



Annexe au rapport n° 9

Réunion du 15 décembre 2017

SCHÉMA DÉPARTEMENTAL DE L'AUTONOMIE

2018 - 2022

SOMMAIRE

Présentation générale	pages 5 à 12
Eléments de contexte juridique	
Etat des lieux :	
Bilan des schémas gérontologique et des personnes en situation de handicap	
Analyse des besoins 2018-2022	
Le schéma autonomie en 5 orientations stratégiques	pages 13 à 58
Augmenter sensiblement les capacités d'accueil des personnes en situation de handicap	
Garantir une offre d'aide à domicile satisfaisante	
Accompagner l'évolution de l'offre accessible en établissement pour personnes âgées	
Développer les propositions alternatives et soutenir les aidants	
Une réponse territorialisée adaptée pour les personnes âgées ou handicapées et leurs familles	
Mise en œuvre et suivi	pages 59 à 60
Remerciements	page 61
Annexes	pages 63 à 76



Présentation générale

En 2015, avec la loi NOTRe, le législateur a fait **évoluer les compétences sociales du département**, en précisant que le département est compétent pour mettre en œuvre toute aide ou action relative à la prévention ou à la prise en charge des situations de fragilité et au développement social. Restant dans cette logique du rôle de « chef de file » qui lui est dévolu en matière sociale depuis 2004, la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) de 2015 a mis l'accent sur **son rôle de coordinateur** des politiques d'autonomie : il doit veiller à une bonne couverture territoriale (CASF, art. L.113-2), en cohérence avec les décisions de la **Maison de l'Autonomie et les nouvelles instances que sont le Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA) et la Conférence des financeurs (CFPPA)**.

Dans un tel environnement institutionnel, caractérisé par la multiplicité des acteurs et la complexité de l'action publique, le Département se devra, d'ici cinq ans, d'intervenir sous forme d'aides directes ou indirectes pour un nombre croissant de personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie du fait de l'âge. Afin de répondre aux besoins de ces publics, il a la volonté de s'inscrire dans la logique des « **parcours de vie et de**

santé » promu par les professionnels du secteur médico-social et sanitaire, ce qui implique :

- un diagnostic territorial partagé ;
- une gouvernance concertée entre décideurs, financeurs et opérateurs ;
- une logique de conduite de projet, avec un pilotage actif des changements, en ayant à l'esprit les complémentarités ;
- et si possible, le déploiement d'une offre de service innovante, à la croisée des notions, en mutation, de domicile et d'établissement.

Autant de conditions et de modes d'interventions mis en évidence dans ce schéma de l'autonomie, conçu comme un projet partenarial pour les 5 ans à venir.

Nos **portraits de territoire**, élaborés sous les précédents schémas, traduisaient notre volonté d'observation partagée avec nos partenaires, MDA, CAF, CPAM, MSA. Déclinés en 6 territoires infra-départementaux, ils nous fourniront les indicateurs clés pour mener nos chantiers prioritaires et constituent la première étape du **diagnostic territorial partagé**.

Le contexte national des politiques d'autonomie en faveur des personnes âgées et handicapées offre des opportunités pour mener à bien nos plans

d'actions départementaux, organisés autour des cinq orientations stratégiques.

Ainsi, nous nous sommes saisis de la démarche nationale « **réponse accompagnée pour tous** » en faveur du handicap qui doit se généraliser d'ici le 1^{er} janvier 2018. Cette logique d'accompagnement du handicap ira dans le sens de notre volonté d'individualiser et de donner plus de fluidité dans les prises en charge, qui se traduit dans les **orientations 2 et 4**.

La réforme de la tarification des établissements et services médico-sociaux va dans le sens poursuivi par notre **orientation 3** : il s'agit de fonder le financement des ESMS sur les données et la liaison entre les besoins des personnes qui sont accueillies et les réponses qui leur sont apportées, avec des enquêtes de coûts.

Les contrats pluriannuels objectifs et de moyens vont progressivement se substituer à la logique tarifaire actuelle permettant d'instituer un nouveau mode de relation avec les gestionnaires de l'offre, basé sur une responsabilité partagée, qui permettra un pilotage de l'activité et de la performance financière, en fonction d'objectifs définis notamment dans le cadre de **l'orientation 3**.

Le lancement du quatrième plan autisme et maladies neuro-développementales soutiendra nos plans d'actions engagés au titre des orientations 2 et 4.

Dans le domaine de l'autisme, la MDA a revu son approche en 2016, pour favoriser une prise en charge renforcée voire précoce. Dès l'adoption de ce plan, nous lancerons un groupe de travail afin de réfléchir sur les mesures nouvelles à mettre en œuvre.

La stratégie quinquennale handicap, en matière de handicap psychique, devrait par ailleurs rendre possible une évolution, du fait des changements à l'œuvre dans le champ de la psychiatrie, en faveur d'une mobilisation conjointe, coordonnée, plus précoce et en proximité des acteurs du territoire intervenant dans les parcours de soins et de vie, et donc soutenir nos projets dans le cadre des orientations 2 et 4.

Enfin, le département veillera à ce que son programme de modernisation et de professionnalisation des services d'aide à domicile soit soutenu par le biais de la **convention pluriannuelle avec la CNSA**.

Par cette convention, il bénéficiera aussi d'un soutien financier pour la mise en place d'une politique de soutien aux aidants ; d'appui à la formation des accueillants familiaux ; de concours au fonctionnement de la MDA, de concours au titre des prestations d'APA et de PCH ; du versement du forfait autonomie et des concours relatifs à d'autres actions de prévention, et actions innovantes.

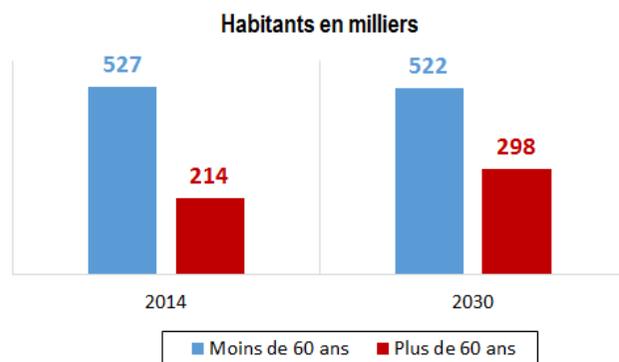
Les **consultations réglementaires** entourant l'élaboration du schéma ont été menées en septembre devant la **Commission consultative des politiques publiques** de l'ARS et en octobre devant le **CDCA**. Les débats qui ont eu lieu lors de ces présentations ont traduit son inscription dans la réalité du territoire morbihannais et son intégration dans l'ensemble des stratégies poursuivies au niveau national.

Son vote annoncera le démarrage des plans d'actions concertés, sélectionnés en interne d'avril à octobre 2017, et donnera, dès janvier 2018 toute sa place à la discussion sur les modalités de mise en œuvre des orientations.

36 % de personnes âgées de 60 ans et plus à l'horizon 2030

La croissance démographique du Morbihan témoigne de son attractivité. Cette progression est cependant déséquilibrée. Le nombre d'habitants de moins de 60 ans stagne depuis plusieurs années alors que celui des seniors progresse fortement.

Cette tendance devrait se confirmer selon les projections de l'Insee (scénario central). Ainsi, en 2030, nous compterions 522 000 habitants âgés de moins de 60 ans (un peu moins qu'aujourd'hui), alors que le nombre de morbihannais de 60 ans et plus passerait de 214 000 à près de 300 000.

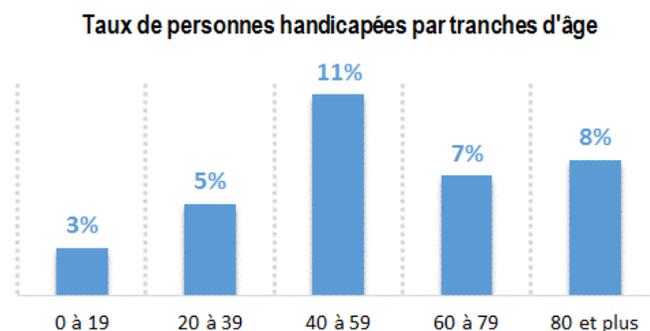


Cette représentation toujours croissante des seniors soulève d'importants enjeux sur l'accompagnement à la perte d'autonomie qu'il s'agisse de prestations, d'établissements ou de services.

50 000 personnes reconnues en situation de handicap par la MDA

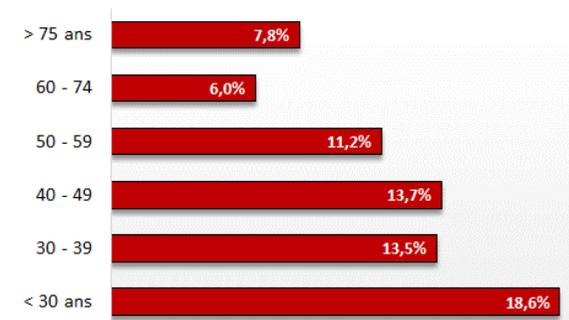
En 2016, plus de 50 000 personnes sont reconnues administrativement handicapées par la MDA.

Ainsi, 7 % des morbihannais ont aujourd'hui droit à une orientation ou prestation compte tenu de leur handicap. La pyramide des âges montre une très forte représentation des 40 à 59 ans.



Des personnes âgées exposées à la fragilité économique et à l'isolement

Taux de pauvreté par tranches d'âge



Le taux de pauvreté est moins élevé dans le Morbihan (11,1%) qu'à l'échelle nationale (14,3%).

Cependant, alors que ce taux de pauvreté est en général décroissant avec l'âge, il remonte pour les personnes les plus âgées dans le Morbihan (8 % des foyers de 75 ans et plus).

En 2015, 4 900 morbihannais sont bénéficiaires du minimum vieillesse (ASV ou ASPA), soit 2.4 % des retraités.

50 000 personnes de 60 ans et plus vivent seules à domicile. Ces situations d'isolement concernent le tiers des personnes âgées de 75 ans et plus.

Des signaux préoccupants en matière de santé pour les personnes âgées

L'espérance de vie des hommes est de 78 ans dans le Morbihan, un chiffre sensiblement inférieur à la moyenne nationale (plus de 79 ans).

En 2014, 52 000 morbihannais de 75 ans et plus sont atteints d'une ALD (affection longue durée) selon l'assurance maladie, un chiffre qui est en progression de 80% depuis 2005. Ainsi, 2 personnes âgées sur 3 sont atteintes par une ALD dans le département.

Certaines ALD concernent majoritairement les personnes âgées :

- ALD 1 : accident vasculaire cérébral invalidant
- ALD 3 : artériopathies avec manif. Ischémiques
- ALD 5 : Insuffisances cardiaques
- ALD 8 : Diabète de types 1 et 2
- ALD 12 : Hypertension artérielle sévère
- ALD 13 : Maladie coronaire
- ALD 14 : Insuffisance respiratoire chronique grave
- ALD 15 : Alzheimer et autres démences
- ALD 16 : Parkinson
- ALD 23 : affections psychiatriques longue durée

Une majorité de personnes handicapées avec une déficience motrice

La répartition des déficiences des personnes en situation de handicap varie fortement selon l'âge.

La déficience motrice est le handicap le plus fréquent pour les adultes (40 % des situations) devant la déficience psychique (19 %) et viscérale (12 %).

Concernant les jeunes de moins de 20 ans, le 1er handicap est la déficience intellectuelle (22%),

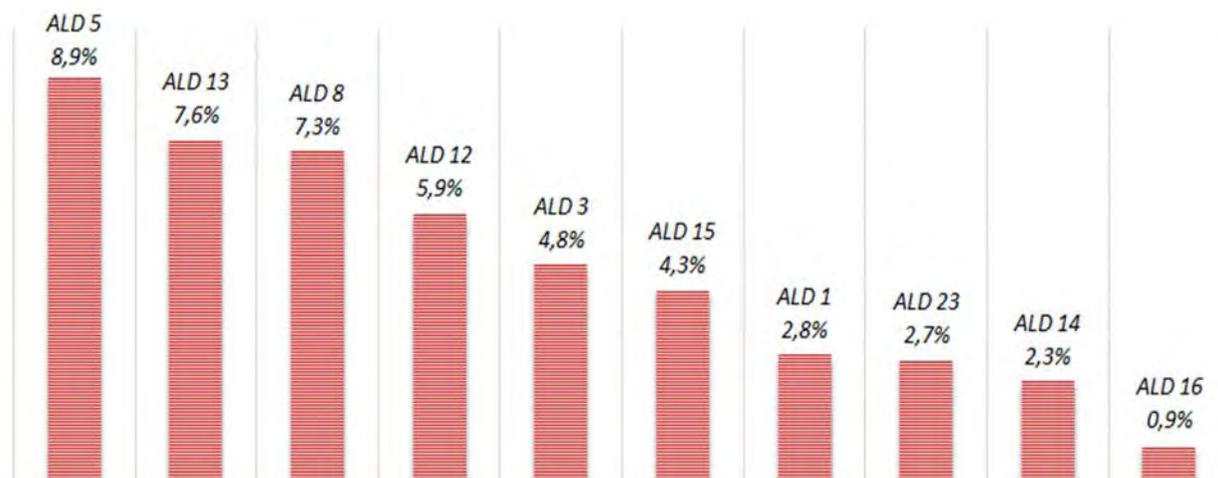
les troubles du langage et de la parole (18 %) et les déficiences psychiques.

En décembre 2016, le département compte 13 600 allocataires de l'AAH (sources CAF et MSA), des personnes vivant majoritairement seules et étant inactives dans 80 % des cas.

23 000 adultes suivis par la MDA sont concernés par une orientation vers un établissement ou un service ou une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.

Part des personnes âgées de 75 ans et plus

En 2014, source Ecosanté



Une offre à domicile à consolider pour préserver plus longtemps l'autonomie et retarder l'entrée en établissement

163 services d'aide à domicile (SAAD) interviennent sur le territoire départemental.

Ces services, en gestion privée (40% d'associations, 25% d'entreprises) ou publique (35%) dorénavant régis par le régime unique de l'autorisation, sont très divers par les volumes d'activité qu'ils réalisent et le nombre de salariés qu'ils emploient.

L'offre présente dans le département se caractérise notamment par un nombre important de structures de petite taille.

Les SAAD du département ont connu de profondes

transformations au cours des 15 dernières années (professionnalisation, modernisation).

Par la consolidation de leurs fonctionnements, en poursuivant leur professionnalisation et en développant leur coordination avec les autres acteurs, ils doivent poursuivre leur mutation, se renforcer et améliorer la fiabilité et l'accessibilité de leurs réponses, pour répondre aux enjeux du maintien à domicile et aux attentes des personnes.

L'offre en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) est faible. Avec seulement 16 places pour 1000 habitants et plus, le Morbihan se situe au 93^{ème} rang des départements métropolitains avec un niveau d'offre inférieur aux autres départements bretons.

Une forte croissance du maintien de jeunes adultes en établissement pour enfants handicapés

Le nombre de jeunes de plus de 20 ans maintenus en institutions pour enfants est en augmentation.

En 2017, 169 situations ont été relevées dans le Morbihan contre 101 en 2011. Cette progression se constate également au niveau régional et national.

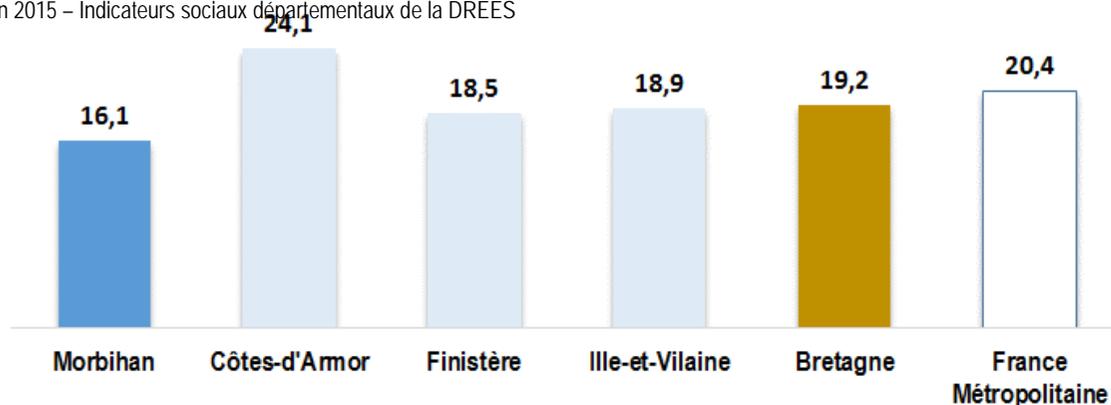
La moyenne d'âge des jeunes accueillis en aménagement Creton est de 21 ans. Les plus âgés ont 30 ans. Ces jeunes adultes occupent 16 % des places des établissements morbihannais pour enfants handicapés. La majorité des jeunes concernés présente une déficience intellectuelle et est accueillie au sein d'IME ou IMPRO.

Les orientations de ces jeunes en établissements pour adultes se répartissent de la façon suivante : ESAT 33% ; Foyer de vie 31% ; MAS et FAM 31%.

Les difficultés que rencontrent certains jeunes à trouver une place en ESAT peuvent être mises en perspective avec le vieillissement constaté des personnes travaillant en ESAT. L'enquête nationale ES Handicap 2014 évalue à 53 % le pourcentage des plus de 40 ans en ESAT en Bretagne.

Nombre de places en SSIAD pour 1 000 habitants de 75 ans et plus

En 2015 – Indicateurs sociaux départementaux de la DREES



Une population âgée qui croît deux fois plus vite que l'offre en établissement pour personnes âgées dépendantes

Comptant **9 173 places d'accueil** pour personnes âgées dépendantes en 2017, le Morbihan est le département breton le moins bien doté en lits médicalisés.

L'offre est inégalement répartie sur les territoires autonomie, le territoire lorientais étant sous doté.

L'évolution de cette offre résulte d'une programmation conjointe entre l'ARS et le département.

L'attribution récente de 59 places supplémentaires sur le territoire lorientais ne permet pas de résorber le déséquilibre existant.

Le département apporte un soutien financier important pour l'amélioration du parc immobilier dont 70 % des places offrent un hébergement de qualité et adapté aux besoins.

Le Morbihan a, par contre, une offre en Résidences autonomie et EHPA supérieure aux autres départements bretons.

Les Petites unités de vie (PUV), établissements d'une capacité inférieure à 25 places, représentent

une offre conséquente d'accueil de personnes majoritairement dépendantes nécessitant une organisation spécifique de prise en charge du soin.

Une meilleure prise en compte de la place des aidants favorisée par le Département

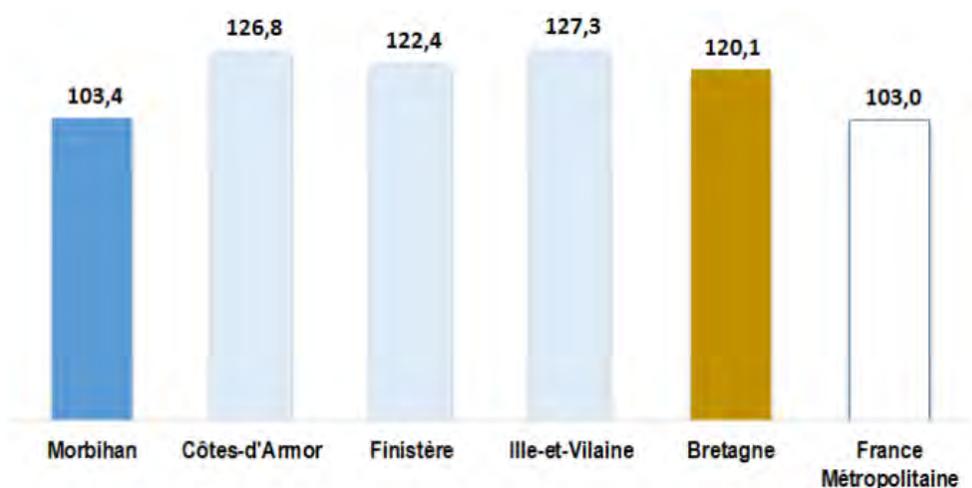
Le soutien aux aidants s'est concrétisé en priorité par le développement de places d'accueil temporaire et l'aide financière aux séjours ponctuels : 60 places ont été créées depuis 5 ans pour les personnes âgées, sur un total de 145 places, et 124 places dédiées aux personnes handicapées sont disponibles en 2016.

En 2016, 300 personnes âgées ont pu bénéficier d'une aide financière départementale d'un montant global de 560 000 €. Pour les personnes handicapées, l'aide financière s'élève à 530 000 €.

Les besoins des aidants épuisés ou indisponibles sont aussi pris en compte par la mise en place d'interventions à domicile d'aides à l'aidant dans les plans d'aides de l'APA et de la PCH.

Nombre de places en lits médicalisés pour 1 000 habitants de 75 ans et plus

En 2015 – Indicateurs sociaux départementaux de la DREES



Des actions relayées sur nos 6 territoires autonomie

En 2016, la couverture du département par les Espaces Autonomie Seniors, structures locales aux compétences CLIC et MAIA est effective sur 5 des 6 territoires autonomie, à l'exception du territoire lorientais.

Les missions d'accueil, d'orientation, d'évaluation et d'accompagnement des personnes âgées et de leurs familles, confiées aux Espaces autonomie seniors, mobilisent près de 37 professionnels aux compétences pluridisciplinaires et ont touché près de **7 000 bénéficiaires**.

Les EAS interviennent aussi dans le recensement des attentes de places en établissement, et les données qu'ils recueillent dans un logiciel dédié (Attentum) alimentent la liste unique d'attente.

Ces missions sont déployées sur 5 territoires autonomie, et financées par l'Agence régionale de santé, le Département et les EPCI de chaque territoire autonomie. Cela a représenté un effort financier de 3,8 millions d'euros sur la période 2011-2015.



Les Territoires Autonomie morbihannais

Situation au 1er janvier 2017

Éléments de situation

-  Routes nationales
-  Principales routes départementales

Les 6 territoires autonomie

-  Territoire Alréen
-  Territoire Centre-Ouest Morbihannais
-  Territoire Lorientais
-  Territoire Ploërmelais
-  Territoire Sud-Est Morbihannais
-  Territoire Vannetais



Source : IGN, Département du Morbihan
Réalisation Département du Morbihan - SCGEPP
Créé le 24/10/2017





5 Orientations

Augmenter sensiblement les capacités d'accueil des adultes en situation de handicap

Entre 2011 et 2017, le nombre d'orientations vers des établissements et services pour les jeunes adultes handicapés n'a cessé de croître. Le taux de pression à l'admission a augmenté de 40 % en dépit des 311 ouvertures de places en établissements, services ou logements groupés pendant cette période. Ces difficultés sont accentuées du fait du maintien de personnes handicapées vieillissantes dans des structures non adaptées à leur âge.

OBJECTIFS

Répondre aux besoins des jeunes adultes
maintenus en institutions pour enfants

Accompagner le vieillissement des personnes en
situation de handicap

Ce que nous voulons faire évoluer

Constats de départ

Le nombre insuffisant de places en structures ou services pour adultes handicapés entraîne le maintien des adultes de plus de 20 ans en IME.

Cette situation embolise ces derniers qui ne sont plus en mesure d'accueillir de jeunes enfants ; ainsi chaque année de nombreux enfants restent de manière inadaptée dans le milieu scolaire ordinaire, voire sont déscolarisés.

Concernant les plus de 20 ans en structure enfance, ils sont plus de 150, dont 22% ont plus de 22 ans. Cela entraîne des problèmes, notamment relationnels avec les plus jeunes accueillis dans les IME, mais aussi d'adaptation des activités et projets.

Par ailleurs, certaines personnes handicapées vieillissantes sont maintenues en foyer de vie, foyer d'hébergement ou FAM sans prise en compte de leur avancée en âge. Cela concerne en particulier les retraités d'ESAT ; la solution parfois proposée de l'accueil en EHPAD peut interroger lorsqu'elles ne sont pas dépendantes.

Orientations stratégiques

Répondre aux besoins des jeunes adultes maintenus en institution pour enfants :

- en leur offrant une prise en charge adaptée dans le secteur adulte, permettant ainsi de fluidifier les places en IME/ITEP pour les enfants en attente de solutions
- en anticipant les orientations, en ayant une vigilance particulière pour les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance

Accompagner le vieillissement des personnes en situation de handicap :

- en adaptant l'offre des structures pour personnes handicapées
- en améliorant la prise en charge des personnes handicapées dans les établissements pour personnes âgées.

La création de places supplémentaires en foyer de vie, foyer d'hébergement, SAVS ne répondra pas à tous les besoins. Certains jeunes adultes relèvent en effet de FAM, MAS, ESAT, SAMSAH.

La réflexion sera engagée avec l'ARS afin d'envisager la création de nouvelles places dans ces structures, et d'adaptation de l'offre existante.

- La majorité des jeunes adultes maintenus en institution pour enfants est concernée par une déficience intellectuelle (54%).
- 31% des individus sont originaires du territoire lorientais.
- Un nombre non négligeable de jeunes adultes est orienté en foyer de vie (un tiers), en Foyer d'accueil médicalisé ou en Maison d'accueil spécialisé (un tiers), le dernier tiers étant orienté en Etablissement et service d'aide par le travail.

Quelques repères



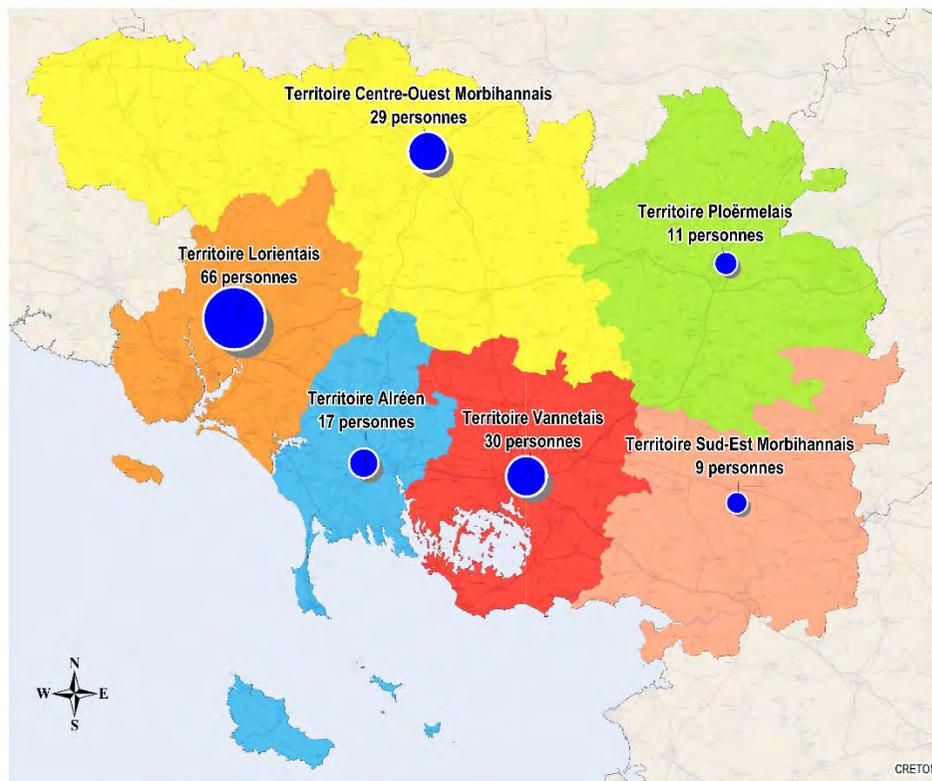
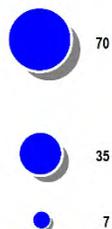
Les personnes en situation "Amendement Creton"

Effectifs par territoire autonomie au 1er septembre 2017

Territoires Autonomie



Individus amendements creton Au 1er septembre 2017

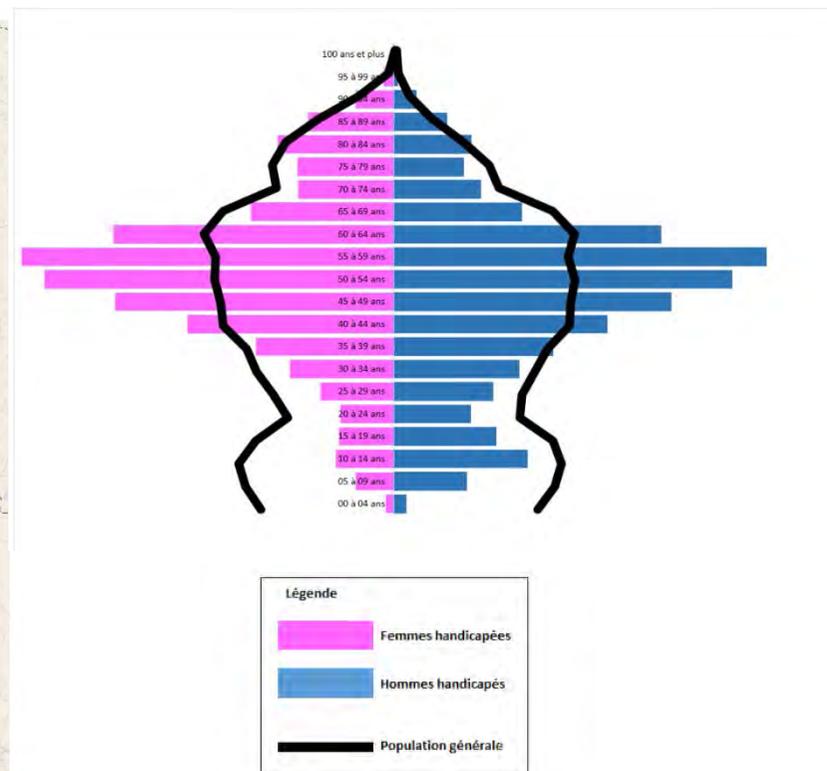


Source : IGN, MDA
Réalisation Département du Morbihan - SCGEPP
Créé le 18/09/2017

CRETONS

Pyramide des âges des personnes handicapées

En 2016 avec comparaison à l'ensemble de la population



Répondre aux besoins des jeunes adultes maintenus en institution pour enfants

Ce que nous voulons réaliser

Mettre en place un tableau de bord partagé entre la MDA, l'ARS et les établissements, pour un suivi des situations « amendement creton » et la mise en œuvre des orientations adultes

Programmer la création de nouvelles places en foyer de vie et services

- en lançant dès le début du schéma un appel à projet avec un cahier des charges pour sortir rapidement certains jeunes d'IME
- en partenariat avec les établissements et l'ARS, en analysant les besoins précis et en proposant des solutions modulaires par créations ou transformations de places

Un nombre de places devra être réservé aux personnes atteintes de troubles psychiques ou de troubles du spectre autistique (TSA) et le partenariat avec la psychiatrie adulte devra être renforcé.

Réfléchir à la mise en place de services et plateformes dédiées

pour préparer les jeunes au passage à l'âge adulte

Les résultats attendus

Les engagements

- assurer un accueil adapté à l'âge et aux besoins des jeunes adultes handicapés ;
- anticiper le passage à l'âge adulte des enfants handicapés, en particulier les mineurs confiés à l'aide sociale à l'enfance, afin d'éviter des ruptures de parcours.
- collaborer avec le jeune et avec les différents intervenants autour du jeune, en particulier sa famille et les professionnels qui l'accompagnent

Les moyens

Proposer une charte conjointe MDA, CD, ARS et établissements sur la prise en charge de ces jeunes adultes (tableau de bord et point d'étape semestriel)

Réaffecter les moyens financiers du département, mobilisés pour la prise des jeunes adultes maintenus en instituts médico-éducatifs, à leur prise en charge en foyer de vie

Programmer en investissement par appels à projets et/ou extensions non importantes

Le coût moyen d'une place en foyer de vie s'élève à 37 000 € brut, soit 24 500 € net (contributions des résidents déduites).

Accompagner le vieillissement des personnes en situation de handicap

Ce que nous voulons réaliser

Adapter l'offre de structures pour personnes handicapées vieillissantes

- en élaborant un appel à projet prenant en compte les besoins spécifiques des personnes handicapées vieillissantes et en ouvrant des places dédiées à ce type de public (prise en charge renforcée, formation spécifique des personnels...)

Permettre et adapter l'accueil, en établissements dédiés aux personnes âgées, des personnes handicapées vieillissantes

- en facilitant l'accès financier de ces personnes aux résidences autonomie
- en apportant un accompagnement adapté qui devra être défini en concertation avec les établissements

Les résultats attendus

Les engagements

Offrir aux personnes handicapées vieillissantes une prise en charge adaptée aux besoins

Les moyens

Réalisation d'une enquête de besoins par territoire et par type de structure

Programmation en investissement par appels à projets et/ou extension non importante

Cahier des charges « habitat groupé » avec des moyens spécifiques en aide au fonctionnement

La mise en œuvre et le suivi

Le calendrier (1er semestre 2018)

- Elaboration du cahier des charges puis lancement de l'appel à projet pour la création de places en foyer de vie
- Etude des besoins des personnes handicapées vieillissantes

Les indicateurs de réussite

- Indicateur 1 : Evolution à la baisse du nombre de jeunes Amendement Creton
- Indicateur 2 : Evolution à la baisse des ruptures de parcours des jeunes concernés par un suivi ASE et MDA
- Indicateur 3 : Augmentation du nombre de personnes handicapées âgées en résidence autonomie

Extrait de la contribution de l'association Kervihan de Bréhan - gestionnaire d'établissements pour enfants et adultes handicapés

« Des efforts cependant, restent encore à réaliser concernant la fluidité des parcours, le travail partenarial entre les différents acteurs et l'accompagnement des jeunes adultes et de leur famille.

Il s'agit donc d'inscrire notre association dans une dynamique de réponse à un appel à projet dans le cadre d'une prochaine programmation de création de places mais aussi :

- d'accompagner les enfants dès l'âge de 16 ans et leurs parents au passage du secteur enfant vers le secteur adulte (formalités, droits, accompagnement psychologique...)
- de coordonner les travaux des deux commissions d'accueil et d'admission des pôles enfants et adultes
- identifier les solutions de prise en

Garantir une offre d'aide à domicile satisfaisante

Rester le plus longtemps à domicile dans des conditions satisfaisantes correspond généralement aux souhaits des personnes en perte d'autonomie et de leurs familles. Dans un contexte de ressources limitées et de fragilisation de la solidarité familiale, la prise en charge de la dépendance à domicile nécessite d'accroître l'efficacité de l'offre de services par une meilleure organisation. Le maintien à domicile doit constituer la colonne vertébrale des politiques de l'autonomie.

OBJECTIF(S)

Agir sur l'organisation de l'offre à domicile

Consolider le modèle économique de l'aide à domicile

Ce que nous voulons faire évoluer

Constats de départ

Bien qu'au centre des politiques en faveur de l'autonomie depuis plusieurs années, l'aide à domicile est un secteur en difficulté :

- dans le département, une offre assez peu structurée et peu professionnalisée, faiblement coordonnée avec d'autres partenaires,
- une faible attractivité du secteur liée aux conditions de travail entraînant des difficultés de recrutement (rémunération, temps partiel et risques de maladies professionnelles)
- une faible viabilité économique, le plus souvent due à l'altération des temps passés en intervention (déplacements ...) pouvant mettre en péril la pérennité des SAAD,
- un manque de place de SSIAD dans le département qui impacte le maintien à domicile.

De 2012 à 2016, 16 SAAD en difficulté ont été aidés par le fonds de restructuration à hauteur de 1.37 M€

Orientations stratégiques

Garantir une offre d'aides à domicile satisfaisante et accessible proposant une alternative solide à l'entrée en institution

En accompagnant les initiatives de structuration de l'offre de services à domicile et la professionnalisation des SAAD :

- afin qu'ils proposent un socle de prestations minimales (interventions le week-end, amplitude horaire ...), actions de prévention de la perte d'autonomie
- afin qu'ils deviennent des acteurs majeurs de la prise en charge des personnes, coordonnés avec les autres acteurs (SSIAD, structures d'accueil temporaire, EAS, HAD ...)

En consolidant la situation financière des services d'aide à domicile et leur pérennité économique :

- en veillant à l'accessibilité des prestations,
- en expérimentant les contrats d'objectifs et de moyens (non obligatoires pour les SAAD à ce jour)

Le département exerce une responsabilité, réaffirmée par la loi du 28 décembre 2015, sur l'organisation de l'offre via notamment l'autorisation et la tarification.

En 2016, les personnes accompagnées par les SAAD du département sont majoritairement des femmes (70%), âgées de plus de 74 ans (74%), vivant seules à domicile (66%).

Leurs interventions sont financées par le département (68%, dont 59% dans le cadre de l'APA), d'autres financeurs (caisses de retraite, mutuelles) (22%) et les bénéficiaires eux-mêmes (10%).

Les bénéficiaires accompagnés au titre de l'APA relèvent pour 73% d'entre eux du GIR4.

Quelques repères



La disparité de l'offre des SAAD par commune

En volume horaire global de l'intervenant principal par commune au 31 décembre 2016

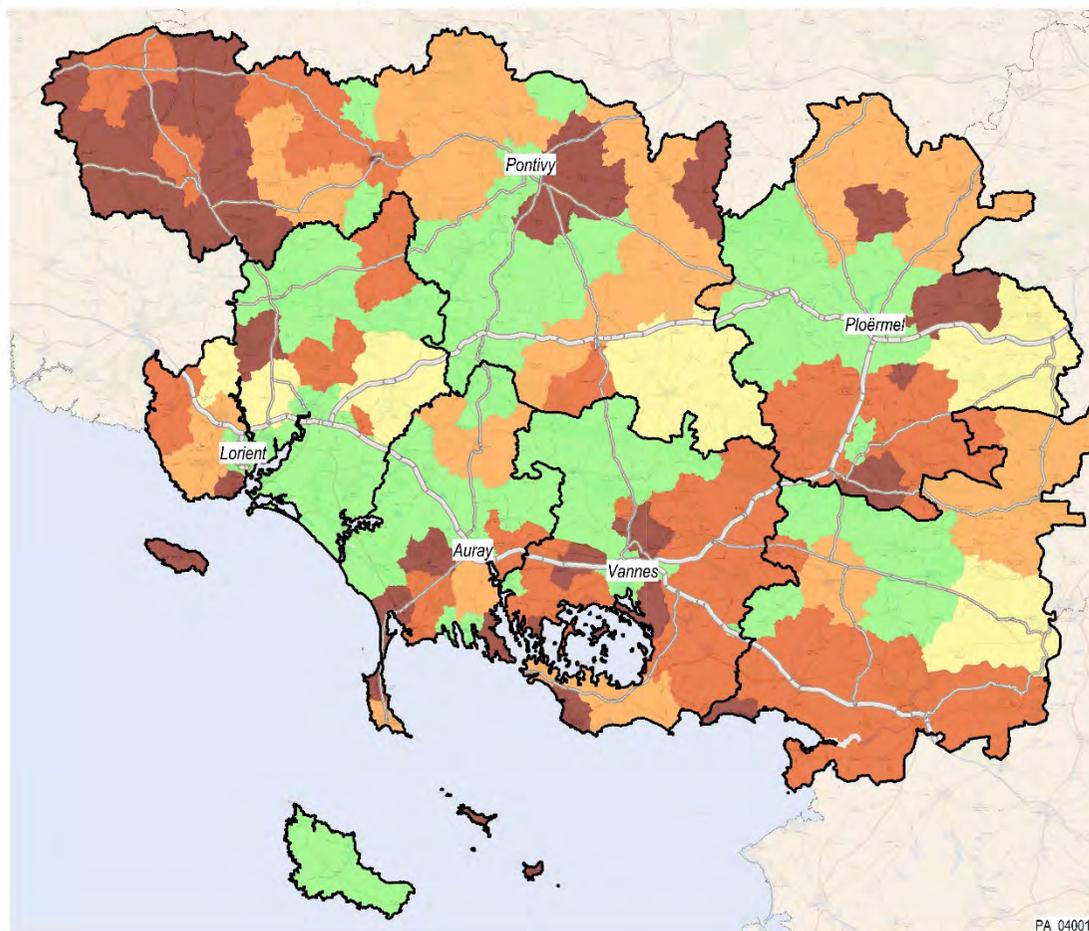
Éléments de situation

- Routes nationales
- Principales routes départementales
- Limites des territoires autonomie

Couverture par commune

selon l'activité de l'intervenant principal

- 40 000 à 225 000
- 30 000 à 40 000
- 20 000 à 30 000
- 10 000 à 20 000
- 0 à 10 000



Source : IGN, Département du Morbihan
Réalisation Département du Morbihan - SCGEPP
Créé le 17/10/2017

PA 04001 60

163 SAAD dans le Morbihan :

- 66 associations,
- 41 entreprises,
- 56 SAAD publics, dont 9 interviennent sur plusieurs communes.

106 SAAD tarifés par le département :

- 57 SAAD associatifs
- 49 SAAD publics

21 042 heures d'intervention par an en moyenne en 2016, sont réalisées par les SAAD tarifés du département

63 services tarifés réalisent moins de 20 000 heures d'intervention par an.

3 SPASAD (1) expérimentaux intervenant sur 25 communes sont soutenus dans le département (10% des communes du département)

(1) : services polyvalents aide-soins

Agir sur l'organisation de l'offre à domicile :

Ce que nous voulons réaliser

Poursuivre la structuration de l'offre de SAAD et sa modernisation

- en informant et en sensibilisant les partenaires aux enjeux de la consolidation de l'offre de service.
- en soutenant les projets de structuration, la coordination, l'interdisciplinarité entre les SAAD avec les autres partenaires intervenant auprès des publics âgés ou handicapés : l'accueil temporaire, la sortie d'hospitalisation, l'HAD, les EAS, les SSIAD ...
- en approfondissant la réflexion sur l'offre de SAAD à destination des publics handicapés

Les résultats attendus

Les engagements

- Améliorer la visibilité de l'offre de SAAD sur les territoires.
- Disposer de SAAD combinant proximité et capacité à s'impliquer dans des partenariats de territoire.
- Mieux collaborer avec des opérateurs structurés.

Les moyens

- Accompagner les initiatives de structuration notamment par un nouvel accord-cadre avec la CNSA :
- aide au projet de structuration,
- aide à l'évaluation externe des SAAD en renouvellement d'autorisation

Consolider le modèle économique de l'aide à domicile :

Ce que nous voulons réaliser

Définir un tarif de référence

- en réalisant en interne une étude des coûts : structure et encadrement, absentéisme, fractionnement...
- en organisant des groupes de travail avec les gestionnaires
- en rendant opposables les indicateurs (indicateurs de coûts, de gestion, ...)
- en engageant une réflexion permettant de prendre en compte des interventions à valeur ajoutée (besoin et/ou public spécifique, qualification de l'intervenant...)

Expérimenter la contractualisation pluriannuelle d'objectifs et de moyens

- pour rechercher des voies de solvabilisation de l'activité selon de nouvelles modalités.

Les résultats attendus

Les engagements

Renforcer les SAAD pour assurer leur viabilité financière et développer leur capacité d'intervention aux plans quantitatif et qualitatif.

Les moyens

Accompagner la consolidation du modèle économique des SAAD notamment par un nouvel accord-cadre avec la CNSA :

- réalisation d'audits sur les SAAD en difficulté,
- expérimentation des CPOM,
- soutien à la mise en œuvre d'actions ciblées dans les CPOM

La mise en œuvre et le suivi

Le calendrier (1er semestre 2018)

- Négociation avec la CNSA en vue de la signature d'un nouvel accord-cadre de modernisation de l'aide à domicile
- Réalisation d'une étude des coûts en interne

Les indicateurs de réussite

- Indicateur 1 : Nombre de SAAD ayant mutualisé leurs moyens : SAAD restructurés ou SPASAD créés
- Indicateur 2 : Nombre moyen d'heures d'intervention par service
- Indicateur 3 : Nombre de conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens signées
- Indicateur 4 : Nombre de SAAD en difficulté financière

Extrait de la contribution de l'Union
Départementale des centres
communaux d'action sociale – Vannes

« Les interventions communes SAAD
et SSIAD sont intéressantes pour la
continuité des soins.

La méthode de travail autour du
SPASAD permet une autre approche
du projet individualisé, en lien avec
l'environnement sanitaire et médico-
social.

La prise en charge est plus fluide et
cohérente. »

Accompagner l'évolution de l'offre accessible en établissements pour personnes âgées

OBJECTIFS

Optimiser l'offre territoriale

Inscrire l'offre dans une logique de parcours gradué en fonction des publics accueillis

S'assurer de la présence d'une offre accessible pour tous sur l'ensemble du territoire

Poursuivre l'amélioration du parc immobilier des établissements

Ce que nous voulons faire évoluer

Constats de départ

Le nombre de places pour personnes âgées dépendantes est insuffisant en particulier sur les territoires autonomie littoraux du département.

Le département dispose d'une palette d'établissements (EHPAD, USLD, Résidence Autonomie, EHPA, Petites Unités de Vie) dont les spécificités par rapport au public accueilli pourraient être accentuées pour mieux répondre aux besoins.

Pour préserver l'accessibilité financière des établissements et adapter la politique départementale aux évolutions notamment réglementaires, les modalités de l'habilitation à l'aide sociale qui permet de maîtriser le reste à charge de l'usager doivent évoluer. En 2017, le coût **moyen** mensuel à la charge des résidents (hébergement et dépendance) en EHPAD ou USLD est de 1 900€.

Le département souhaite faire évoluer ses modalités d'aide à l'investissement en introduisant des critères de modularité et en faisant évoluer le processus de validation vers une plus grande implication des élus.

Orientations stratégiques

Optimiser l'offre territoriale

Se mobiliser sur la création de places d'EHPAD et/ou améliorer la répartition infra-départementale de l'offre

Inscrire l'offre dans une logique de parcours gradué en fonction des publics

- en renforçant l'offre existante en fonction d'un public cible
- en priorisant des publics par type d'établissement

S'assurer de la présence d'une offre accessible pour tous sur l'ensemble du territoire

Faire évoluer les règles départementales d'aide sociale pour s'adapter aux publics accueillis en établissement

Poursuivre l'amélioration du parc immobilier des établissements

Faire évoluer les modalités d'aide à l'investissement et le processus de validation

Le Morbihan est le département de Bretagne le moins bien doté en lits d'EHPAD. Son offre, rapportée au nombre d'habitants de 75 ans et plus, est aujourd'hui inférieure à la moyenne nationale.

Compte tenu des difficultés de financement de l'ARS pour l'ouverture de nouvelles places d'EHPAD, les écarts devraient s'accroître rapidement, les projections de l'Insee confirmant un vieillissement démographique plus important dans le Morbihan.

En 2017, **10 644 places** en établissements pour personnes âgées dont 9 173 pour personnes âgées dépendantes

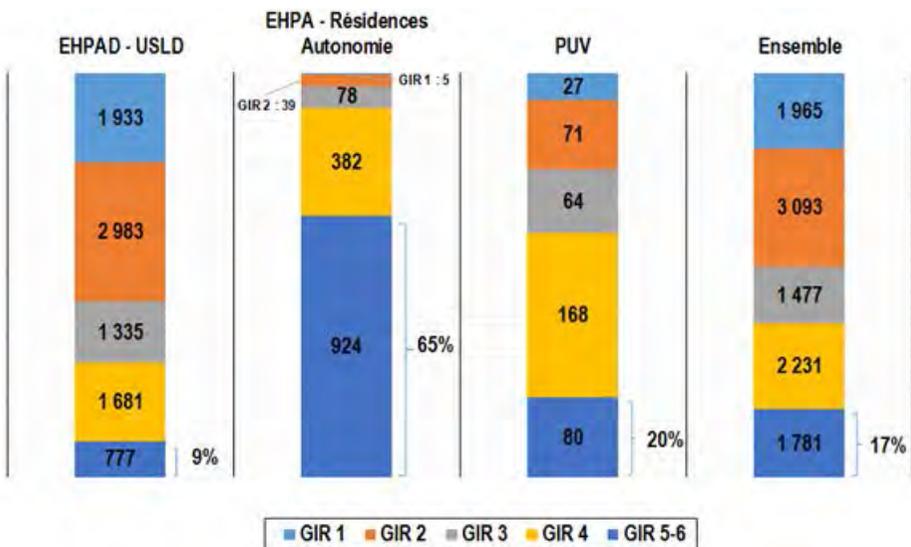
En 2017, le tarif hébergement **plafond** est de 60,83 €.

En 2017, l'état du bâti des établissements d'accueil pour personnes âgées est, **pour 32 %** de ce patrimoine, qualifié de vétuste, 21 % dans un état correct, **47 %** en bon état.

Quelques repères

Nombre de personnes accueillies par niveau de dépendance (GIR)

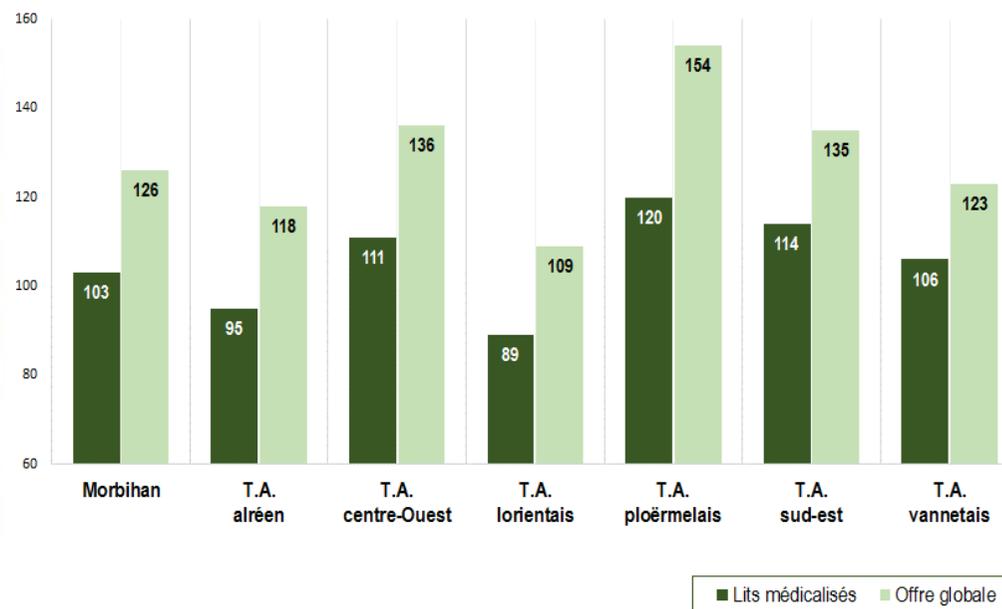
Dans le Morbihan en 2017, selon le type d'établissement



17 % des personnes accueillies en établissement sont autonomes (GIR 5-6)

Taux d'équipement en établissements pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus

En 2016, taux de lits médicalisés (EHPAD - ULSD) et taux global de places (EHPAD - ULSD - EHPA - PUV) par territoire autonomie



Optimiser l'offre territoriale

Ce que nous voulons réaliser

Se mobiliser sur la création de places nouvelles en EHPAD si l'Etat affecte des crédits soins pour le Morbihan

Le département interpelle régulièrement l'ARS sur une nécessaire priorisation des créations de places pour le département.

La situation du territoire lorientais est la plus défavorable : son déficit de lits médicalisés le positionne comme territoire prioritaire pour de futures ouvertures de places à l'échelle régionale.

En fonction d'une éventuelle programmation dans le cadre des prochains PRIAC et du nombre de places potentiellement inscrit, les créations de places pourraient être autorisées soit à la suite d'un appel à projets conjoint, soit par extensions non importantes (après appel à candidatures ou non).

Améliorer la répartition infra-départementale

Quel que soit le type de places, on constate un déséquilibre territorial de l'offre.

Le constat de ces disparités a déjà amené le département à délibérer pour autoriser les transferts de places d'EHPAD entre territoires autonomie.

Cette possibilité pourrait être étendue aux Résidences Autonomie (RA) et aux Petites Unités de Vie, les écarts entre territoires étant significatifs.

Des regroupements d'établissements de petite capacité pourraient aussi permettre de consolider l'offre, la rendre plus efficiente.

Les résultats attendus

Amélioration de la réponse aux besoins

Réduction des écarts de taux d'équipement

Permettre la consolidation d'une offre sur un territoire et la faisabilité des investissements nécessaires au maintien ou amélioration des conditions d'hébergement

Les engagements

Analyser les listes d'attente via les indicateurs issus d'Attentum pour mieux cibler les besoins

S'assurer de l'amélioration des équilibres territoriaux et économiques

Accompagner les établissements dans les démarches de recomposition de l'offre

Autoriser les transferts de place d'un territoire à un autre

Les moyens

Financement des places nouvelles

Cahier des charges pour permettre des appels à projets pour attribuer des places nouvelles ou redéployées

Accompagnement financier en fonctionnement pour faciliter la recomposition, sur les territoires qui seraient impactés par des pertes de place

Inscrire l'offre dans une logique de parcours gradué en fonction des publics accueillis

Ce que nous voulons réaliser

Conforter l'offre existante en priorisant les publics par type d'établissement

Face aux manques de perspectives concernant des créations de places nouvelles pour personnes dépendantes, il faut optimiser l'existant. Il sera nécessaire de conforter les Petites Unités de Vie dans l'accueil de personnes dépendantes via une meilleure médicalisation.

Poursuivre l'adaptation des EHPAD pour un public plus dépendant nécessiterait de prioriser les admissions des personnes les plus dépendantes en EHPAD.

Meilleure adéquation des solutions proposées par rapport aux besoins

Consolidation, sécurisation des Résidences Autonomie et des Petites Unités de Vie

Les résultats attendus

Les engagements

Poursuivre et fiabiliser l'analyse des indicateurs Attentum

Etablir une enquête auprès des établissements (profils des GIR 5-6 en EHPAD)

Suivre les évolutions des publics accueillis

Les moyens

En concertation avec l'Agence régionale de Santé, il faut permettre :

- la poursuite de la médicalisation des PUV
- une utilisation optimale des forfaits soins dans les RA et PUV

S'assurer de la présence d'une offre accessible à tous sur l'ensemble du territoire

Ce que nous voulons réaliser

Ouvrir la possibilité d'une habilitation partielle aux EHPAD lucratifs

Après analyse du besoin (taux d'habilitation par territoire et par type de places), fixer dans le RDAS puis dans les CPOM les modalités d'accès et leurs impacts

Revoir les règles d'habilitation à l'aide sociale des établissements Résidences autonomie et Petites Unités de Vie

Permettre, par une habilitation aux frais de séjour, un accès facilité pour les personnes à faibles ressources

Modalités à définir en tenant compte des spécificités de fonctionnement de ces ESMS : prestations socles et interventions extérieures

Maintenir le principe de la maîtrise départementale des tarifs hébergement des EHPAD dans le cadre des CPOM

Contractualiser avec les établissements le **maintien de l'habilitation totale à l'aide sociale** et l'application des tarifs hébergement fixés par le département à l'ensemble des résidents (y compris les non bénéficiaires de l'aide sociale) dans la limite du tarif plafond départemental

Conditionner l'attribution des aides départementales en particulier les aides à l'investissement à l'engagement du respect de cette règle, et pénaliser les établissements qui ne respecteraient pas cet engagement sur la durée

Les résultats attendus

Elargir l'accès à une prise en charge en établissement pour les personnes à faibles ressources

Répondre à la demande de certains opérateurs

Garantir la maîtrise des évolutions tarifaires

Meilleure lisibilité du financeur pour vérifier l'adéquation entre moyens accordés et prestations facturées

Maintenir de l'équité entre résidents d'un même établissement : à prestation identique, tarif identique

Les engagements

Groupe de travail interne puis externe pour définir les nouvelles règles d'aides sociales et en mesurer les impacts

Fixer un nombre de places ou une fourchette de places habilitées et/ ou réduire la durée légale (5 ans) d'admission à titre individuel

Déterminer le tarif départemental applicable : tarif moyen, plafond, autre tarif à définir

Déterminer les règles de facturation à l'utilisateur et les modalités de récupération

Les moyens

L'habilitation à l'aide sociale aux frais de séjour des RA et PUV n'entraînerait pas forcément de surcoût important, s'il se confirme qu'elle permettrait de solutionner des prises en charges aujourd'hui orientées par défaut vers les EHPAD.

La mise en œuvre et le suivi

Le calendrier - 2018

- Groupe de travail sur l'évolution de l'habilitation à l'aide sociale
- Mise à jour du guide des aides concernant l'investissement

Les indicateurs de réussite

- Indicateur 1 : évolution des taux d'équipement
- Indicateur 2 : évolution du GMP dans les EHPAD, nombre de bénéficiaires de l'aide sociale par type d'établissements
- Indicateur 3 : évolution des tarifs et du reste à charge pour les résidents
- Indicateur 4 : évolution du taux de vétusté

:

Extrait de la contribution des Associations
**LANN EOL – STE ANNE D'AURAY ET
PERRINE SAMSON – PLUMELIN**
Gestionnaires d'EHPAD

« En EHPAD, nous ressentons le besoin de développer des services qui permettent de répondre aux différents besoins de notre population et d'ouvrir nos établissements, dans une logique de parcours sécurisant pour la personne et sa famille :

- développer des services en interne si possible,
- en partenariat avec les autres structures de proximité, y compris les centres hospitaliers.

L'ouverture des EHPAD est indispensable pour développer ces partenariats et éviter les ruptures d'accompagnement, notamment médical, lors de l'entrée en EHPAD. Il serait souhaitable que les intervenants médicaux viennent dans l'EHPAD ou que de nouvelles technologies soient mises en place (ex : télémédecine).

Pour faciliter cette évolution, il est nécessaire de mieux connaître les intervenants et les services du secteur.

Mieux se connaître pour mieux travailler

Développer les propositions alternatives et soutenir les aidants

Au vu des problématiques en augmentation sur l'ensemble des publics (personnes âgées, personnes handicapées), il faut pouvoir développer des réponses intermédiaires entre domicile et établissement mais aussi prendre en compte l'épuisement des aidants.

OBJECTIFS

Recenser et organiser les dispositifs d'aides aux aidants sur tout le département

Accompagner les solutions d'habitat inclusif existantes et les nouveaux projets

Assurer un service complet et intégré pour l'accueil familial social

Recenser et organiser les dispositifs d'aide aux aidants sur les territoires autonomie

Ce que nous voulons faire évoluer

Constats de départ

La reconnaissance des aidants est récente ainsi que la possibilité de disposer pour l'aidant d'un temps « pour soi ».

La loi ASV a inscrit le droit au répit pour les personnes âgées et leurs familles : son financement par le plan APA dans la limite de 500 € par an permet aux accompagnants familiaux de souffler (accueil temporaire, accueil familial, relais à domicile, séjours de vacances).

Le plan régional maladies neurodégénératives 2014/2019 a posé des actions en faveur des personnes âgées ou handicapées pour le soutien aux aidants.

Le département soutient les aidants par le développement de places d'accueil temporaire dans ses deux derniers schémas PA, PH.

La volonté est aussi de retarder l'entrée en établissement, pour diverses raisons : cela est plus coûteux que le maintien à domicile, mais aussi, souvent, cela n'est pas souhaité par les familles et les personnes âgées, handicapées.

Les problématiques rencontrées par les PA/PH ne sont pas forcément identiques.

Les réponses de soutien aux aidants-aidés sont diversement réparties sur les territoires autonomie.

La disparité des taux d'équipement persiste sur l'offre en places d'hébergement temporaire, en dépit d'une amélioration de l'existant. L'utilisation des places autorisées n'est pas optimisée sur certains secteurs.

La Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) a officialisé la reconnaissance des aidants des personnes âgées avec le droit au répit et les conditions d'octroi du congé de proche aidant ont été élargies.

Le département dispose de deux plateformes de répit portées par des accueils de jour. Les plateformes ont été autorisées à l'issue d'une procédure d'appel à candidatures lancée par les services de l'Etat sur la base d'un cahier des charges national. Annoncées sur la base de deux plateformes de répit par département, les orientations budgétaires au niveau national ne permettent pas d'envisager la création de nouvelles plateformes de répit sur ce modèle.

Quelques repères



Les plates-formes de répit dans le Morbihan

Sièges et couverture territoriale

Éléments de situation

- Routes nationales
- Principales routes départementales
- Territoires autonomes

Plates-formes de répit

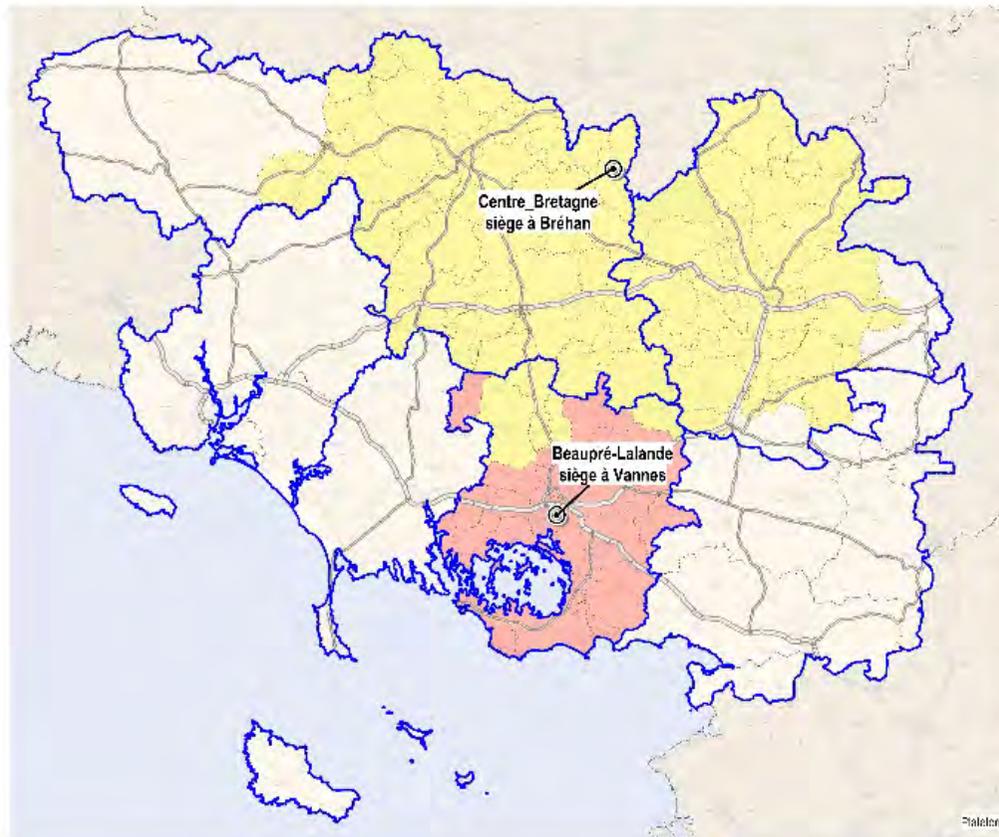
Communes desservies

- Beauport - Landerneau
- Centre Bretagne

Sièges



Source : IGN, Département du Morbihan
Réalisation Département du Morbihan - SOGEP
Date : 06/09/2017



Les plateformes d'accompagnement et de répit ont été créées pour accompagner les aidants s'occupant d'un proche en perte d'autonomie.

Il en existe aujourd'hui plus d'une centaine en France.

D'une manière générale, les plateformes d'accompagnement et de répit apportent :

- de l'information pour aider les proches à faire face à la prise en charge d'une personne souffrant de la maladie d'Alzheimer et de toute autre maladie entraînant une perte d'autonomie,
- un soutien aux proches aidants qui peut être individuel (soutien psychologique, conseils...) ou en groupe pour partager les expériences, se soutenir, rompre l'isolement, pour renforcer des liens entre familles confrontées à la même situation.
- des solutions de répit pour donner du temps libre au proche, lui permettant de vaquer à ses occupations, de prendre soin de sa santé et de se reposer.

L'objectif est de prévenir les risques d'épuisement et de diminuer le stress et l'anxiété

A destination des personnes âgées

Ce que nous voulons réaliser

Donner une lisibilité de l'offre en hébergement temporaire, places d'accueil de jour ou de nuit, l'optimiser et la développer :

Améliorer la communication vers les personnes concernées et leurs familles et vers l'ensemble des acteurs sur l'offre existante concourant au maintien à domicile de la personne âgée

Optimiser et développer l'offre d'accueil temporaire

Conforter les actions des Espaces autonomie à destination des aidants :

Organiser des actions particulières (formations, information, accueil et orientations...)

Maintenir le soutien financier du département avec le concours de la CNSA

Contribuer à la couverture départementale du dispositif « plateforme de répit » :

Disposer de plateformes de répit apportant une réponse harmonisée à l'ensemble des personnes âgées et leurs aidants sur le département

Soutenir les initiatives d'aides aux aidants, n'entrant pas dans le champ de la loi de janvier 2002, qui permettent un réel répit

Les résultats attendus

Les engagements

Sur l'accueil temporaire, développer, structurer un dispositif départemental accessible aux personnes âgées et à leurs familles :

Harmoniser les pratiques de fonctionnement sur la base du référentiel régional sur l'hébergement temporaire

Optimiser l'utilisation des places existantes en approfondissant l'analyse des taux d'occupation, des durées moyennes de séjour au regard des taux d'équipement sur chaque territoire de proximité

Sur les dispositifs innovants d'aides aux aidants, en dehors de loi de 2002, s'assurer d'une prise en charge adaptée des personnes par une charte qualité et des critères d'octroi de financement

Sur le versant des plateformes de répit, s'assurer que le département soit bien associé à la réflexion menée par l'ARS, au regard des impacts de ce dispositif sur les personnes âgées et leurs aidants

Les moyens

Lancer des appels à projets conjoints pour la création de places nouvelles sur les territoires sous équipés sous réserve de financements

Signer des conventions pluriannuelles d'objectifs et de gestion avec les dispositifs innovants d'aide aux aidants

Uniformiser l'aide aux plateformes de répit

Conforter l'accessibilité financière des dispositifs en soutenant l'implication des gestionnaires dans la procédure de demande d'aide sociale facultative et en articulant nos modalités de financement avec l'aide au répit prévue dans le décret 2016-2010 du 26 février 2016.

Quelques repères



L'accueil temporaire pour personnes âgées en 2017

153 places en accueil de jour, 149 places en hébergement temporaire et 6 places en accueil de nuit

Éléments de situation

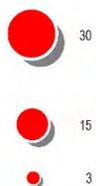
- Routes nationales
- Principales routes départementales

Territoires Autonomie

- Territoire Alréen
- Territoire Centre-Ouest Morbihannais
- Territoire Lorientais
- Territoire Ploërmelais
- Territoire Sud-Est Morbihannais
- Territoire Vannetais

Accueil de Jour

Places par commune

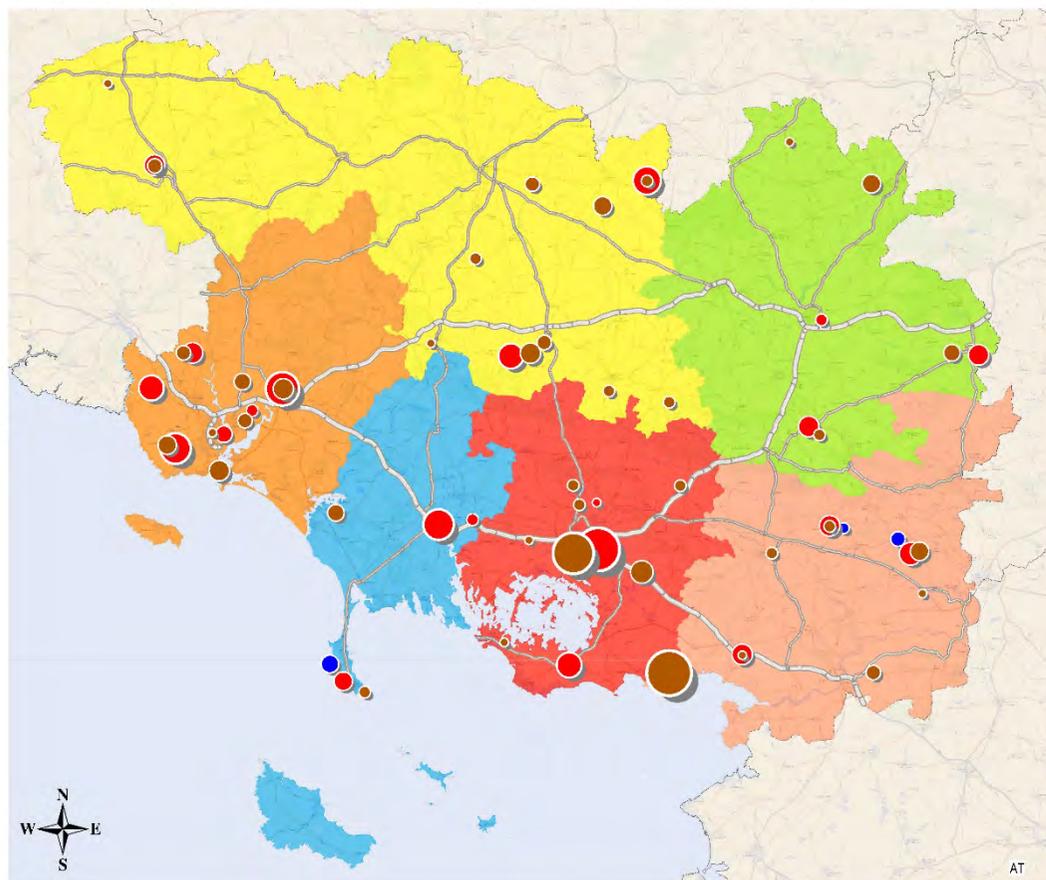


Hébergement temporaire

Places par commune



● Accueil de nuit



Source : IGN, Département du Morbihan
Réalisation Département du Morbihan - SCGEPP
Créé le 25/10/2017

L'accueil temporaire est défini comme un accueil organisé pour une durée limitée sur un mode séquentiel avec hébergement (**hébergement temporaire et accueil de nuit**) ou sans hébergement (**accueil de jour**).

Il vise à apporter aux personnes âgées en perte d'autonomie une réponse à une modification ponctuelle ou momentanée de leurs besoins et à permettre aux aidants de disposer de périodes de répit.

Il concerne également des personnes âgées autonomes isolées ayant un besoin d'accompagnement médico-social.

L'accueil temporaire s'intègre dans un projet de maintien à domicile de la personne âgée. La préparation du retour à domicile est donc un élément essentiel du dispositif impliquant l'ensemble des acteurs de la filière d'accompagnement.

A destination des personnes handicapées

Ce que nous voulons réaliser

Donner une lisibilité de l'offre en accueil temporaire (hébergement temporaire, accueil de jour ou de nuit) :

Recenser les places en accueil temporaire sous diverses formules pour tous les âges. Communiquer auprès des personnes handicapées et leurs familles sur les différents dispositifs d'accueil temporaire pour contribuer au maintien dans la cité des personnes handicapées et pour soulager les aidants

Optimiser et développer les dispositifs d'accueil de jour ou d'accompagnement en journée :

Créer des places en accueil de jour pour contribuer à l'autonomie des personnes handicapées et leur permettre de vivre à domicile soit dans un logement, soit dans leurs familles. Régler la problématique des transports, principal frein à l'accueil de jour

Maintenir le soutien financier aux associations menant des actions diverses à destination des personnes handicapées :

Sécuriser financièrement les associations et organismes par des conventions pluriannuelles d'objectifs et de gestion

Conditionner le soutien financier aux besoins repérés par le département

Soutenir l'habitat inclusif

Apporter une réponse d'aide et d'accompagnement aux personnes en situation de handicap qui ont décidé de vivre individuellement ou collectivement à domicile

Les résultats attendus

Les engagements

Mener une réflexion sur le repérage des besoins par territoire pour mieux adapter les réponses en y associant les personnes concernées, leurs familles et les partenaires

Améliorer l'occupation des places d'hébergement temporaire déjà existantes

Mieux répondre au besoin de répit des aidants familiaux des adultes handicapés

Assouplir notre règlement d'aide sociale pour favoriser les initiatives, avec notamment la mise en commun de la PCH et des dérogations aux durées de séjour temporaire

Rationaliser le soutien aux associations et organismes par une programmation

Les moyens

Lancer un appel à projet pour créer des places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour, avec un objectif d'équilibre territorial

Proposer en lien avec les gestionnaires de services ou établissements des accueils séquentiels et des séjours d'essai afin de permettre aux personnes handicapées et à leurs aidants de maintenir ou de poursuivre leur vie dans la cité

Créer un dispositif innovant pour permettre une réponse alternative aux jeunes adultes handicapés et à leur famille en attente de mise en œuvre des orientations vers un établissement

Modifier le règlement départemental d'aide sociale pour permettre l'accès à l'accueil de jour et l'accompagnement de journée et déroger à la règle des 90 jours

Quelques repères



L'accueil temporaire pour personnes handicapées en 2017

107 places en accueil de jour, 17 places en hébergement temporaire

Éléments de situation

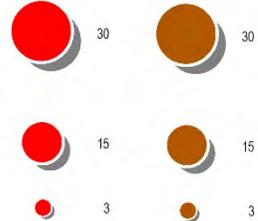
- Routes nationales
- Principales routes départementales

Territoires Autonomie

- Territoire Alréen
- Territoire Centre-Ouest Morbihannais
- Territoire Lorientais
- Territoire Ploërmelais
- Territoire Sud-Est Morbihannais
- Territoire Vannetais

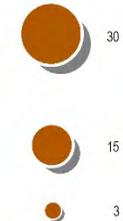
Accueil de jour

Places par commune



Hébergement temporaire

Places par commune



Source : IGN, Département du Morbihan
Réalisation Département du Morbihan - SCGEPP
Créé le 25/10/2017

L'accueil de jour vise à maintenir ou à développer les acquis de la personne handicapée, faciliter et préserver son intégration sociale.

Il se caractérise par l'accueil de la personne en situation de handicap sur une ou plusieurs journées ou demi-journées par semaine.

L'accueil de jour est mieux investi dans les établissements implantés dans les centres urbains.

L'hébergement temporaire, limité à 90 jours par an, permet d'organiser des périodes de répit pour l'intéressé ou son entourage, des périodes de transition entre 2 prises en charge, des réponses adaptées à une situation d'urgence ou une modification ponctuelle des besoins de la personne handicapée.

Le nombre de journées constatées en hébergement temporaire est en progression constante.

Accompagner les solutions d'habitat inclusif existantes et les nouveaux projets

Ce que nous voulons faire évoluer

Constats de départ

Les personnes âgées et en situation de handicap attendent des réponses de proximité permettant de les inclure dans la cité.

La demande d'une réponse alternative, entre domicile et établissement, est importante.

Des réponses d'accompagnement et de proximité existent déjà sur le département :

48 domiciles partagés accueillant plus de 380 personnes âgées désorientées sont implantés sur le territoire départemental mais leur fonctionnement actuel est fragile :

- des risques importants (fragilité du mode mandataire) pouvant conduire à une requalification en établissements et services médico-sociaux,
- une inoccupation accentuée sur certains territoires infra-départementaux,

- une viabilité économique étroitement liée à la dépendance car la solvabilité s'appuie sur un plan d'aide personnalisée à l'autonomie (APA) conséquent ou sur des revenus importants

4 domiciles groupés accompagnés de 6 hébergements chacun,

7 sont en projet, ce qui portera à 66 le nombre de personnes accueillies en domiciles groupés accompagnés pour adultes handicapés.

- le dispositif récent est à consolider et à piloter au niveau du département
- le cahier des charges apparaît trop restrictif pour certains gestionnaires
- la répartition territoriale est inégale
- l'offre est insuffisante pour les personnes handicapées psychiques.

Domiciles partagés

Conception datant de 1990 portée par des communes, accompagnée par le département Habitats partagés pour 8 personnes âgées dépendantes (maladie d'Alzheimer et apparentées) avec service mandataire
Cahier des charges adopté en 2011

Coût mensuel estimé en 2017 : **environ 2500 €**

Domiciles groupés accompagnés

Habitats partagés pour 6 personnes handicapées présentant un handicap similaire (colocation ou appartements groupés)

Cahier des charges adopté en 2015

D'autres initiatives de gestionnaires se sont développées comme par exemple 2 Habitats partagés pour travailleurs handicapés (sous forme de SCI) de 12 et 14 logements.
Ce sont des réponses hétérogènes avec des modes de financement parfois fragiles.

Quelques repères



La localisation des domiciles partagés dans le Morbihan

Situation au 31 décembre 2016

Éléments de situation

- Routes nationales
- Principales routes départementales

Territoires Autonomie

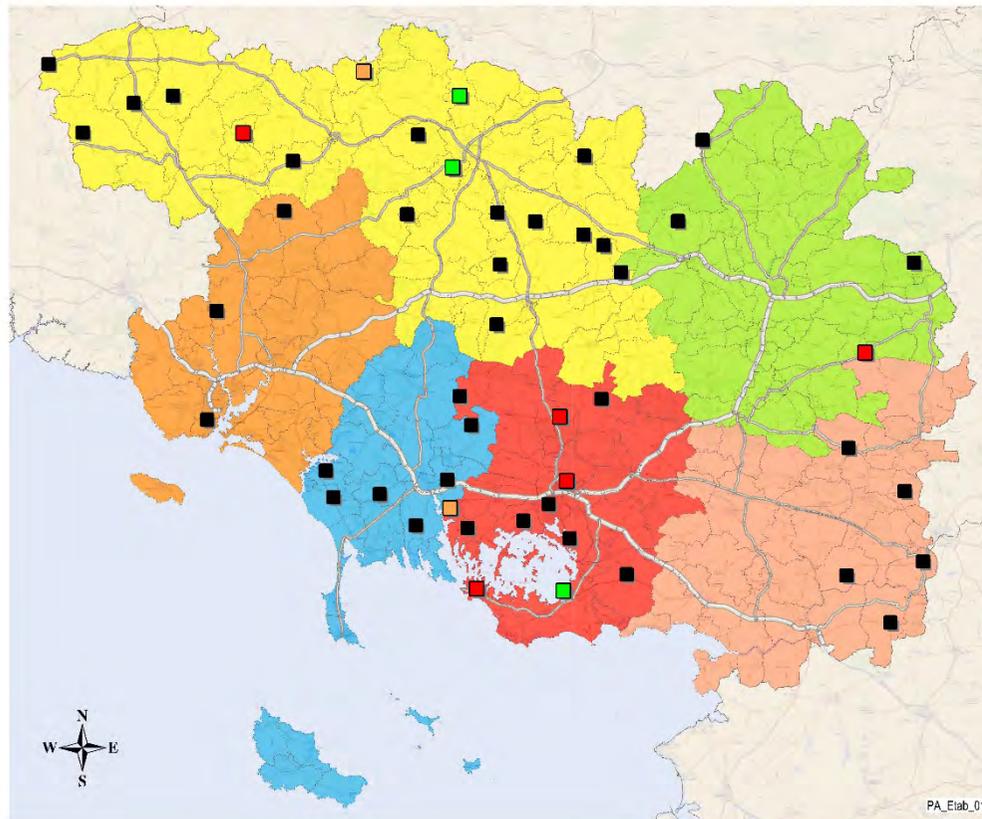
Situation 2016

- Alréen
- Centre-Ouest Morbihannais
- Lorientais
- Ploërmelais
- Sud-Est Morbihannais
- Vannetais

Domiciles partagés

Selon l'année d'installation

- Avant 2011
- 2011 et 2012
- 2013 et 2014
- A partir de 2015



Offre au 31 décembre 2016

Domiciles partagés

48 domiciles, répartis sur 46 communes

Plus de 380 personnes âgées accueillies



Les Domiciles Groupés Accompagnés (DGA) dans le Morbihan

11 domiciles de 6 places chacun à horizon 2019

Éléments de situation

- Routes nationales
- Principales routes départementales

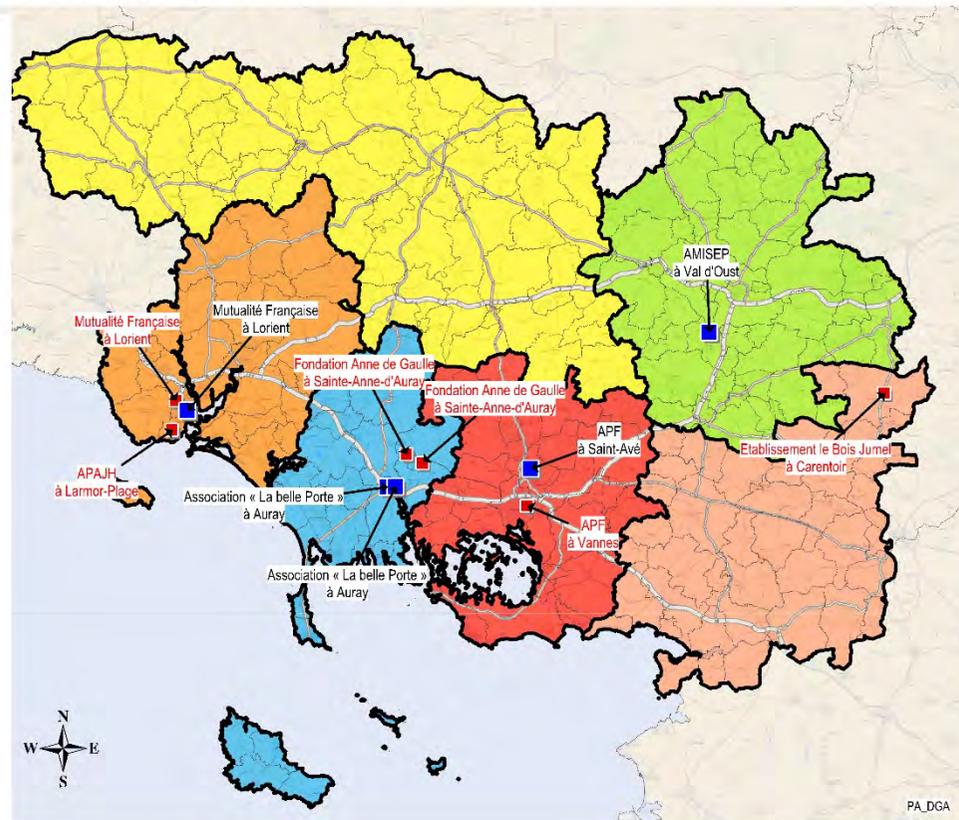
Territoires Autonomie

Situation 2016

- Alréen
- Centre-Ouest Morbihannais
- Lorientais
- Ploërmelais
- Sud-Est Morbihannais
- Vannetais

Niveau de réalisation des DGA

- Ouvert (5)
- Projet (6)



Source : IGN, Département du Morbihan
Réalisation Département du Morbihan - SCGEPP
Créé le 25/10/2017

Domiciles groupés accompagnés

En 2016 : 4 domiciles installés pour 24 logements

A l'horizon 2019, 11 DGA de 6 logements chacun seront implantés sur les territoires autonomie à l'exception pour l'instant du Centre ouest Morbihan.

Ces domiciles accueillent des personnes en situation de handicap physique et/ou présentant une déficience intellectuelle

Structurer les domiciles partagés et les domiciles groupés accompagnés

Ce que nous voulons réaliser

Sécuriser les domiciles partagés en s'assurant de la faisabilité d'un passage en mode prestataire ou les reconvertir en habitat classique

Disposer d'une offre en domiciles groupés accompagnés souple et adaptée aux attentes des personnes handicapées et de leurs familles

Les résultats attendus

Les engagements

Mettre en place un groupe de travail, piloté par la direction de l'autonomie, sur la sécurisation juridique et financière des domiciles partagés, incluant la solvabilisation des personnes âgées, avec préconisations

Réaliser un bilan partagé avec les gestionnaires des DGA et réfléchir, notamment, à l'accueil des personnes handicapées vieillissantes dans ce dispositif

Organiser un pilotage départemental des DGA

Les moyens

Au regard du bilan, adapter si besoin le cahier des charges des DGA et lancer un nouvel appel à projet

Soutenir les nouveaux projets d'habitat inclusif pour le public handicapé

Ce que nous voulons réaliser

Intégrer dans le paysage institutionnel une solution modulable
répondant aux parcours de vie de la personne handicapée

Equilibrer l'offre sur les territoires autonomie

Les résultats attendus

Les engagements

Disposer d'une offre souple et adaptée aux attentes des personnes handicapées et de leurs familles

Expérimenter des solutions d'accompagnement en partenariat avec les familles (groupes de travail) sécurisées juridiquement et soutenables financièrement

Proposer des formules d'habitat regroupé prévoyant un accompagnement au fonctionnement par le département

Les moyens

Les critères et modalités de financement seront à déterminer.

Assurer un service complet et intégré pour l'accueil familial

Ce que nous voulons faire évoluer

Constats de départ

L'Accueil Familial Social est un dispositif réglementé par le CASF. Il est géré par le département tant pour l'agrément des familles d'accueil que pour le suivi de l'accueil. Actuellement, les accueillants familiaux exercent leur activité en accueil direct, soit de gré à gré.

L'âge des accueillants familiaux : le dispositif est fragilisé du fait de l'âge des accueillants familiaux : 58 % des accueillants ont plus de 60 ans ; 22 % moins de 50 ans.

Leur formation : un décret est paru en avril 2017 précisant les modalités de formation des accueillants, la mise en application de cette réglementation n'est encore pas mise en œuvre

La fonction de tiers régulateur : le concours de tiers régulateur n'existe pas dans le département.

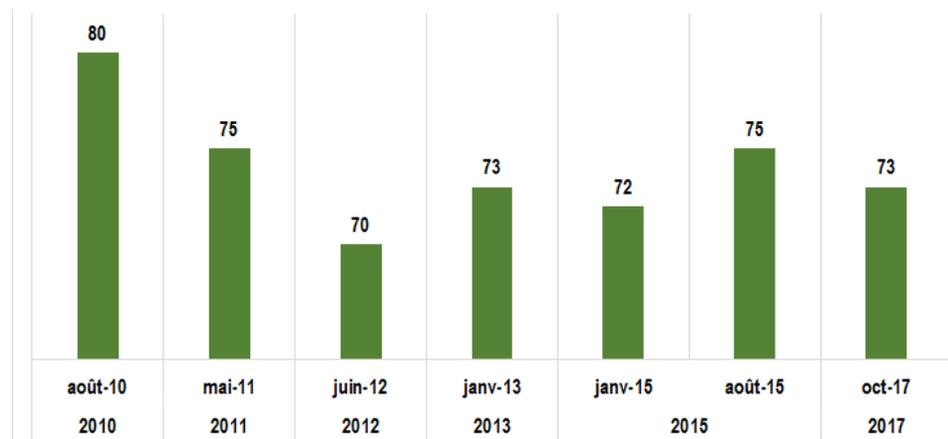
Le salariat d'accueillant familial : une personne morale de droit public ou de droit privé peut solliciter l'accord du président du conseil départemental pour être employeur d'accueillants familiaux. Cette possibilité n'existe pas dans le département.

Décret n° 2017-552 du 14 avril 2017

En vigueur depuis le 1^{er} avril 2017, les nouvelles modalités d'agrément des particuliers souhaitant accueillir à leur domicile, à titre onéreux, des personnes âgées ou des adultes handicapés prévoient notamment l'obligation de suivre des formations de professionnalisation.

Evolution du nombre d'accueillants familiaux dans le département

Accueillants familiaux pour personnes âgées et / ou handicapées



Quelques repères



L'offre en accueil familial dans le département en octobre 2017

Une capacité de 131 places avec 73 accueillants familiaux agréés

Éléments de situation

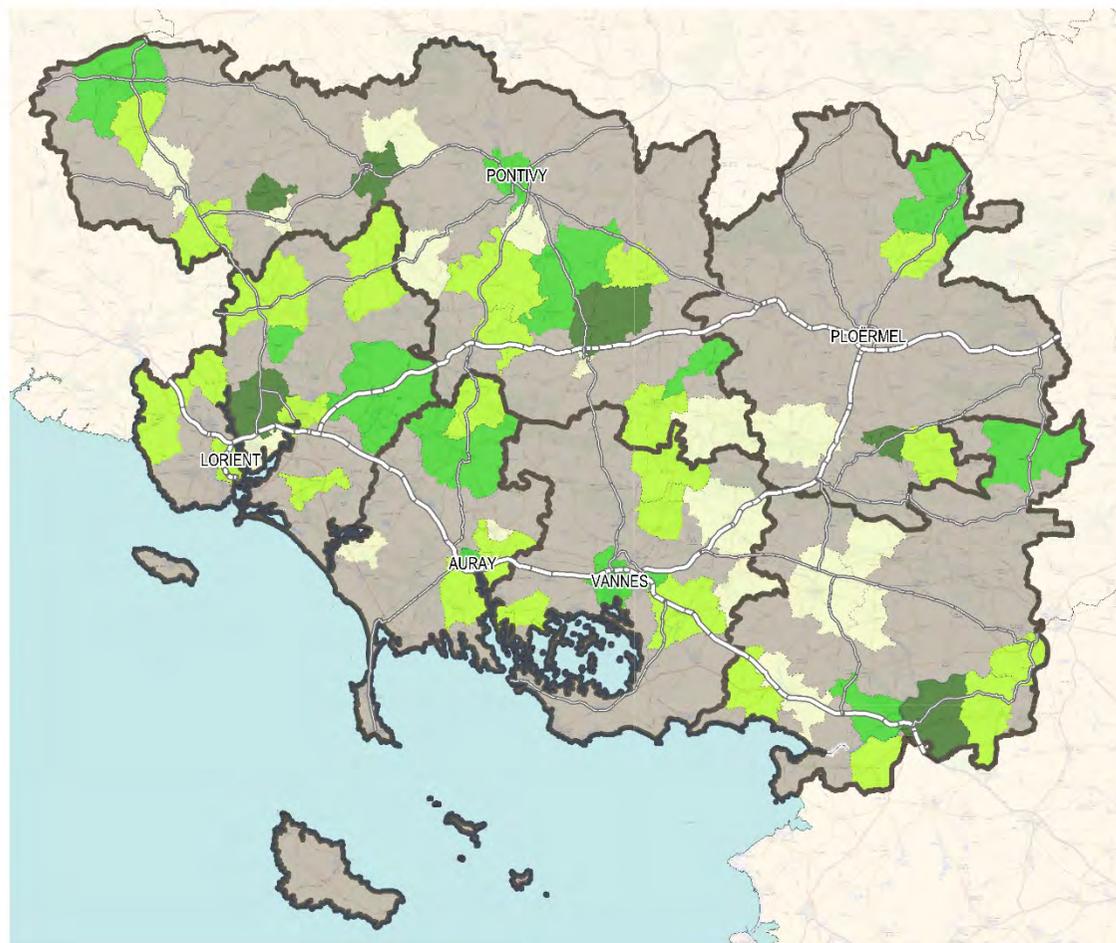
- Routes nationales
- Principales routes départementales

Organisation territoriale

- Limites des territoires autonomie

Capacité d'accueil par commune

- 4 places ou plus (6)
- 3 places (12)
- 2 places (26)
- 1 place (17)
- Pas d'accueil familial (192)



Source : IGN, Département du Morbihan
Réalisation Département du Morbihan - SCGEPP
Créé le 25/01/2017

Des actions de communication ont été menées pour valoriser et développer l'accueil familial. Ces informations s'adressaient aux candidats potentiels mais également au public susceptible d'être accueilli.

Des réunions « Info Métiers » ont été mises en place pour apporter des renseignements aux personnes intéressées par l'obtention d'un agrément et qui ont pris contact avec le service. Ces réunions engagées à partir de septembre 2011 se sont tenues au rythme moyen de trois réunions par an.

Les mesures de communication autour de l'accueil familial se sont renforcées en 2015.

Des réunions de présentation ont été organisées à destination des professionnels : EAS, services sociaux....

Ce que nous voulons réaliser

Conforter et développer le dispositif

Stabiliser le dispositif sur les questions juridiques et le financement de l'accueil familial social

Développer les campagnes d'information

Ouvrir le dispositif d'accueil familial aux établissements et services médico-sociaux

Mettre en œuvre la réforme de la formation professionnelle des accueillants familiaux dont la formation pour des accueils spécifiques

Augmenter le nombre de familles d'accueil

Etudier la possibilité d'un dispositif AFS salarié

Susciter des vocations en développant la communication sur l'accueil familial social (7 demandes en 2015 ; 6 en 2016)

Faire évoluer l'accueil familial en proposant une formation professionnelle adaptée

Développer des passerelles entre le dispositif d'hébergement temporaire et le dispositif d'AFS au regard du parcours et du projet de vie des personnes handicapées ou âgées.

Consolider le dispositif

Engager une réflexion avec les départements limitrophes pour répondre aux exigences réglementaires relatives à l'obligation de formation professionnelle des accueillants.

Etudier l'intérêt de la mise en place d'un tiers régulateur (appel à candidature, convention financière avec le département).

Etudier l'intérêt pour le département d'une gestion externalisée : faire un tableau comparatif sur les conséquences d'une gestion propre et d'une gestion externalisée des autorisations et des suivis.

Les résultats attendus

Les engagements

Mettre en application le décret n° 2017-552 du 14 avril 2017 en organisant des sessions de formation.

Faire monter en compétences les accueillants familiaux pour ouvrir le dispositif aux publics qui nécessitent un accompagnement spécifique.

Ouvrir l'accueil familial à des publics spécifiques (ex : jeunes relevant de RAPT, de l'amendement Creton, jeunes sortant du dispositif de la protection de l'enfance).

Permettre une gestion de l'AFS par des gestionnaires d'ESSMS en complément de leurs services autorisés pour offrir un plateau technique respectant le parcours de vie de la personne handicapée ou âgée.

Les moyens

Mettre en place un groupe de travail accueil familial avec les partenaires pour faire évoluer le dispositif départemental

La mise en œuvre et le suivi

Le calendrier :

- 2018 : Mettre en place les groupes de travail
Bilan des DGA

Les indicateurs de réussite

- Indicateur 1 : Evolution du nombre de réponses alternatives par publics
- Indicateur 2 : Nombre de personnes bénéficiaires d'actions d'aide aux aidants par an et par territoire

Extrait de la contribution de Proxim'services Rhuys- Muzillac

Service d'aide à domicile

Les personnels sociaux et médico-sociaux ont un rôle à jouer auprès des aidants pour les soutenir, pour mobiliser les dispositifs du territoire ou encore prévenir les risques d'épuisement. Contribuer au développement du lien social pour les proches et aidants familiaux : écouter, conseiller et échanger sur les difficultés et pratiques ; informer sur les aides existantes en concertation avec l'Espace Autonomie Senior.

Une réponse territorialisée adaptée pour les personnes âgées ou handicapées et leurs familles

OBJECTIFS

Mener une observation permettant l'analyse des besoins à l'échelle des 6 territoires autonomie

Redimensionner 4 Espaces autonomie sur la base d'un nouveau cahier des charges

Ce que nous voulons faire évoluer

Constats de départ

Le département du Morbihan est découpé en 6 territoires autonomie. Le projet était de pouvoir couvrir ces 6 territoires par 6 espaces autonomie seniors, structures préconisées par le schéma gérontologique départemental 2011-2015.

L'intégralité des missions du cahier des charges de 2012 est déployée sur ces EAS. Le portage départemental a permis d'engager une harmonisation des pratiques et des outils, dans un souci d'équité de traitement. Il ressort, tant des rapports d'activité que des évaluations MAIA que ces structures sont parvenues globalement à atteindre leur public cible et que le réseau partenarial existe.

Cependant, le projet initial connaît des limites :

- la question du portage par un EPCI entraîne notamment des difficultés de mise en œuvre d'un EAS sur le territoire lorientais et des interrogations régulières sur les moyens dédiés sur d'autres EAS
- la confusion des rôles de pilotage MAIA avec la coordination CLIC, ce que l'ARS souhaite voir évoluer

- des rythmes de montée en charge variables, et des initiatives d'actions collectives à réinterroger
- la prise en charge uniquement des personnes âgées de 60 ans et plus

Orientations stratégiques

Ajuster le modèle des Espaces Autonomie Seniors (EAS) :

- en centrant l'activité des Espaces autonomie sur les missions financées par le Département et l'Agence régionale de Santé
- en installant une gouvernance lisible positionnant précisément chaque acteur : maître d'œuvre, porteur de projet, contributeur,
- en élargissant le champ d'intervention des Espaces Autonomie Seniors au public en situation de handicap,
- en stabilisant sur plusieurs années le dispositif financier et organisationnel porté par le Département dans le cadre de conventions d'objectifs et de moyens permettant de répondre aux besoins des usagers.

Les avantages de cette organisation :

- échelle territoriale cohérente avec la proximité souhaitée
- réelle concertation des acteurs des territoires qui sont de plus en plus nombreux à s'engager dans la coresponsabilité de la prise en charge des situations (cf. évaluation ARS)
- délégation départementale permettant un ajustement des missions des porteurs des EAS au plus près des spécificités locales, tout en conservant une équité de traitement.

• En 2015, près de 7 000 personnes ont été accompagnées par les 5 EAS, soit près de 12% de la population âgée de 75 ans et plus.

• Des chiffres progressant chaque année, avec cependant une stabilisation programmée à environ 20% de personnes âgées de 75 ans et plus, soit près de 10 000 situations évaluées et



Quelques repères



Les sites d'accueil des Espaces Autonomie Senior

Situation au 1er janvier 2016

Éléments de situation

- Routes nationales
- Principales routes départementales

Territoires Autonomie

- Ayréen
- Centre-Ouest Morbihannais
- Lorientais
- Ploërmelais
- Sud-Est Morbihannais
- Vannetais

Etablissements par catégorie

- Siège (5)
- Antenne (7)
- Permanence (18)



Source : IGN, Département du Morbihan
Réalisation Département du Morbihan - SCGEPP
Créé le 09/08/2016



En application du code l'action sociale et des familles, le département coordonne dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale les actions menées par les différents intervenants, définit les secteurs géographiques d'intervention et détermine les modalités d'information du public (CLIC-MAIA).

Le 27 juin 2012, dans le cadre du schéma gérontologique 2011-2015, 6 territoires autonomie ont été définis par l'assemblée départementale.

Dans le cadre du schéma de l'autonomie 2018-2022, les périmètres d'intervention des Espaces autonomie sont redimensionnés sur la base des 6 territoires existants.

Mener une observation permettant l'analyse des besoins à l'échelle des 6 territoires autonomie

Ce que nous voulons réaliser

Mettre en œuvre une observation sur les territoires infra-départementaux :

- en définissant des objectifs harmonisés
- en recensant et en mobilisant les différents acteurs concernés
- en déployant des outils appropriés
- en analysant et en partageant les résultats

Les résultats attendus

Les engagements

- optimiser les réponses aux besoins des personnes âgées et en situation de handicap

Les moyens

- déploiement d'outils d'observation : systèmes d'information permettant l'analyse des listes d'attente en établissements médico-sociaux et le suivi des orientations pour les personnes en situation de handicap
- intégration des outils régionaux et nationaux à l'échelle départementale
- adaptation des systèmes d'information existants aux préconisations nationales

Redimensionner 4 Espaces autonomie

sur la base d'un nouveau cahier des charges

Ce que nous voulons réaliser

Couvrir l'intégralité du territoire morbihannais

- en déterminant le périmètre d'intervention des 4 espaces autonomie permettant d'assurer la proximité souhaitée

Définir un nouveau cahier des charges pour les Espaces autonomie

- en recentrant les missions sur la prise en charge de la perte d'autonomie et en intégrant dans leurs missions l'ouverture aux personnes en situation de handicap

Assurer la stabilité financière des Espaces autonomie

- en déterminant de nouvelles modalités d'intervention financière du Département et de l'ARS garantissant la pérennité du service à l'utilisateur et séparant les fonctions de responsable de l'Espace autonomie et de pilote MAIA

Désigner les porteurs des 4 Espaces autonomie

- en lançant des appels à candidature en 2018

Les résultats attendus

Les engagements

- préserver la proximité dans l'accueil des usagers et dans la prise en charge des situations individuelles de perte d'autonomie
- réduire le risque du montage financier en s'appuyant sur des financements du Département et de l'Agence Régionale de Santé
- mutualiser les moyens humains et financiers

Les moyens

Plus de 2 K€ seront consacrés aux EAS, dont une recette de l'ARS sur le dispositif MAIA

Expérimenter le nouveau projet sur le territoire lorientais :

- Offrir la même réponse d'accompagnement à toute la population en perte d'autonomie ou en situation de handicap sur l'ensemble du territoire autonomie lorientais
- Simplifier le parcours de cette population en regroupant au sein d'une même structure des dispositifs sanitaires et médico-sociaux dont les missions sont différentes mais complémentaires
- Apporter un réel appui aux professionnels du territoire

La mise en œuvre et le suivi

Le calendrier

- 2017 :
Vote du schéma autonomie
Validation du document cadre
- 2018/2019 :
Communication sur le nouveau projet
Mise en œuvre sur le territoire lorientais
Appels à candidature
Désignation des 4 porteurs des Espaces autonomie
Signature des conventions d'objectifs et de moyens
Mise en place des nouveaux Espaces Autonomie

Les indicateurs de réussite

- Indicateur 1 : Nombre de réponses à l'appel à candidatures
- Indicateur 2 : Nombre de conventions d'objectifs et de moyens signées
- Indicateur 3 : Evaluation du nombre de situations accompagnées par les chargés d'accompagnement et par les gestionnaires de cas, nombre de situations résolues au vu de la demande initiale



Les nouveaux périmètres des Espaces Autonomie morbihannais Schéma autonomie du Morbihan

Éléments de situation

- Routes nationales
- Principales routes départementales

- Limites des territoires autonomie

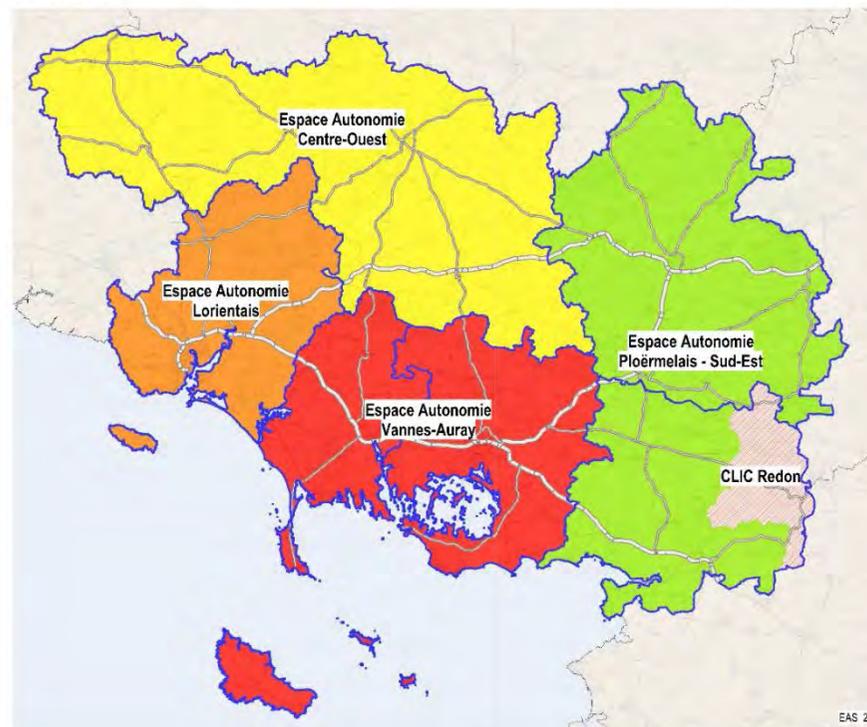
Espaces Autonomie

Source : Schéma Autonomie

- E.A. Centre-Ouest
- E.A. Lorientais
- E.A. Ploërmelais - Sud-Est
- E.A. Vannes-Auray
- Hors espaces autonomie



Source : IGN, Département du Morbihan
Réalisation Département du Morbihan - SCGEPP
Créé le 23/08/2017





Mise en oeuvre et suivi

Modalités de mise en œuvre de la politique départementale sur le champ de l'autonomie

La participation des acteurs du champ autonomie

La mise en œuvre du schéma départemental de l'autonomie s'appuiera sur la mise en place de groupes de travail faisant appel à la participation des acteurs du champ de l'autonomie, concernant notamment :

- **le suivi des amendements Creton** dans le cadre de l'orientation 2 : « Augmenter sensiblement les capacités d'accueil des personnes en situation de handicap »

- **l'accueil familial social intégré** dans le cadre de l'orientation 4 : « Développer les propositions alternatives et soutenir les aidants »

Et en tant que de besoin sur la période du schéma.

L'évaluation annuelle du schéma

Le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) sera informé annuellement de l'avancée des travaux de mise en œuvre du schéma autonomie.

Un tableau de suivi des 5 orientations sera mis à jour régulièrement et présenté en 2^{ème} commission du conseil départemental du Morbihan « Action sociale et autonomie »

La mise en place d'une observation partagée

Afin d'optimiser les réponses aux besoins des personnes âgées et en situation de handicap, une observation à l'échelle des six territoires autonomie est mise en œuvre.

Celle-ci s'appuie sur la définition d'objectifs harmonisés, le recensement et la mobilisation de l'ensemble des acteurs concernés, le déploiement d'outils d'observation partagée, l'analyse et le partage des résultats.

Le président du Conseil départemental du Morbihan remercie :

- les représentants de l'**Agence Régionale de Santé de Bretagne**,
- l'ensemble des **contributeurs** (voir liste jointe en annexe),
- la **Direction de l'autonomie**, la **Maison Départementale de l'Autonomie**
- les **services départementaux** :
 - ✓ le service des prestations individuelles,
 - ✓ le service de la gestion de l'offre,
 - ✓ le service du conseil et de l'évaluation médicale et médico-sociale,
 - ✓ le service des projets transversaux de l'autonomie,
 - ✓ la chargée de mission Fluidité des parcours
 - ✓ le service du contrôle de gestion et d'évaluation des politiques publiques.

pour leur participation et leur engagement qui ont permis la réalisation de ce schéma départemental de l'autonomie.



Annexes



Direction adjointe de l'hospitalisation et de l'autonomie

Direction adjointe des Parcours

Courrier de Mr Le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé Bretagne

Date : 28 septembre 2017

Objet : Elaboration du schéma départemental 2018-2022

Dans le cadre des travaux préparatoires à l'élaboration du schéma de l'autonomie 2018-2022, vous avez sollicité mon point de vue sur les orientations stratégiques pour les cinq années à venir.

Les cinq axes de travail proposés à ce stade des travaux s'inscrivent dans les principes de la Loi du 11 février 2005 et ceux de la Loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

Je ne peux donc que souscrire pleinement à l'option que vous avez retenue de rassembler les chantiers prioritaires 2018-2022 autour de l'autonomie.

J'ai bien entendu que vous souhaitiez mener une large consultation autour des priorités relevant de votre compétence. Toutefois, il me paraît opportun que les futures orientations stratégiques du schéma autonomie fassent mieux apparaître le contexte stratégique actuel de la politique menée au niveau national en faveur des personnes en situation de handicap, marqué par :

- La démarche « réponse accompagnée pour tous »,
- La réforme de la tarification des établissements et services médico-sociaux (SERAFIN PH),
- La généralisation de la contractualisation avec les gestionnaires,
- Le lancement du 4ème plan autisme et maladies neuro-développementales.
- La stratégie quinquennale handicap

Désormais, toutes les politiques publiques en faveur des personnes en situation de handicap notamment, mais également celles en faveur des personnes âgées dépendantes, doivent s'appuyer sur des logiques plus centrées sur les besoins des personnes pour mieux construire des réponses collectives et partagées avec l'ensemble des institutions concernées par la qualité de vie des personnes en perte d'autonomie (personne en situation de handicap et personnes âgées dépendantes)

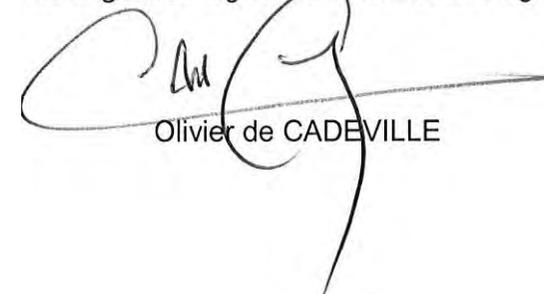
Chacune de nos institutions devra donc porter au cours des prochaines années, un effort significatif, dans le cadre de ses compétences, pour décloisonner le fonctionnement des établissements et services en faisant évoluer les financements au service d'une plus grande souplesse et d'une fluidité des parcours de santé et de vie.

Ainsi dans le cadre du futur ou prochain projet régional de santé 2018-2022, je souhaite encore mieux valoriser la co-construction et la concertation avec les partenaires et institutions concernées. Dans cet esprit, je vous propose d'identifier les articulations avec les autres acteurs à mobiliser pour construire le futur schéma de l'autonomie de la collectivité morbihannaise.

A titre d'exemple, l'orientation 2 intitulée « Garantir une offre d'aide à domicile satisfaisante » mériterait d'être articulée avec l'offre de santé et l'habitat inclusif pour mieux appréhender l'effort précis envisagé par la collectivité (même si je sais que ce point est abordé dans le schéma relatif à l'habitat). Il me semble par ailleurs que nous sommes appelés à développer une stratégie commune autour des services intervenant à domicile (SAAD / SSIAD) notamment dans la logique favorisée par la CNSA au moyen de financement d'appui à l'évolution de cette offre importante pour la fluidité des parcours (fonds de restructuration, expérimentation SPADAD).

Pour conclure, je souhaite donc vous assurer de mon soutien dans la poursuite des travaux d'élaboration du schéma de l'autonomie morbihannais, d'autant que nous avons l'opportunité d'une parfaite convergence calendaire dans l'élaboration et la mise en œuvre du schéma et du 2nd projet régional de santé.

Le Directeur général
de l'Agence Régionale de Santé Bretagne



Olivier de CADEVILLE

Organisme
• ADAPEI du Morbihan - Lorient
• ADMR - Fédération du Morbihan - Vannes
• AMISEP - Pontivy
• APF - Vannes
• ARESAT - Hennebont
• ASSAP-CLARPA – Saint-Avé
• Association AMPER – Vannes
• Association Gabriel DESHAYES - Auray
• Association KERVIHAN - Bréhan
• Association LE MOULIN VERT - Arzon
• Association OREILLE ET VIE - Lorient
• Associations LANN EOL - Plumelin & Perrine SAMSON - Locminé
• CCAS - Guidel
• CCAS - Hennebont
• CCAS - Lanester
• CCAS - Ploemeur
• CCAS - Quéven
• CCAS - Vannes
• CENTRE HOSPITALIER BASSE VILAINE - Nivillac
• CENTRE HOSPITALIER - Port-Louis / Riantec
• CLIC - PAYS DE REDON (GIP) - Redon
• COLLECTIF DE FAMILLES pour la création d'un foyer de vie à VANNES
• CONSEIL TERRITORIAL DE SANTE BROCELIANDE ATLANTIQUE
• EAS - PETR PAYS DE PLOERMEL – Ploërmel

Organisme
• EAS - POLE SANTE DU PAYS D'AURAY - Auray
• EAS CENTRE OUEST MORBIHAN - Pontivy
• EAS SUD EST MORBIHAN - Muzillac
• EAS VANNETAIS - Vannes
• EHPAD Pierre de FRANCHEVILLE - Sarzeau
• EPSM Morbihan - Saint-Avé
• EPSM - VALLEE DU LOCH – Plescop
• FEDERATION HOSPITALIERE DE BRETAGNE - Rennes
• FOYER DE VIE TY COUESLE - Allaire
• GEM VANNES-HORIZON - Vannes
• HANDEO - Paris
• IEA LE BONDON - Vannes
• MAIRIE - Saint-Malo de Beignon
• MAISON D'ACCUEIL ANGELIQUE LE SOURD – Saint-Jacut Les Pins
• MUTUALITE FRANCAISE FINISTERE-MORBIHAN - Lorient
• POUR VOUS CHEZ VOUS – Lorient
• PROXIM SERVICES (AS2PL) - Pays de Lorient
• PROXIM SERVICES - RHUYS – MUZILLAC - Sarzeau
• Résidence autonomie ER VOTENN VRAS - Arzon
• Résidence LA VILLENEUVE - Pluméliau
• Résidence SAINT DOMINIQUE - Pontivy
• SADI – ex canton de Cléguérec - Cléguérec
• UDAF Morbihan - Vannes
• UDCCAS - Vannes

DOCUMENT DE CADRAGE DES ESPACES AUTONOMIE SENIORS

PREAMBULE

Le département du Morbihan a souhaité déployer des espaces autonomies seniors, structures de proximité des politiques décloisonnées de l'autonomie en faveur des personnes âgées et handicapées.

Pour le public âgé, ces espaces ont été créés depuis 2012, à partir d'un cahier des charges qui avait pour objectif de mettre en œuvre sur 6 territoires gérontologiques des missions CLIC de niveau 3 et la méthode MAIA. Ils devaient assurer une coordination territorialisée pour une prise en charge globale et continue de la personne âgée, au sein d'un parcours organisé et suivi par l'ensemble des acteurs territoriaux.

Le bilan, dans le cadre des travaux sur le nouveau schéma autonomie, fait apparaître des points de réussite, mais aussi des constats de difficultés et d'évolutions nécessaires.

Ainsi, les missions doivent désormais plus se concentrer sur la résolution des problèmes de maintien à domicile et à l'accès aux droits ; il s'agit d'aider les familles et personnes concernées à trouver des solutions concrètes, en lien avec les différents services et établissements présents sur le territoire. L'espace autonomie seniors doit ainsi être un véritable observatoire local de l'offre et des disponibilités de places.

Par ailleurs, l'ARS a souhaité au niveau régional une redéfinition des dispositifs MAIA, en précisant le rôle des tables tactiques et stratégiques et en valorisant notamment la fonction de pilote.

De plus, il devient désormais prioritaire pour le département de proposer au public handicapé une réponse territorialisée de proximité, en complément du travail effectué par la Maison Départementale de l'Autonomie.

Enfin, le département a la volonté, au vu des constats de fonctionnement depuis 5 ans, que le modèle de portage et de gestion de ces structures soit stabilisé afin de mieux répartir les moyens dédiés et mieux évaluer l'efficacité de ces EAS.

Ainsi, ce document de cadrage, validé lors du vote du schéma autonomie, a vocation à donner un socle des missions et objectifs des futurs EAS; cela doit permettre ainsi de lancer au premier semestre 2018, un appel à candidatures à partir d'un cahier des charges précis pour le fonctionnement de 4 espaces autonomie seniors couvrant l'ensemble du département.

1. Objectifs stratégiques et opérationnels des Espaces Autonomie :

Dans le cadre de la politique publique territorialisée en faveur des personnes âgées et handicapées définies dans le schéma de l'autonomie 2018-2022 et du projet régional de Santé 2018-2028, ces espaces autonomie seniors auront à offrir le panel complet des missions d'information, d'évaluation et de coordination.

Ils seront organisés sur 4 territoires d'intervention. Le territoire d'intervention est infra-départemental et s'inscrit dans les limites d'un ou deux territoires autonomie. Il permet de concilier cohérence d'action et proximité. Le territoire autonomie est défini par le département et figure dans le schéma autonomie 2018-2022. Le dispositif MAIA se développe sur un territoire défini conjointement avec l'ARS, compatible avec le projet régional.

Toute modification de l'aire géographique d'intervention est soumise à la décision du département.

a) Objectifs généraux :

Les publics concernés sont toutes les personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie, ainsi que les personnes handicapées, enfants et adultes. Les missions des EAS concernent aussi l'entourage, et les intervenants professionnels, institutionnels ou bénévoles auprès de ces publics.

Les objectifs sont :

➤ Améliorer la prise en charge des personnes âgées du territoire :

- par une approche globale et personnalisée des besoins des personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie, le public des plus de 75 ans étant prioritaire
- en mobilisant et en articulant les ressources locales du champ sanitaire (ambulatoire et hospitalier), médico-social et social en suivant la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin
- en associant prévention, accompagnement social et soins
 - Améliorer la prise en charge locale des personnes handicapées du territoire :
- en leur offrant un accès de proximité à l'information et aux droits ;

b) Principes directeurs :

- Coordination des professionnels médico-sociaux et sanitaires et des services départementaux concernés dans la prise en charge des situations individuelles
En conséquence, le porteur de l'Espace autonomie ne peut-être prestataire ni de soins ni de prise en charge à domicile.
- Partage sécurisé des informations concourant à proposer une prise en charge globale et cohérente ou un accompagnement à domicile ;
- Ancrage territorial sur un ou deux territoires autonomie;
- Implication institutionnelle forte du Département et de l'ARS dans la mise en place et le suivi des Espaces Autonomie : mise en place d'un COPIL annuel des porteurs des Espaces Autonomie.

2. Missions des Espaces Autonomie :

Elles relèvent à la fois de missions d'un CLIC de niveau 3, de la méthodologie MAIA et de priorités départementales

a) Accueil, information et orientation

Des plages d'ouverture et de traitement des appels sur la journée seront définies et organisées à l'échelle du territoire d'intervention de l'Espace Autonomie ; une couverture annuelle des plages d'ouverture devra être prévue dans un souci de continuité de service. De plus, des antennes et permanences devront être organisées pour répondre à la notion de proximité de service auprès de la population.

L'accueil visera, notamment, à donner une information sur :

- Les mesures pour les personnes âgées, prestations financières, maintien à domicile, inscription en établissement ;
- Les mesures de compensation pour les adultes en situation de handicap, maintien à domicile, inscription en établissement ;
- Les mesures de compensation pour les enfants en situation de handicap, orientation vers des établissements et services spécialisés ;

Pour ce faire, un accès au logiciel départemental de gestion des prestations sera donné en consultation aux professionnels de l'Espace autonomie, en fonction d'habilitations nominatives.

L'accueil permettra en outre :

- d'orienter vers la ressource adéquate ;
- de remettre des dossiers d'APA et de PCH, avec un accompagnement au remplissage et vérification de la complétude des formulaires.
- de relayer l'information sur l'APA et l'aide sociale auprès des usagers, et des CCAS ;
- de centraliser les ressources pour les professionnels par la mise à disposition d'outils de communication communs aux EAS, dans un souci d'harmonisation de l'information ;

L'information délivrée devra permettre l'exercice du libre choix des usagers parmi l'offre de service, dans un strict respect de la confidentialité et de la neutralité.

b) Evaluation globale des besoins, élaboration et suivi d'un plan d'accompagnement :

Afin d'éviter les évaluations multiples, et dans l'optique d'une reconnaissance mutuelle des évaluations préconisée par le législateur, l'évaluation réalisée s'attachera :

- à recueillir et analyser les besoins globaux de la personne dans son environnement en s'appuyant autant que faire se peut sur le guide d'évaluation multidimensionnel APA, sans toutefois se substituer à l'équipe médico-sociale dans l'établissement du degré de dépendance ou la préconisation des aides à la réalisation des actes de la vie quotidienne.

- à effectuer, sur les situations complexes et en tant que de besoin, des visites conjointes avec les équipes médico-sociales APA et pluridisciplinaires de la MDA en vue de rechercher des solutions concertées.

Le plan d'accompagnement coordonnera les interventions des différents intervenants à domicile, en tenant compte des plans APA, SSIAD, HAD, etc..., il identifiera les personnes ressources sur lesquelles s'appuyer afin d'assurer le suivi de la personne.

L'EAS a pour mission de suivre le plan, de sa mise en place, à son adaptation aux changements de situations. Il réunit à cette fin les intervenants et peut participer aux réunions à l'initiative des partenaires concernés par une situation. Si ce plan comprend celui de l'APA, le suivi sera effectué en lien avec l'équipe médico-sociale du département.

c) Suivi de l'offre locale et gestion des places disponibles, observatoire

En lien avec des outils existants (logiciel Attentum...) ou à développer avec le département et l'ARS, les EAS devront :

- Connaître et mettre à jour les modalités d'inscription, les conditions d'accueil et les places disponibles des différents établissements et services PA/PH du territoire
- Gérer une base type « annuaire des services et établissements », la mettre à jour selon une fréquence à définir.

A partir d'indicateurs communs, élaborés au niveau départemental, chaque porteur d'Espace autonomie devra produire des données d'observation du territoire en matière de vieillissement et de handicap.

d) Pilotage MAIA et gestion de cas complexes :

L'EAS aura des gestionnaires de cas et un pilote MAIA identifié, distinct du poste de coordinateur.

Le pilote doit :

- Organiser la concertation des acteurs au sein des tables tactiques en vue de la co-construction du guichet intégré
- Faire le lien avec la table stratégique départementale
- Organiser une intervention spécifique et intense pour les personnes en situation complexe avec des outils spécifiques d'évaluation, de planification, d'informations partagées pour assurer le meilleur suivi possible du parcours de vie.

e) Soutien aux partenaires locaux de premier recours :

Les fonctions d'accueil d'information et d'orientation sont également remplies par de nombreux partenaires de premier recours : CCAS, médecins, Centres médico-sociaux...

Les Espaces Autonomie ont donc un rôle de soutien afin de les aider à donner une information de premier niveau : formation/information, développement d'outils communs, mise à disposition de données...

f) Prévention :

Dans le cadre de la conférence des financeurs, les EAS peuvent initier ou participer à des actions de prévention, de soutien aux proches aidants.

Par ailleurs, et dans le cadre uniquement de convention financière avec les communes, EPCI ou autres partenaires, les EAS peuvent déployer des actions collectives de prévention à destination des personnes âgées et de leurs aidants.

3. Les partenariats et la coordination

- Coordination avec les dispositifs du champ sanitaire

La coopération entre les dispositifs de coordination que ce sont les plateformes territoriales d'appui (PTA) avec les Espaces autonomie doit être formalisée pour éviter les doublons de prise en charge et permettre aux usagers et aux professionnels d'accéder à la réponse adéquate quelle que soit la porte d'entrée.

- Partenariat (structures sociales ou médico-sociales, CCAS, etc...)

L'EAS doit être en lien régulier avec les structures sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire. Les actions partenariales d'envergure ou ayant un impact financier doivent être formalisées au moyen de conventions. Le porteur de l'Espace Autonomie établit une liste de ses partenariats formalisés et la communique au département et à l'Agence régionale de santé. Cette liste devra figurer dans le rapport d'activité annuel.

4. Les modalités de gestion et le financement des EAS

Un Espace autonomie peut être porté par une personne morale de droit public ou privé à but non lucratif. Chaque Espace Autonomie aura une autorisation CLIC, service médico-social réglementé par le Code de l'action sociale et des familles (article L 312-1-11).

Les Espaces Autonomie sont distincts des services du département, ils concluent avec le département une convention d'objectifs et de moyens.

Par ailleurs, le département a conclu avec l'Agence Régionale de Santé une convention départementale de financement du dispositif MAIA, les crédits étant ensuite répartis entre les Espaces Autonomie.

Concernant les moyens en personnel, chaque EAS sera doté des « équivalents temps plein » nécessaires à la réalisation de l'ensemble des missions du présent document cadre. Les financements des postes sont déterminés par territoire autonomie. Ils tiennent compte des critères populationnels du territoire couvert, en particulier la population âgée plus de 75 ans.

L'équipe des professionnels de chaque Espace Autonome sera composée a minima:

- *d'un responsable à temps plein ;*
- *d'un pilote MAIA à temps plein ;*
- *de 2 chargés d'accueil à temps plein (dont la mission ATTENTUM) ;*
- *d'équivalents temps pleins de chargés d'accompagnement des situations individuelles et de gestionnaires de cas dont le nombre sera défini en fonction d'un critère populationnel.*

Les participations des financeurs sont fléchées sur les missions qui les concernent directement, et sur les frais de structure (locaux, ...) :

Agence régionale de santé :

- Accueil/secrétariat
- Pilotage et Gestion de cas MAIA

Département :

- Accueil/Secrétariat
- Direction
- Chargé d'accompagnement individuel

Le personnel recruté devra satisfaire à des niveaux de diplôme(s) et/ou d'expérience attestant de sa capacité à effectuer les missions des profils de poste proposés notamment en ce qui concerne le dispositif MAIA (annexe 1)

5. Le contrôle et l'évaluation des EAS

Un comité de pilotage animé par le département réunira les gestionnaires des EAS à minima une fois par an pour faire un bilan et donner des perspectives aux EAS. De plus, un comité technique des coordinateurs, à un rythme régulier, sera mis en place.

Dans le cadre du dispositif MAIA, les tables stratégiques auront lieu deux à 3 fois par an, et une rencontre des pilotes MAIA animée par l'ARS aura lieu régulièrement.

Le contrat d'objectifs et de moyens permet de fixer un cadre financier pluriannuel ; les rapports d'activité et rapports financier doivent permettre de faire un point annuel entre le département et chaque gestionnaire.

ANNEXE 1

- Responsable EA :
 - Niveau master tourné vers l'organisation et la gestion du système sanitaire et médico-social,
 - Expérience de conduite de projet
 - Expérience en management d'équipe - Aptitude à la communication institutionnelle,
 - Aptitude à la négociation. Expérience dans les politiques publiques en faveur des personnes handicapées et âgées.

- Chargés d'accompagnement individuels :
 - Expérience professionnelle dans le soin, l'aide ou l'accompagnement des personnes,
 - Engagement dans une formation permettant d'assurer de fonctions d'évaluation multidimensionnelle des besoins des personnes et de coordination des différents intervenants.
 - Profil pilote MAIA :
 - Niveau master tourné vers l'organisation et la gestion du système sanitaire et médico-social,
 - Expérience de conduite de projet et capacité à travailler en mode conduite de projet,
 - Capacité à analyser et à identifier les problématiques locales afin d'adapter le mode d'organisation MAIA aux particularités du territoire,
 - Connaissance du tissu sanitaire et médico-social construite en particulier lors d'expériences antérieures,
 - Intérêt pour l'organisation systémique,
 - Expérience en management d'équipe - Aptitude à la communication institutionnelle,
 - Aptitude à la négociation. Expérience en gérontologie.

- Gestionnaire de cas :
 - formation d'auxiliaire médical, de psychologue ou titulaire d'un diplôme de travailleur social de niveau III
 - expérience professionnelle dans le soin, l'aide ou l'accompagnement des personnes,
 - engagement dans une formation validée en gestion de cas, permettant d'assurer de fonctions d'évaluation multidimensionnelle des besoins des personnes et de coordination des différents intervenants.

A

AAH	Allocation d'adulte handicapé
ACTP	Allocation compensatrice tierce personne
ADAPEI	Association départementale de parents de personnes handicapées mentales et de ses amis
ADIEPH	Association pour le développement de l'insertion et l'emploi des personnes handicapées
ADIL	Association départementale d'information sur le logement
ADMR	Association vouée aux services à domicile, services à la personne
ADSM	Association des devenus sourds et malentendants
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
AFR	Association familles rurales
AFTC	Association des familles de traumatisés crâniens
AGEFIPH	Association pour la gestion des fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
AGGIR	Autonomie gérontologie groupes iso-ressources
AIMET	Association d'intégration morbihannaise des enfants trisomiques
AIPSH	Association pour l'insertion des personnes en situation de handicap
AIS	Actes infirmier de soins
ALD	Affection de longue durée
ALMA	Allo maltraitance des personnes âgées et/ou des personnes handicapées
AME	Aide médicale d'Etat
AMISEP	Association morbihannaise d'insertion sociale et professionnelle
AMP	Aide médico-psychologique
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
AP	Atelier protégé
APA	Aide personnalisée d'autonomie
APAJH	Association pour adultes et jeunes handicapés
APF	Association des paralysés de France
ARS	Agence régionale de santé
AS	Aide-soignante
AS	Assistant de service social
ASE	Aide sociale à l'enfance
ASV (Loi)	Adaptation de la société au vieillissement
ATMP	Association tutélaire des majeurs protégés

C

CAF	Caisse d'allocations familiales
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de santé au travail
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CCAS	Centre communal d'action sociale
CD	Conseil départemental
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CDCA	Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie
CH	Centre hospitalier
CIAS	Centre intercommunal d'action sociale
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CNAF	Caisse nationale d'allocations familiales
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COMEX	Commission exécutive (MDA 56)
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPEA	Centre psychothérapeutique pour enfants et adolescents
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CPOG	Convention pluriannuelle d'objectifs et de gestion
CRA	Centre ressources autisme
CREAI	Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptée
CVS	Conseil de vie sociale

D

DDARS	Délégation départementale de l'Agence régionale de Santé
DEAVS	Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

E

EAS	Espace autonomie seniors
EHPA	Établissement d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMG	Equipe mobile de gériatrie
EPCI	Établissement public de coopération intercommunale
EPS	Établissement public de santé
EPSM	Établissement public de santé mentale
EPSMS	Établissement public social et médico-social
ERP	Établissement recevant du public
ESAT	Établissement et service d'aide par le travail
ESMS	Établissements sociaux et médico-sociaux
ESPIC	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
ETP	Équivalent temps plein

F

FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs
FH	Foyer d'hébergement
FHF	Fédération hospitalière en France
FHP	Fédération de l'hospitalisation privée

FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FIOQSV	Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins en ville
FIPHFP	Fonds pour l'insertion de personnes handicapées dans les fonctions publiques
FMAD	Fonds de modernisation de l'aide à domicile
FNASEPH	Fédération nationale pour l'accompagnement de la scolarité des élèves porteurs de handicaps
FV	Foyer de vie

G

GCSMS	Groupement de coopération sociale et médico-sociale
GEM	Groupe d'entraide mutuelle
GESAT	Groupement d'établissements et services d'aide par le travail et d'entreprises adaptées
GIE	Groupement d'intérêt économique
GIR	Groupe iso-ressources
GMP	GIR moyen pondéré
GMPS	GIR moyen pondéré soins

H

HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HL	Hôpital local

I

IEM	Institut d'éducation motrice
IES	Institut d'éducation sensorielle
IME	Institut médico-éducatif
IMPRO	Institut médico-professionnel
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques

IRSA	Institut médico-professionnel
ITEP	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
M	
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie
MAS	Maison d'accueil spécialisé
MDA	Maison départementale de l'autonomie (MDPH)
MSA	Mutualité sociale agricole
MTP	Majoration pour tierce personne
MVA	Majoration pour la vie autonome
N	
NOTRe	Nouvelle organisation territoriale de la République
O	
ORS	Observatoire régional de santé
P	
PA	Personne âgée
PASA	Pôle d'activités et de soins adaptés
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PCH	Prestation de compensation du handicap
PDITH	Plan départemental d'insertion des travailleurs handicapés
PDH	Plan départemental de l'habitat
PETR	Pôle d'équilibre territorial et rural
PH	Personne handicapée
PHV	Personne handicapée vieillissante
PJ	Prix de journée
PLH	Programme local de l'habitat
PMP	Pathos moyen pondéré
PMR	Personne à mobilité réduite
PPC	Plan personnalisé de compensation

PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRITH	Plan régional d'insertion des travailleurs handicapés
PRS	Programme régional de santé
PSI	Plan de service individualisé
R	
RAPT	Réponse accompagnée pour tous
RDAS	Règlement départemental d'aide sociale
RQTH	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
S	
SAAD	Service d'aide et d'accompagnement à domicile
SAD	Service d'aide à domicile
SAMU	Service d'aide médicale d'urgence
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SCI	Société civile immobilière
SESSAD	Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SPASAD	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SROSMS	Schéma régionale de l'organisation sociale et médico-sociale
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	Service de soin de suite et réadaptation
T	
TCC	Troubles du comportement et de la conduite
TED	Troubles envahissants du développement
TISF	Technicien de l'intervention sociale et familiale
TS	Travailleur social
TSA	Troubles spécifiques des apprentissages
TSL	Troubles spécifiques du langage



Département du Morbihan

Direction de l'autonomie

64 rue Anita Conti – CS 20514 56035 VANNES CEDEX

Tél. 02 97 54 78 08

morbihan.fr