orienter vers un schéma unique de l'autonomie pour la période 2017-2021. Le schéma va permettre une plus grande transversalité et davantage d'interactions entre les secteurs de la gérontologie et du handicap.

En bref

En 2040, 10 millions de Français auront plus de 75 ans, deux fois plus qu'en 2007. Un tiers de la population aura plus de 60 ans. En Meurthe-et-Moselle, la proportion des plus de 60 ans aura progressé de 25%.

Le Département est le chef de file de l'action sociale auquel les lois de décentralisation ont confié l'essentiel des compétences pour les personnes âgées et l'ont conforté dans sa position de chef de file de la politique publique locale « l'autonomie des personnes ».

Il pilote la MDPH-GIP, participe à son financement et à ses missions, pour les personnes en situation de handicap.

Il copilote avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) les dispositifs MAIA (Méthode d'action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie) et PAERPA (Parcours de santé des Personnes âgées en risque de perte d'autonomie).

Le budget 2017 s'élève à 173 M€.

Le schéma sera définitivement adopté en juin 2017 par les élus départementaux. Il comporte 4 axes, 8 préconisations et 45 fiches actions. Le projet de schéma départemental de l'autonomie est construit autour de quatre objectifs stratégiques :

La participation de la personne

- Permettre à l'utilisateur d'exercer sa citoyenneté, d'être acteur dans son territoire et d'accéder à ses droits.
- Garantir à l'utilisateur son statut d'acteur de son projet de vie et de sa santé.

Le choix de son habitat

Il s'agit d'accompagner les personnes dans leur projet d'adaptation de leur logement et de faciliter le parcours résidentiel des personnes : résidence autonomie – résidence accompagnée – habitat inclusif...

Le parcours de la personne

Il faut encore mieux répondre, dans la proximité, aux besoins des personnes : améliorer l'offre d'accompagnement à domicile – promouvoir l'accueil familial – imaginer l'établissement de demain... Cela repose sur une capacité à bien observer les aspirations et les besoins de la personne et savoir évaluer les situations afin de conforter les projets de vie des personnes.

La gouvernance de la politique de l'autonomie

C'est l'enjeu de l'animation et de la dynamique des instances de dialogue et de pilotage ainsi que de leur coordination et notamment :

- du conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie
- de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie
- des instances territoriales de la politique départementale ou de la commission exécutive de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et la labellisation possible en maison départementale de l'autonomie.

En chiffres

(source : rapport d'activités du conseil départemental, juin 2016).

109 245 personnes âgées de 60 ans à 74 ans

59 883 personnes âgées de 75 ans et plus

15 900 personnes âgées et **7 800** personnes handicapées accueillies par les services territoriaux

9 156 bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile, **5 750** bénéficiaires de l'APA en établissement

46 résidences autonomie accueillent **2 274** personnes âgées.

62 EHPAD et 9 Unités de Soins de Longue Durée

2 876 allocataires de la Prestation de compensation du handicap (PCH), dont **2 788** au titre des aides humaines (auxiliaires de vie).

55 000 personnes ont des droits ouverts à la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH). **45 000** demandes déposées à la MDPH pour 20 000 personnes.

650 personnes perçoivent l'allocation de compensation tierce personne (ACTP)

639 places en service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et **308** places en service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)

1 173 places en foyer pour adultes handicapés

46 accueillants familiaux agréés et **65 personnes accueillies**

1 224 personnes handicapées dont l'hébergement est pris en charge par l'aide sociale départementale, dont 193 en accueil de jour : **215** hors du département, dont **47** en Belgique, **30** en établissement pour personnes âgées, **42** en établissement d'enfants dans l'attente d'une place en établissement pour adultes (amendement Creton), **39** en accueil familial avec prise en charge par le Département.

867 personnes âgées aidées pour payer leurs frais d'hébergement en établissement

La direction autonomie du Département compte 130 personnes (dont 30 dans les territoires) et la MDPH 65 agents.

La population âgée de plus de 75 ans (en 2012) varie du simple au double selon les territoires. La part des personnes âgées de plus de 75 ans dans la population totale se situe ainsi entre 10 % et 12 % dans l'extrême Est-Lunévillois et autour de Briey. Elle est de 5,2 % à 6,1 % autour de Nancy. La part des personnes âgées de plus de 60 ans dans la population totale (en 2012) reste également forte sur l'extrême-est lunévillois (de 27,4 % à 32,6 %), et s'avère élevée dans les territoires de Briey et de Longwy (plus de 22 % de façon générale).

A noter, en Meurthe-et-Moselle, une forte part de personnes âgées de plus de 85 ans et plus, résidant seules (plus de 50 % en 2011, alors que ce taux est inférieur à 46 % dans la moitié des départements français). Dans ce cas, l'existence ou non d'un entourage familial proche, et l'importance de son implication, sont 2 facteurs déterminants dans les choix faits ou subis par la personne de recourir à telle ou telle offre de services ou de structures.

La population adulte en situation de handicap

10 764 personnes sont bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), au 31 décembre 2015. 2 000 personnes bénéficient de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) attribuée jusqu'aux 20 ans de l'enfant.

43% des personnes qui sollicitent la MDPH sont âgées de 20 à 59 ans. 11 % sont âgés de 60 ans et plus. 85% des personnes bénéficiaires de l'AAH sont âgées de 20 à 59 ans.

L'activité de la MDPH : en constante évolution

45 000 demandes pour 20 000 personnes dont 4 000 ont été rencontrées par l'équipe pluridisciplinaire dans le cadre de l'évaluation de leur situation. Le délai moyen de traitement des dossiers est inférieur aux délais légaux : 3,4 mois

Au 31 décembre 2015, 55 000 personnes ont des droits ouverts en regard du handicap.

- Les cartes d'invalidité et de priorité représentent 19 % des demandes (elles concernent les personnes âgées et les personnes en situation de handicap). Plus de la moitié des cartes d'invalidité ou de priorité sont attribuées aux personnes de 60 ans et +.
- Les demandes d'AAH représentent 15 % des demandes
- La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) : 14 %
- Les cartes européennes de stationnement : 14% (elles concernent les personnes âgées et les personnes en situation de handicap)
- Les demandes de prestation de compensation du handicap (PCH) : 7%
- Les orientations en établissements et services médico-sociaux pour adultes : 3 %

Le conseil départemental est concerné par la prestation de compensation du handicap (enfants et adultes), l'allocation compensatrice pour tierce personne, les orientations en établissements pour adultes, les transports scolaires des élèves en situation de handicap, et au 1^{er} juillet 2017, la carte mobilité inclusion remplacera les différentes cartes.

Un schéma, 4 grandes orientations

❶ Le changement de regard porté sur les personnes en situation de handicap et/ou en perte d'autonomie.

Cela se traduira par la construction d'une démarche de prévention avec l'ensemble des acteurs afin de faire en sorte que la personne puisse participer pleinement à la vie en société, améliorer son cadre de vie, ses conditions, sa qualité de vie, en faisant appel à ses capacités pour se maintenir dans son milieu de vie habituel.

Objectifs opérationnels :

- rénover les dispositifs d'information,
- garantir l'accès aux droits,
- préserver le lien social,
- assurer la fluidité des parcours,
- prendre soin des proches aidants,
- renforcer la proximité,
- soutenir l'accessibilité généralisée de l'environnement,
- adapter les pratiques professionnelles au parcours de vie des personnes,
- garantir la coordination des interventions des acteurs du terrain.

❷ La transversalité

Les besoins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap sont les mêmes que ceux de l'ensemble de la population : habitat, transports, loisirs, culture, sport.... Toutes ces politiques doivent se mettre à leur service.

❸ La coordination

L'accompagnement des personnes fragilisées par le handicap ou la perte d'autonomie se situe au carrefour des compétences de multiples acteurs.

Toutes les politiques de solidarité seront mobilisées autour de la recherche de l'autonomie et de la réduction des obstacles à l'autonomie. Il s'agit également d'assurer l'articulation et la cohérence des actions contribuant à l'accompagnement et / ou à l'accueil des personnes et de leurs proches aidants.

❹ L'innovation

L'objectif du schéma sera d'apporter des réponses partagées et adaptées aux réalités de terrain par la création ou l'optimisation de nouveaux dispositifs ou actions innovantes, notamment en matière de prévention. Le Département s'inscrit résolument dans le champ de l'innovation et de l'avenir. Grâce à l'innovation, l'e-santé, le diagnostic à distance, le suivi connecté... le maintien à domicile facilité par les nouvelles technologies, la fracture territoriale en matière d'accès aux soins pourra être réduite.

Bon à savoir

On estime à 10 000 le nombre de créations d'emplois dans les 10 ans à venir dans le secteur de l'aide à domicile.

Le + : un schéma élaboré de manière participative

Le Département a pour habitude de donner une place prépondérante aux représentants des usagers. La participation active de chacun est au cœur de la construction du schéma autonomie. Il est le fruit d'une démarche partagée et d'une large concertation entre les acteurs intervenant auprès des personnes en perte ou en manque d'autonomie.

Cette démarche a nécessité une triple exigence : un regard extérieur sur la politique départementale, la volonté de mettre en débat l'action publique et un engagement à diffuser largement les travaux effectués.

Le croisement entre ces regards est une démarche de travail originale à l'échelle d'un département. Le temps réservé à la concertation permet l'expression des attentes et des besoins afin de déterminer les grandes orientations, les objectifs à réaliser et les propositions d'actions concrètes à mettre en œuvre, avec un souhait majeur : celui d'une très grande opérationnalité dans la mise en œuvre de la démarche.

La concertation s'est traduite par :

- 6 demi-journées de consultation de partenaires départementaux et territoriaux en janvier 2016, sur un bilan des deux schémas arrivés à échéance et sur les orientations prioritaires à prendre en compte dans le futur schéma.
- une dizaine de réunions territoriales et des contributions écrites pour dresser un état des lieux des besoins (forces et faiblesses des territoires), pour identifier les évolutions depuis les précédents schémas, pour enfin faire des propositions d'orientations.
- la journée départementale de l'autonomie du 7 avril 2017 pour une ultime consultation avec l'ensemble des acteurs avant l'adoption du schéma en juin par l'Assemblée départementale.

Ces différentes réunions de travail menées dans les territoires de janvier à mars 2016, ont permis de faire émerger quelques points qui ont porté sur:

- la question de l'isolement et en corollaire celle des déplacements,
- l'alternative à l'hébergement collectif,
- l'adaptation des logements,
- l'information des usagers et de leurs familles notamment avec la suppression annoncée des centres communaux d'action sociale (CCAS) des communes très rurales,
- le devenir des foyers-logements.

Quelques exemples concrets

Faciliter l'accès aux droits des frontaliers

Une situation particulière est ainsi prise en compte : celles des frontaliers qui font ou ont fait carrière au Luxembourg et dont l'accès aux droits dans le domaine du handicap et de la perte d'autonomie s'avère complexe, en raison des prises en charge différentes en France et au Luxembourg. Le schéma permettra de mieux identifier les personnes et de travailler avec elles sur « l'exportabilité de leurs droits ».

Repérer les situations isolées

D'après une étude récente de la Fondation de France, 50 % des personnes de plus de 75 ans n'ont plus de réseau amical actif, et 41 % n'ont pas ou peu de contacts avec leurs enfants. Le travail de repérage permettra, dans chaque territoire, d'apporter des solutions collectives, soit dans les dispositifs de droit commun, soit vers des dispositifs plus spécialisés comme les groupes d'entraide mutuelle (GEM) ou la démarche MONALISA (mobilisation nationale contre l'isolement des âgés).

Le GEM, un rôle de passerelle et une pratique, la citoyenneté.

Le Groupe d'Entraide Mutuelle invente un modèle singulier d'organisation et d'accompagnement. Il redonne envie aux personnes de sortir de chez elles et de trouver une vie sociale satisfaisante par le biais d'activités artistiques, culturelles, de loisirs ouvertes sur leur environnement immédiat. Il crée du lien social et lutte contre l'isolement. Sa finalité est la convivialité et le vivre ensemble. C'est un lieu d'autonomie des personnes dans un cadre collectif.

Témoignage d'un adhérent d'un GEM : « *Pour certains, le GEM constitue une deuxième maison. Ils y font tellement de choses. Cela a changé leur vie. Ils ne sont plus simplement malades, ils sont considérés comme citoyens et participent à la vie de leur quartier. Ils cuisinent, dessinent, réalisent des photos, organisent des sorties et font de belles rencontres. Ils ont des agendas bien remplis et sont heureux.* »

MONALISA

Créée en 2013 à l'initiative d'associations citoyennes avec le soutien de l'Etat, MONALISA est une démarche collaborative d'intérêt général : des citoyens, des associations, et des institutions se mobilisent ensemble et dans un seul mouvement pour lutter contre l'isolement social des personnes âgées. MONALISA s'organise d'une part autour de coopérations d'acteurs à l'échelle départementale ou locale, d'autre part à partir de l'engagement de citoyens dans des équipes de bénévoles dans les territoires.

Dans le Grand Nancy, une mobilisation s'est mise en place dès novembre 2015. Deux coopérations locales sont déjà opérationnelles à Nancy. Dans le territoire de Briey s'organise progressivement la création de nouvelles équipes citoyennes, à l'instar de celles déjà existantes au sein de l'association Fil d'or.

Dans le Lunévillois : le STAPA, soutien téléphonique aux personnes âgées

L'objectif de ce dispositif est la prévention du risque suicidaire chez la personne âgée. Cela passe par prévenir la dépression chez la personne âgée, atténuer les souffrances des personnes âgées et favoriser une synergie entre les intervenants.

L'action porte sur des contacts téléphoniques réguliers, à l'initiative d'appelants et d'appelantes auprès de personnes âgées repérées. Ce contact permet de parler de son quotidien, d'échanger sur des sujets d'actualité, d'évoquer des problèmes auxquels la personne est confrontée. Ces échanges permettent également si besoin d'effectuer des relais vers les personnes pouvant aider (famille, médecin, assistante sociale de secteur, services d'aide et d'accompagnement à domicile ...). Le fonctionnement de ce dispositif a été confié au Centre Médico Psychologique de Lunéville, pivot de coordination et d'organisation des soins. Les personnes âgées sont repérées par les professionnels de terrain (médecins généralistes, conseillers en gérontologie, conseillers autonomie, services d'aide et d'accompagnement à domicile, infirmières libérales, services sociaux des mairies, associations, services hospitaliers).

La mobilité solidaire

Dans certaines zones géographiques, l'offre de transport est limitée et oblige les personnes à utiliser un véhicule personnel (lorsqu'elles en ont la capacité).

L'habitat dispersé et la concentration des services peuvent conduire à l'isolement voire l'exclusion de certaines personnes non motorisées, dont particulièrement les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.

Le moindre déplacement est problématique lorsque les solidarités familiales ou villageoises n'opèrent plus. Faire une course, rencontrer un médecin, effectuer une démarche administrative, rencontrer un ami, autant d'actes qui peuvent se révéler impossibles.

La mobilité solidaire, grâce à un réseau de conducteurs bénévoles défrayés, propose à ces personnes de pouvoir se déplacer dans le territoire et au-delà (dans un périmètre limité à 80 km sauf cas exceptionnel), en répondant à 3 critères :

- proposer des solutions de mobilité de proximité adaptées aux besoins d'un public sociologiquement et financièrement fragile
- favoriser le lien social en faisant appel à des conducteurs bénévoles sensibles aux relations humaines et en proposant une prise en charge individualisée
- contribuer à la cohésion sociale et territoriale en connectant les villages entre eux et en favorisant l'échange entre habitants.

Une interface sur le Pays Haut : le dispositif Log'Adapt

L'AGAPE, agence d'urbanisme et de développement durable Lorraine Nord porte dans les territoires de Longwy et Briey un dispositif intitulé Log'Adapt, visant au recensement et à la mise en relation de l'offre et de la demande de logements adaptés aux personnes en situation de handicap.

Habitat

Plusieurs fiches actions concernent l'habitat, du renforcement des aides à l'adaptation au logement en passant par la mise en œuvre de formules alternatives telles que l'habitat partagé ou l'accueil familial. Le Département s'est doté dans ce domaine d'une nouvelle compétence : l'aide à la pierre. Ce dispositif, doté d'un budget annuel de 6,6 M€, va permettre la création d'un service départemental de l'habitat et de développer des actions avec les bailleurs sociaux. Dans le territoire de Briey, une action originale permet de sensibiliser les entreprises et les artisans du territoire en matière d'adaptation des logements (charte Bien vieillir à domicile).

Un toit partagé.

L'association « Un toit partagé » ouvre les portes d'un appartement de type F3 de 65 m² avec terrasse et jardin de 80 m², situé au 10 rue Thiery-Alix à Nancy.

Cet appartement confortable (2 chambres / 1 grand salon / 1 salle de bain / 1 cuisine) peut accueillir 2 personnes valides de plus de 55 ans, pour un loyer partagé de 295 € chacun. L'association assure l'intermédiation entre le propriétaire et les occupants et veille à la bonne harmonie entre les colocataires. Une autre association Un toit 2 générations a pour ambition de promouvoir le développement de l'habitat intergénérationnel en organisant le partage du logement d'une personne âgée vivant seule et d'un jeune à la recherche d'un logement à moindre coût. L'association a été constituée entre 2008 et 2015, 278 binômes en Lorraine.

Les résidences accompagnées

Des personnes âgées expriment le souhait de ne plus vivre seules à leur domicile mais n'envisagent pas pour autant leur entrée en établissement. Afin de répondre à cette attente, un partenariat s'est tissé entre le Département, Meurthe & Moselle Habitat, la CARSAT Nord-Est, l'établissement public départemental de Rosières-aux-Salines, et a décidé de concevoir un habitat intermédiaire entre le logement individuel et l'hébergement collectif. Appelé «résidence accompagnée pour personnes âgées» ce nouveau type d'habitat permet de préserver l'autonomie des personnes âgées dans un cadre socialisant, sécurisant et familial. Il est composé d'un ensemble de 12 à 18 logements sociaux (T2 et T3) sous forme de pavillons ou de petits collectifs, adaptés au vieillissement et au handicap, accessibles financièrement et répondant aux normes BBC (bâtiment basse consommation), avec du personnel d'accompagnement sur place, une salle commune d'activités, et un fort ancrage dans le tissu local. Le déploiement d'une résidence accompagnée sur chacun des 6 territoires a été décidé. 2 résidences sont déjà en service : l'une à Cirey-sur-Vezouze, l'autre à Thil-Villerupt.

L'accueil familial

Il permet à une personne handicapée ou âgée de bénéficier d'un accueil permanent, ou temporaire, à temps plein ou à temps partiel, au sein d'une famille agréée et contrôlée par le conseil départemental. A mi-chemin entre le domicile et l'établissement, c'est également une solution de répit pour les aidants familiaux.

La personne accueillie dispose d'une chambre personnelle, participe à la vie de famille, bénéficie d'un accompagnement personnalisé assuré par l'accueillant, son entourage et les services médico-sociaux. L'accueil familial peut être combiné avec un autre mode d'accueil (par des proches ou en établissement : accueil de jour, travail en établissement ou service d'aide par le travail (ESAT)....

Les personnes accueillies peuvent prétendre à différentes aides financières (allocation personnalisée au logement ou APL, APA, PCH, aide sociale à l'hébergement). Au 1^{er} janvier 2017, 40 accueillants familiaux en Meurthe et Moselle et 65 personnes accueillies.

L'aide aux aidants

Un exemple innovant de solution de répit, l'accueil de nuit de l'EHPAD de Gerbéviller. Il propose l'accompagnement de nuit de personnes souffrant prioritairement de maladies neurodégénératives, par du personnel qualifié, au domicile ou à l'EHPAD. Le projet a été lancé à titre expérimental. Il est le fruit de la réflexion d'acteurs locaux, à partir d'un

constat d'épuisement physique et psychique de proches aidants. La personne est accompagnée par le personnel de nuit de l'EHPAD (2 lits disponibles), ou à domicile, par une aide-soignante volontaire, le temps d'une soirée ou toute une nuit. La zone d'intervention correspond aux anciens cantons de Bayon, Gerbéviller, et Lunéville-Sud.

Les personnes handicapées vieillissantes

Des établissements médico-sociaux évoluent vers l'accueil spécifique de personnes handicapées vieillissantes : le foyer d'accueil médicalisé Emile-Cibulka à Neuves-Maisons (AEIM) en est un exemple. Il peut aussi s'agir d'EHPAD qui développe des unités dédiées aux personnes handicapées vieillissantes répondant aux besoins spécifiques de personnes handicapées psychiques jusque-là hospitalisées durablement dans les services de psychiatrie : l'unité Sainte-Marie de l'EHPAD Notre-Dame-de-Bon-Repos à Maxéville, en interaction avec les professionnels du centre psychothérapique de Nancy (CPN) en est un exemple

Parcours des Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA)

Le Département et l'Agence Régionale de Santé (ARS) ont déployé l'expérimentation du Parcours des Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) sur la métropole du Grand Nancy. L'objectif est d'optimiser le parcours de santé des personnes en s'appuyant sur une équipe pluridisciplinaire de proximité. Cela implique une coordination des acteurs sociaux, médico-sociaux et ceux du champ sanitaire pour une prise en charge fluide et adaptée aux besoins de la personne. Ainsi, un adulte atteint d'une maladie chronique, une personne âgée fragile, sont accompagnés dans leur globalité et de façon personnalisée.

Un nouvel outil de communication, appelé « Ligo », est développé dans le cadre de PAERPA. Véritable système d'information collaboratif et pluri-thématique, Ligo vise à assurer la continuité et la qualité de la prise en soin, de l'aide et de l'accompagnement tout au long du parcours de vie de l'utilisateur. PAERPA se déploie depuis septembre 2016 dans les territoires de Briey, Longwy et du Lunévillois. Les territoires de Val de Lorraine et Terres de Lorraine le seront courant 2017.

Le Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA)

Il est constitué d'une centaine de personnes représentant quatre collèges : les usagers, les institutions, les organismes professionnels et les employeurs. Il remplace le Comité départemental des retraités et des personnes âgées (CODERPA) et le conseil consultatif des personnes handicapées (CDCPH).

Il est consulté sur l'ensemble des schémas et des programmes qui concernent les personnes retraitées et âgées et les personnes handicapées. Espace de concertation de dialogues avec les représentants des usagers, les représentants des institutions et des professionnels, des personnalités qualifiées

Le CDCA 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. Cette instance a un champ d'intervention élargi par rapport au CODERPA et au Conseil départemental consultatif des personnes handicapées (CDCPH) : 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.

Quand intervient le CDCA ?

Il est consulté pour avis sur :

- le schéma régional de santé,
- le schéma départemental de l'autonomie
- 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,
- les rapports d'activité de la maison départementale des personnes handicapées, de la conférence des financeurs et des services du département chargés des personnes âgées,
- 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.

Par ailleurs,

- il donne un avis sur la constitution d'une Maison départementale de l'autonomie.
- il formule des recommandations visant au respect des droits et à la bienveillance des personnes âgées et des personnes handicapées 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 d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PDALHPD).
- 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.

En document joint la composition du CDCA.

ANNEXES

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale redéfinissant le cadre de cette action et s'appuyant sur deux axes essentiels : le droit des usagers et l'évolution nécessaire des structures d'accompagnement et d'accueil.

Les usagers doivent occuper dorénavant une place centrale dans le dispositif d'accompagnement et d'accueil. Pour leur garantir cette juste place, des outils nouveaux sont créés : livret d'accueil- charte des droits et libertés– contrat de séjour- personnes qualifiées – conseil de la vie sociale –règlement de fonctionnement –projet d'établissement. Enfin, le respect de leurs droits est l'axe majeur qui guide l'évaluation interne et externe des services et établissements sociaux et médico-sociaux.

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales place le Département comme chef de file de l'action sociale en direction des personnes âgées et des personnes handicapées, dans un contexte de missions partagées entre le Département, l'Agence Régionale de Santé (ARS), et l'Etat, et dans différents secteurs d'intervention, en concertation étroite avec les représentants des personnes âgées et en situation de handicap. « Ne rien faire pour eux mais avec eux ».

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées apporte des évolutions fondamentales pour répondre aux attentes et besoins des personnes en situation de handicap dans les grands domaines que sont l'accueil, avec la création des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), la compensation, la scolarité, l'emploi, l'accessibilité, la citoyenneté et la participation à la vie sociale. Elle met en œuvre les principes d'accessibilité généralisée et de droit à compensation des conséquences du handicap, quels que soient l'origine et la nature de la déficience, l'âge ou le mode de vie de la personne.

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement a pour objectifs d'anticiper la perte d'autonomie des personnes vieillissantes, d'adapter la société à leurs attentes et leurs besoins et d'accompagner leur perte d'autonomie. Elle fait également évoluer la gouvernance en réaffirmant le Département en tant que chef de file de la politique locale de soutien à l'autonomie, créant ainsi le Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) en remplacement du Comité départemental des retraités et personnes âgées (CODERPA) et du Conseil départemental consultatif des personnes handicapées (CDCPH), en invitant à la constitution d'une Maison départementale de l'autonomie (MDA).

La loi du 26 janvier 2016 engage la modernisation du système de santé autour de 3 orientations : la prévention, les soins de proximité et les droits des patients en visant la co-construction de projets territoriaux de santé basés sur des diagnostics territoriaux partagés. Des plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes auprès des professionnels de santé permettent dorénavant de prévenir les hospitalisations inutiles ou évitables ainsi que les ruptures de parcours. Un plan d'accompagnement global garantit une réponse accompagnée pour toute personne handicapée. Il est élaboré pour les personnes handicapées ayant des besoins complexes et évolutifs et qui, de ce fait, peuvent être confrontées à une absence totale d'accueil ou

d'accompagnement adaptés à la suite de refus d'admission en établissement ou service médico-social. Le partage d'informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social est désormais encadré pour l'ensemble des intervenants identifiés auprès de la personne. La loi permet au Département de mettre en place un mécanisme de tiers payant pour les éléments de la prestation de compensation du handicap (PCH) : aides techniques, aménagement de logement et du véhicule, aides exceptionnelles et spécifiques. Enfin, la loi renforce les droits individuels des patients et les droits collectifs en créant l'Union nationale des associations agréées des usagers du système de santé (UNAASS), et un droit à la formation des représentants d'usagers qui font partie des bureaux de démocratie sanitaire.

L'ensemble de ces dispositions législatives sont l'occasion de réaffirmer l'engagement du Département dans l'action en direction des personnes en perte ou en manque d'autonomie devant être reconnues dans leur appartenance à notre société, dans leurs valeurs, leurs préférences et leurs droits.