
Schéma départemental de l'Autonomie 2017-2022



INTRODUCTION	4
Un schéma unique de l'autonomie pour davantage de lisibilité et de cohérence	4
Un schéma qui intervient dans un contexte réglementaire évolutif.....	5
Un schéma simple et lisible articulé autour du parcours de la personne.	6
Méthodologie d'élaboration retenue.....	7
La gouvernance et le pilotage du schéma de l'autonomie.....	8
PARTIE 1 - Diagnostic	9
1- 1 – Diagnostic des besoins	10
DONNEES CLES	10
ELEMENTS-CLES DU DIAGNOSTIC DES BESOINS	11
DONNEES DEMOGRAPHIQUES GENERALES	13
DONNEES SOCIO DEMOGRAPHIQUES POPULATION DE 60 ANS ET PLUS	14
Dépendance	17
Indicateurs de Précarité - Fragilité	18
Isolement.....	22
Conditions de logement	22
DONNEES POPULATION EN SITUATION DE HANDICAP	25
Enfants en situation de handicap	26
Adultes en situation de handicap	29
1- 2 – Diagnostic de l'offre	34
ELEMENTS-CLES DU DIAGNOSTIC DE L'OFFRE	34
PARTIE 2- Fiches-actions du Schéma de l'autonomie 2017-2022	53
ORIENTATION 1 : MIEUX CONNAITRE ET EVALUER LES BESOINS	54
ORIENTATION 2 : ASSURER UNE MEILLEURE CONTINUITE ET COORDINATION DES PRISES EN CHARGE DANS UNE LOGIQUE DE PARCOURS	65
ORIENTATION 3 : ADAPTER LES DISPOSITIFS DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE EXISTANTS ET DEVELOPPER DES REPONSES NOUVELLES A COÛTS ACCEPTABLES	79
ANNEXES	99
Rapport de la mise en œuvre du Schéma Départemental d'Organisation Sociale et Médico-Sociale (SDOSMS) Volets Personnes Agées et Personnes Handicapées 2012-2016	100
GLOSSAIRE	127

INTRODUCTION

Les récentes évolutions législatives ont renforcé le rôle du Conseil départemental en matière d'action sociale et médico-sociale.

La loi Nouvelle Organisation territoriale de la République (NOTRe) a consolidé la collectivité départementale dans sa compétence sociale vis-à-vis de la population. Le Département est ainsi clairement identifié comme le chef de file et le référent dans ce domaine sur notre territoire.

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, a également renforcé le rôle du Département dans le champ des personnes âgées notamment en matière de prévention, d'accompagnement des aidants et de la mise en synergie des acteurs à travers son rôle identifié en matière de coordination.

C'est dans ce contexte que l'Assemblée départementale a approuvé le 24 juin 2016 le principe d'élaboration d'un nouveau schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale pour l'autonomie intégrant le schéma des personnes âgées et celui des personnes en situation de handicap.

Ce nouveau schéma établi pour une période maximum de cinq ans en cohérence avec les autres schémas mentionnés au 2° de l'article L. 1434-2 du code de la santé publique a pour objet :

1. D'apprécier la nature, le niveau, et l'évolution des besoins sociaux et médicosociaux de la population.
2. De dresser le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médicosociale existante.
3. De déterminer les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médicosociale.
4. De préciser le cadre de la coopération et de la coordination, afin de satisfaire tout ou partie des besoins, entre les ESSMS.
5. De définir les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre de ce schéma.

Le schéma de l'autonomie constitue ainsi la traduction des orientations stratégiques du Département en matière de prise en charge des personnes en perte d'autonomie.

Un schéma unique de l'autonomie pour davantage de lisibilité et de cohérence

Jusqu'à présent, le Département disposait d'un schéma en deux volets : celui relatif aux personnes âgées et celui relatif aux personnes en situation de handicap, avec un certain nombre de fiches actions communes.

Le Département met en évidence au travers de la réunion de ces deux volets en un document unique, sa volonté de construire une politique sociale et médico-sociale d'ensemble, et témoigne d'une volonté de coordination de l'offre médico-sociale dans une approche transversale et décloisonnée des politiques de l'autonomie. A travers cette démarche il s'agit de redonner un sens global à l'action publique en matière de soutien à l'autonomie, en rapprochant les politiques certes destinées à des publics différents mais dont les caractéristiques et la mise en œuvre présentent des similitudes.

Un schéma qui intervient dans un contexte réglementaire évolutif.

Le contenu de ce nouveau schéma de l'autonomie tient nécessairement compte des évolutions législatives récentes marquées notamment par :

- ***La loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement de la population du 28 décembre 2015.***

Cette loi a pour objectif d'anticiper les conséquences du vieillissement de la population et d'inscrire cette période de vie dans un parcours répondant le plus possible aux attentes des personnes en matière de logement, de transports, de vie sociale et citoyenne, d'accompagnement. La loi donne la priorité à l'accompagnement à domicile afin que les personnes âgées puissent vieillir chez elles dans de bonnes conditions. Elle apporte également un soutien à la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées en instaurant dans chaque département, une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie chargée d'adopter un programme coordonné de financement des actions de prévention pour toutes les personnes âgées de 60 ans et plus. Enfin, en renforçant les droits et libertés des personnes âgées, elle vise à leur apporter une meilleure protection.

- ***La loi de modernisation de notre système de Santé du 26 janvier 2016.***

Cette loi doit répondre aux trois grands défis majeurs pour la santé : allongement de la durée de la vie, la progression des maladies chroniques, la persistance des inégalités de santé. La loi de santé s'articule autour de trois axes : le renforcement de la prévention, la réorganisation autour des soins de proximité à partir du médecin généraliste, le développement des droits des patients. Concernant le secteur médico-social, la loi vise à améliorer la fluidité du parcours des personnes en situation de handicap et à éviter les ruptures de parcours conduisant à une absence de prise en charge adaptée.

- ***Le dispositif « Réponse accompagnée pour tous ».***

Ce dispositif a pour ambition de proposer des solutions aptes à faciliter l'accueil durable des personnes en situation de handicap exposées à un risque de rupture de prise en charge, et de faciliter la mise en mouvement d'une démarche de coresponsabilité de l'ensemble des acteurs (conseils départementaux, Maisons Départementales des Personnes Handicapées – MDPH, Agences Régionales de Santé – ARS, rectorats, gestionnaires d'Etablissements et de Services de Santé et Médico-Sociaux - ESSMS, associations...).

L'évolution attendue concerne l'organisation des institutions, les pratiques professionnelles, les coopérations entre les acteurs et les échanges d'information. La finalité de ce dispositif consiste à proposer une réponse individualisée à chaque personne dont la situation le nécessite afin de lui permettre de s'inscrire dans un parcours de santé, au sens de l'Organisation Mondiale de la Santé, conforme à son projet de vie.

- ***Le projet SERAFIN PH (Services et Etablissement : Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des Personnes Handicapées).***

La réforme de la tarification telle que présentée dans le projet SERAPHIN PH a pour objectif d'arrêter des modalités d'allocation des ressources plus équitables, plus

simples, plus objectives au regard des besoins des personnes et des prestations apportées et qui facilitent les parcours.

Il s'agit notamment de :

- Sortir d'une organisation qui repose actuellement sur la segmentation des réponses pour aller vers une organisation plus souple permettant des parcours individualisés.
- Favoriser l'accès au droit commun en intervenant aussi sur l'environnement des personnes.
- Faciliter les articulations entre les champs sanitaire et médico-social et favoriser leur complémentarité, dans le cadre de la prise en charge globale de la personne.

Un schéma simple et lisible articulé autour du parcours de la personne.

Ce nouveau schéma de l'autonomie couvrant la période 2017-2022 est construit autour d'un fil conducteur :

« Assurer un meilleur accompagnement et une meilleure prise en charge des personnes dans le cadre de leur parcours de vie »

Il a été élaboré en cohérence avec les objectifs et les orientations du futur Projet Régional de Santé (PRS) actuellement en cours d'élaboration par l'ARS.

5 principes forts ont guidé l'élaboration du schéma :

- ✓ La transversalité personnes âgées – personnes en situation de handicap avec l'identification de nombreux axes de travail conjoints aux deux secteurs, et quelques fiches spécifiquement dédiées au champ du handicap ou de l'âge.
- ✓ Une logique « Parcours de vie » qui met en exergue la nécessaire articulation entre les secteurs social, médico-social et sanitaire.
- ✓ La cohérence par la coopération, la coordination, la coresponsabilité des acteurs.
- ✓ La pertinence et l'efficacité par l'intégration et le déploiement des différentes réponses disponibles et la volonté d'une meilleure utilisation des ressources.
- ✓ L'adaptation des secteurs aux évolutions législatives et sociétales : innovation et expérimentation.

Le schéma de l'autonomie porté par le Département de Vaucluse se décline ainsi en trois orientations stratégiques :

- ✓ Mieux connaître et évaluer les besoins des personnes.
- ✓ Assurer une meilleure continuité et coordination des prises en charge dans une logique de parcours.
- ✓ Adapter les dispositifs de prévention et de prise en charge existants et développer des réponses nouvelles à coûts acceptables pour les usagers et la collectivité.

Le Département entend ainsi mettre l'accent à la fois sur :

- La nécessaire adaptation de la réponse médico-sociale au regard de l'évolution des besoins des personnes en perte d'autonomie, et le nécessaire développement de la culture de la prévention.
- L'exigence de coordination du parcours des personnes en perte d'autonomie, basé sur une logique de coresponsabilité des acteurs, visant à améliorer l'accompagnement, mieux articuler les prises en charge et éviter les ruptures.

- L'incontournable ancrage des politiques de l'autonomie sur les territoires, et la nécessité de rééquilibrer progressivement l'offre et de mobiliser autrement les ressources présentes sur le territoire.
- L'exigence de qualité dans l'accompagnement, et la nécessité de proposer des solutions globales, adaptées et fluides.
- L'exigence de mutualisation, d'efficacité, et de rapprochement entre les politiques pour dépasser la phase d'expansion de l'offre de structures médico-sociales.
- Le besoin d'innovation et de diversification de l'offre à domicile ou en établissements permettant l'apport de réponses modulaires en adéquation avec les besoins recensés.

Ces orientations sont-elles même déclinées en 15 axes de travail formalisés sous forme de fiches actions opérationnelles permettant d'identifier plus précisément sur la durée du schéma les objectifs et les résultats à atteindre au moyen d'indicateurs d'évaluation.

Méthodologie d'élaboration retenue.

L'élaboration du présent schéma a été pilotée en interne par les services du Département, selon une logique projet et dans un esprit partenarial.

Ont participé au comité de pilotage, présidé par la Vice-Présidente du Département en charge de la Commission Solidarité Handicap (CSH), la Vice-Présidente en charge de la commission Habitat - Emploi - Insertion – Jeunesse, une représentante de la CSH, la Directrice Générale Adjointe en charge du Pôle Solidarités, le Directeur des Personnes Agées et des Personnes Handicapées du Département, ainsi que la Déléguée départementale de l'ARS. Ce comité de pilotage s'est réuni à trois reprises au cours de l'année 2017 afin de suivre et de valider l'avancée des travaux.

Plusieurs phases de travail se sont succédées :

- ✓ *Phase 1 (Août-décembre 2016): Elaboration d'un état des lieux et d'un diagnostic réalisé à partir.*
 - Du bilan des actions conduites depuis 2012 par le Département et la MDPH dans le cadre du précédent schéma et s'appuyant sur les tableaux de suivi, collecte d'indicateurs, rapport d'activité (rapport figurant en annexe).
 - D'une collecte des données sociodémographiques issues principalement de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques - INSEE) et du Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations (CREAI).
 - D'une collecte des données relatives à l'offre médico-sociale.
- ✓ *Phase 2 (Décembre 2016 - Mars 2017) : Consultation des partenaires.*

Cette phase visant à affiner et à valider les constats repérés lors de la phase d'état des lieux, et faire des propositions et préconisations s'est déroulée en deux étapes :

- Une dizaine d'entretiens semi-directifs ont été conduits auprès d'un panel représentatif de personnes ressources externes chargées d'apporter des éléments d'analyse ainsi que leur expertise (CREAI, Plateforme Territoriale d'Appui - PTA - et pilotes des Méthodes d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie - MAIA, ARS, Education Nationale, Collectif Handicap, Union Régionale Interfédérale des Œuvres et organismes Privés Sanitaires et Sociaux - URIOPSS, Pôle Services à la Personnes PACA...).

- Un questionnaire adressé largement par voie électronique à l'ensemble des partenaires du secteur et ayant permis de recueillir 198 réponses.

✓ *Phase 3 : Ecriture du SDOSMS (avril- juillet 2017).*

✓ *Phase 4 : Avis consultatif du CDCA.*

La gouvernance et le pilotage du schéma de l'autonomie.

Un pilotage départemental.

La mise en œuvre des actions définies dans le présent schéma s'appuiera sur un pilotage départemental. La Direction des Personnes Agées (PA) et des Personnes Handicapées (PH) réaffirmée dans son rôle de pilotage de la politique départementale en faveur des Personnes Agées PA et des PH sera chargée, en lien étroit avec la MDPH, et en transversalité avec les autres directions du Pôle Solidarités (enfance-famille et action sociale) ainsi qu'avec les autres Pôles du Département du suivi et de l'évaluation des actions conduites.

Un pilotage départemental interinstitutionnel.

La conduite du schéma prendra appui sur les instances partenariales interinstitutionnelles que sont :

- La conférence de financeurs notamment et afin de coordonner les actions de politiques publiques.
- Le Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA) instance représentative des usagers mis en place dans le Département dès le mois de mars 2017 et qui succède au Comités Départementaux des Retraités et Personnes Âgées (CODERPA) et au Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées (CDCPH).
- Les réunions des tables stratégiques de la MAIA, permettant une concertation sur le diagnostic territorial et la prise de décisions en coresponsabilité.
- La Commission Exécutive (COMEX) de la MDPH, chargée de définir la politique générale de l'institution et d'en assurer sa gestion.

Il conviendra également de maintenir la dynamique partenariale tout au long de la mise en œuvre du SDOSMS avec la conduite de groupes de travail à mettre en œuvre pour la concrétisation des actions envisagées.

PARTIE 1 - Diagnostic

1- 1 – Diagnostic des besoins.

DONNEES CLES

DEPARTEMENT VAUCLUSE	Vaucluse		PACA	France métropolitaine
Démographie INSEE (RP)	2013	2015		
Population Totale	549 949	554 619	4 953 675	63 697 865
Nombre de personnes âgées de 60 ans et plus	144 882	149 238	1 353 113	15 429 278
Part des 60 ans et plus dans la population totale	26,3%	26,9 %	27,3%	24,20%
Nombre de personnes âgées de 75 ans et plus	53 716	54 132	525 830	5 889 474
Part des 75 ans et plus dans la population totale	9,8%	9,8 %	10,60%	9,2%
Nombre de personnes âgées de 80 ans et plus	33 485	34 632	331 983	3 789 995
Part des 80 ans et plus dans la population totale	6%	6,2%	6,70%	5,9%
Evolution de la population totale entre 2008 et 2013	2,05%		1,45%	2,52%
Evolution des 75 ans et plus entre 2008 et 2013	9,41%		7,95%	9,28%
Evolution des 60 ans et plus entre 2008 et 2013	12,15%		9,55%	12,46%
Indice vieillissement	84		93,3	76,4
Espérance de vie à la naissance en 2014				
Homme	79,2		79,7	79,3
Femme	85,7		85,5	85,4
Espérance de vie à 65 ans en 2014				
Homme	19,1		19,6	19,3
Femme	23		23,2	23,3
Estimation population en situation de handicap	champ restreint	champ large		
Adultes Handicapés à domicile de 20 à 59 ans	8 929	21 647		
Enfants handicapés (0-19 ans)	1 210	2 527		
Revenus (DGI, au 1er janvier 2010)				
Revenu médian toute population	16 550 €			17 918 €
Revenu médian des 75 ans et plus	16 833 €			16 789 €
Taux de pauvreté des ménages dont le référent est âgé de 60 à 74 ans	16,1%			9,3%
Prestations et allocations personnes âgées DRESS AU 31/12/2015				
Nombre de bénéficiaires du minimum vieillesse (ASPA et ASV)	6 690		68 000	480 000
Nombre de bénéficiaires APA payés	5 500			
Part des dépenses APA à domicile	58,5%			
Part des dépenses APA en établissement	41,5%			
Bénéficiaires de l'ASH (en % du nombre de place d'hébergement pour PA)	17,4%			15,8%
Part des bénéficiaires de l'APA à domicile classés en GIR 1 ou 2 pour l'ensemble des bénéficiaires de l'APA à domicile	20,3%			18,8%
Taux de bénéficiaires APA (en % de la population de 75 ans et +)	18,7%			20,5%
Taux de bénéficiaires APA à domicile	10,0%			11,9%
Taux de bénéficiaires APA en établissement	8,6%			8,5%
Prestations et allocations personnes en situation de handicap Au 31/12/2015				
Nombre de bénéficiaires de l'AAH	9 367		84 303	1 027 127
Taux d'évolution des foyers allocataires de l'AAH versée par les CAF entre 2010 et 2014	25,06%		13,02%	
Part des allocataires de l'AAH - population de 20 à 64 ans	3,00%		3,30%	2,80%
Nombre de bénéficiaires de la PCH + ACTP	2209		21 277	310 108
Taux de bénéficiaires de la PCH + ACTP	3,6‰		4,3‰	5‰
Taux de bénéficiaires de moins de 60 ans	3,7‰			5‰
Taux de bénéficiaires de plus de 60 ans	3,4‰			5‰
Equipement (CNIS 2015)				
Taux d'équipement en lits médicalisés pour personnes âgées pour 1000 personnes de 75 ans et plus)	84‰			103‰
Taux d'équipement en places d'hébergement pour PA (pour 1000 personnes de 75 ans et plus)	103,2‰			122,9‰
Montant des dépenses (CA 2016)	en Millions d'€			
Dépense APA à domicile	24,4 M€			
Dépense APA en établissement	17,3 M€			
Total dépense APA	41,7 M€			
Dépense PCH	12,1M€			
Dépense d'Aide Sociale à l'hébergement (PA/PH)	69,2M€			

ELEMENTS-CLES DU DIAGNOSTIC DES BESOINS.

Une augmentation de la population générale du Vaucluse.

Une population centrée sur les grandes villes et l'ouest urbain du Département.

Un Département qui reste relativement jeune mais **un département qui vieillit** avec des projections qui confirment le vieillissement de la population et l'augmentation de la part des 60 ans et plus, à court et moyen termes.

Une augmentation du taux de seniors plus soutenue qu'en PACA notamment sur la tranche des 60/75 ans.

Un vieillissement **plus fortement marqué sur les zones rurales.**

Des bénéficiaires de l'Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie (ADPA) légèrement **plus dépendants** qu'au niveau national.

Le Vaucluse est un territoire qui **cumule des signes de fragilité sociale** marqués pour les personnes de 55 ans et plus.

¼ des personnes isolées locataires du parc social ont 60 ans et plus.

Des personnes âgées qui vivent **majoritairement à domicile** qui sont majoritairement propriétaires de leur résidence principale et légèrement moins nombreuses qu'en région PACA à être locataires dans le parc d'Habitation à Loyer Modéré (HLM).

Un nombre croissant d'usagers qui déposent des demandes à la MDPH.

Un taux **d'évolution des bénéficiaires de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) supérieur à la moyenne régionale et marqué pour les populations plus âgées.**

Un **taux d'évolution de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) élevé mais un taux de bénéficiaires légèrement inférieur aux moyennes nationales.**

Un taux d'enfants bénéficiaires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) égal au taux constaté en région PACA mais un **taux d'accord d'AEEH et de PCH enfant en augmentation.**

Des **taux d'équipements pour les ESSMS pour enfants en situation de handicap inférieurs aux moyennes nationales** mais des taux d'équipement en Service d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile (SESSAD) supérieurs aux taux régionaux et nationaux.

Une évolution du **nombre d'élèves plus rapide que l'évolution du nombre de dispositifs de scolarisation.**

Un taux d'évolution du nombre de demandeurs d'emploi en situation de handicap supérieur aux moyennes régionales et nationales.

La consultation réalisée auprès des partenaires a également permis de mettre en évidence une **évolution du profil des publics accompagnés** marquée principalement par les problématiques du grand âge, de l'isolement, du vieillissement des personnes en situation de handicap (avec la problématique particulière des travailleurs handicapés), ainsi que de la prise en charge des troubles liés au handicap psychique, aux troubles cognitifs, ou enfin de l'accompagnement des aidants.

DONNEES DEMOGRAPHIQUES GENERALES

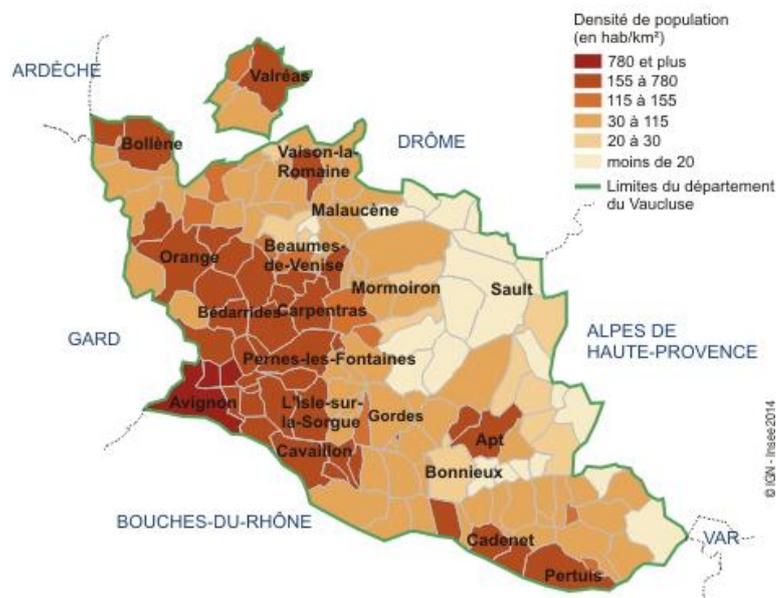
Le département de Vaucluse s'étend sur 3 567 km² pour une population totale de 552 295 habitants (Source INSEE – 1^{er} Janvier 2015) soit une densité de 155 habitants au km² (Moyenne nationale : 118 ha/km²).

Le département compte 151 communes et 17 cantons.

- ✓ **Une augmentation de la population générale du Vaucluse** (augmentation plus rapide que pour la France hexagonale et Région PACA). Malgré une baisse de l'attractivité, le Vaucluse conserve cependant un dynamisme démographique soutenu, grâce à un taux de natalité élevé.
- ✓ **Une population centrée sur les grandes villes et l'ouest urbain du Département.**
- ✓ La majorité de la population est concentrée autour du pôle urbain et économique de l'agglomération d'Avignon.
- ✓ Le tiers de la population vauclusienne vit dans une des quatre communes de plus de 25 000 habitants du département.

L'aire urbaine d'Avignon couvre près de la moitié de la superficie du Vaucluse. Elle regroupe les trois quarts de la population départementale.

Densité de population des communes du Vaucluse en 2011



DONNEES SOCIO DEMOGRAPHIQUES POPULATION DE 60 ANS ET PLUS.

Sur la durée du précédent schéma, il apparait une augmentation continue du nombre (+ 16 000 personnes âgées) et de la part des personnes âgées. La structure de population reste globalement identique même si l'arrivée des premiers effets des générations du baby-boom commence à se faire sentir.

Dans le même temps, il apparait une augmentation soutenue du nombre de Personnes Agées Dépendantes (+ 1 100 personnes).

D'ici 2021, les projections font état d'une augmentation plus mesurée du nombre de personnes âgées (+ 13 000) ainsi que du nombre de personnes âgées dépendantes (+ 700 personnes).

➤ **Un Département qui reste relativement jeune mais ...**

Le Vaucluse est un département relativement jeune en comparaison à l'échelle régionale, du fait des effectifs importants des moins de 20 ans ; avec 24.2 % de jeunes de moins de 20 ans, le Vaucluse se situe au-dessus de la moyenne régionale juste derrière les Bouches du Rhône.

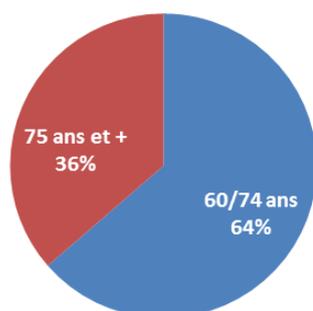
L'indice de vieillissement est de 84 : 84 habitants de 65 ans ou plus pour 100 de moins de 20 ans. Cette proportion est de 91.6 dans la région et 74.5 en France, et place le Département de Vaucluse à la 53^{ème} place des départements métropolitains en termes d'indice de vieillissement.

Estimation de la population vauclusienne au 1er janvier 2015	
0 à 19 ans	134 111
20 à 39 ans	121 003
40 à 59 ans	150 267
60 à 74 ans	95 106
75 ans et plus	54 132
Total	554 619
<i>Source INSEE Estimation de population au 1er janvier, par département, sexe et grande classe d'âge Année 2015</i>	

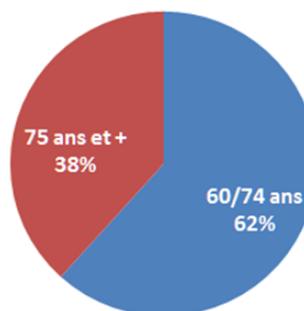
➤ **... un département vieillissant**

- ✓ Une augmentation constante du nombre de personnes âgées de 60 ans et plus qui s'établit en 2016 à 156 000 personnes (+ 15.2 % entre 2008 et 2015), qui représentent 26.9 % de la population totale contre 26 % en 2012. Ce taux est légèrement inférieur aux chiffres constatés en Région PACA où les personnes âgées de 60 ans et plus représentent 27.1% de la population totale (contre 23.7 % en 2003).
- ✓ Les premiers effets du baby-boom commencent à se faire sentir avec une augmentation de 27 % de la tranche des 60-74 ans entre 2005 et 2015.

Les seniors en 2016,
source : Insee PAD/CG84



Les seniors en 2010,
source : Insee PAD/CG84



Evolution de la part des seniors entre 2010 et 2016 – Source : Observatoire des solidarités, Département de Vaucluse

La tranche des 65 ans et plus représente 112 600 personnes soit 20.3 % de la population vauclusienne (contre 18.6 pour la France métropolitaine), parmi cette tranche : celle des 75 ans et plus 9.8 % vauclusienne (contre 9.2 % pour la France métropolitaine), celle des 80 ans et plus 6.2 % vauclusienne (contre 5.9 % pour la France métropolitaine) celle des 85 ans et plus 3.2 % vauclusienne (contre 3% pour la France métropolitaine).

- ✓ Un taux de vieillissement situé à 1,11 : pour un jeune de moins de 20 ans dans le Vaucluse, il y a 1,11 personne âgée de plus de 60 ans (contre 0,99 en 2009). Cette tendance est plus marquée en Vaucluse qu'en PACA et qu'en France.
- ✓ Entre 2012 et 2016 la tranche des 60-74 ans a progressé fortement (+ 6.9 %) en Vaucluse alors que la tranche des 75 ans et + progresse dans une moindre mesure (+ 1.7 %).

➤ **Une augmentation du taux de seniors plus soutenue qu'en PACA**

Indice de vieillissement* de la population en 2014

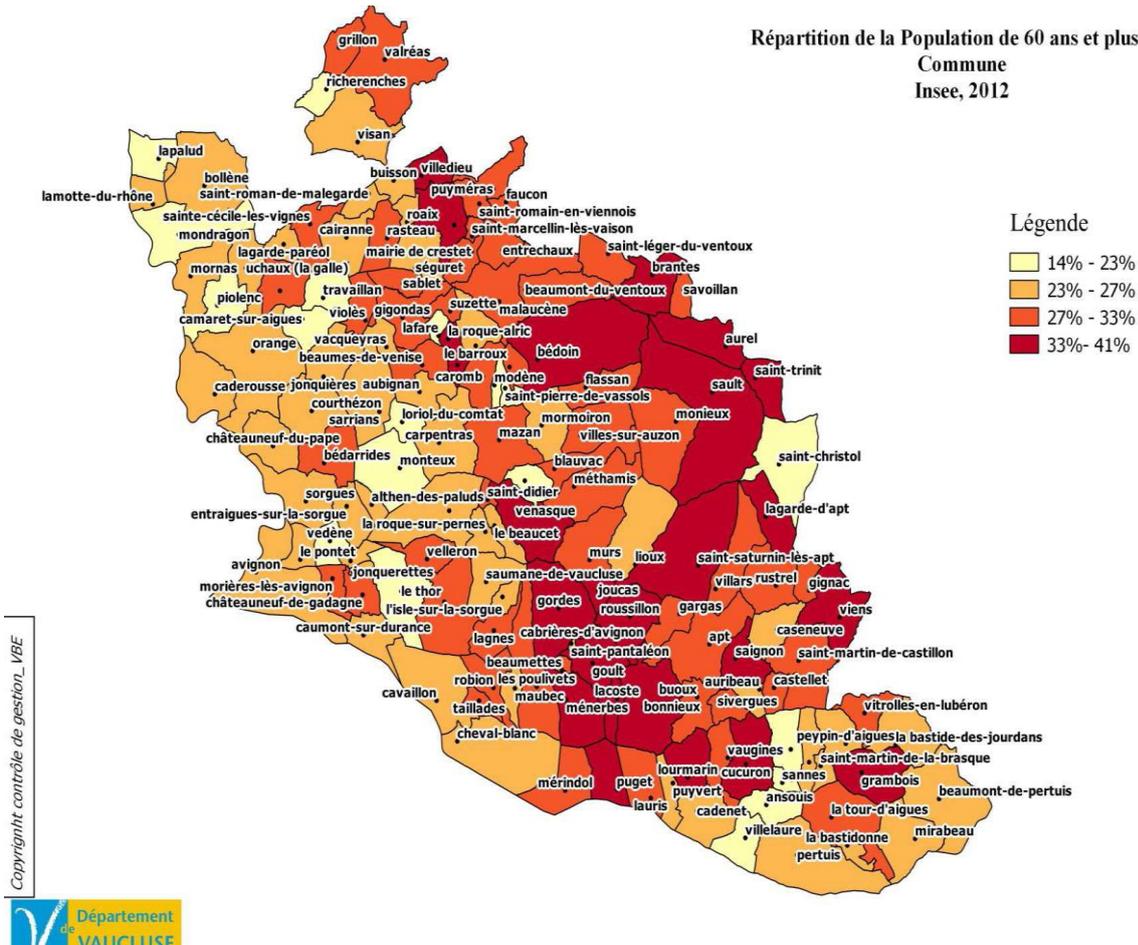
	en 1999	en 2007	en 2012	en 2014
04 Alpes-de-Haute-Provence	82,8	91,0	101,7	106,5
05 Hautes-Alpes	73,4	81,5	91,5	98,4
06 Alpes-Maritimes	97,6	97,0	104,6	105,5
13 Bouches-du-Rhône	63,4	68,9	75,1	76,9
83 Var	85,1	95,2	106,8	110,6
84 Vaucluse	63,4	71,2	80,0	83,0
France de province	65,9	72,2	77,0	79,9
France entière	60,5	66,0	70,6	73,2

➤ Source : Insee, RP1999 à 2012 exploitations principales, estimations de population (résultats provisoires arrêtés fin 2014)
 ➤ * Indice de vieillissement : nombre de personnes de 65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans.

➤ **Un vieillissement plus fortement marqué sur les zones rurales**

- ✓ Les PA de 60 ans + sont concentrées en nombre dans les grandes villes mais en proportion dans la moitié est rurale du Département.

Répartition de la Population de 60 ans et plus par
Commune
Insee, 2012



- **Des projections qui confirment le vieillissement de la population et l'augmentation de la part des 60 ans et plus, à court et moyen termes**
- ✓ **En PACA** comme en France, l'arrivée aux grands âges des générations issues du baby-boom constitue un changement démographique majeur. D'ici 2030, selon le scénario central, le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus augmenterait de 46 % dans la région, alors que le nombre des moins de 60 ans serait stable. En 2030, un habitant de PACA sur trois (32 %) aurait 60 ans ou plus, contre un sur quatre aujourd'hui.
- ✓ Le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans croîtrait de 70 %, amenant leur part à 9 % de la population régionale (6 % actuellement).
- ✓ Entre 2007 et 2040, le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus augmenterait dans la région de 57 %, alors que la population âgée de moins de 60 ans ne progresserait que de 1 %. Cela représenterait 688 000 personnes de 60 ans ou plus supplémentaires en 2040, dont près de la moitié (328 000) auraient 80 ans ou plus. Cette population de personnes très âgées doublerait ainsi entre 2007 et 2040.

✓ En Vaucluse

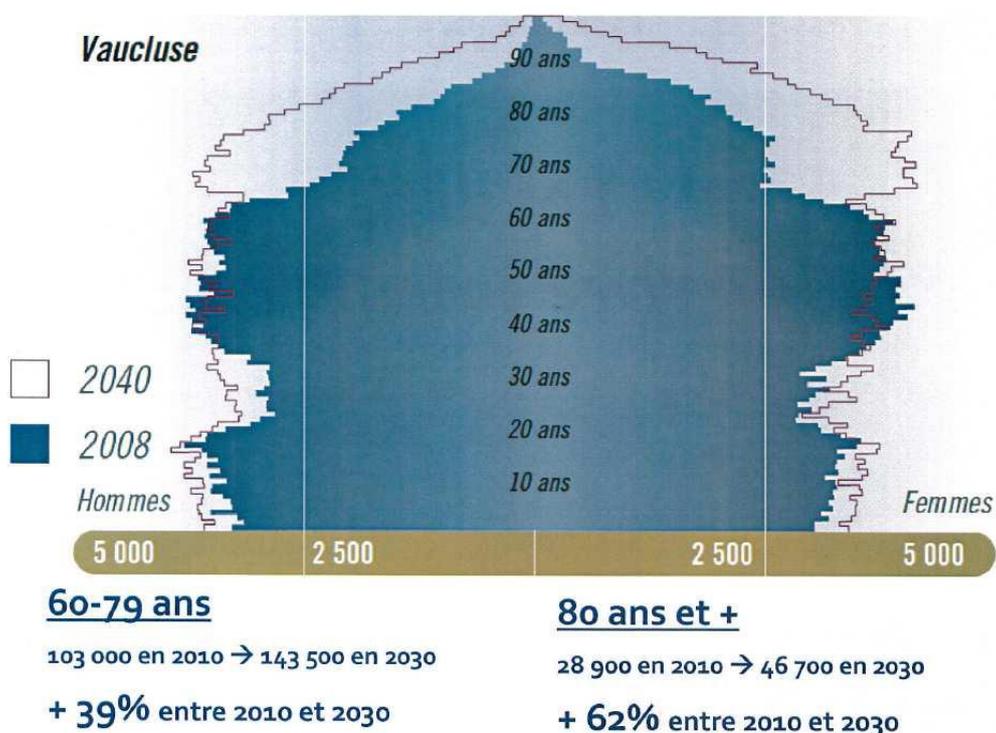
Les projections de l'INSEE prévoient, en fonction des scénarios, un gain de 70 000 à 100 000 habitants entre 2010 et 2040 (la population passerait de 546 000 à 620 000 ou 650 000 habitants).

Les plus de 60 ans connaîtraient une forte progression de leurs effectifs.

En 2021, 169 000 personnes seraient âgées de 60 ans ou plus
Soit + 13 000 personnes supplémentaires par rapport à 2016.

En 2040, 210 000 personnes seraient âgées de 60 ans ou plus sur les 649 000 vauclusiens (Omphale fécondité haute).

Evolution de la pyramide des âges entre 2008 et 2040



Source : Agence d'Urbanisme Rhône Avignon Vaucluse (AURAV), démarche Vaucluse 2040, 2013.

Dépendance

En 2016, 10 400 personnes âgées vauclusiennes sont dépendantes.

Ces effectifs de personnes âgées dépendantes croissent de manière linéaire à l'augmentation du nombre de personnes âgées, même si le taux de prévalence augmente avec l'avancée en âge.

✓ **Un taux de prévalence de l'APA plus faible que la moyenne nationale ...**

En Vaucluse, le taux de bénéficiaires de l'ADPA (à domicile et en établissement) représente 18.7% de la population de 75 ans et plus (20.5 % au niveau national). Le Vaucluse se situe ainsi au 29^{ème} rang des Départements français.

Le taux de bénéficiaires de l'ADPA à domicile représente 10.5 % de la population de 75 ans et plus (12 % au niveau national) et celui de bénéficiaires de l'ADPA en établissement 7.6 % (8.5 % au niveau national).

➤ **... mais des bénéficiaires légèrement plus dépendants**

La part des bénéficiaires de l'ADPA à domicile en Groupe Iso-Ressource (GIR) 1 et 2 parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'ADPA à domicile est de 20.3 % contre 18.8 % au niveau national, plaçant ainsi le Département au 72^{ème} rang des Départements au titre de cet indicateur.

De même il convient de constater une fréquence plus élevée de bénéficiaires en GIR 1 et 2 à domicile.

➤ **Une augmentation de nombre et de la part des bénéficiaires de la PCH âgés de 60 et plus**

✓ + 10.8 % de bénéficiaires de la PCH de 60 ans et + entre 2012 et 2015.

✓ Ceux –ci représentent en 2015 15.2 % des bénéficiaires de la PCH tout âge confondu (contre 13.9 % en 2012).

Indicateurs de Précarité - Fragilité

En matière d'indicateurs de fragilité, le Vaucluse présente une spécificité et des écarts à la moyenne (nationale et régionale) à prendre en compte.

Un constat d'amélioration générale de l'espérance de vie mais une dégradation de la situation avec l'avancée en âge et une différence marquée selon le sexe, à corrélérer avec les conditions de vie

Sur le Vaucluse, il convient de souligner une augmentation de l'espérance de vie à la naissance ; en 2014, l'espérance de vie des femmes de Vaucluse est légèrement supérieure (85,7 ans) à celle des femmes de la région PACA (85,5 ans) et des femmes françaises (85,4 ans). En revanche, les hommes vivent en moyenne plus de 5 mois de plus en PACA qu'en moyenne en Vaucluse et en France métropolitaine.

Ces écarts sont encore plus marqués concernant l'espérance de vie à 65 ans puisque le département de Vaucluse est le département de la région PACA qui présente les plus faibles taux notamment pour les hommes (écart de 1.7 points avec le département présentant les meilleurs taux d'espérance de vie à 65 ans).

De même si les taux de mortalité en Vaucluse se situe à 9 ‰, à un niveau inférieur aux taux constaté en région PACA, le taux de mortalité standardisé des 65 ans et

plus se situe quant à lui en Vaucluse à un niveau supérieur (37.3 ‰) aux taux constatés à la fois en région PACA (36 ‰) et en France métropolitaine (36.7 ‰).

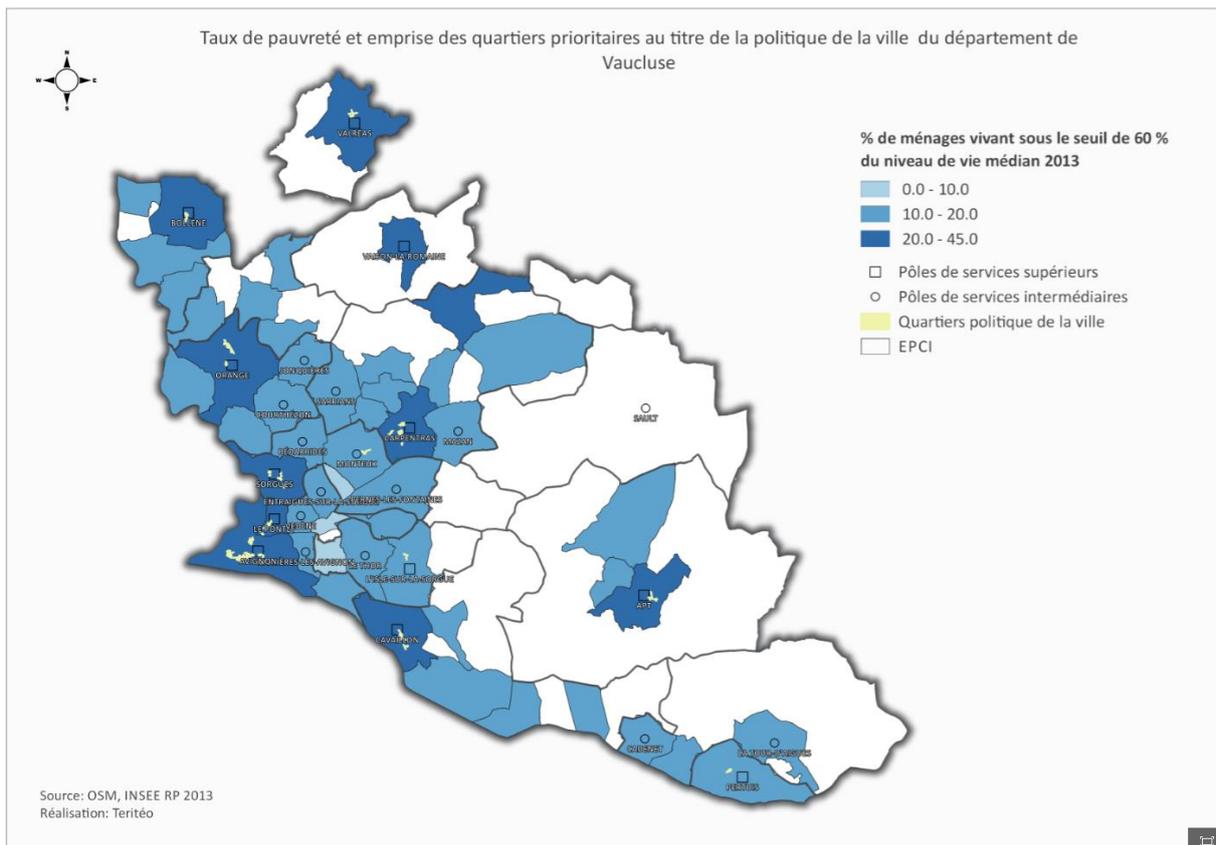
➤ **Le Vaucluse est un territoire qui cumule des signes de fragilité sociale...**

- ✓ La pauvreté reste particulièrement prégnante sur la Région PACA et particulièrement sur le Département. Provence-Alpes-Côte d'Azur est la 4^{ème} région la plus touchée par la pauvreté. Près de 17 % des habitants de Provence-Alpes-Côte d'Azur vivent sous le seuil de pauvreté en 2012, ce qui est nettement supérieur au niveau national (14,3 %).

Le Vaucluse est ainsi le département de la région où le taux de pauvreté est le plus élevé (19,8 % contre 14,3 % en France Métropolitaine). Il se situe à la 7^{ème} place des départements métropolitains selon ce critère. Avignon est la première grande ville de la Région PACA concernée, avec 29 % des habitants pauvres.

Sont davantage touchés les ménages dont le référent fiscal est âgé de 60 à 74 ans (6.2 points d'écart avec les données nationales) et de 75 ans et plus (6.8 points d'écart avec les données nationales). Le niveau de précarité des personnes âgées vauclusiennes de 60/74 ans, place ainsi le Vaucluse au 3^{ème} rang des Départements métropolitains les plus pauvres.

- ✓ Selon une étude DREES portant sur l'année 2011 (mise à jour en 2015) les taux de pauvreté :
 - A 60 % représente 19.6 % pour le Vaucluse (14.3 % en France).
 - A 50 % représente 11.2 % pour le Vaucluse (7.9 % en France).
 - A 40 % représente 4.9 % pour le Vaucluse (3.2 % en France).
- ✓ Le revenu médian des personnes vauclusiennes sous le seuil de pauvreté est de 9 300 € contre 9 447 € en France. Ainsi l'intensité de la pauvreté représente 20.7 % en Vaucluse contre 19.5 % en France, ce qui place le département à la 13^{ème} place des départements les plus pauvres.



- ✓ En corollaire, la part des personnes sans diplôme est plus élevée qu'en moyenne régionale (24 % contre 21 % en PACA).
 - ✓ Un foyer fiscal sur deux (49,4 %) est non imposable en 2010, soit 5 points de plus que la moyenne régionale.
 - ✓ Le revenu net imposable moyen des foyers fiscaux vauclusiens (1 828 € par mois) est le plus faible de PACA, de 210 € inférieur à la moyenne régionale.
 - ✓ Entre 2009 et 2014 le nombre d'allocataires des minima sociaux versés par la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) a augmenté de 4.8 %. En 2014, le revenu de 11.4 % des allocataires est constitué de 50 % à 99 % de prestations CAF (9.2 % en France métropolitaine), et 15.3 % vivent uniquement avec les prestations CAF (14 % en France métropolitaine).
 - ✓ Fin 2014 on compte 21 274 allocataires vauclusiens percevant le Revenu de Solidarité Active (RSA) (au 35^{ème} rang des départements hexagonaux). Entre 2009 et 2014, la part des ménages bénéficiaires a progressé de 7.2 à 9 % (de 6.2 à 7.9 % pour la France métropolitaine).
 - ✓ Les inégalités sont en outre importantes, notamment dans les grandes villes du département : le rapport de revenu entre les 10 % les plus pauvres et les 10 % les plus aisés varie ainsi de 1 à 8 pour Carpentras, Cavillon ou Orange, et de 1 à 13 à Avignon.
- **... marqués pour les personnes de 55 ans et +**

Données PACA : Fin 2013, plus de 68 000 personnes bénéficient du minimum vieillesse (Allocation Spéciale Vieillesse - ASV ou Allocation de Solidarité aux Personnes Agées - ASPA) en région PACA, et plus de 480 000 personnes en France

métropolitaine. Le nombre d'allocataires du minimum vieillesse poursuit sa décroissance (- 1 % en PACA et - 0,7 % en France en un an).

Cette décélération observée depuis plusieurs décennies est notamment expliquée au niveau national par l'extension de la couverture sociale et l'amélioration progressive du montant des pensions de retraite. Elle s'est toutefois ralentie depuis 2004 avec l'arrivée dans le dispositif des générations du baby-boom.

Le recul de l'âge de départ à la retraite depuis 2010 a par ailleurs provoqué une diminution du nombre de nouveaux bénéficiaires.

La répartition des allocataires du minimum vieillesse sur le territoire métropolitain n'est pas homogène : leur part parmi la population âgée de 60 ans ou plus est élevée dans le Sud-Ouest de la France, en Corse et dans les départements du pourtour méditerranéen.

La majorité des allocataires sont des femmes (56 % au niveau national), notamment du fait de leur longévité et de leurs pensions souvent plus faibles que celles des hommes. La région PACA continue toutefois d'afficher une particularité genrée en 2013 : c'est la seule région où la part des femmes est inférieure à celle des hommes (49 contre 51 %).

En Vaucluse : 6 690 personnes bénéficient du minimum vieillesse (ASV / ASPA) soit un taux de bénéficiaires du minimum vieillesse pour 1 000 personnes de 60 ans ou plus, de 45.7 ‰ (contre 50 ‰ en région PACA). Parmi elles, 49.2 % sont des femmes (contre 48.9% en région PACA), 63.2 % sont des personnes isolées (contre 63.9 % en région PACA), et 45.1 % sont des femmes isolées (contre 45 en région PACA).

Le score moyen de fragilité sociale des retraités (Observatoire régional des situations de fragilité) qui permet d'identifier des territoires prioritaires en fonction de facteurs économiques, de critères d'âge et de facteurs liés à l'isolement social, s'établit à 3.58 en Vaucluse comme en PACA (avec des écarts de 3.69 pour les Alpes Maritimes et de 3.35 pour les Hautes Alpes).

Selon l'Observatoire régional des situations de fragilité, le nombre de retraités du régime général à risque de fragilité (facteurs de risques retenus : âge, bénéficiaire ou non d'une pension de réversion, exonération ou non de la Contribution Sociale Généralisée - CSG) s'élève à 55 685 retraités en Vaucluse, soit 49.8 % du total du nombre de retraités du régime général en Vaucluse.

- ✓ En Vaucluse la part des seniors bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) atteint pour le régime général 3.88 % (comme au niveau de la Région), et pour les personnes relevant de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) 3.74 % (contre 2.01% au niveau régional).
- ✓ La part des personnes exonérées de la CSG atteint pour le régime général 28.6 % en Vaucluse (contre 27.1 % au niveau régional) et pour les personnes relevant de la MSA 34.5 % (contre 27.9 % pour la région PACA). Sur cet indicateur, le Vaucluse affiche les taux les plus élevés de la Région.

- ✓ La part des personnes de 55 ans et plus bénéficiant d'une pension de réversion atteint pour le régime général 18.2 % en Vaucluse (contre 17.7 % au niveau régional) et pour les personnes relevant de la MSA 23.2 % (contre 24.3 % au niveau régional).
- ✓ La part des personnes de 55 ans et plus sans médecin traitant atteint 4.07% en Vaucluse (contre 3.45 % au niveau régional).
- ✓ La part des personnes de 55 ans et plus sans recours aux soins atteint pour le régime général 4.76 % en Vaucluse (contre 5.27 % au niveau régional) et pour les personnes relevant de la MSA 3.58 % (contre 2.94 % au niveau régional).
- ✓ Depuis 2002, la part des bénéficiaires du Fonds Départemental Unique Solidarité Logement (FDUSL) de plus de 50 ans augmente régulièrement pour atteindre 26.6 % en 2015 (contre 19.36 % en 2002).
- ✓ En Vaucluse, le taux de bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement rapporté au nombre de places d'hébergement pour personnes âgées¹ atteint 17.4 % contre 15.8 % au niveau national, plaçant ainsi le département au 66^{ème} rang pour cet indicateur.
- ✓ En matière d'Affections de Longue Durée (ALD) reconnues par l'assurance maladie, l'exploitation des données de tous les régimes d'assurance maladie à un niveau géographique affiné fait ressortir :
 - Un excès de maladies de Parkinson.
 - Un taux de prévalence élevé du diabète de type 1.
- ✓ En 2012, la mortalité toutes causes confondues en Vaucluse est légèrement supérieure à la mortalité française.
- ✓ 94.7 % des décès par chutes accidentelles concernent des PA de plus de 55 ans. Ce taux est légèrement supérieur à celui constaté au niveau de la région PACA (91.9 %). Il convient de noter une surreprésentation des femmes (100 % des décès par chutes concernent des PA de 55 ans et +).
- ✓ Des indices comparatifs de mortalité qui mettent en évidence une situation sur le Vaucluse significativement moins favorable qu'en région PACA, notamment concernant les mortalités évitables par cancer.

Isolement.

- **Surreprésentation du taux de suicide chez les 55 ans et plus en Vaucluse**
- ✓ En Vaucluse, plus de 50 % des décès par suicide concernent des personnes âgées de 55 ans et plus, contre 49.5 % au niveau de la région PACA et 47.5 % au niveau national.
- **¼ des personnes isolées locataires du parc social ont 60 ans et +**

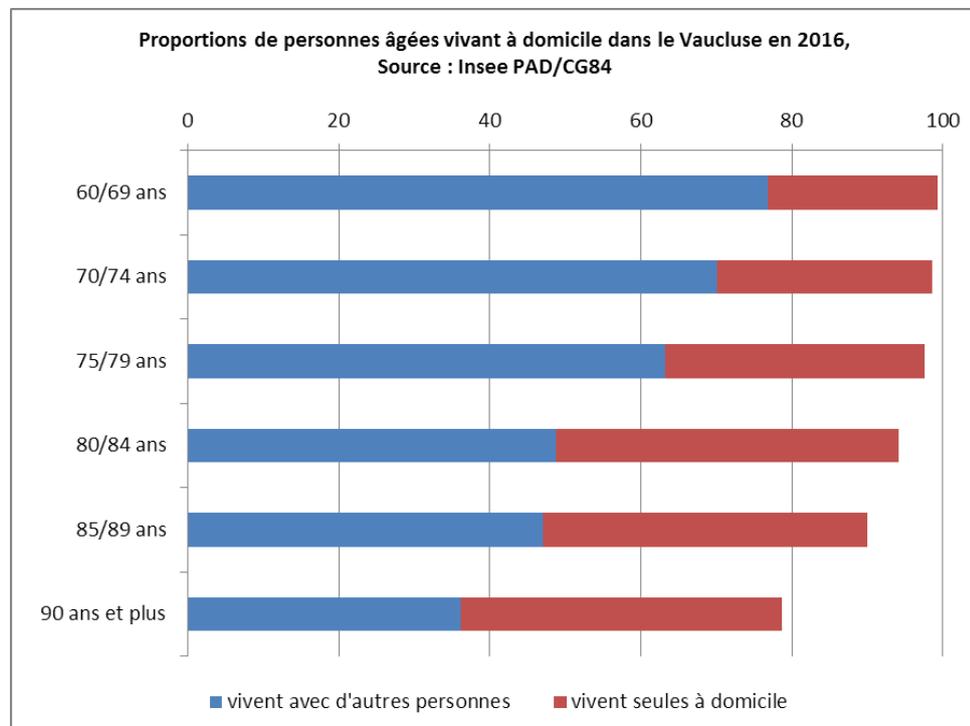
Conditions de logement

¹ Nombre de bénéficiaires de l'ASH au 31 décembre; en pourcentage des places d'hébergement complet pour personnes âgées : lits de maison de retraite, logements-foyers, lits d'hébergement temporaire et lits de soins longue durée.

➤ **Des personnes âgées qui vivent majoritairement à domicile...**

- ✓ En Vaucluse, 91.5 % des personnes de 60 ans et plus vivent à domicile. Ce taux atteint 86.4 % pour les personnes de 75 ans et plus. Ces données sont légèrement supérieures à celles constatées au niveau national (respectivement 91.3 % et 85.5 %).
- ✓ Elles sont moins nombreuses à vivre seules : 28.2 % des personnes de 60 ans et plus (contre 28.7 au niveau national), et 38.3 des personnes de 75 ans et plus (contre 38.5 au niveau national).

La proportion de personnes âgées vivant à domicile diminuerait avec l'avancée en âge mais demeure à un niveau élevé puisque 79 % des personnes de 90 ans et plus vieilliraient à domicile soit 4 points de plus qu'en 2010.



Source : Observatoire des solidarités, Département de Vaucluse

➤ **... qui sont majoritairement propriétaires de leur résidence principale...**

- ✓ Les habitants du Vaucluse et de la région PACA sont majoritairement propriétaires de leur résidence principale. La proportion de personnes propriétaires de leur logement a tendance à croître avec l'âge : en Vaucluse, tandis que les personnes âgées de 55 ans à 64 ans sont à 64 % propriétaires de leur résidence principale, ce taux atteint 72.4 % pour la tranche des 65-79 ans. Il est de 70 % pour les personnes âgées de 80 ans et plus.

➤ **... et légèrement moins nombreux qu'en Région PACA à être locataires dans le parc HLM**

Les personnes de 55 ans et plus résidant en Vaucluse sont un peu plus nombreuses à être locataires d'un logement HLM que leurs homologues de la région PACA. Elles représentent en Vaucluse 40.9 % des locataires d'un logement HLM (contre 42.7 % au niveau de la Région).

Les personnes de 60 ans et plus locataires dans le parc HLM représentent quant à elles 35.8 % des locataires du parc HLM avec des taux supérieurs sur les bassins d'habitat de la Vallée du Calavon (40,4 %), du Comtat - Ventoux (36,6 %), du Nord Vaucluse : 37,6 % et du Lubéron (38,1 %).

En matière de demandes de logement social sur le Vaucluse, la tranche des 60-74 ans est en augmentation : elle représente 13.1% des demandes en 2012 et 14 % en 2015, tandis que la tranche des personnes âgées de 75 ans et plus reste stable à 3 % des demandeurs.

En matière d'attribution de logement sociaux, la tranche des 60-74 ans représente 8% des attributaires, tandis que la tranche des personnes âgées de 75 ans et plus représente 2 % des attributaires.

20% des ménages demandeurs d'une mutation au sein du parc HLM sont âgés de 60 ans et plus.

Enfin, le nombre de demandes de logement social non satisfaites après un an pour les personnes de 60 ans et plus s'élève à 807 demandes en Vaucluse (soit 35,6 % de l'ensemble des demandes non satisfaites pour les 60 ans et plus).

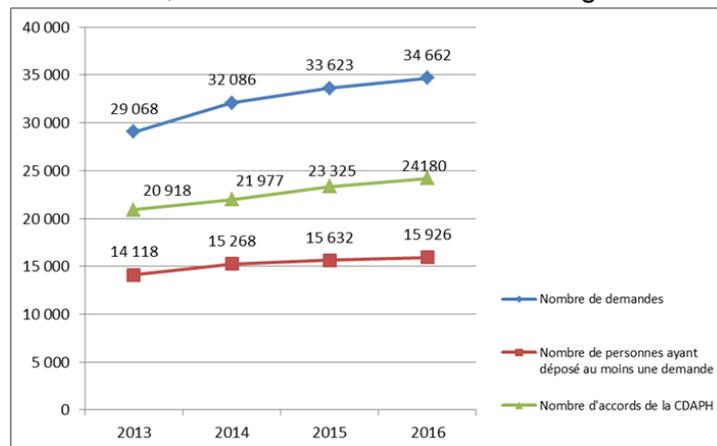
A noter une surreprésentation sur les bassins d'habitat de la vallée du Calavon : 147 demandes (38,5 %) et du Lubéron : 96 demandes (53,3 %).

Le nombre de ménages en recherche d'un logement adapté, repérés sur la base de données HANDITOIT au 31/12/2015 s'élève à 233 (+ 31.6 % depuis 2012) dont 24 % des demandeurs âgés de 65 ans et plus.

DONNEES POPULATION EN SITUATION DE HANDICAP.

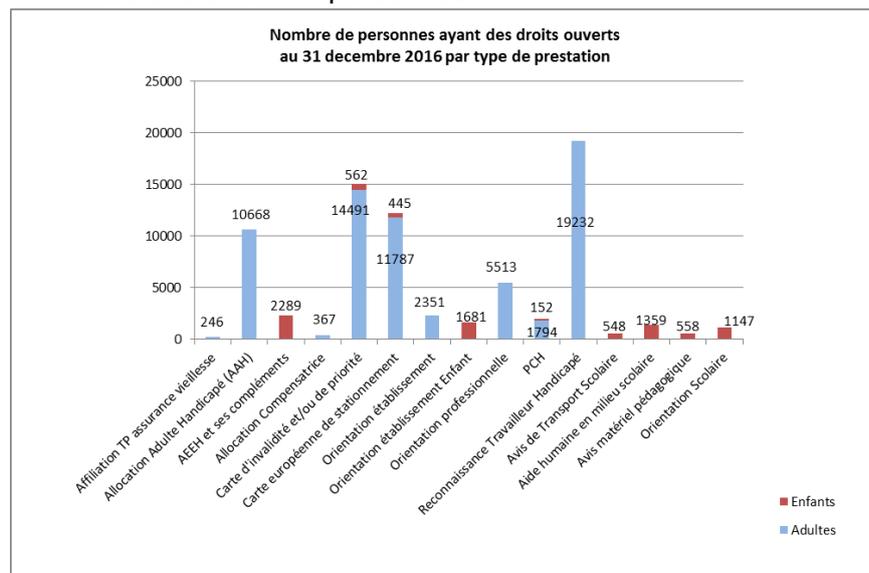
➤ Un nombre croissant d'utilisateurs qui déposent des demandes à la MDPH

- ✓ La Maison Départementale des Personnes Handicapées de Vaucluse (MDPH 84) reste fortement sollicitée par un nombre croissant d'utilisateurs qui la mobilisent pour un nombre de demandes de plus en plus élevé. L'Allocation Adulte Handicapé (AAH) est la prestation la plus sollicitée.
- ✓ En trois ans, le nombre des demandes a augmenté de 19,24 %.



Evolution du nombre de demandes déposées à la MDPH entre 2013 et 2016 –Source MDPH 84

- ✓ Au 31 décembre 2016, le nombre de personnes connues de la MDPH s'élève à 57 815 personnes.
- ✓ Au 31 décembre 2016, le nombre de personnes ayant un droit ouvert à la MDPH s'élève à 40 747 personnes.



Source MDPH 84

Enfants en situation de handicap.

Le nombre d'enfants en situation de handicap de 0 à 19 ans est estimé dans une fourchette de 1 210 personnes (handicaps sévères) à 2 527 personnes (tous handicaps).

Parmi eux, 1 330 seraient atteints de troubles du spectre autistique et 196 seraient atteints de handicaps rares.

Estimation du nombre d'enfants handicapés (0-19 ans) des départements de PACA en 2014, à partir de la prévalence, pour mille enfants

Enquêtes enfants	Taux de prévalence	ESTIMATION PAR DEPARTEMENT						Total Région
		Départ. 04	Départ. 05	Départ. 06	Départ. 13	Départ. 83	Départ. 84	
RHEOP générations 2000-2004 handicaps sévères	9,1 enfants pour mille jeunes de 0 à 19 ans	325	288	2126	4397	2023	1210	10 369
INSERM 1998, tous handicaps	19 enfants pour mille jeunes de 0 à 19 ans	678	600	4438	9181	4223	2527	21 649

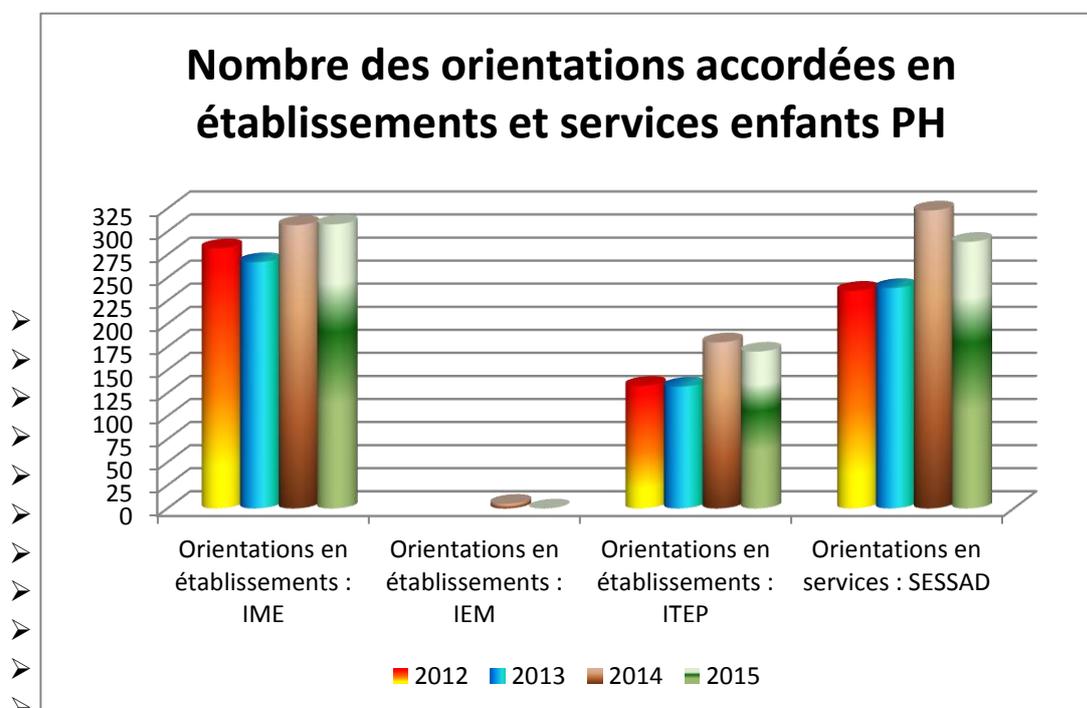
Sources: Registre des Handicaps de l'Enfant et Observatoire Périnatal (RHEOP) 2013 ; Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm), 1998 ; Insee estimation population 2014 – Handi Données CREA I 2015

- ✓ **Un taux d'enfants bénéficiaires de l'AEEH égal au taux constaté en région PACA...**
- ✓ Le taux d'enfants bénéficiaires de l'AEEH versée par la CAF et la MSA est de 1.2 % en Vaucluse comme en PACA.
- ✓ **...mais un taux d'accord d'AEEH et de PCH enfant en augmentation**
- ✓ Le nombre d'accord d'AEEH constaté entre 2012 et 2015 a augmenté de 16.3 %.
- ✓ Une augmentation de 52.8 % des accords de PCH pour enfants de moins de 20 ans entre 2012 et 2015 (contre 1.3 % pour les accords de PCH globale).
- **Orientations en ESSMS pour enfants en situation de handicap**
- ✓ 1 903 enfants en situation de handicap ont une orientation en établissements et services au 31 décembre 2016.

Type de demande	Nombre de personnes ayant un droit ouvert au 31/12/2016
LES ORIENTATIONS	
Orientations en établissements : IME / IMPRO	804
Orientations en établissements : ITEP	351
Total Orientations en Etablissements Enfants	1155
Orientations en services : SESSAD	748
Total Orientations en Services Enfants	748
Total Orientations en Etablissements et en Services (Enfant)	1 903

Source : MDPH 84

- Une augmentation sensible des orientations en ESSMS entre 2012 et 2015 :
 - + 27.8 % d'orientations en ITEP.
 - + 22.4 % d'orientations en SESSAD.
 - + 9.2 % d'orientations en Institut Médico-Educatif (IME).



Source : MDPH 84

- **Une évolution du profil des publics accueillis et une complexité des prises en charge** qui induisent un allongement des délais d'entrée en dispositif notamment en IME.

Conditions de scolarisation des enfants en situation de handicap.

✓ **Elèves en situation de handicap**

Le département de Vaucluse compte 3 160 élèves ayant des besoins éducatifs particuliers, dont :

- 2 831 élèves scolarisés en établissement solaire.
- 329 élèves pris en charge en établissement médico-social, agricole ou de santé.

- ✓ Le Vaucluse compte une proportion d'élèves handicapés parmi les élèves du 1^{er} ou du 2nd degré en milieu scolaire ordinaire ou en établissement sanitaire et médico-social comparable au niveau national (25.3 ‰ contre 25.5 ‰ au niveau national), mais une proportion d'élèves handicapés parmi les élèves du premier degré en milieu scolaire ordinaire supérieure (25.1 ‰) au taux constaté au niveau national (21.1 ‰).

- ✓ Parmi ces élèves, il apparaît une surreprésentation en Vaucluse des troubles du psychisme (5 ‰ contre 3.9 ‰ au niveau national) et des troubles du langage et de la parole (4.7 ‰ contre 3.1 ‰ au niveau national).

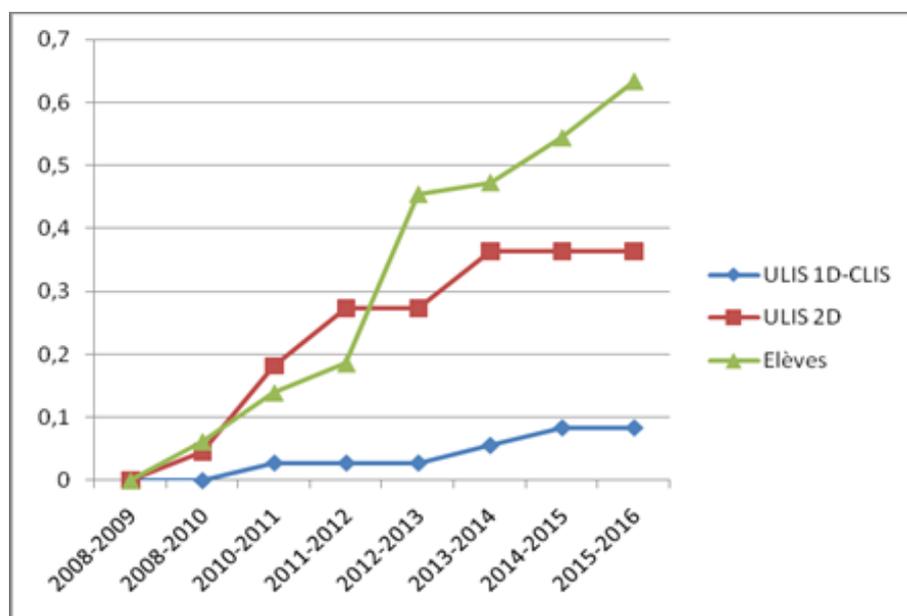
- ✓ **Evolution du nombre d'étudiants en situation de handicap**
- ✓ + 84 % d'étudiants en situation de handicap à l'université d'Avignon entre 2010 et 2013.

Évolution des effectifs d'étudiants handicapés par université entre 2010 et 2013 en PACA

Étudiants à l'université	2010	2011	2012	2013
Avignon	44	35	69	81
Total regional	455	600	800	916

Source : Handi Données CREA I 2015

- ✓ **Une augmentation des orientations scolaires**
- ✓ Une forte augmentation des orientations scolaires en Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire (ULIS) (+ 213 % entre 2012 et 2015).
- ✓ **Une évolution du nombre d'élèves plus rapide que l'évolution du nombre de dispositifs de scolarisation**



Evolution du nombre de dispositifs de scolarisation rapporté au nombre d'élèves en situation de handicap. Sources : Inspection de l'Education Nationale Adaptation Scolaire et Scolarisation des Elèves Handicapés (IEN ASH) 84

Adultes en situation de handicap.

- ✓ En Vaucluse la population handicapée âgée de 20 à 59 ans vivant à domicile est estimée dans une fourchette de 8 929 à 21 647 personnes (intégrant les Reconnaissances de la Qualité de Travailleur Handicapé - RQTH).

Différentes estimations de la population handicapée à domicile de 20 à 59 ans par département en 2014 à partir de l'enquête Handicap Santé

	Taux tout handicap pour mille adultes (20-59 ans)	Population estimée par département						
		Départ. 04	Départ. 05	Départ. 06	Départ. 13	Départ. 83	Départ. 84	Provence Alpes Côte d'Azur
Champ restreint : 20-59 ans, avec allocation, pension ou carte invalidité	33	2 540	2 287	17 697	33 666	16 225	8 929	81 345
Champ large : 20-59 ans, avec allocation, pension, carte ou taux invalidité ou RQTH	80	6 159	5 544	42 903	81 615	39 333	21 647	197 201

Sources : Handicap Santé volet Ménage (HSM) 2008, exploitation Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) 2011 et Direction de l'Animation de la Recherche des Etudes et des Statistiques (DARES) 2011, estimation Insee population 2014- Handi Données CREAI 2015

➤ Un taux d'évolution des bénéficiaires de l'AAH supérieur à la moyenne régionale et marqué pour les populations plus âgées

- ✓ Le nombre de foyers allocataires de l'AAH s'établit à 9 367 personnes en 2015 ; le taux d'évolution constaté entre 2010 et 2014 atteint plus de 25 % en Vaucluse contre 13.8 % pour la région PACA.
- ✓ Entre 2009 et 2014, la part des ménages couverts par l'AAH a progressé de 2.8 à 3.6 % (de 3 à 3.5 % pour la France métropolitaine).
- ✓ Le nombre d'accords d'AAH délivré par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) a quant à lui augmenté de 54 % entre 2012 et 2015 toute population confondue, et de **73 % pour les personnes âgées de 60 ans et plus.**
- ✓ 55.8 % des foyers allocataires ont un taux d'incapacité compris entre 50 et 79 % (contre 43 % en Région PACA) et 44.1 % un taux supérieur ou égal à 80 % (contre 57 % en région PACA).

➤ Un taux d'évolution de la Prestation de Compensation du handicap (PCH) élevé...

- ✓ 1 574 bénéficiaires (droits payés) de la PCH en 2015 soit une augmentation de 159 % de bénéficiaires payés depuis 2010.

- ✓ Augmentation du nombre et de la part des bénéficiaires de la PCH : en 2015, 136 bénéficiaires de la PCH enfants (+ 242 % depuis 2010) représentant 8.6 % du total des bénéficiaires de la PCH contre 5.10 % en 2010.
- ... **mais un taux de bénéficiaires légèrement inférieur aux moyennes nationales**
 - ✓ Le taux de bénéficiaires de la PCH et de l'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) atteint 4 % en Vaucluse contre 4.8 % au niveau national (3.5 % pour les bénéficiaires de + de 60 ans contre 4.6 au niveau national).
- **Une augmentation de la dépense de PCH de 88 % entre 2010 et 2015 s'établissant à plus d'1.4 millions d'€ en 2015.**
 - ✓ Une augmentation de la part de la dépense liée à la PCH enfant : celle-ci représentait 10.4 % de la dépense de PCH en 2010 contre 12.5 % en 2015.

Emploi et insertion professionnelle des travailleurs en situation de handicap.

- ✓ **Un taux d'évolution du nombre de demandeurs d'emploi en situation de handicap supérieur aux moyennes régionales et nationales**
 - ✓ + 40.6 % de Demandeurs d'Emploi (DE) handicapés en Vaucluse entre 2012 et 2014 contre + 32 % au niveau régional et + 33.3 % au niveau national.

Évolution du nombre de demandeurs d'emploi handicapés 2012-2014

Demandeurs d'emploi TH	Vaucluse	PACA	France
2012	3 189	26 621	339 617
2013	4 022	32 477	413 421
2014	4 484	35 247	452 701
Taux de croissance 2012-2014	40,6%	32%	33,3%

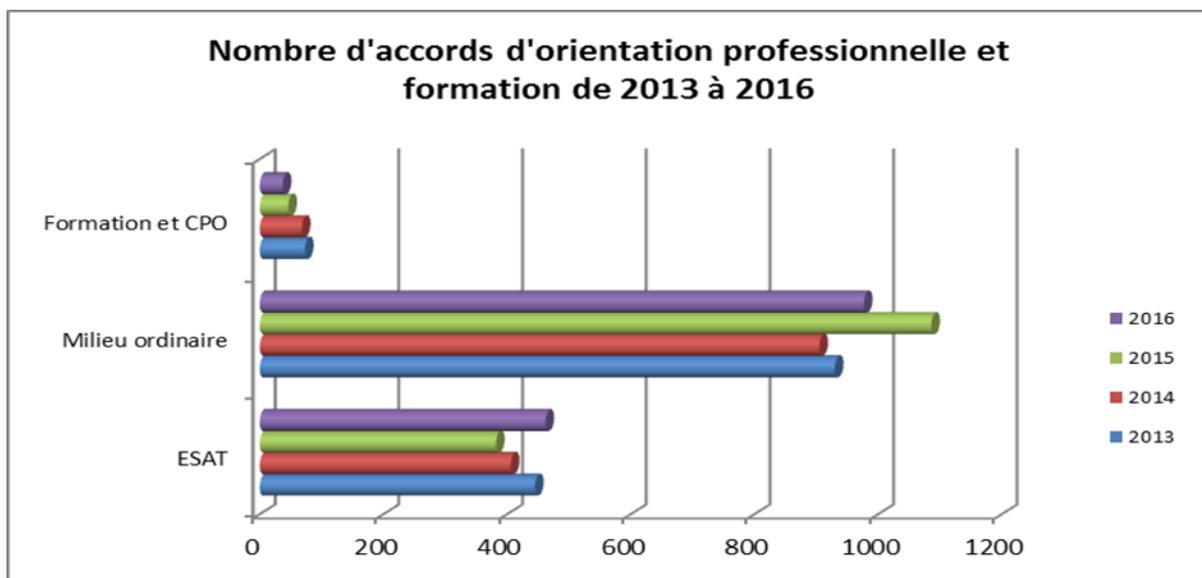
Source : Association Nationale de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Handicapés (AGEFIPH) - Handi Données CREA I 2015

- ✓ Le profil des DE handicapés en PACA et en Vaucluse met en évidence une surreprésentation de la proportion de personnes de 50 ans et plus, de personnes ayant un faible niveau de qualification, au chômage de longue durée voire de très longue durée par rapport aux DE en général.
- ✓ Les Bénéficiaires de l'Obligation d'emploi sont très souvent touchés par des freins multiples et périphériques à leur recherche d'emploi, en plus de leur handicap : garde d'enfant et/ou isolement liés à un statut de famille monoparentale, problèmes de mobilité (accès difficile au permis de conduire, pas de véhicule, absence de transport en commun), précarité.

✓ **Une augmentation du nombre d'accords pour la Reconnaissance de travailleurs Handicapés**

✓ + 16.4 % sur la période 2012-2015.

✓ En 2016, 5670 demandes de RQTH (+ 3 % par rapport à 2015) ont été déposées à la MDPH. La CDAPH a rendu 4 736 décisions. Les accords représentent 86 % de l'ensemble des décisions.



Source : MDPH 84

Orientations pour adultes en situation de handicap.

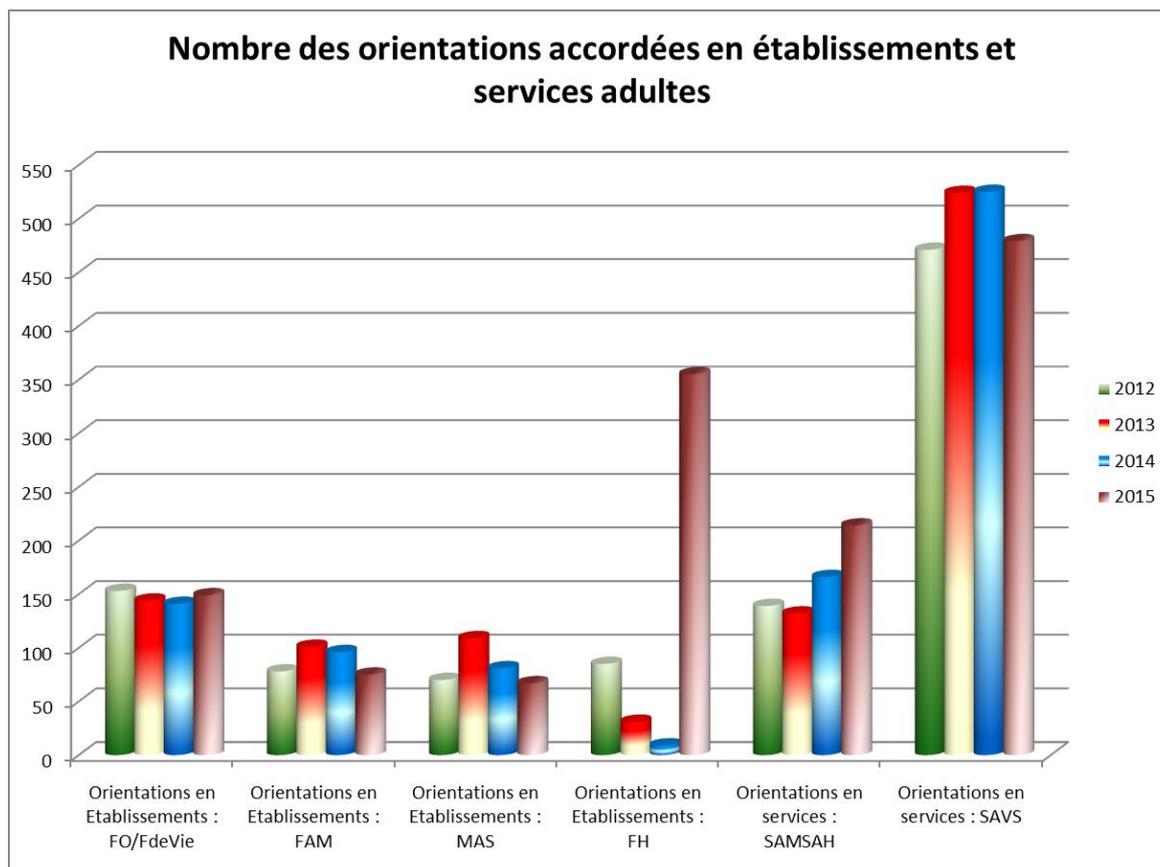
✓ 2 269 adultes en situation de handicap ont une orientation en établissements et services au 31 décembre 2016.

Type de demande	Nombre de personnes ayant un droit ouvert au 31/12/2016
LES ORIENTATIONS	
Orientations en Etablissements : Foyer de vie/Foyers occupationnels	412
Orientations en Etablissements : FAM	243
Orientations en Etablissements : MAS	220
Orientations en Etablissements : Foyers d'hébergement	318
Total Orientations en Etablissements Adultes	1193
Orientations en services : SAMSAH	486
Orientations en services : SAVS	956
Total Orientations en Services Adultes	1442
Orientations au titre de l'amendement Creton	34
Total Orientations en Etablissements et en Services (Adulte)	2 669

Source : MDPH 84

✓ **Sur la période 2012-2015 :**

- ✓ Forte augmentation des orientations en Foyer d'Hébergement (FH) (+ 317.6 %) liée à une modification des pratiques d'orientations sur ce type d'hébergement.
- ✓ Augmentation des orientations en Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) (+ 53.9 %) et en Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) (+ 1.7 %).
- ✓ Baisse des orientations en Foyer Occupationnel (FO) (- 2.6 %), FAM (- 3.8 %) et Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) (- 4.2 %).



Source : MDPH 84 NB : L'évolution marquée du nombre d'orientations en FH en 2015 est liée à une modification des pratiques d'orientations sur ce type d'hébergement

- **34 personnes** bénéficient d'un amendement CRETON au **31 décembre 2016** avec des orientations majoritairement en FH, Foyer de Vie (FV) ou FO et FAM.

Conditions de logements dans le parc social.

En 2014, en Vaucluse 3.5 % des demandes de logement social sont motivées par un besoin d'adaptation lié au handicap (contre 2.5 % en 2012). Cette tendance se confirme au niveau des différents bassins d'habitat avec une sur représentation de cette demande sur le bassin Nord Vaucluse (4 % des demandes).

Parallèlement, concernant les demandeurs d'une mutation de logement au sein du parc HLM 257 personnes soit 6 %, motivent leur demande pour une raison de handicap.

Nombre de ménages repérés sur la base de données HANDITOIT au 31 décembre 2015: 233 (+ 31.6 % depuis 2012) dont 24 % des demandeurs a plus de 65 ans.

1- 2 – Diagnostic de l'offre.

ELEMENTS-CLES DU DIAGNOSTIC DE L'OFFRE.

De nombreux dispositifs d'accueil, d'information, d'orientation et de coordination, notamment en faveur des personnes âgées, dont les missions sont à clarifier.

Une offre conséquente en Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) qu'il convient de réguler.

Une évolution de la couverture en matière de soins à domicile.

Une offre satisfaisante en matière de SAVS SAMSAH, mais un maillage territorial à revoir et une harmonisation des pratiques à achever.

Une offre de prévention à consolider et des actions en faveur du répit des proches aidants à développer.

Une offre de prise en charge spécialisée pour enfants en situation de handicap et des conditions de scolarisation perfectibles.

Des efforts à poursuivre en matière d'adaptation de l'habitat.

Une offre d'accueil et d'hébergement à **recomposer en réponse aux besoins.**

La consultation réalisée auprès des partenaires a également permis de mettre en évidence le **besoin d'une meilleure connaissance et un meilleur repérage des besoins** en amont des prises en charge, ainsi que d'une **coordination et une articulation plus efficace des acteurs au moyens d'outils simples et lisibles.**

De nombreux dispositifs d'accueil, d'information, d'orientation et de coordination, notamment en faveur des personnes âgées, dont les missions sont à clarifier

Indicateurs clés

Dispositifs en faveur des personnes âgées :

8 CLIC qui ont accompagné, en 2015, 2 564 personnes âgées de 60 ans et + et leurs familles en réponse à 3 417 demandes.

268 815 € de dotation annuelle allouée aux CLIC en 2016.

2 plateformes d'accompagnement et de répit.

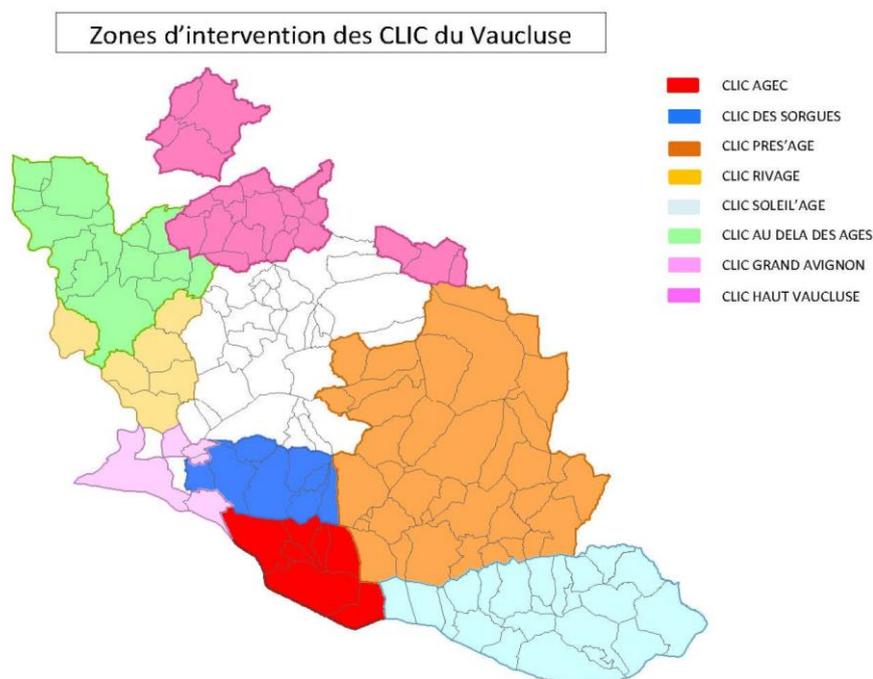
3 MAIA qui couvrent le territoire Vauclusien.

Dispositifs en faveur des personnes en situation de handicap :

MDPH.

De nombreux acteurs interviennent autour de l'accueil de l'information, de l'orientation et de la coordination autour de la personne en perte d'autonomie et de ses aidants (Département, MDPH, Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC), MAIA, Plateformes d'accompagnements et de répit, Plateforme territoriale d'appui...) rendant nécessaire une amélioration de l'articulation ainsi qu'une clarification et une meilleure lisibilité des différents dispositifs.

Par ailleurs, il subsiste à ce jour une absence de maillage territorial dans l'intervention des CLIC comme en atteste la cartographie ci-dessous.



Une offre conséquente en Services d'aide et d'Accompagnement à Domicile qui permet de répondre aux besoins et de mailler le territoire mais qu'il convient de réguler

Indicateurs clés

Le nombre de SAAD intervenant en mode prestataire sur le Département de Vaucluse est passé de 54 services en 2012 à 77 en 2016, soit une évolution de 42 %.

Les 16 premiers SAAD en volume d'activité ADPA représentent 73 % de l'activité.

Le nombre de SAAD intervenant exclusivement en mode mandataire est passé de 3 à 2 entre 2014 et 2016.

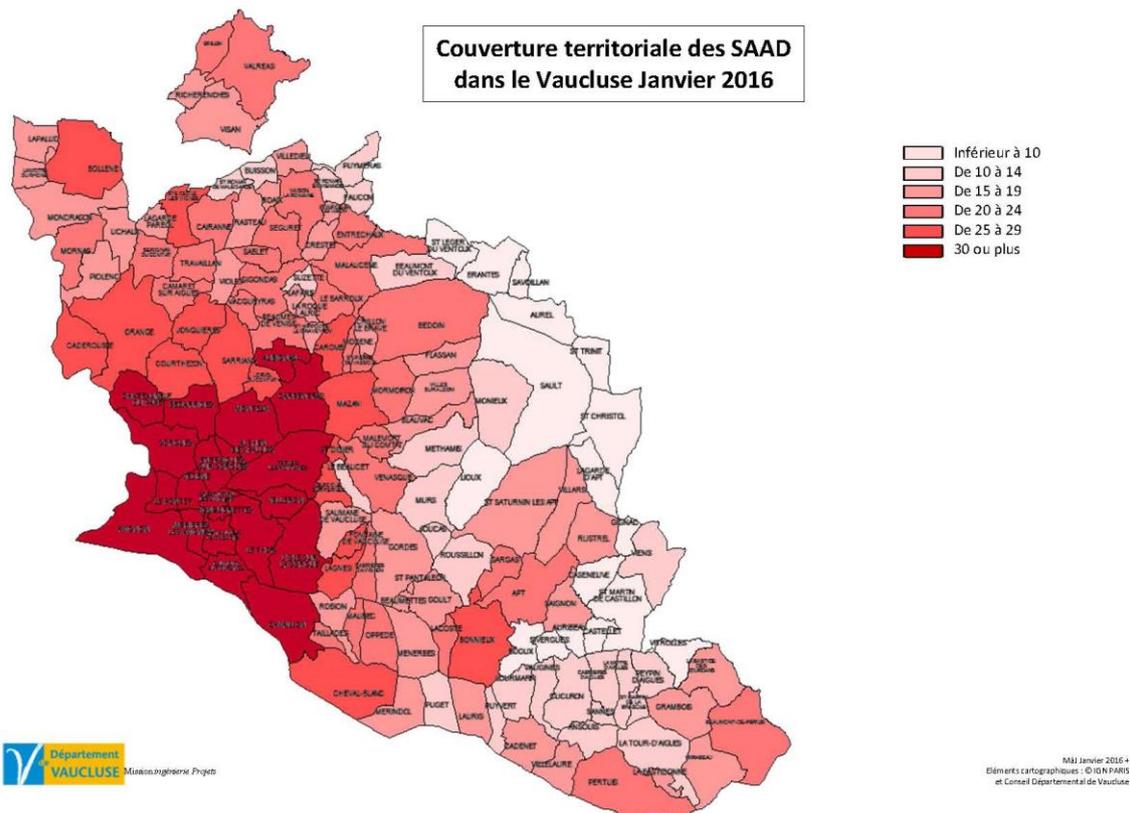
Chaque commune du Département est couverte par au minimum 3 SAAD.

La Loi du 28 décembre 2015 relative à l'Adaptation de la Société au Vieillissement de la population (ASV) a modifié, en profondeur, le secteur de l'aide à domicile en généralisant le régime d'autorisation à l'ensemble des SAAD intervenant en mode prestataire auprès des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et des familles fragiles. Depuis le 1^{er} janvier 2016, toute demande d'autorisation pour une création, une extension ou une habilitation à l'aide sociale est soumise à décision du Président du Conseil départemental.

Au 1^{er} juin 2016, 77 SAAD sont autorisés et référencés sur le Département et, parmi eux, 73 enregistrent au moins une intervention, auprès d'un bénéficiaire de l'ADPA, en 2016.

Les 10 premiers SAAD totalisent plus de 60 % de l'activité ADPA en mode prestataire alors que 37 SAAD réalisent à chacun moins de 1 % d'activité. Cette disparité se traduit par des écarts importants dans la prise en charge des bénéficiaires (plus de 800 bénéficiaires pour un SAAD contre 1 bénéficiaire pour d'autres SAAD).

Cette offre est à même de garantir une couverture territoriale des besoins de prise en charge, mais elle traduit dans le même temps un morcellement et la nécessaire régulation des structures.



Les cadres d'interventions mandataire et emploi direct ont été moins sollicités au regard notamment des enjeux juridiques de la relation contractuelle employeur-salarié et peuvent dans certains cas questionner l'adéquation de ces modes d'interventions avec la capacité des personnes en perte d'autonomie à assurer leur responsabilité d'employeur.

Une évolution de la couverture en matière de soins à domicile

Indicateurs clés

15 SSIAD autorisés sur la Vaucluse pour 1 096 places.

Nombre d'infirmiers libéraux en activité au 1^{er} janvier 2016 : 244 / 100 000 habitants (contre 173 en France métropolitaine).

140 places en Hospitalisation à Domicile (HAD) -données 2013- avec un taux de 0.26 (personnes pouvant être pris en charge simultanément) conforme à la moyenne régionale et supérieur à la moyenne nationale (0.21).

9 Equipes Spécialisées Alzheimer pour 90 places autorisées.

Expérimentation à venir de 3 SPASAD sur le Vaucluse dont un PA/PH

Globalement, le taux d'équipement en Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) est inférieur à la moyenne régionale :

- 5 SSIAD pour PH représentant 39 places soit au taux d'équipement de 0.1 ‰ inférieur aux moyennes régionales et nationales (0.2 ‰).
- Taux d'équipement en places de SSIAD pour 1 000 PA de 75 ans et plus : 19.7 ‰ contre 20.4 ‰ au niveau national.

Il existe de plus, une problématique de saturation saisonnière de l'offre par rapport à la demande et des difficultés de coordination entre les différents acteurs (Infirmier Diplômé d'Etat Libéral - IDEL, SSIAD, Hospitalisation A Domicile - HAD, SAAD) impliqués dans la prise en charge de personnes en perte d'autonomie.

Les Equipes Spécialisées Alzheimer peuvent souffrir d'un manque de lisibilité et d'une orientation des publics souvent trop tardive.

Une offre satisfaisante en matière de SAVS SAMSAH, mais un maillage territorial à revoir et une harmonisation des pratiques à achever

Indicateurs clés

- ✓ 15 SAVS pour une capacité de 393 places autorisées (- 31 places sur la période 2012-2016).
- ✓ 7 SAMSAH pour une capacité de 76 places autorisées (+ 46 places sur la période 2012-2016).
- ✓ Sur la période 2012-2015 : +15 places de SAMSAH et Médicalisation de 31 places de SAVS.
- ✓ Un taux d'équipement de 1.45 ‰ en SAVS et 0.28 ‰ en SAMSAH.

Une reconfiguration de l'offre en services à domicile s'est opérée sur la période 2010-2016 afin de mieux répondre aux besoins des personnes en situation de handicap : + 5 SAMSAH autorisés, + 15 places de SAMSAH, médicalisation de 31 places de SAVS.

Ces services constituent des acteurs incontournables de soutien à domicile en milieu ouvert, favorisant le parcours coordonné et fluide de la personne en situation de handicap et son inclusion dans la vie sociale.

Certaines de ces structures sont spécialisées dans la prise en charge de déficiences particulières. Certaines interviennent sur l'ensemble du territoire départemental tandis que d'autres ont un territoire d'intervention infra départemental.

Un état des lieux réalisé par les services du Conseil départemental s'appuyant sur les rapports d'activités et sur des entretiens avec les SAVS et les SAMSAH a mis en évidence un manque d'harmonisation des pratiques et des accompagnements, de compréhension non partagée de la notion de « File Active », des disparités de coût à la place. Aussi l'élaboration d'une démarche partenariale a été souhaitée par les services du Conseil départemental afin de clarifier les représentations et attendus du côté du Département et du prescripteur

(MDPH) mais aussi du côté des SAVS et des SAMSAH et ce afin d'élaborer un cadre de pratiques partagées et des ratios et des indicateurs permettant son évaluation.

Il apparaît de plus un maillage territorial non optimal notamment sur le secteur sud Vaucluse pour les SAMSAH.

Une offre de prévention à consolider et des actions en faveur du répit des proches aidants à développer

Indicateurs clés

- ✓ En 2016, le diagnostic de l'existant réalisé par la Conférence des financeurs, identifie sur le Vaucluse :
 - 24 actions ou programmes d'actions de prévention favorables à la santé et au bien-être.
 - + de 100 actions ou programme d'actions de prévention visant à lutter contre l'isolement en mobilisant les liens sociaux et en favorisant l'accessibilité à l'offre locale.
 - 23 actions d'accompagnement des proches aidants de personnes en perte d'autonomie.
- ✓ **Plus de 2 100 bénéficiaires d'actions de prévention financées par la Conférence des financeurs en 2016.**
- ✓ **Plus de 250 associations identifiées en Vaucluse, œuvrant pour détecter l'isolement et maintenir le lien social des seniors.**
- ✓ **Plus de 120 associations en Vaucluse œuvrant en faveur des personnes en situation de handicap.**

L'accompagnement des porteurs de projets est à encourager pour favoriser la diversification des actions proposées en réponse aux besoins de prévention identifiées dans le cadre de la Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.

De plus, il apparaît une insuffisance de dispositifs de répit en faveur des aidants, ainsi qu'une meilleure communication à diffuser sur ceux existants.

Une offre de prise en charge spécialisée pour enfants en situation de handicap et des conditions de scolarisation perfectibles

Indicateurs clés

- ✓ **2 102 enfants scolarisés dans le Vaucluse** (années scolaire 2013-2014) dont :
 - 1 315 dans le 1^{er} degré.
 - 787 dans le second degré.
- ✓ **3 160 élèves ayant des besoins éducatifs particuliers**, dont :
 - 2 831 élèves scolarisés en établissement scolaire (+ 17 % en un an + 63 % sur 6 ans).
 - 329 élèves pris en charge en établissement médico-social, agricole ou de santé.
- ✓ **+ 84 % d'étudiants en situation de handicap** à l'université d'Avignon entre 2010 et 2013.

- ✓ **1 154 places en ESSMS pour enfants handicapés installées fin 2014 Une augmentation sensible des orientations en ESSMS entre 2012 et 2015 :**
 - + 27.8 % d'orientations en ITEP.
 - + 22.4 % d'orientations en SESSAD.
 - + 9.2 % d'orientations en IME.
- ✓ **+ 213 % d'orientations en ULIS** entre 2012 et 2015.

- **Des taux d'équipements pour les ESSMS pour enfants en situation de handicap inférieurs aux moyennes nationales**
 - ✓ Un taux d'équipement global en établissement d'hébergement pour enfants de 4.2 ‰ contre 6.5 ‰ au niveau national plaçant ainsi le Vaucluse au 5^{eme} rang des Départements métropolitains.
 - ✓ Des taux d'équipement en IME (3.7 ‰) et Institut Thérapeutique Educatif et pédagogique (ITEP) (0.5 ‰) quasi équivalents à ceux constatés au niveau régional, mais inférieurs aux taux nationaux (respectivement 4.3 ‰ et 1 ‰).

- **...mais des taux d'équipement en SESSAD supérieurs aux taux régionaux et nationaux : 3.1 ‰ en Vaucluse contre 2.7 ‰ pour la Région et 2.9 ‰ pour la France métropolitaine.**

Nombre de places pour enfants handicapés par département fin 2014

Catégorie établissement/département	04	05	06	13	83	84	Total
IME	122	135	809	1 644	916	486	4 112
ITEP	24	16	145	310	140	70	705
EEAP	17	22	113	273	74	29	528
IES	0	0	127	365	0	0	492
EDM	0	0	59	81	55	0	195
Établissement ou service expérimental	10	26	0	26	0	12	74
SESSAD	123	135	767	1 128	559	412	3 124
Sous Total	296	334	2 020	3 827	1 744	1 009	9 230
CAMSP	92	75	6 centres	1 134	225	145	1 671
Total	388	409	x	4 961	1 969	1 154	10 901

Source : places installées base des établissements et services du CREAI PACA Corse, 2014. Handi Données CREAI 2015

- ✓ **Une évolution du nombre d'élèves plus rapide que l'évolution du nombre de dispositifs de scolarisation**
- ✓ Une forte augmentation des orientations scolaires en ULIS (+ 213 % entre 2012 et 2015).
- ✓ Evolution en 6 ans : + 8 % de places en ULIS 1^{er} degré et + 36 % en ULIS 2nd degré pour une évolution de 63 % des élèves en situation de handicap.
- ✓ En 2013-2014 : Un taux d'équipement en ULIS collège inférieur à la moyenne nationale (27.4 ‰ élèves en situation de handicap contre 32.7 constaté au niveau national).

Un taux d'équipement en ULIS supérieur à la moyenne nationale (34.5 ‰ élèves en situation de handicap contre 30.5 ‰ constaté au niveau national).

Il apparait une montée en charge des demandes de maintien en ULIS école, collège ou lycée en raison du manque de place en IME ou Section d'Initiation de Première Formation Professionnelle (SIPFP), mais également parce que les familles n'arrivent pas à franchir le pas vers l'établissement médico-social.

Un délai d'entrée notamment en IME et SESSAD IME relativement important, rarement inférieur à un an, ce qui engendre par défaut des demandes d'aide humaine à la scolarisation, de PCH enfant et de maintien en ULIS.

Ce délai est particulièrement vrai pour les enfants présentant un handicap « complexe », c'est-à-dire à la fois une sévérité des altérations et une difficulté à mettre en œuvre des moyens de prises en charge : il s'agit principalement d'enfants présentant des handicaps associés ou un trouble organique non stabilisé (épilepsie par exemple). On note aussi dans la typologie des enfants en attente de place un certain nombre d'enfants autistes, souvent en fin d'accompagnement par le secteur psychiatrique. Il s'agit d'enfants « avec des problématiques lourdes », souvent au domicile avec peu de prises en charge ou des prises en charge libérales avec des méthodes comportementales.

L'offre en matière d'emploi et insertion pro de travailleurs handicapés

Indicateurs clés

- ✓ + 40.6 % de demandeurs d'emploi handicapés en Vaucluse entre 2012 et 2014 contre + 32 % au niveau régional et + 33.3 % au niveau national.
 - ✓ 15 ESAT autorisés sur le Département représentant 933 places soit + 77 places depuis 2010.
 - ✓ 5 entreprises adaptées pour 141 places.
 - ✓ Aucun établissement et services de réinsertion professionnelle.
 - ✓ + 16.4 % **d'accords pour la Reconnaissance de travailleurs Handicapés** sur la période 2012-2015.
-
- ✓ **Un taux d'équipement en Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) conforme à la moyenne nationale** (3.5 ‰ adultes de 20 à 59 ans) et légèrement supérieur à la moyenne régionale (3 ‰).

Places installées	Taux d'équipement pour mille adultes de 20 à 59 ans
Alpes Haute Provence	3,6
Hautes Alpes	3,9
Alpes maritimes	3,0
Bouches-du-Rhône	2,9
Var	2,7
Vaucluse	3,5
PACA	3,0
France métropolitaine	3,5

✓ *Source : Base des établissements et services CREAI PACA et Corse, et STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social (STATISS) 2014 pour données France Handi Données CREAI 2015*

- ✓ **Un éloignement géographique des Centres de Rééducation Professionnels (CRP)** occasionnant des difficultés pour les personnes en situation de handicap pour accéder aux formations.

Des efforts à poursuivre en matière d'adaptation de l'habitat

Indicateurs clés

- ✓ **88 logements adaptés dans le parc social livrés** sur la période 2011-2015.
- ✓ **46 logements adaptés engagés dans le parc social** (livraison post 2015).
- ✓ Nombre de ménages repérés sur la base de données HANDITOIT au 31/12/2015 : **233 (+ 31.6 % depuis 2012) dont 24 % des demandeurs a plus de 65 ans.**
- ✓ **184 adaptations de logement réalisées par l'Agence Nationale de l'Habitat (ANAH)** auprès de propriétaires Vauclusiens sur la période 2013-2014 (soit 19 % des adaptations réalisées en région)

S'agissant des solutions d'habitat pour les personnes en perte d'autonomie, le Département a poursuivi le partenariat avec l'association HandiToit Provence et les principaux bailleurs du Département visant à développer l'offre de logements adaptés, mieux recenser la demande et assurer la mise en relation entre l'offre et la demande de logements adaptés.

L'ensemble des réflexions engagées par le Département en matière d'adaptation des logements aux besoins des personnes en perte d'autonomie et du développement de nouvelles formes d'habitat favorisant l'inclusion sociale et le lien intergénérationnel sont intégrées dans les travaux préparatoires à l'élaboration du premier Plan Départemental de l'Habitat (PDH) ainsi que du 3ème Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées (PDALPD).

En parallèle, le Département a engagé une réflexion sur l'amélioration de la sécurisation des domiciles en lançant une expérimentation sur l'utilisation d'outils de domotique au domicile en complément des accompagnements humains, en lien avec le Pôle Service à la Personne PACA (PSP PACA).

Une offre d'accueil et d'hébergement dont la recomposition est à poursuivre en réponse aux besoins

- **En familles d'accueil**

Indicateurs clés (au 31 décembre 2016)

31 familles d'accueil agréées au titre de l'accueil familial social.

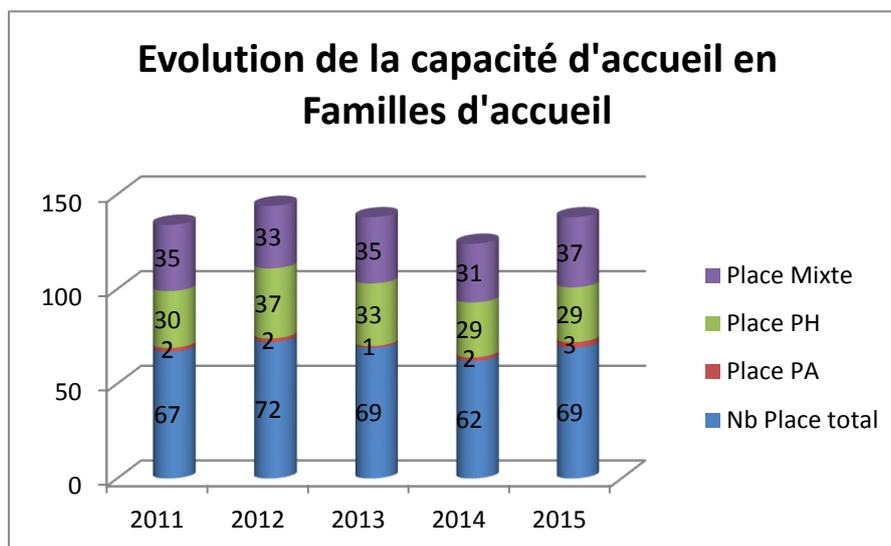
72 places : + 6 places par rapport à 2011.

Dont 42 places « mixtes » PA/PH, 5 places dédiées aux PA et 25 places dédiées aux personnes en situation de handicap.

8 Familles d'accueil agréées au titre de l'accueil familial thérapeutique (pour 16 places).

69 jours de formation à destination des Accueillants familiaux entre 2012 et 2015.

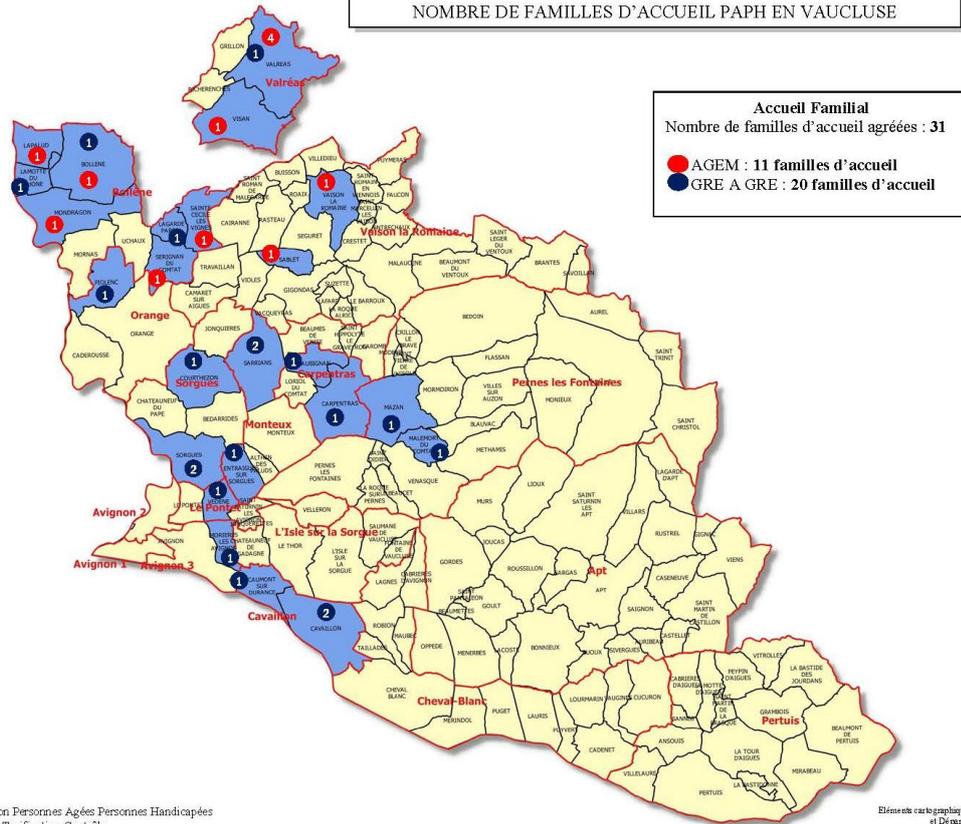
Une stabilisation du nombre de places agréées aux alentours de 70 places (+/- 5 places selon les années) permettant majoritairement d'accueillir indifféremment un public âgé ou en situation de handicap.



Les places dédiées (environ 45 % du total des places) restent toutefois majoritairement orientées en faveur des personnes en situation de handicap du fait de l'existence de l'AGEM, Foyer de vie qui salarie des familles d'accueil agréées.

Une diversification des places avec la création de places en accueil séquentiel.

NOMBRE DE FAMILLES D'ACCUEIL PAPH EN VAUCLUSE



Une offre en familles d'accueil inégalement répartie sur le territoire.

Une volonté de poursuivre la professionnalisation des familles d'accueil agréées, en lien avec les nouvelles dispositions de la loi d'adaptation de la société au vieillissement.

- **En établissements pour Personnes âgées**

Indicateurs clés

- 5 763 places autorisées en ESSMS pour PA en 2016 soit + 89 places sur la période 2010-2016.
- 14 structures d'accueil de jour (dont 1 d'accueil de jour itinérant).
- 66 places d'hébergement temporaire répartis dans 19 EHPAD (+ 35 % entre 2013 et 2015).
- 34 EHPAD identifiés comme vétustes.
- 26 EHPAD avec une capacité inférieure à 60 lits.

PA : nombre d'établissements par types d'établissements et nombre de places autorisées

Source : Service Tarification Contrôle SDOSMS 2012-2016

	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012-2016
EHPAD	60	59	58	58	58	-2
Nombre de places autorisées	4 366	4 339	4 318	4 381	4 385	19
Logements foyers/ Résidences autonomes	16	16	16	16	16	0
Nombre de places autorisées	1 006	1 008	1 010	1 008	1 007	1
USLD	6	6	6	6	6	0
Nombre de places autorisées	250	247	247	247	247	-3
Accueils de Jour	13	14	14	14	14	1
Nombre de places autorisées	99	110	114	124	124	25
Total nombre établissements	95	95	94	94	94	-1
total nombre de places autorisées	5 721	5 704	5 689	5 760	5 763	42

- Une reconfiguration de l'offre médico-sociale pour personnes âgées sur la période 2010-2015 :

En Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) :

- ✓ + 107 places (- 2 EHPAD autorisés).
- ✓ Un taux d'équipement de 81.6 ‰ inférieur aux moyennes régionales (89.6 ‰) et nationales (104.6 ‰).
- ✓ Un nombre de petites structures (< 60 lits) très importants (26 structures).
- ✓ Un nombre important de structure publique et hospitalière sur le territoire.

En Unité de Soins Longue Durée (USLD) :

- ✓ - 3 places autorisées.
- ✓ Un taux d'équipement de 4.6 ‰:supérieur au taux régional (3.3 ‰) mais inférieur à la moyenne nationale (5.3 ‰) et qui fait apparaitre de fortes disparités sur le plan territorial.

En accueil de jour :

- ✓ 14 sites d'Accueil de Jour (AJ) pour personnes âgées (dont 1 AJ itinérant) pour une capacité de 124 places (soit + 32 places sur la période 2010-2016).
- ✓ 429 personnes accueillies sur l'année 2015.
- ✓ Un taux d'occupation moyen de 70.9 %.
- ✓ Un bon taux d'équipement en places d'accueil de jour : 2.3 ‰ inférieurs aux moyennes nationales (2.8 ‰) mais conforme à la moyenne régionale (2.2 ‰).
- ✓ Une bonne répartition géographique, un niveau d'activité important.
- ✓ Des freins à l'accès à l'offre (transport, reste à charge).

En Hébergement temporaire :

- ✓ Une offre complète et bien répartie sur le territoire.
 - ✓ Une augmentation du nombre de journées d'activité (+ 3 200 journées entre 2008 et 2013).
 - ✓ Des taux d'occupations plutôt faibles mais très disparates selon les établissements (de 90 % à 8 %).
 - ✓ Des entrées en Hébergement Temporaire (HT) principalement motivées par un besoin de répit des aidants.
 - ✓ Durée moyenne des séjours : 50 jours.
 - ✓ Une offre mal connue et une insuffisante information des structures d'accueil, d'information et d'orientation sur la disponibilité des places en HT.
 - ✓ Des freins à l'entrée : restes à charge, une procédure d'admission jugée lourde, une mauvaise articulation avec d'autres dispositifs pour envisager une sortie adaptée.
 - ✓ Un dévoiement du dispositif (HT comme sas à l'entrée en Hébergement Permanent - HP).
- **Une Offre spécifique Alzheimer étoffée**
- ✓ Des taux d'équipement en matière d'Équipement Spécialisé Alzheimer (ESA) et d'Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) supérieurs aux moyennes régionales et nationales :
 - Un taux d'équipement en ESA de 4.4 ‰ contre 2.6 ‰ en région et 2.2 ‰ en France métropolitaine.
 - Un taux d'équipement en UHR de 0.7 ‰ contre 0.8 ‰ en région et 0.6 ‰ en France métropolitaine.
 - ✓ 28 Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA).
 - ✓ 2 Plateformes d'accompagnement et de répit.
- **Une activité des établissements vauclusiens d'hébergement pour personnes âgées relativement conforme aux constats régionaux**
- ✓ Un taux d'occupation (92.8 %) légèrement inférieur à la moyenne régionale (95 %).
 - ✓ Un nombre de sortie (tout type d'ESSMS confondu) inférieur à la moyenne régionale.

- ✓ Une Durée Moyenne de Séjour (DMS) équivalente aux moyennes régionales sauf en ce qui concerne les résidences autonomie où la DMS est supérieure en Vaucluse d'un an et 4mois.
- ✓ Une plus grande représentation de la tranche des 75-85 ans, mais une moyenne d'âge conforme à la moyenne régionale (84.9 ans).

➤ **Une évolution du profil des personnes accueillies en établissement**

La part des bénéficiaires de l'ADPA en établissement en GIR 1 et 2 au 31/12 parmi l'ensemble des bénéficiaires en établissement au 31 décembre 2015 s'élève à **57.7 %**.

Les comparaisons de la répartition des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées, par GIR, fait apparaître, dans les établissements vauclusiens, une moindre représentation des GIR 1-2, quel que soit le type d'établissement, par rapport aux autres établissements régionaux.

- Une moyenne de 220 bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement accueillis dans un établissement hors Vaucluse (sur la période 2012-2015).

Indicateurs clés

- **1 362 places autorisées en ESSMS pour PH adultes en 2016** soit **+ 125 places** sur la période 2010-2016.
- **Evolution des orientations sur la période 2012-2015 :**
 - ✓ Forte augmentation des orientations en FH (+ 317.6 %).
 - ✓ Augmentation des orientations en SAMSAH (+ 53.9 %) et en SAVS (+ 1.7 %).
 - ✓ Baisse des orientations en FO (- 2.6 %), FAM (- 3.8 %) et MAS (- 4.2 %).
- 12 projets architecturaux en cours concernant des établissements pour personnes en situation de handicap.
- **34 personnes bénéficient d'un amendement CRETON à la date du 31 décembre 2016** avec des orientations majoritairement en FH, FV ou FO et FAM.
- **Augmentation considérable des dépenses d'aide sociale à l'hébergement en faveur des personnes en situation de handicap : + 9 Millions** entre 2011 et 2015.

- **En établissements pour personnes en situation de handicap**

PH : nombre d'établissements par types d'établissements et nombre de places autorisées

Source : Service Tarification Contrôle SDOSMS 2012-2016

	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012-2016
Foyers Occupationnels (FO)	10	10	10	11	11	1
Nombre de places autorisées	287	290	309	307	289	2
Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM)	6	6	7	7	9	3
Nombre de places autorisées	179	179	181	181	199	20
Foyers d'Hébergement (FH)	11	11	11	11	11	0
Nombre de places autorisées	277	321	314	309	310	33
Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS)	15	15	15	15	15	0
Nombre de places autorisées	424	424	408	408	393	-31
Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH)	2	2	5	5	7	5
Nombre de places autorisées	30	30	61	61	76	46
Accueil de Jour	12	12	12	13	13	1
Nombre de places autorisées	100	104	104	95	95	-5
Total nombre établissements	56	56	49	51	55	-1
total nombre de places autorisées	1 297	1 348	1 377	1 361	1 362	65

Une diversification des prises en charge : AJ, HT

Au niveau du Département, des taux d'équipement en places d'établissement médico-social d'hébergement pour adultes handicapés :

- ✓ En MAS : conformes à la moyenne nationale (0.8 ‰), et légèrement supérieurs au taux régional (0.7 ‰).
 - ✓ En FAM : conformes aux taux nationaux et régionaux (0.7 ‰).
 - ✓ En FO ou FV : 1.06 ‰ inférieurs aux taux nationaux (1.5 ‰) et régionaux (1.3 ‰).
 - ✓ En FH : 1.14 ‰ supérieur au taux régional (0.90 ‰) mais inférieur à la moyenne nationale (1.2 ‰).
- **Une activité des établissements vauclusiens d'hébergement pour personnes en situation de handicap relativement conforme aux constats régionaux**
- ✓ Un taux d'occupation de l'ensemble des établissements (95.7 %) légèrement supérieur à la moyenne régionale (94.6 %) avec des taux d'occupation supérieurs à la moyenne régionale pour les FH, les FO et les MAS, et un taux inférieur à la moyenne pour les FAM. Ce résultat reste à pondérer pour les FAM par le fait que certains établissements ont une vocation régionale voire nationale (prise en charge des traumatisés crâniens, des personnes atteintes de scléroses en plaque).
 - ✓ Une DMS équivalente aux moyennes régionales (9 ans et 8 mois) sauf en ce qui concerne les FH où la DMS est supérieure en Vaucluse d'un an, et en ce qui concerne les FAM où la DMS est inférieure en Vaucluse d'un an.

PARTIE 2- Fiches-actions du Schéma de l'autonomie 2017-2022

Sommaire :

ORIENTATION 1 : MIEUX CONNAITRE ET EVALUER LES BESOINS54
Axe N° 1 – Promouvoir la démarche de diagnostics territoriaux partagés.....	56
Axe N° 2 – Améliorer le repérage des fragilités ou du risque de perte d'autonomie	59
Axe N° 3 - Améliorer le système d'information en vue d'anticiper les réponses aux besoins ..	62
ORIENTATION 2 : ASSURER UNE MEILLEURE CONTINUTE ET COORDINATION DES PRISES EN CHARGE DANS UNE LOGIQUE DE PARCOURS65
Axe N° 4 – Rénover la coordination gérontologique en vue d'une meilleure cohérence et complémentarité des actions en faveur des personnes âgées.....	67
Axe N° 5 – Renforcer la coordination autour de la personne en situation de handicap notamment dans le cadre de la « réponse accompagnée pour tous »	69
Axe N° 6 – Assurer une meilleure coordination autour de l'enfance en situation de handicap et en particulier des enfants relevant de l'aide sociale a l'enfance	72
Axe N° 7- Assurer une prise en charge plus globale des situations.....	74
Axe N° 8 – Assurer les transitions adaptées pour fluidifier les parcours des personnes âgées et des personnes en situation de handicap	76
ORIENTATION 3 : ADAPTER LES DISPOSITIFS DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE EXISTANTS ET DEVELOPPER DES REPONSES NOUVELLES A COUTS ACCEPTABLES79
Axe N° 9 – Développer et améliorer l'accès aux actions de prévention des personnes âgées et des personnes en situation de handicap	81
Axe N° 10- Structurer l'offre de services à domicile pour répondre aux besoins et promouvoir la qualité de prise en charge	84
Axe N° 11 – Améliorer la qualité de la prise en charge en ESSMS	87
Axe N° 12 – Poursuivre la recomposition et le rééquilibrage de l'offre	89
Axe N° 13 – Favoriser l'accès à l'offre et assurer une diversification et une réactivité dans la réponse	91
Axe N° 14 - Développer des solutions d'accompagnement innovantes pour les personnes en perte d'autonomie	93
Axe N° 15 – Assurer le pilotage et l'évaluation des actions conduites	97

ORIENTATION 1 : MIEUX CONNAITRE ET EVALUER LES BESOINS

L'enquête réalisée par le Département dans le cadre de l'élaboration du présent schéma a mis en évidence le repérage par les partenaires des secteurs sanitaires, sociaux et médico sociaux d'une évolution du profil des personnes accompagnées.

Ceux-ci pointent en premier lieu l'augmentation du degré de dépendance et le développement de troubles spécifiques des personnes accompagnées, mais également les difficultés rencontrées par les aidants ainsi que la complexification des situations où les problèmes sociaux se cumulent avec les difficultés liées à la perte d'autonomie.

Si ces constats ne sont pas forcément nouveaux, il appartient toutefois au Département, en sa qualité de chef de file de la politique de l'autonomie, dans un contexte d'augmentation de la précarité, associé à un renforcement des disparités sociales et à des contraintes budgétaires fortes, de définir et mettre en œuvre une observation appropriée et partagée, démarche indispensable pour accompagner la mise en œuvre du futur schéma départemental de l'autonomie.

Le Département attend de ses partenaires et des porteurs de projets qu'ils attachent également une attention particulière aux besoins des personnes en perte d'autonomie et à la problématique de la fragilité des populations concernées, et veillent à ce que les politiques de logement, de mobilité, de développement économique et numérique, d'urbanisme, d'accès à la culture et aux sports intègrent cette question, et positionnent le public en perte d'autonomie comme prioritaire chaque fois que cela se justifie.

Il s'agit au travers de cette orientation de mieux connaître les besoins afin d'anticiper et d'agir sur les réponses de manière plus durable, plus adaptée et plus efficiente, et in fine de mieux évaluer l'effet levier et l'impact des politiques publiques sur la qualité de vie des personnes âgées et en situation de handicap, à moyen et long termes.

Il s'agit notamment de :

- ✓ Mieux connaître les publics accompagnés, de mieux identifier leurs besoins et d'intégrer l'analyse de la situation des personnes en perte d'autonomie dans les différentes politiques sectorielles.
- ✓ Repérer les publics bénéficiant d'un accompagnement non adéquat.
- ✓ Mieux connaître les personnes en attente de places en ESSMS (typologie de déficience et besoins de prise en charge, nombre, âge...).
- ✓ Favoriser une analyse approfondie de l'offre et la mesure des éventuels écarts avec les besoins repérés.
- ✓ Mettre en place des indicateurs permettant de mieux connaître le public accompagné notamment en ESSMS (refonte des rapports d'activité, meilleure utilisation du logiciel de suivi de la MDPH et suivi notamment des délais d'attente pour accéder aux dispositifs...).

- ✓ Favoriser les croisements de fichiers entre partenaires institutionnels (ESSMS, Caisse Primaire d'Assurance Maladie - CPAM, Caisse d'Assurance Retraite de et de la Santé au Travail - CARSAT, MSA, Régime Social des Indépendants - RSI...).

La mise en œuvre de cette orientation requiert la constitution d'outils nouveaux ou à optimiser afin d'objectiver la connaissance des besoins sur les territoires (construction de diagnostics territoriaux partagés) et d'améliorer le traitement des situations individuelles par un repérage le plus en amont possible des fragilités et des risques de perte d'autonomie, ainsi que l'optimisation des démarches et des outils de suivi dans une logique d'anticipation des besoins et d'évolution d'une réponse adaptée.

ORIENTATION 1 - MIEUX CONNAITRE ET EVALUER LES BESOINS

Axe N° 1 – PROMOUVOIR LA DEMARCHE DE DIAGNOSTICS TERRITORIAUX PARTAGES

Principaux constats	<p>La notion de diagnostic et de territoire est fortement intégrée dans les législations et démarches récentes concernant la modernisation du système de santé et la transformation de l'offre médico-sociale. Un certain nombre d'outils de référence se sont constitués sur la période du précédent schéma permettant d'améliorer la connaissance fine des besoins (Sirsé PACA, Observatoire des fragilités de la CARSAT, Observatoire du Département...) et de l'offre (Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé - OSCARS, Travaux de la conférence des financeurs, annuaire CREAL...).</p> <p>Le déploiement des MAIA a également permis d'aboutir à une couverture départementale du dispositif permettant de réunir les acteurs autour d'un diagnostic partagé sur les territoires infra départementaux.</p> <p>Cependant, un certain nombre de difficultés persistent et notamment un manque de partage des diagnostics, une absence de connaissance ou une difficulté d'accès et de croisement des données issues des études et analyses des besoins sociaux réalisés sur le département (Département, CCAS, Intercommunalités, centres sociaux...) ou encore des diagnostics cumulant les données et ne permettant pas de tendre vers des projections.</p> <p>Concernant les contenus des diagnostics, les principaux manques se situent au niveau de la connaissance des personnes âgées isolées, des personnes handicapées vieillissantes, des personnes en situation de handicap psychique, de la scolarisation des enfants en situation de handicap ou encore de la répartition par typologies de handicap.</p>
Enjeux	Développer une connaissance fine et partagée des besoins de compensation sur le territoire départemental afin que chaque acteur soit en capacité d'y répondre.
Objectifs	<ul style="list-style-type: none">• Repérer les besoins et les attentes des personnes âgées et en situation de handicap sur les territoires infra départementaux, afin d'identifier et de développer les solutions les plus adaptées à ces besoins et d'assurer une déclinaison territoriale efficiente de la politique publique de l'autonomie.• Eviter les redondances et promouvoir une évaluation des besoins partagée, régulière, précise, formalisée et prenant en compte les facteurs environnementaux ou des contextes locaux et en s'appuyant sur les instances de concertation existantes (plates-formes territoriales d'appui, MAIA, conférence des financeurs...).• Dresser et actualiser des diagnostics territoriaux partagés, à partir des territoires d'intervention sociale pertinents, permettant l'accès aux données et aux projections démographiques, aux attentes des personnes âgées et handicapées, aux besoins repérés et à l'offre recensée.• Identifier des publics-cibles et des thématiques prioritaires via le repérage des phases de ruptures de parcours, des besoins non pris en compte dans les initiatives territoriales et des projections.

Modalités de mise en œuvre	<p>Action 1-1 : Enrichir et actualiser les diagnostics existants avec l'offre médico-sociale et les besoins des personnes en perte d'autonomie,</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Intégrer dans les diagnostics le recensement des personnes âgées isolées, des personnes handicapées vieillissantes, des personnes en situation de handicap psychique, de la scolarisation des enfants en situation de handicap et la répartition par typologies de handicap. ✓ s'appuyer chaque fois que possible sur les instances existantes (Conférence des financeurs, MAIA) pour recenser de manière régulière et actualisée l'offre et les besoins sur les territoires pour assurer la bonne connaissance des partenaires entre-eux. ✓ Recenser les ressources au travers du Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR). ✓ Accentuer le partenariat conventionnel avec le Dispositif Régional d'Observation Sociale (DROS) de PACA, ainsi qu'avec le CREA PACA Corse. <p>Action 1-2 : Sensibiliser les acteurs à la prise en compte des besoins repérés dans les diagnostics, au travers des politiques publiques développées,</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Promouvoir le travail en mode projets auprès des opérateurs locaux pour permettre la réalisation de diagnostics en amont des actions et l'évaluation. Les informer sur les outils existants (observatoires, formation...). ✓ Inciter à la diffusion via des plateformes d'échanges de données. ✓ Intégrer la problématique de la perte d'autonomie et les besoins des personnes dépendantes dans les différents documents stratégiques sectoriels (logement, mobilité, développement économique, numérique, urbanisme, accès à la culture, aux loisirs et aux sports) et inscrire les publics PA/PH comme publics prioritaires lorsque cela est justifié.
Publics cibles	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Partenaires institutionnels. ✓ Porteurs de projets.
Partenaires	<ul style="list-style-type: none"> - ARS et membres de la Conférence des financeurs. - Observatoire des Solidarités du Département. - MAIA. - CREA. - DROS. - CARSAT Observatoires des fragilités. - CLIC. - CCAS - Centre Intercommunal d'Action Sociale (CIAS).

Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Intégration des nouveaux indicateurs liés à la connaissance des publics spécifiques dans les diagnostics existants (nombre de nouvelles rubriques, de nouveaux indicateurs, identification de publics cibles...). - Nombre de ressources identifiées via le ROR. - Nombre de diagnostics diffusés et accessibles aux porteurs de projets. - % de projets financés s'appuyant sur un diagnostic préalable et des indicateurs d'évaluation sur l'ensemble des projets financés (Conférence des financeurs, subventions...). - Nombre de schémas sectoriels du Département intégrant la problématique de la perte d'autonomie.
Echéancier	✓ Tout le long du Schéma – Evaluation annuelle.

ORIENTATION 1 - MIEUX CONNAITRE ET EVALUER LES BESOINS

Axe N° 2 – AMELIORER LE REPERAGE DES FRAGILITES OU DU RISQUE DE PERTE D'AUTONOMIE

Principaux constats	<p>Sur le Département de Vaucluse, comme au niveau national, le repérage de la fragilité n'est pas structuré au domicile, du fait de la multiplicité et de la sectorisation des acteurs intervenant (précarité, vieillissement, handicap), et de la difficulté à s'accorder sur des critères d'évaluation commun.</p> <p>Pour autant la fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs (incapacités, chutes, hospitalisations, entrées en établissements).</p> <p>Avec un taux de pauvreté des ménages de l'ordre de 20 % (contre 14.5 % au niveau national), le Vaucluse apparaît comme l'un des départements les plus pauvres de France, et comme un territoire qui cumule des signes de fragilité sociale.</p> <p>A titre d'illustration, sur le Vaucluse, 94.7 % des décès par chutes accidentelles concernent des personnes âgées de plus de 55 ans (contre 91.9 % au niveau de la région PACA). De plus, en Vaucluse, plus de 50 % des décès par suicide concernent des personnes âgées de 55 ans et plus, contre 49.5 % au niveau de la région PACA et 47.5 % au niveau national. Par ailleurs, il apparaît que 12 % de la population de plus de 18 ans souffrent d'isolement ce qui représenterait 49 710 personnes en Vaucluse et 24 % des 75 ans et plus souffrent d'isolement en France, soit, par projection, 20 500 personnes en Vaucluse.</p> <p>La réduction des facteurs de fragilisation des populations concerne différents aspects essentiels de la vie quotidienne des vauclusiens : lutte contre la précarité énergétique, adaptation de l'offre de logements, aide à la mobilité, renforcement du maillage des villes et des pôles de service de proximité...</p>
Enjeux	Faire en sorte que les politiques publiques puissent intervenir le plus en amont possible afin de retarder la perte d'autonomie ou son aggravation.
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Développer la prévention afin d'agir sur les facteurs de risques : réduire les facteurs de fragilisation des publics (accès au logement, à la santé, à la mobilité...), dans une approche à articuler avec l'accompagnement des publics. • Diminuer la dépendance dite « évitable » par la recherche d'une cause éventuelle de la fragilité et sa prise en charge. • Anticiper les situations de crise/rupture et en réduire ainsi leur impact. • Anticiper les situations d'épuisement des aidants. • Renforcer la prévention précoce : repérer et diagnostiquer le plus tôt possible les personnes handicapées ou âgées les plus en risque présentant une ou plusieurs fragilité(s) ou déficience, ainsi que leurs aidants, pour leur proposer une prise en charge adaptée et prévenir le déclin des conditions de vie/de santé. • Améliorer le repérage précoce des troubles évolutifs du développement et des personnes souffrant de handicap psychique. • Mesurer et répondre à l'aggravation de la perte d'autonomie par

	<p>des mesures graduées dès le repérage.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Améliorer l'orientation des personnes âgées et handicapées vers les dispositifs de dépistage et de prévention. • Se doter d'outils coordonnés et reconnus de connaissance des besoins qui permettent d'anticiper et de mieux accompagner les publics avant qu'ils ne basculent dans les dispositifs d'accompagnement social.
<p>Modalités de mise en œuvre</p>	<p>Action 2-1 Former et informer les professionnels des ESSMS sur le repérage des situations de fragilité,</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Poursuivre la démarche qualité engagée par les ESSMS et inscrire dans les conventions de partenariat ou les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens la question du repérage des risques de perte d'autonomie et de leur aggravation pour les personnes âgées dans le cadre de l'accompagnement personnalisé ✓ Sensibiliser les professionnels médicaux, médico-sociaux et les collectivités à la problématique des dépendances « évitables » avec l'âge et aux réponses existantes. ✓ Accompagner les SAAD à s'inscrire dans les démarches de repérage des fragilités : outils et méthodes à consolider dans le cadre des expérimentations du Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD). ✓ Promouvoir les capacités d'innovation des acteurs du champ de la promotion de la santé et de la prévention et valoriser les outils innovants qui leur permettent d'aller à la rencontre des publics les plus fragiles ou les plus éloignés des dispositifs de prévention ou de prise en charge sociale, médico-sociale ou médicale. <p>Action 2-2 : Définir des indicateurs de suivi et de réévaluation des situations notamment dans le contexte de situations à risque,</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ En lien avec les partenaires du soutien à domicile, définir des indicateurs d'alerte (événements de type hospitalisation, chutes, veuvage, perte de l'aidant familial, changement de lieu de vie, sous consommation du plan d'aide ADPA...) permettant de déclencher un suivi par les équipes territoriales du Département. ✓ Mieux repérer l'épuisement des aidants pour les orienter vers l'offre adaptée. <p>Action 2-3 : Créer des outils d'échanges entre partenaires chargés de l'évaluation,</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Renforcer les outils (grilles d'évaluation communes), les partages d'information et les articulations (conventions) entre les acteurs chargés de l'évaluation et du dépistage des situations de handicap et les dispositifs de prise en charge précoce (Protection maternelle et Infantile - PMI, Centre d'Action Médico-Sociale Précoce - CAMSP, Centre Médico Psycho Pédagogique - CMPP, secteur pédopsychiatrie et les équipes spécialisées autisme).
<p>Publics cibles</p>	<p>Personnes âgées isolées. Personnes âgées isolées souffrant de troubles psychologiques. Personnes âgées non connues des services sociaux confrontées à des ruptures. Travailleurs en ESAT lors du passage à la retraite. Personnes âgées ou handicapées en situation de changement de lieu de vie ou de situation familiale (veuvage...). Aidants.</p>

Partenaires	<ul style="list-style-type: none"> - Caisses de retraites. - ARS. - Acteurs de proximité, porteurs de projets. - ESSMS. - Ateliers Santé Ville. - PTA. - MAIA.
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) signés intégrant le repérage des risques de perte d'autonomie ou de fragilité. - Nombre d'indicateurs de suivi et de réévaluation de plans d'aide définis. - Nombre de conventions signées avec les partenaires chargés de l'évaluation.
Echéancier	<p>Sensibilisation des professionnels : à partir du second semestre 2017. Evolution du process de suivi et d'évaluation : second semestre 2018. Création des outils d'échange à partir du second semestre 2018- premier semestre 2019.</p>

ORIENTATION 1 - MIEUX CONNAITRE ET EVALUER LES BESOINS

Axe N° 3 - AMELIORER LE SYSTEME D'INFORMATION EN VUE D'ANTICIPER LES REPONSES AUX BESOINS

Principaux constats	<p>A ce jour, dans le champ du handicap, les éléments statistiques départementaux sont insuffisants et se traduisent par une méconnaissance du délai d'attente des usagers entre l'orientation par la CDAPH et la mise en œuvre de la décision, et par conséquent d'une méconnaissance de l'impact de la décision en termes d'évaluation.</p> <p>Il n'existe pas de connaissance précise du besoin, notamment le nombre de personnes bénéficiant d'une orientation en ESSMS (par typologie d'ESSMS) non suivie d'effet reste aujourd'hui inconnu.</p> <p>Ce même constat peut être formulé dans le champ de la gérontologie, où le nombre de vauclusiens en attente d'une place d'EHPAD n'est pas connu.</p> <p>De ce fait, il s'avère nécessaire de donner les moyens aux Equipes territoriales du Département et à l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH de mieux répondre aux besoins d'accompagnement des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes.</p> <p>Par ailleurs, le cloisonnement du travail entre les champs du médico-social, du social et sanitaire, au sein des organisations, se traduit par une connaissance partielle des dispositifs, prestations et offres, un manque de communication et une absence d'outils communs entre les acteurs. L'absence de connaissance de l'offre disponible s'avère problématique dans le cadre de la bonne orientation des publics.</p>
Enjeux	Mettre en corrélation la réponse et les besoins de compensation.
Objectifs	<ul style="list-style-type: none">• Améliorer la connaissance et la typologie des besoins des personnes en situation de handicap et des personnes âgées en perte d'autonomie afin de mieux qualifier leurs besoins et vérifier l'adéquation avec les réponses apportées.• Améliorer la visibilité de l'offre, et l'évolution de sa programmation.• Améliorer l'accès à l'information des usagers, des aidants et des professionnels.• Améliorer la fluidité des parcours dans la logique de la « Réponse accompagnée pour Tous ».• Améliorer l'effectivité des décisions de la CDAPH, prévenir l'apparition de situations complexes caractérisées notamment par des ruptures de prise en charge.• Repérer les décisions non effectives et rechercher des réponses opérationnelles, en lien avec les partenaires.• Améliorer la connaissance de l'offre disponible en temps réel.

	<ul style="list-style-type: none"> • Apprécier les délais d'attente pour accéder aux ESSMS (améliorer les dispositifs et leur suivi). • Clarifier et harmoniser la politique d'admission en ESSMS.
Modalités de mise en œuvre	<p>Action 3-1- Développer des télé-services dans le cadre de la modernisation de l'action publique,</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dématérialisation des échanges avec les partenaires et les institutions (ESSMS, Union de Recouvrement pour la Sécurité Sociale et les Allocations Familiales - URSSAF, Centre National du Chèque Emploi-Service Universel - CNCESU, Notaires...). ✓ Développement de télé-services pour les usagers (demandes d'aides en ligne...). <p>Action 3-2- Mettre en place des tableaux de bord de suivi des décisions,</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Suivre l'effectivité des décisions formulées par la CDAPH et l'évolution des besoins par typologie de déficiences et par territoires. ✓ apprécier les délais d'attente pour accéder aux ESSMS (améliorer les dispositifs et leur suivi). <p>Action 3-3 Faire évoluer les outils existants pour optimiser la connaissance et le suivi des publics,</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Développer l'échange d'information avec les différents établissements et services permettant de mieux connaître et de comparer la typologie des publics accueillis en ESSMS. ✓ Faire évoluer l'outil de télégestion afin d'utiliser l'ensemble des potentialités de l'outil en matière de suivi des publics pris en charge à domicile. ✓ Optimiser l'outil de suivi des décisions en vue de favoriser le partage d'information entre le Conseil départemental et les ESSMS pour connaître les flux (entrées/sorties) et les divers événements affectant la prise en charge. <p>Action 3-4 Généraliser les outils de gestion afin d'optimiser l'accès à l'offre en établissements, en lien avec le ROR de proximité (annuaire des ressources sanitaires, médico-sociales et sociales),</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Développer un annuaire des ressources et de l'offre locale permettant d'améliorer l'orientation. ✓ Développer un outil de gestion des listes d'attente en établissements PA/PH. ✓ Mettre en place un outil permettant un suivi des places disponibles en ESSMS pour les personnes handicapées et pour les personnes âgées, à inscrire dans les CPOM.
Publics cibles	<p>Personnes en situation de handicap et personnes âgées. Notamment publics rencontrant une complexité dans les prises en charge, notamment liées au handicap psychique et au vieillissement des populations ainsi que les personnes en aménagement Creton. Professionnels du secteur médico-social. Partenaires institutionnels.</p>

Partenaires	<ul style="list-style-type: none"> - MDPH. - ARS. - Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). - ESSMS : point de vigilance : nécessaire implication et mobilisation des ESSMS pour la mise à jour des places disponibles et des personnes en liste d'attente.
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Taux d'effectivité des décisions de la CDAPH par pôles (dominantes du projet de vie : scolaire, orientation en établissements, vie à domicile, emploi) et par déficiences et pathologies. - Nombre de personnes sans solution effective. - % de résidents dont le domicile de secours est situé hors Vaucluse. - Durée (nombre de mois) d'attente entre la notification de la décision et la mise en œuvre effective de la décision pour les personnes ayant une notification de la CDAPH, et entre le dépôt de la demande (dossier unique de préadmission en établissements pour personnes âgées) et l'admission effective pour les autres personnes. - Respect de la définition de priorités pour l'admission en ESSMS. - Motifs de non-admission et analyse avec les ESSMS de ces motifs. - Nombre de rapports d'activité type créés. - Mise en œuvre de l'outil de suivi des places disponibles en ESSMS. - Evolution du dispositif de télégestion.
Echéancier	Premier semestre 2020.

ORIENTATION 2 : ASSURER UNE MEILLEURE CONTINUITÉ ET COORDINATION DES PRISES EN CHARGE DANS UNE LOGIQUE DE PARCOURS

Les personnes handicapées ou âgées dépendantes nécessitent de pouvoir être accompagnées par plusieurs types de partenaires pour favoriser leur autonomie. Cette coopération et collaboration autour des situations est essentielle, car il s'agit souvent de la condition sine qua non permettant de limiter la dégradation de certaines situations.

Plusieurs dispositifs ont été développés (commissions des cas complexes, tables tactiques des MAIA, Groupements Hospitaliers de Territoire) pour mettre les acteurs autour de la table et tenter d'identifier des parcours / des solutions partagées, pour autant, il apparaît de manière générale un manque de lisibilité dans les dispositifs et les coordinations.

Le besoin de coordination dans le secteur des personnes âgées et en situation de handicap, entre le sanitaire et le médico-social, ainsi qu'autour de l'accompagnement des personnes correspond ainsi à une demande forte de l'ensemble des acteurs (professionnels, usagers et famille).

En tant que chef de file de la prise en charge de la perte d'autonomie le Département doit repenser la coordination autour d'objectifs de lisibilité, de cohérence et de simplification des politiques publiques, aux fins de garantir la continuité des interventions dans une logique de parcours répondant aux besoins et au projet de vie des personnes accompagnées.

Il s'agit notamment au travers de cette orientation d' :

- Améliorer la lisibilité des coordinations et organisations sur les territoires pour une meilleure fluidité du parcours de la personne âgée et de la personne en situation de handicap, en s'appuyant sur les instances de coordination existantes ou en en créant de nouvelles.
- Identifier les solutions d'articulation dans lesquelles l'ensemble des acteurs peuvent être mobilisés.
- Favoriser les conditions de souplesse des accompagnements proposés en assurant notamment un tuilage entre les dispositifs et une articulation des réponses (réponses croisées, recours à plusieurs dispositifs, développement des passerelles entre le domicile et les établissements).

La mise en œuvre de cette orientation requiert une rénovation des cadres de la coordination :

- Améliorer la coordination gérontologique en repensant la place des CLIC à la lueur de la loi d'adaptation de la société au vieillissement et à l'évolution du paysage de la coordination avec l'émergence et le déploiement notamment des MAIA.
- Repenser la coordination autour de la personne en situation de handicap à la fois dans le cadre de la « réponse accompagnée pour tous » visant à l'émergence de

solutions aptes à faciliter l'accueil durable des personnes en situation de handicap exposées à un risque de rupture de prise en charge (plus particulièrement les 16-25 ans, et les personnes en situation de handicap arrivant aux âges charnières). Il s'agit aussi de faciliter l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés par une meilleure articulation entre milieu ordinaire et milieu protégé, et de faciliter la mise en mouvement d'une démarche de coresponsabilité de l'ensemble des acteurs, ainsi que d'une meilleure prise en charge des enfants en situation de handicap relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).

Il s'agit au-delà de ces cadres d'actions, d'identifier les leviers de la coordination et de travail en réseau entre professionnels afin de fluidifier le parcours des personnes handicapées ou âgées et assurer les transitions, le décroisement et la continuité des prises en charge.

ORIENTATION 2 - ASSURER UNE MEILLEURE CONTINUITE ET COORDINATION DES PRISES EN CHARGE

Axe N° 4 –RENOVER LA COORDINATION GERONTOLOGIQUE EN VUE D'UNE MEILLEURE COHERENCE ET COMPLEMENTARITE DES ACTIONS EN FAVEUR DES PERSONNES AGEES

Constats	<p>Compétence départementale, la coordination gérontologique est en réalité portée par une multiplicité d'acteurs (Conseil départemental, ARS, CLIC, caisses de retraite...).</p> <p>Les dispositifs d'accueil et de coordination des interventions sont ainsi nombreux, parfois redondants, pas assez lisibles dans leur rôle pour les personnes en situation de perte d'autonomie et leur famille, et les professionnels.</p> <p>A l'absence de pilotage stratégique coordonné s'ajoute un chevauchement des instances d'animation locale.</p> <p>En tant que chef de file de l'action sociale il revient donc au Département de s'assurer de la cohérence et de faciliter la complémentarité des actions de coordination pour garantir un meilleur accès aux dispositifs d'accompagnement pour le public fragilisé.</p> <p>Par ailleurs, dans un environnement en mutation, notamment avec le développement des MAIA, l'évolution des missions des CLIC apparait incontournable.</p> <p>Les modalités de fonctionnement des CLIC diffèrent selon les territoires. D'où la nécessité d'une refonte visant à rendre ces dispositifs plus lisibles tant pour les usagers que pour les acteurs des territoires.</p>
Enjeux	Fluidifier le parcours de vie des personnes en perte d'autonomie
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir que le parcours de la personne âgée ne connaisse aucune rupture d'information ou d'accompagnement. • Rendre plus lisibles les rôles des CLIC et des MAIA afin de permettre une meilleure connaissance des dispositifs par les acteurs du territoire et les publics. • Harmoniser les modalités d'intervention des CLIC sur les différents territoires. • Travailler une nouvelle structuration territoriale permettant un accès aux droits plus équitable et plus lisible.
Modalités de mise en œuvre	<p>Action 4-1- Revoir le conventionnement avec chacun des CLIC</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Structurer l'intervention des CLIC auprès des publics les moins dépendants (GIR 5-6). ✓ Recentrer les missions des CLIC autour de l'information, l'orientation vers les aides et dispositifs adaptés ainsi que vers l'accès aux aides techniques. ✓ Encourager l'intervention des CLIC dans le domaine du repérage et de la prévention. ✓ Revoir le périmètre d'intervention des CLIC au regard des missions confiées.

Publics cibles	Professionnels des CLIC. Membres de la Conférence des financeurs et plus particulièrement CARSAT, MSA. Personnes âgées et leurs aidants.
Partenaires	Professionnels du secteur médico-social et du secteur sanitaire MAIA. ce travail est à mener en lien étroit avec l'Agence Régionale de Santé et doit permettre de faire émerger une structure de coordination qui soit facilement connue, reconnue et mobilisée par l'ensemble des partenaires.
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Révision des conventions. - Nombre de personnes accompagnées par les CLIC par type de mission. - Nombre d'actions de prévention portées par des CLIC. - Maillage territorial.
Echéancier	Révision des conventions : premier semestre 2018.

ORIENTATION 2 - ASSURER UNE MEILLEURE CONTINUITE ET COORDINATION DES PRISES EN CHARGE

Axe N° 5 – RENFORCER LA COORDINATION AUTOUR DE LA PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP NOTAMMENT DANS LE CADRE DE LA « REPONSE ACCOMPAGNEE POUR TOUS »

Contexte	<p>Le Plan d'Accompagnement Global (PAG) est au cœur de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous ». Il consiste notamment à faire évoluer les méthodes de travail de la MDPH et de ses partenaires pour que chaque personne en situation de handicap puisse se voir proposer, avec son accord, une solution correspondant aux possibilités effectives de prise en charge sur son territoire de vie. L'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé modifie le mécanisme d'orientation mis en œuvre jusqu'à présent par les MDPH. Il prévoit que la MDPH formule, si besoin, une double orientation pour les personnes, c'est-à-dire une orientation-cible et une réponse alternative construite en fonction des possibilités et disponibilités de l'offre locale. Cette double orientation est formalisée dans un plan d'accompagnement global. Celui-ci vise à définir, en réponse aux besoins des personnes handicapées, les interventions requises dans les domaines de l'accompagnement, de l'éducation et de la scolarisation, des soins, de l'insertion professionnelle ou sociale et de l'appui aux aidants. Ce dispositif a pour ambition de faciliter la mise en mouvement d'une démarche de coresponsabilité de l'ensemble des acteurs (MDPH, Conseil départemental, ARS, Rectorat, ESSMS, associations...).</p>
Enjeux	<p>Fluidifier le parcours de vie des personnes en perte d'autonomie et prévenir et anticiper tout risque de rupture de prise en charge en permettant à chaque personne en situation de handicap de se voir proposer, avec son accord, une solution correspondant aux possibilités effectives de prise en charge sur son territoire de vie.</p>
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Faire évoluer la logique de places vers celle de dispositifs. • Favoriser la conception et le déploiement de réponses « de transition ». • Accompagner l'évolution des pratiques des professionnels du soin, de l'accompagnement, de la scolarisation Définir les procédures de mise en œuvre du dispositif d'orientation permanent. • Développer le partenariat avec les ESSMS et les associer à la co-construction de réponses adaptées (à inscrire dans les CPOM). • Mettre en réseau les acteurs intervenant auprès des personnes en situation complexe. • Développer la fonction de « coordonnateur de parcours ».
Modalités de mise en œuvre	<p>Action 5-1 Créer une instance de concertation pour la mise en place et le suivi du dispositif,</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identifier une instance de coordination pertinente sur

	<p>laquelle s'appuyer autour des situations complexes au niveau de chaque territoire.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Réaliser un bilan une fois par an avec l'ensemble des acteurs (ESSMS, institutions) sur les situations sans solution (enfants, adultes) ainsi que sur la mise en œuvre de la convention Département/ARS conclue avec les ESSMS. <p>Action 5-2- Faciliter les circuits administratifs pour permettre une souplesse dans les accompagnements,</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Raccourcir le délai de réponse aux demandes. ✓ Faciliter les orientations en dispositifs : rendre possible les orientations proposant plusieurs modalités d'accompagnement et faciliter les réponses croisées, le recours à plusieurs dispositifs ou encore le passage entre plusieurs solutions (SESSAD/ IME, Externat/internat...). ✓ Définir les modalités et le contenu des échanges d'information à organiser entre la MDPH et les partenaires afin d'avoir une lisibilité du parcours de la personne (transmission de bilans...). <p>Action 5-3 – Organiser à partir des ESSMS la fonction de coordonnateur de parcours chargé de réguler et de sécuriser la continuité des parcours,</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Définir une fonction de coordonnateur de parcours principalement à partir d'un établissement ou service en charge de coordonner la mise en place du parcours de la personne, d'accompagner et préparer les familles aux prises en charge modulables, et d'organiser des accompagnements séquentiels alternant domicile et établissement / milieu ordinaire et protégé / médico-social et sanitaire. ✓ Intégrer dans la contractualisation (CPOM) avec les ESSMS des objectifs de mise en œuvre de réponses adaptées et de participation à la qualité du parcours de la personne en situation de handicap.
Publics cibles	<p>Personnes en situation de handicap de 16 à 25 ans. En situations complexes. Personnes Handicapées Vieillissante (PHV).</p>
Partenaires	<ul style="list-style-type: none"> - MDPH. - ARS. - Rectorat. - ESSMS mobilisés pour sa co-construction et sa mise en œuvre. - Plateforme territoriale d'appui. - MAIA.
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Evolution du nombre de personnes sans solution. - Nombre d'instances de coordination identifiées. - Nombre de rencontres annuelles. - Nombre de Groupes opérationnels de synthèse réunis. - Nombre de PAG établis. - Nombre d'orientations multiples formulées. - Nombre de CPOM signés intégrant la démarche de

	réponse accompagnée. - Nombre de coordonnateurs de parcours nommés au sein des ESSMS.
Echéancier	Démarrage de la démarche Réponse Accompagnée Pour Tous au 1 ^{er} janvier 2018.

ORIENTATION 2 - ASSURER UNE MEILLEURE CONTINUITE ET COORDINATION DES PRISES EN CHARGE

Axe N° 6 – ASSURER UNE MEILLEURE COORDINATION AUTOUR DE L'ENFANCE EN SITUATION DE HANDICAP ET EN PARTICULIER DES ENFANTS RELEVANT DE L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE

Principaux constats	<p>En 2017, le Vaucluse affiche des taux d'équipements en ESSMS et en dispositifs de scolarisation pour enfants en situation de handicap inférieurs aux moyennes nationales (sauf en SESSAD et ULIS).</p> <p>De plus, des problématiques particulières de prise en charge se font jour compte tenu du nombre croissant d'enfants ayant des troubles psychiques, comportementaux et/ou autistiques, et de l'accroissement du degré de sévérité de l'expression de ces troubles.</p> <p>Un repérage et des dépistages et diagnostics plus précoces des situations de handicap doivent permettre une identification plus rapide des moyens nécessaires à la compensation des situations de handicap.</p> <p>Le déficit d'équipements pour les enfants se traduit par des prises en charges non adaptées : scolarisations et/ou soutien à domicile par défaut dans l'attente d'une prise en charge par des ESSMS, familles d'accueil en difficulté, ainsi que par une difficulté accrue d'accès à l'offre liée au refus de certains établissements de prendre en charge des enfants au regard de l'intensité des troubles.</p> <p>De plus, le délai d'entrée notamment en IME et SESSAD IME est relativement important, rarement inférieur à un an, ce qui engendre par défaut des demandes d'aide humaine à la scolarisation, de PCH enfant et de maintien en ULIS.</p> <p>Dans ce contexte, 39 enfants actuellement suivis par l'ASE sont en attente de prise en charge par des ESSMS. Les travailleurs sociaux repèrent pour ces enfants des problématiques particulières d'accès aux transports, aux vacances et aux loisirs, ainsi qu'à la scolarité, et il existe une réelle difficulté pour les services d'établir un projet de vie pour les enfants suivis.</p>
Enjeux	Permettre aux enfants en situation de handicap, dont les enfants relevant de l'ASE, de bénéficier d'un accompagnement correspondant à leurs besoins.
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre en compte l'évolution des publics et la complexité des prises en charge. • Mieux repérer et dépister les situations de manière précoce. • Offrir une prise en charge globale. • Mieux prendre en compte le parcours des enfants handicapés dont ceux suivis par les services de l'ASE. • Articuler les prises en charge liées à l'ASE avec celles relevant de la situation de handicap. • Améliorer l'offre et l'accès à l'offre (transports, vacances, loisirs, scolarité) pour répondre à ces besoins. • Etayer les services de l'ASE et de l'Education Nationale d'outils permettant une prise en charge adéquate des enfants en situation de handicap.
Modalités de mise en	Action 6-1 Mieux sensibiliser les acteurs pour un dépistage et

œuvre	<p>une identification des outils permettant une saisine de la MDPH plus efficace en vue d'une prise en charge plus adaptée.</p> <p>Action 6-2 - Améliorer l'articulation ASE- MDPH -ARS - Education Nationale à partir d'un diagnostic réalisé en commun sur les situations les plus complexes.</p> <p>Action 6-3 Développer de nouvelles modalités de fonctionnement avec les ESSMS,</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Encourager la mutualisation des moyens autour de l'enfant au travers de prises en charge conjointes IME/Pédopsychiatrie, parfois IME/SESSAD spécialisé (déficience visuelle ou auditive) et en partenariat avec l'Education Nationale. ✓ Répondre à ces nouveaux besoins dans les IME et les ITEP notamment au travers du Plan d'accompagnement global piloté par la MDPH.
Publics cibles	Enfants en situation de handicap et notamment ceux suivis par l'ASE.
Partenaires	<ul style="list-style-type: none"> - ARS. - MDPH. - Education Nationale. - ESSMS. - Acteurs du secteur sanitaire et du secteur pédopsychiatrique. - PTA.
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de situations dépistées et diagnostiquées. - Nombre de situations complexes étudiées conjointement. - Réalisation d'un diagnostic commun.
Echéancier	<p>Réalisation d'un diagnostic partagé : second semestre 2017.</p> <p>Sensibilisation des acteurs : second semestre 2018.</p> <p>Développement des modalités de fonctionnement avec les ESSMS : 2019.</p>

ORIENTATION 2 - ASSURER UNE MEILLEURE CONTINUITE ET COORDINATION DES PRISES EN CHARGE

Axe N° 7 - ASSURER UNE PRISE EN CHARGE PLUS GLOBALE DES SITUATIONS

Principaux constats	<p>La loi NOTRe a renforcé le Département dans ses compétences en matière d'action sociale. En effet, l'article 94 de la loi précise 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, de développement social, l'accueil des jeunes enfants et l'autonomie des personnes. Il a également compétence pour faciliter l'accès aux droits et services des publics dont il a la charge ».</p> <p>Le nombre de dispositifs spécifiques de prise en charge au bénéfice des usagers a tendance à se démultiplier rendant nécessaire une amélioration de l'articulation ainsi qu'une clarification et une meilleure lisibilité pour les partenaires et les usagers.</p> <p>Par ailleurs, l'approche de la prise en charge de la perte d'autonomie est trop souvent catégorielle, sans permettre l'évaluation globale des situations.</p> <p>Aussi, le recours aux dispositifs de droit commun doit être encouragé et l'accueil des usagers doit pouvoir s'effectuer en premier lieu sur des lieux d'accueil inconditionnels, à partir desquels leur situation individuelle doit pouvoir être évaluée et le recours aux dispositifs spécialisés mobilisés en fonction des besoins.</p>
Enjeux	Prendre en compte l'intégralité des besoins spécifiques de la personne dans le cadre d'une coordination des différentes interventions.
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Traduire dans la pratique professionnelle la notion de prise en charge globale. • Développer des lieux d'accueil inconditionnels de proximité. • Développer les modalités de collaboration des acteurs du soin, de l'accompagnement et de la prise en charge à domicile et en établissement, et l'animation sur un territoire de proximité. • Mieux identifier les situations de fragilité et prévenir les situations de précarité.
Modalités de mise en œuvre	<p>Action 7-1 Favoriser l'échange et le partage d'informations entre les acteurs,</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Généraliser l'utilisation d'outils de liaison autour des situations individuelles, ainsi que la co-construction des réponses. <p>Action 7.2 Généraliser l'accueil des personnes âgées et des personnes en situation de handicap sur tous les lieux d'accueil de proximité du Département,</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mettre en place des permanences et des relais d'information. ✓ Définir les articulations à mettre en place avec les services spécialisés.
Publics cibles	Personnes âgées et en situation de handicap ainsi que leur proches.
Partenaires	<ul style="list-style-type: none"> - ARS. - MDPH.

	<ul style="list-style-type: none"> - Education Nationale. - Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS). - ESSMS. - CARSAT. - MSA. - CPAM. - SAAD.
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'outils de liaison élaborés/utilisés. - Nombre de guichets d'accueil créés.
Echéancier	Premier semestre 2018.

ORIENTATION 2 - ASSURER UNE MEILLEURE CONTINUITE ET COORDINATION DES PRISES EN CHARGE

Axe N° 8 – ASSURER LES TRANSITIONS ADAPTEES POUR FLUIDIFIER LES PARCOURS DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Principaux constats	L'enquête réalisée auprès des acteurs des secteurs sanitaires, sociaux et médico sociaux a mis en évidence une attente forte en matière d'amélioration des articulations entre ces différents secteurs dans une logique de fluidification du parcours des personnes âgées ou en situation de handicap. Cette préoccupation concerne tant les accompagnements à partir du domicile (coordination insuffisante des SAAD et des SSIAD dans une logique de parcours d'aide et de soin intégré) que les transitions domicile/ établissements. Par ailleurs les acteurs pointent des difficultés particulières aux différents âges de la vie : passage de l'adolescence à l'âge adulte pour les personnes en situation de handicap, accompagnement des personnes âgées lors des accidents de santé, accompagnement des personnes handicapées vieillissantes et des personnes âgées avec troubles psychiques ou cognitifs liés à l'âge. A ce titre, le diagnostic des MAIA déployées sur le département de Vaucluse pointe un engorgement de la filière gériatrique hospitalière et une absence de solution alternative autre que l'hospitalisation en cas de perte d'autonomie brutale, des problèmes d'accès aux courts séjours gériatriques, ainsi qu'une difficulté récurrente d'accès à des solutions d'hébergement pour les personnes âgées de 60 ans et plus hospitalisées en psychiatrie.
Enjeux	Eviter les ruptures de parcours des personnes en perte d'autonomie
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer une coordination des acteurs et des prestations servies aux personnes accompagnées aux âges charnières (pour les personnes en situation de handicap : passage à l'âge « adulte », vieillissement) et répondre aux besoins spécifiques. • Assurer une continuité des interventions auprès des personnes accompagnées. • Développer la coordination entre la psychiatrie et les ESSMS. • Favoriser la connaissance mutuelle des dispositifs et de l'offre existante. • Améliorer les articulations avec les secteurs hospitaliers et de la psychiatrie. • Eviter les hospitalisations répétées. • Améliorer la transition entre domicile et établissements (préparer les entrées en ESSMS).

	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser les liens Hôpitaux / EHPAD dans le cadre de sorties d'hospitalisation de personnes âgées souffrant de handicap psychique, et le recours à l'HAD en EHPAD.
<p>Modalités de mise en œuvre</p>	<p>Action 8-1 Faciliter les transitions progressives inter établissement et inter services,</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Développer l'accueil dans les ESSMS en amont des transitions sous forme de stages ou en mobilisant l'hébergement temporaire ou l'accueil de jour notamment auprès du jeune adulte, des personnes en situation de handicap vieillissantes. ✓ Créer des passerelles entre les services d'accompagnement pour enfant (SESSAD) et ceux pour adultes (SAVS/SAMSAH) en identifiant des « coordonnateurs de parcours » qui accompagneront le jeune handicapé sur la période de transition enfant/adulte en évitant les situations de rupture. ✓ Permettre aux SAVS de suivre les personnes handicapées après leur sortie du dispositif (veille préventive). ✓ Consolider un fonctionnement en réseau des familles d'accueil agréées avec les structures médico-sociales (EHPAD, services d'aide et d'accompagnement à domicile...). <p>Action 8-2 Favoriser les rencontres et échanges entre professionnels,</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Inscrire dans les CPOM signés avec les ESSMS les nécessaires collaborations autour des dispositifs de droit commun et notamment avec le secteur psychiatrique (formations communes, conventions de soutien). ✓ Favoriser les rencontres entre les accueils de jour et les SAAD afin d'échanger sur la prise en charge de l'utilisateur. ✓ Permettre aux professionnels des SAAD de participer aux formations mutualisées organisées pour les professionnels des ESSMS d'un territoire. ✓ Renforcer les liens entre SAAD et SAVS-SAMSAH. ✓ Renforcer les liens avec le réseau Ressources Santé en vue de la sensibilisation des professionnels à l'accès à la santé des personnes accompagnées. <p>Action 8-3 Expérimenter de nouvelles modalités de fonctionnement intégré visant à assurer le décroisement et la continuité des prises en charge,</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Expérimenter une unité dédiée aux PHV au sein d'un EHPAD : lancement d'un Appel à projet pour la création d'un EHPAD intégrant une unité pour personnes handicapées vieillissantes, et engager une réflexion sur la base des besoins repérés, de création d'unités dédiées dans les EHPAD existants. ✓ Expérimenter avec 3 porteurs de projets retenus dans l'appel à candidature lancé avec l'ARS, un modèle intégré d'organisation, de fonctionnement et de financement d'un SPASAD conformément à la loi n° 2015-1776 du

	<p>28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Cette expérimentation est subordonnée à la signature d'un CPOM et son élargissement à de nouveaux porteurs de projets sera fonction des résultats de l'évaluation de l'expérimentation.</p> <p>✓ Développer des services d'aides humaines renforcés qui combinent des réponses modulables, coordonnent des solutions pour les personnes en situation de handicap et consolident les possibilités d'accompagnement au quotidien (SAVS / SAMSAH pouvant s'intégrer avec des SSIAD mais également s'intégrer à des SESSAD, des IME, des services de HAD, des établissements « hors les murs ».</p>
Publics cibles	<p>Personnes âgées de plus de 60 ans. Personnes en situation de handicap. et plus spécifiquement : adolescents et jeunes adultes en situation de handicap, personnes âgées confrontées à des ruptures ou des accidents de santé, personnes handicapées vieillissantes, personnes âgées avec troubles psychiques ou cognitifs liés à l'âge.</p>
Partenaires	<ul style="list-style-type: none"> - ARS. - MDPH. - Secteur psychiatrique. - Etablissements et services sociaux et médico sociaux. - MAIA. - Réseau ressources Santé – Plateforme territoriale d'appui.
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de journées d'hébergement temporaire préalables à un accueil permanent. - Nombre de personnes suivies en SAVS via une « veille préventive ». - Nombre de CPOM signés intégrant des modalités de coopération avec le secteur psychiatrique. - Création d'une unité dédiée aux PHV au sein d'un EHPAD. - Evolution du nombre d'hospitalisations répétées de personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques. - Indicateurs d'évaluation propres à l'expérimentation SPASAD.
Echéancier	<p>Faciliter les transitions : 2019. Rencontres et échanges entre professionnels : 2018. Expérimentation de nouvelles modalités : tout au long du schéma avec évaluation annuelle.</p>

ORIENTATION 3 : ADAPTER LES DISPOSITIFS DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE EXISTANTS ET DEVELOPPER DES REponses NOUVELLES A COÛTS ACCEPTABLES

Le nombre de réponses s'est développé dans le département, au cours des dernières années, afin d'offrir un panel de réponses diversifiées et complémentaires, permettant de répondre en partie aux besoins identifiés.

Cependant, l'offre disponible est inégalement répartie sur le territoire et ne constitue pas toujours une réponse suffisante, notamment au regard des besoins nouvellement identifiés. Il convient donc de la diversifier afin de proposer un panel de réponses plus large visant à faciliter le parcours des personnes concernées dans le respect de leur projet de vie, mais également à améliorer la qualité des prestations fournies.

Cela nécessite de trouver des réponses adaptées, évolutives et durables qui concernent aussi bien les établissements et services pour personnes âgées que ceux pour les personnes en situation de handicap.

Il s'agit donc au travers de cette orientation et des fiches actions qui en découlent d'améliorer l'adéquation de la prise en charge avec les besoins en proposant une adaptation des solutions existantes ainsi qu'un panel de services nouveaux répondant à des besoins non couverts et personnalisés pour les personnes âgées ou en situation de handicap.

Le Département doit pouvoir porter avec l'ensemble de ses partenaires des solutions innovantes qui croisent les financements et permettent de répondre à la complexité des situations à partir d'interventions complémentaires.

Cette démarche pour innover dans la recherche de solutions nouvelles croise nécessairement la question de la Silver Economie, filière industrielle en pleine expansion. Elle concerne l'ensemble des produits et services destinés aux personnes âgées de 60 ans et plus qui doit permettre d'améliorer l'espérance de vie sans incapacité ou d'aider au quotidien les personnes âgées dépendantes et leurs aidants naturels. Le Département doit pouvoir promouvoir auprès de la Région l'implantation sur son territoire de ce secteur économique particulièrement prometteur en termes d'innovation et de création d'emplois à forte valeur ajoutée dans le cadre du bien-vieillir à domicile.

Il s'agit notamment au travers de cette orientation de :

- ✓ Faire évoluer l'offre existante pour apporter une réponse aux besoins des personnes, structurée en parcours (réponses modulaires, horaires atypiques, accueil en urgence, EHPAD à domicile, habitat partagé...).
- ✓ Développer le recours à l'innovation et à l'accompagnement technique en complémentarité des accompagnements humains.

- ✓ Favoriser une offre nouvelle d'habitats adaptés et partagés (et identifier les modalités de mutualisation des prestations...) et développer l'externalisation des établissements médico-sociaux vers le domicile.
- ✓ Développer des actions en faveur du répit des aidants (expérimentation d'une offre de relayage...).
- ✓ Favoriser l'harmonisation des pratiques, inciter à la coopération (plateformes interservices), aux mutualisations, au développement de projets innovants...

La mise en œuvre de cette orientation requiert :

- ✓ Le développement et l'amélioration de l'accès à l'offre de prévention en l'adaptant aux publics âgés et en situation de handicap, et aux territoires prioritaires.
- ✓ La refondation de la gouvernance des SAAD (maillage territorial de l'offre, intégration des CPOM, élargissement de l'offre de service ...).
- ✓ L'amélioration de la qualité de la réponse proposée (démarche qualité).
- ✓ L'évolution des structures existantes (transformation de places, développement d'unités spécifiques, redéploiements dans une logique de couverture territoriale...) et l'ouverture des ESSMS sur leur environnement.
- ✓ Le déploiement de réponses nouvelles et innovantes (diversification, réponses modulaires ...).

ORIENTATION 3 - ADAPTER LES DISPOSITIFS DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE EXISTANTS ET DEVELOPPER DES REPONSES NOUVELLES A COÛTS ACCEPTABLES

Axe N° 9 – DEVELOPPER ET AMELIORER L'ACCES AUX ACTIONS DE PREVENTION DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Principaux constats	<p>Le Département au travers de la loi d'adaptation de la société au vieillissement est reconnu comme l'échelon pertinent pour coordonner des actions de prévention.</p> <p>Sur le Vaucluse, un vivier d'acteurs est mobilisé pour porter des actions de prévention et la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie mise en place dès la fin de l'année 2016, constitue une réelle opportunité pour promouvoir une démarche de prévention coordonnée.</p> <p>Cette démarche reste pour autant à ce jour essentiellement cantonnée au champ de la gérontologie. Il apparait de plus, à ce jour, un manque de lisibilité de l'offre existante de prévention sur les territoires, un chevauchement d'actions ou au contraire un manque de repérage des territoires non couverts ou sur lesquels certaines thématiques de prévention ne sont pas abordées.</p>
Enjeux	Retarder l'arrivée ou l'aggravation de la perte d'autonomie.
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer l'état de santé et assurer une meilleure qualité de vie. • Eviter les ruptures de parcours ou des aggravations. • Eviter les conséquences lourdes générées par la perte d'autonomie tant au niveau individuel (épuisement des aidants, détérioration de la qualité de vie...) qu'au niveau collectif (coût des prises en charge...). • Retarder l'arrivée de la dépendance. • Maintenir ou recréer, autant que faire se peut, l'autonomie des personnes âgées et handicapées. • Proposer de manière équitable des mesures préventives adaptées aux situations, besoins, souhaits et capacités et permettre ainsi aux personnes âgées et à celles en situation de handicap d'avoir la meilleure qualité de vie possible en disposant des ressources nécessaires pour utiliser leur capital santé dans un environnement, qui, par les pertes ou conséquences de l'âge ou du handicap, rend les personnes plus vulnérables. • Diversifier, développer et favoriser l'accès à l'offre d'actions individuelles et collectives de prévention favorables à la santé et au bien-être des personnes âgées et personnes handicapées. • Promouvoir, impulser, coordonner et valoriser, à l'échelon de chaque territoire, les offres d'activités de prévention ciblées sur les publics fragiles en veillant à la couverture du territoire et la diversification des thématiques abordées. • Lutter contre l'isolement en mobilisant les liens sociaux et en favorisant l'accessibilité de l'offre locale. • Faciliter l'accès à l'offre par des parcours plus lisibles et

	<p>visibles et une mobilité sécurisée, facilitée voire accompagnée.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Optimiser le recours aux aides techniques, équipements et à l'adaptation du logement.
Modalités de mise en œuvre	<p>Action 9-1 Favoriser l'accès à l'offre de prévention prévue dans le cadre des plans d'actions du programme coordonné de financement de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie,</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Développer l'information autour de l'offre de prévention. ✓ Développer le repérage des personnes les plus éloignées de l'offre de prévention. ✓ Développer les solutions de mobilité permettant d'accéder à cette offre. <p>Action 9-2 Renforcer l'ouverture des établissements sur leur environnement et favoriser l'accueil en résidences autonomes des personnes de moins de 60 ans et en particulier des personnes en situation de handicap (et notamment les travailleurs d'ESAT à la retraite),</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Développer les actions individuelles et collectives de prévention adaptées au public accueilli en ESSMS, financées par le forfait autonomie dans le cadre de la Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie des personnes âgées (CFPPA). ✓ Mieux étudier les besoins et les taux d'occupation des résidences autonomes. <p>Action 9-3 Inscrire des actions de prévention dans les CPOM conclus avec les ESSMS et dans les conventions conclues avec les CLIC,</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Développer des actions de prévention notamment autour de l'alimentation, des activités physiques et cognitives adaptées, à travers des CPOM conclus avec les ESSMS PA PH. ✓ Impulser une dynamique d'expérimentation et d'innovation, au sein et entre établissements. <p>Action 9-4 Développer des actions de soutien et d'accompagnement en faveur du répit des aidants,</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Inscrire un chapitre lié au répit des aidants dans le futur accord cadre à conclure avec la CNSA au titre de la modernisation et de la professionnalisation du secteur du domicile. ✓ Expérimenter une solution de relayage au profit des aidants.
Publics cibles	<p>Personnes Agées. Personnes Handicapées. Aidants professionnels et naturels.</p>
Partenaires	<ul style="list-style-type: none"> - Membres de droit de la conférence des financeurs (ARS, CARSAT, MSA, RSI, CPAM, Association des maires de Vaucluse, Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres - Association pour le Régime de Retraite Complémentaire des salariés (AGIRC-ARRCO), Mutualité française PACA). - ESSMS des champs du handicap et de la gérontologie

	<p>(Etablissements, SPASAD, SAAD, CLIC...).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autres opérateurs potentiels de prévention (associations, centres sociaux, CCAS, acteurs de la santé ou paramédicaux....)
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'actions de prévention financées dans le cadre de la CFPPA et répartition par type de public. - Nombre de résidences autonomes accueillant des personnes de moins de 60 ans (dont des personnes en situation de handicap). - Nombre d'actions de prévention portées par les ESSMS et par les CLIC. - Nombre d'actions de soutien et d'accompagnement en faveur du répit des aidants.
Echéancier	<p>Tout le long du Schéma.</p> <p>Point d'étape (2018) : renouvellement du programme coordonné de financement de la prévention de la perte d'autonomie.</p>

ORIENTATION 3 - ADAPTER LES DISPOSITIFS DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE EXISTANTS ET DEVELOPPER DES REPONSES NOUVELLES A COÛTS ACCEPTABLES

Axe N° 10- STRUCTURER L'OFFRE DE SERVICES A DOMICILE POUR REpondre AUX BESOINS ET PROMOUVOIR LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE

<p>Principaux constats</p>	<p>La responsabilité du Département, en tant que pilote de l'action sociale, en matière de structuration et de régulation de l'offre à domicile a été affirmée par la loi d'adaptation de la société au vieillissement.</p> <p>Le Département entend se saisir de ces dispositions tant l'aide à domicile constitue un levier de développement social, économique et technologique par le nombre d'emplois qu'elle représente aujourd'hui et demain (modernisation, évolution des fonctions). La création d'un régime unique d'autorisation apparaît comme un gage de promotion du secteur et d'amélioration de la qualité des prises en charge délivrées.</p> <p>Aussi au regard d'un contexte local marqué par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un nombre conséquent de SAAD intervenant dans le cadre de l'ADPA et la PCH. - Un éclatement et un morcellement de l'offre médico-sociale au regard du nombre de prestataires, assurant toutefois une saturation du besoin (les 10 premiers SAAD totalisent plus de 60 % de l'activité tandis que 37 SAAD réalisent chacun moins d'1 % d'activité). - Une insuffisance de la coordination entre le secteur médico-social et le secteur du soin. <p>le Département s'inscrit dans une démarche globale de refondation de l'aide à domicile en réponse à la nécessaire régulation des SAAD et aux difficultés financières rencontrées par un certain nombre d'entre eux, et dans une démarche d'optimisation de la qualité de la prestation servie à domicile.</p>
<p>Enjeux</p>	<p>Permettre aux personnes en perte d'autonomie de rester à domicile grâce à une prestation d'aide à la personne de qualité.</p>
<p>Objectifs</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valoriser le rôle des services dans le cadre de la prévention et du parcours des personnes en perte d'autonomie. • construire un maillage territorial dans une logique de recomposition et de territorialisation de l'offre médico-sociale des SAAD. • Poursuivre la modernisation du secteur de l'aide à domicile. • Améliorer la prestation d'accompagnement délivrée à l'usager par le développement et le renforcement de la démarche qualité. • Renforcer la mutualisation des moyens et des compétences y compris avec les établissements. • Favoriser la coopération entre SAAD d'un même territoire (coopération, diffusion de bonnes pratiques, mutualisation...) et renforcer la coordination et le regroupement des SAAD et des SSIAD dans une logique

	<p>de parcours d'aide et de soin intégré.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Structurer l'offre à domicile. • Optimiser les coûts notamment par le biais de mutualisations et de regroupements. • Renforcer les coopérations. • Renforcer la démarche qualité. • Diversifier les réponses apportées par les SAAD.
<p>Modalités de mise en œuvre</p>	<p>Action 10-1 Engager une négociation de CPOM avec les SAAD répondant aux critères fixés par la collectivité,</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Conclure un CPOM pour 5 ans avec des SSAD répondant aux critères fixés par le Département et adosser la revalorisation du tarif de prise en charge à des actions visant à renforcer la qualité de la prise en charge et la réduction du reste à charge de l'utilisateur. <p>Action 10-2- Définir une procédure de contrôle qualité auprès de l'ensemble des SAAD autorisés,</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluer de manière régulière la qualité des prestataires notamment par le biais des évaluations externes et internes. ✓ Etablir des rapports d'activité type mentionnant les attendus annuels du Département pour les ESSMS. ✓ Etablir des indicateurs départementaux de suivi de la qualité pour les ESSMS. ✓ Systématiser les visites de conformité. ✓ Permettre aux professionnels des SAAD de participer aux formations mutualisées organisées pour les professionnels des ESSMS d'un territoire. <p>Action 10-3 Définir une structuration territoriale et accompagner les démarches de fusion, mutualisation entre services,</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Définir des zones d'intervention pour chaque SAAD en lien avec les besoins identifiés. ✓ Ne plus autoriser de nouvelles structures à intervenir sur le département (ADPA, PCH, Aide-ménagère) et accompagner les fusions des services (ou a minima des fonctions supports) et organiser, le cas échéant, un appel à projets territorialisés pour le transfert des autorisations de certains services. <p>Action 10-4 Conclure un accord cadre avec la CNSA au titre de la modernisation et de la professionnalisation du secteur du domicile avec deux objectifs,</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Favoriser l'expérimentation et le développement de nouvelles modalités de prise en charge à domicile. ✓ Encourager le développement d'activités proposées par les SAAD, notamment pour répondre aux situations des usagers les plus fragiles (cas complexes, isolement, handicap psychique, aidants) : <ul style="list-style-type: none"> - Les gardes itinérantes, les gardes de nuit et les couchers tardifs comme activité proposée par les SAAD. - La réalisation de petits travaux d'adaptation dans les

	<p>logements.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'aide à l'accès aux activités de culture, loisirs, sport, prévention. - Le développement des réponses respectant le rythme de vie des personnes (coucher tardif, service de nuit et téléassistance...). <ul style="list-style-type: none"> ✓ Réfléchir à l'opportunité d'intervention en établissement (dans le cadre d'une aide ponctuelle par ex pour l'accueil d'un nouveau résident ou la gestion d'une situation difficile) ou en soutien à des équipes soignantes intervenant à domicile. ✓ Encourager le développement des accompagnements techniques en complémentarité des accompagnements humains en s'appuyant sur la domotique, les technologies. ✓ Expérimenter le dispositif de relaying au profit des aidants. <p>➤ Favoriser la professionnalisation de la filière des services à la personne :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Accompagner la mise en place d'un campus des métiers sur les champs des services à la personne visant à professionnaliser la filière dans une optique d'insertion, d'attractivité, de développement économique et social. ✓ Conduire une étude de faisabilité d'un projet visant à développer l'insertion et la professionnalisation des bénéficiaires du RSA dans ce cadre.
Publics cibles	Personnes âgées, personnes en situation de handicap, aidants.
Partenaires	SAAD, SSIAD, SPASAD, PSP PACA, Region, Pôle Emploi.
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de CPOM signés. - Nombre de zones d'intervention définies. - Définition d'une procédure de contrôle et de suivi de la qualité. - Nombre et type d'activités nouvelles offertes par les SAAD. - Nombre d'appels à projets pour le transfert des autorisations et la fusion des SAAD. - Nombre de services regroupés.
Echéancier	<p>Second semestre 2017 : contractualisation CPOM.</p> <p>Premier semestre 2018 : contractualisation d'un accord-cadre avec la CNSA au titre de la modernisation et de la professionnalisation du secteur du domicile.</p> <p>Second semestre 2018 : définition d'une procédure contrôle qualité.</p> <p>Premier semestre 2019 : définition d'une structuration territoriale.</p> <p>A partir de 2021 engager une réflexion sur le lancement d'éventuels appels à projets (tels que prévus par la loi ASV pour 2022).</p>

ORIENTATION 3 - ADAPTER LES DISPOSITIFS DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE EXISTANTS ET DEVELOPPER DES REPONSES NOUVELLES A COÛTS ACCEPTABLES

Axe N° 11 – AMELIORER LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE EN ESSMS

Principaux constats	<p>Depuis la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, les gestionnaires des ESSMS vauclusiens ont dû construire des procédures permettant de mettre en œuvre et contrôler les réalisations en matière de qualité.</p> <p>Les évaluations externes réalisées récemment mentionnent des points d'amélioration à développer dans le domaine de la prise en charge des PA-PH en ESSMS.</p> <p>Le Département et l'ARS intègrent les recommandations de la loi d'adaptation de la société au vieillissement et sont actuellement engagés avec les ESSMS dans un objectif de formalisation de CPOM.</p> <p>Ces contrats doivent permettre de déterminer des engagements réciproques en termes d'objectifs et de projets à mettre en place ainsi que de moyens correspondant sur une durée pluriannuelle. Dans le cadre de ce dialogue de gestion pluriannuel, il semble intéressant de travailler avec les établissements sur la notion de parcours de vie afin de favoriser les prises en charge croisées entre plusieurs dispositifs ou encore les accueils de courte durée (accueil de jour, hébergement temporaire ou accueil d'urgence). Favoriser cette souplesse d'accueil nécessite un engagement fort et un volontarisme des structures qui doivent faire évoluer leurs projets d'établissement en conséquence.</p>
Enjeux	Faire en sorte que l'accompagnement à domicile et en établissement contribue à la réalisation du projet de vie de la personne.
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Diffuser la culture de la démarche qualité dans les ESSMS. • S'appuyer sur les actions de bienveillance pour valoriser l'image des EHPAD. • Renforcer la qualité du service rendu notamment par le biais de la démarche qualité. • Favoriser la mise en œuvre concrète de parcours pour l'usager croisant plusieurs dispositifs ou modes d'accompagnement en incitant les établissements et services à s'inscrire dans ces parcours et en les aidant à les mettre en place via des CPOM. • Etablir un niveau de prestation coût-qualité acceptable pour les usagers, les ESSMS et la collectivité.
Modalités de mise en œuvre	<p>Action 11-1 Conclure des CPOM intégrant la notion de parcours de vie, autour des éléments suivants,</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La prévention de la perte d'autonomie ou d'autres risques spécifiques. ✓ La formation et la qualification des personnels (s'appuyer sur l'expertise des associations). ✓ Les réseaux et partenariats.

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La prévention des risques professionnels et en particulier les risques psychosociaux et la qualité de vie au travail. <p>Action 11-2 Développer des outils de suivi visant à promouvoir la qualité en ESSMS,</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Développer les échanges d'information avec les ESSMS et établir des indicateurs départementaux de suivi de la qualité pour les ESSMS en s'appuyant sur les tableaux de bord de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) ainsi que sur les évaluations externes. ✓ Etablir des fiches permettant de suivre les personnes accueillies en ESSMS (événements, modification des prises en charge). <p>Action 11-3 Travailler avec les établissements et services sur des projets spécifiques s'appuyant sur des démarches d'expérimentation et d'innovation,</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Développement de projets innovants : externalisation (EHPAD à domicile), plateforme de services mutualisés, relayage... ✓ Développement d'activités partagées avec d'autres établissements et services du même territoire. ✓ Développement des modes d'accueil de courte durée (accueil de jour, hébergement temporaire, accueil d'urgence...) autour de projets spécifiques. ✓ Organisation d'une prise en charge multiple et adaptée au profil de chaque usager.
Publics cibles	PA/PH.
Partenaires	<ul style="list-style-type: none"> - ESSMS / SAVS SAMSAH. - ARS. - CNSA. - MDPH. - Principales fédérations : URIOPSS, Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP), Fédération Nationale des Associations de Directeurs d'Etablissements et services pour Personnes Agées (FNADEPA), Fédération Hospitalière de France (FHF)...
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de CPOM signés intégrant la notion de parcours de vie. - Définition d'une procédure et d'indicateurs de suivi de la qualité de la prise en charge. - Nombre et nature des projets innovants ou de nouvelles modalités de prise en charge déployées à partir des ESSMS.
Echéancier	Conclusion des premiers CPOM : second semestre 2017. Développement des outils de suivi : second semestre 2018. Développement des démarches d'expérimentation et d'innovation : tout au long du schéma – évaluation annuelle.

ORIENTATION 3 - ADAPTER LES DISPOSITIFS DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE EXISTANTS ET DEVELOPPER DES REPONSES NOUVELLES A COÛTS ACCEPTABLES

Axe N° 12 – POURSUIVRE LA RECOMPOSITION ET LE REEQUILIBRAGE DE L'OFFRE

Principaux constats	<p>Le diagnostic de l'offre en établissements met en évidence la nécessité d'adaptation du bâti d'un certain nombre d'établissements à l'évolution des besoins des publics accueillis. Il convient également de tendre vers une taille de structure à même de concilier qualité de la prise en charge et équilibre économique, et d'encourager dans ce cadre les pratiques de coopération et de mutualisation, peu développées sur le département.</p> <p>Par ailleurs l'évolution démographique ainsi que l'évolution des besoins des publics accompagnés nécessitent d'envisager, sur la durée du schéma, une adaptation de l'offre aux besoins existants et à venir.</p> <p>Sur la durée du schéma une évolution de la capacité des ESSMS du secteur PA de près de 125 places devrait s'opérer. Cette recomposition s'appuiera sur plusieurs critères permettant d'optimiser la réponse aux besoins (taux d'équipement identifiés sur les territoires infra départementaux, taille critique des ESSMS, faisabilité et possibilité foncière, optimisation financière).</p>
Enjeux	Faire évoluer et adapter l'offre en établissement aux besoins repérés.
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Redéfinir un maillage territorial dans une logique de recomposition de l'offre médico-sociale, de territorialisation et de qualité du service rendu. • Renforcer la coordination et le regroupement des ESSMS dans une logique de parcours d'aide et de soin intégré. • Renforcer la coopération Sanitaire – Médico-social. • Optimiser les coûts notamment par le biais de mutualisations et de regroupements.
Modalités de mise en œuvre	<p>Action 12-1 Encourager la mutualisation et le regroupement d'ESSMS,</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ S'appuyer sur les CPOM conclus sur le secteur du handicap pour engager les gestionnaires à proposer une recomposition de l'offre au regard des besoins identifiés. ✓ Encourager la mobilisation des équipes mobiles à plus haute technicité vers les autres ESSMS. <p>Action 12-2 Faire évoluer les structures existantes,</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Redéploiement de 56 lits d'EHPAD et évolution de places. ✓ Développement d'unités dédiées aux personnes handicapées vieillissantes, aux personnes avec troubles psychiatriques. ✓ Ouverture des ESSMS à l'intergénérationnel. ✓ Repositionnement des SAVS SAMSAH dans une logique de couverture territoriale. ✓ Envisager la possibilité pour les ESSMS de proposer des places d'urgence lors des hospitalisations de longue durée des résidents.

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Engager une réflexion sur la transformation de places de FH en SAVS principalement orientées sur la prise en charge de personnes présentant des déficiences psychiques.
Publics cibles	PA/PH.
Partenaires	<ul style="list-style-type: none"> - ESSMS / SAVS SAMSAH. - ARS. - CNSA. - MDPH. - Principales fédérations : URIOPSS, FEHAP, FNADEPA, FHF...
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de CPOM conclus occasionnant une recomposition de l'offre. - Nombre de regroupements d'établissements et analyse des modalités de mutualisation. - Nature et nombre des évolutions de l'offre constatées.
Echéancier	Tout au long du schéma – évaluation annuelle.

ORIENTATION 3 - ADAPTER LES DISPOSITIFS DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE EXISTANTS ET DEVELOPPER DES REPONSES NOUVELLES A COÛTS ACCEPTABLES

Axe N° 13 – FAVORISER L'ACCES A L'OFFRE ET ASSURER UNE DIVERSIFICATION ET UNE REACTIVITE DANS LA REPONSE

<p>Principaux constats</p>	<p>Des efforts conséquents ont été réalisés et le Vaucluse affiche des taux d'équipement relativement satisfaisants au regard des moyennes régionales et nationales. La demande en dispositifs intermédiaires (accueil de jour, hébergement temporaire) reste cependant importante au regard du développement de l'information auprès des aidants et de l'accentuation du rôle de cette offre dans la prévention de la grande dépendance, ou encore en tant que dispositifs transitoires avant l'entrée en établissement, ou en tant que dispositifs de répit.</p> <p>Par ailleurs, de nombreux efforts restent à faire pour assurer un réel accès des vauclusiens qui le nécessitent à l'offre existante sur le département.</p> <p>Lorsque le soutien à domicile est plus difficile et que l'entrée en établissement ne correspond pas au projet individualisé, il importe que les personnes en perte d'autonomie puissent trouver des solutions d'hébergement adaptées à leurs besoins.</p> <p>Il s'agit ainsi de répondre aux besoins spécifiques non pris en compte pour le soutien à domicile, de favoriser l'innovation dans les réponses de répit (accueil de jour, de nuit, accueil temporaire, relayage...) et enfin de mieux valoriser le dispositif d'accueil familial.</p> <p>Formule d'accompagnement alternatif au domicile personnel et à l'établissement, l'accueil familial est un dispositif assez peu répandu en Vaucluse avec environ 30 familles agréées. Cependant, il connaît deux difficultés : de nombreux professionnels vont partir à la retraite dans les années à venir et le dispositif manque de notoriété. Le Conseil départemental souhaite s'appuyer sur les nouvelles dispositions du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement pour valoriser, dynamiser et professionnaliser ce mode d'accueil original qui participe à la diversification de l'offre.</p> <p>Cette fiche vise donc à créer les conditions permettant l'accès à l'offre existante.</p>
<p>Enjeux</p>	<p>Favoriser un accompagnement alternatif à domicile et en établissement.</p>
<p>Objectifs</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser l'accès des vauclusiens à l'offre existante. • Limiter les contraintes et permettre davantage de souplesse dans les prises en charge. • Renforcer la réactivité de la prise en charge. • Garantir l'accessibilité. • Favoriser la diversification des modes d'accueil individuels ou collectifs. • Développer des modes d'hébergement innovants pour

	<p>répondre à la diversité des besoins.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revoir les circuits administratifs dans une logique d'optimisation des délais de traitement. • Permettre le recours à des réponses modulaires. • Diversifier les modes d'accompagnement alternatifs à l'hébergement permanent. • Soutenir l'évolution de l'offre en familles d'accueil et expérimenter de nouvelles formes de salariat d'accueillants familiaux. • Soutenir les aidants en leur offrant, notamment, davantage de soutien et de répit.
Modalités de mise en œuvre	<p>Action 13-1 – Accorder plus de souplesse et une plus grande réactivité afin de garantir l'accès à l'offre,</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Revoir les circuits de gestion des aides et raccourcir les délais de réponse. ✓ Envisager la mise en place d'une instance départementale chargée de la régulation des admissions en ESSMS. ✓ Favoriser le recours à l'hébergement d'urgence et à l'hébergement temporaire en organisant la gestion des places en lien avec l'outil de suivi des places disponibles (voir fiche N° 3). ✓ Rendre possible les orientations proposant plusieurs modalités d'accompagnement visant à des prises en charge croisées notamment pour répondre à des handicaps évolutifs. ✓ Faire en sorte que les prix de journée pratiqués par les établissements soient compatibles avec les capacités financières des Vauclusiens et permettre de disposer d'un nombre de lits en ESSMS habilités à l'aide sociale adapté aux besoins. <p>Action 13-2 Développer l'accès aux modes d'accompagnement alternatifs à l'hébergement permanent,</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Assurer la promotion de l'accueil temporaire auprès des personnes âgées et de leurs aidants. ✓ Engager une réflexion visant à favoriser le recours à l'accueil de jour en le rendant plus accessible. <p>Action 13-3 Faire connaître le dispositif d'accueil familial et diversifier les modalités d'accueil, notamment temporaire, pour l'accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap,</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaborer une campagne de communication pour recruter de nouveaux accueillants. ✓ Faciliter le déploiement de l'accueil temporaire en accueil familial. ✓ Promouvoir et développer des modalités de salariat d'accueillants familiaux par les ESSMS de proximité, ou en étudiant des formules de type « Maison d'Accueil familial ».
Publics cibles	PA / PH aidants.
Partenaires	ESSMS, lieux d'accueil de jour, Familles d'accueil, MAIA, PTA, Pôle Emploi.

Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Evolution des délais de réponse. - Nombre de places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour. - Résultats de l'expérimentation de l'accueil de jour itinérant. - Nombre de solutions de mobilité innovante recensées. - Nombre de familles d'accueil (dont nombre salariées d'un ESSMS). - Nombre de familles d'accueil pratiquant l'hébergement temporaire et/ou l'accueil de jour.
Echéancier	<p>Accorder plus de souplesse et une plus grande réactivité afin de garantir l'accès à l'offre : premier semestre 2018.</p> <p>Développer l'accès aux modes d'accompagnement alternatifs à l'hébergement permanent : premier semestre 2018.</p> <p>Faire connaître le dispositif d'accueil familial et diversifier les modalités d'accueil, notamment temporaire, pour l'accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap : premier semestre 2019.</p>

ORIENTATION 3 - ADAPTER LES DISPOSITIFS DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE EXISTANTS ET DEVELOPPER DES REPONSES NOUVELLES A COÛTS ACCEPTABLES

Axe N° 14 DEVELOPPER DES SOLUTIONS D'ACCOMPAGNEMENT INNOVANTES POUR LES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE

<p>Principaux constats</p>	<p>Le département de Vaucluse se caractérise par une grande proportion de personnes dépendantes vivant à domicile. Dans ce contexte et afin de répondre aux besoins d'accompagnement croissant liés à l'évolution démographique à venir, de nouvelles modalités d'accompagnement innovantes, alternative à la seule dichotomie domicile/établissement doivent être développées.</p> <p>En matière d'habitat, le partenariat développé depuis plusieurs années avec les principaux bailleurs sociaux et l'opérateur HandiToit Provence visant au développement d'une offre de logements adaptés à la perte d'autonomie a connu un succès relatif : 88 logements adaptés à la perte d'autonomie et au handicap ont été construits dans le parc public sur la période 2011-2015.</p> <p>La base de données des demandes en logement adaptés comptabilise quant à elle plus de 200 ménages vauclusiens en recherche d'un logement adapté à la perte d'autonomie d'un ses membres.</p> <p>Les orientations définies dans les documents stratégiques en faveur de l'habitat (PDH, Plan Départemental d'Action pour l'Hébergement et le Logement des Personnes Défavorisées - PDALHPD) adoptés par le Département intègrent la question de la dépendance et positionnent les personnes en perte d'autonomie comme des publics cibles ou prioritaires.</p> <p>Dans ce contexte, il convient de développer la création d'une offre de logements autonomes et solidaires organisés en habitat regroupé pour personnes âgées et handicapées, intégrant une organisation des services en réseau, et pouvant répondre à un besoin d'accompagnement permettant une intégration en « milieu ordinaire ».</p> <p>Cette offre doit pouvoir être complétée par le développement d'équipements techniques et domotiques permettant de prolonger l'autonomie des personnes à domicile ainsi que par le développement de solutions de mobilité innovantes, garantes de l'inclusion et de la participation à la vie de la société.</p>
<p>Enjeux</p>	<p>Favoriser le déploiement de réponses alternatives visant à répondre à des besoins émergents ou non couverts.</p>

Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Développer le recours à l'innovation et aux accompagnements techniques (Silver économie) en complémentarité des accompagnements humains. • Développer des actions innovantes visant à l'inclusion dans la société. • Favoriser l'utilisation et le recours aux produits et aux services permettant de mieux vivre à domicile en améliorant la connaissance de ces produits et en facilitant leur usage. • Développer des actions collectives de prévention en lien avec les diagnostics habitat, l'aménagement du logement ou les aides techniques individuelles. • Créer des logements alternatifs tout en cherchant une meilleure adaptation aux besoins des personnes en perte d'autonomie. • Poursuivre la modélisation d'expériences d'habitats intermédiaires et inclusifs.
Modalités de mise en œuvre	<p>Action 14-1 lancer un appel à initiatives visant à développer une offre d'habitat intermédiaire pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap,</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Définir les critères, objectifs, porteurs, modalités et localisations géographiques d'un Appel à initiatives Habitats adaptés. ✓ Intégrer des actions de prévention de la perte d'autonomie dans ces opérations. ✓ Définir les conditions de mutualisation des prestations permettant de solvabiliser le recours à cette offre nouvelle. <p>Action 14-2 Favoriser le développement et l'accès aux équipements techniques et à la domotique,</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Réaliser une étude de besoins sur le développement de l'innovation technologique et technique au service de la prévention de la perte d'autonomie. ✓ Promouvoir les usages numériques appliqués à l'autonomie en s'appuyant sur les structures locales existantes, afin de recenser l'ensemble des produits et des services disponibles et de diffuser les informations aux structures qui informent et accompagnent les personnes âgées et les personnes handicapées. <p>Action 14-3 Favoriser le développement de solutions de mobilité innovantes,</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Lancer un appel à initiatives visant à expérimenter de nouvelles modalités de déplacement pour les personnes en perte d'autonomie (véhicules partagés, mutualisation des moyens de transports des ESSMS...) visant à favoriser l'accès à l'offre d'accompagnement mais également de loisirs. <p>Action 14-4 Revoir le conventionnement avec les bailleurs sociaux afin de favoriser l'accès des vauclusiens à l'offre de logements adaptés,</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Production de logements adaptés dans le parc neuf. ✓ Recensement et traçabilité de l'offre existante via le site

	« logements adaptés 84 » cofinancé par le Département.
Publics cibles	PA/ PH.
Partenaires	<ul style="list-style-type: none"> - Porteurs de projets - Pôle service à la personne PACA - Bailleurs sociaux - Membres de droits de la CFPPA
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'appels à initiatives lancés. - Nombre de projets d'habitats intermédiaires réalisés. - Nombre de logements adaptés produits annuellement. - Nombre de logements adaptés recensés sur le site « logements adaptés 84 ». - Recensement équipements techniques et domotique. - Nombre d'aides techniques financées dans le cadre de l'offre nouvelle d'habitats adaptés. - Nombre de prestations mutualisées.
Echéancier	<p>Lancement de l'appel à initiatives sur l'habitat intermédiaire : second semestre 2018.</p> <p>Favoriser le développement et l'accès aux équipements techniques et à la domotique : premier semestre 2018.</p> <p>Favoriser le développement de solutions de mobilité innovantes : premier semestre 2019.</p> <p>Revoir le conventionnement avec les bailleurs sociaux afin de favoriser l'accès des vauclusiens à l'offre de logements adaptés : premier semestre 2018.</p>

Axe N° 15 – ASSURER LE PILOTAGE ET L’EVALUATION DES ACTIONS CONDUITES

Principaux constats	<p>En sa qualité de chef de file de l’action sociale et médico-sociale, le Département assume la responsabilité de la mise en œuvre du schéma départemental de l’autonomie, avec l’ensemble des partenaires concernés.</p> <p>Le schéma étant conclu pour une durée de 5 ans et relevant de la mobilisation de plusieurs partenaires, il semble important de suivre et de piloter la mise en œuvre des différentes actions tout au long de cette période et non uniquement à l’issue de ces 5 ans. Au-delà du pilotage du schéma, il est indispensable de disposer d’indicateurs et d’éléments permettant de suivre la mise en place des différentes actions. Par ailleurs, la bonne information des usagers et des professionnels et la mise à disposition de cette information constitue également un élément clé à une bonne articulation de l’ensemble des acteurs et des interventions.</p>
Enjeux	Suivre la mise en œuvre des actions prévues et pouvoir les évaluer.
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Mobiliser l’ensemble des partenaires impliqués dans la mise en œuvre des actions du schéma, sur une base régulière. • Préparer et porter les choix de la politique départementale en faveur de l’autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées à partir des orientations générales définies par le Département. • Réaliser les réajustements nécessaires en fonction des évolutions du contexte. • Faire du schéma un outil de pilotage opérationnel de la politique en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées pour le Département.
Modalités de mise en œuvre	<p>Action 15-1 Mettre en place des instances de pilotage et de suivi du schéma, Poursuivre les réunions du comité de pilotage instauré à l’occasion de l’élaboration du schéma de l’autonomie, et définir les instances opérationnelles de suivi des actions.</p> <p>Action 15-2 Créer et suivre un tableau de bord intégrant les indicateurs de suivi de chacune des fiches actions, Présenter chaque année un tableau synthétique du niveau de réalisation et d’évaluation de la mise en œuvre du schéma à l’occasion de la réunion des instances de pilotage et de suivi.</p>
Publics cibles / Partenaires	<p>L’ensemble des partenaires impliqués dans les actions relatives à la mise en œuvre du schéma de l’autonomie.</p> <p>La conduite du schéma prendra appui sur les instances partenariales interinstitutionnelles que sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La conférence des financeurs notamment et afin de coordonner les actions de politiques publiques de prévention. - Le CDCA. - Les réunions des tables stratégiques de la MAIA, permettant une concertation sur le diagnostic territorial et la prise de décisions en coresponsabilité.

	<ul style="list-style-type: none"> - La COMEX de la MDPH, chargée de définir la politique générale de l'institution et d'en assurer sa gestion. - Les réunions bilatérales avec l'ARS. - Les Comités de suivi CPOM avec les ESSMS.
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre des instances de pilotage et de suivi. - Suivi et qualité de l'alimentation du tableau de bord.
Echéancier	Tout au long du schéma – évaluation annuelle.

ANNEXES

Rapport de la mise en
œuvre du Schéma
Départemental
d'Organisation Sociale et
Médico-Sociale (SDOSMS)
Volets Personnes Agées et
Personnes Handicapées
2012-2016

Préambule

Voté le 16 décembre 2011, le Schéma Départemental d'Organisation Sociale et Médico-Sociale (SDOSMS) constitue le cadre de référence de la politique du Conseil départemental en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées.

Réalisé en concertation avec l'ensemble des acteurs du Département, il détermine les orientations en matière de la prise en charge et d'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées pour 5 ans.

Il propose un diagnostic partagé des besoins et attentes, et il établit un programme d'actions pour la période 2012-2016 qui se décline autour des orientations stratégiques suivantes :

- **Approfondir et partager la connaissance des besoins et renforcer les circuits d'information.**
- **Apporter la réponse la plus optimale aux besoins de la personne, dans le respect de son parcours de vie.**
- **Garantir à la personne et son entourage une aide et une prise en charge de qualité.**
- **Favoriser la mise en réseau des acteurs autour et pour la personne.**
- **Expérimenter et innover afin de dépasser le clivage Domicile/Etablissement.**

Opportunité et objectifs du rapport

L'élaboration de ce rapport constitue un point d'évaluation finale de la mise en œuvre des volets Personnes Agées (PA) et Personnes Handicapées (PH) du SDOSMS, visant à évaluer la réalisation des objectifs des deux volets du SDOSMS dans l'optique de son renouvellement en 2017.

Cette démarche d'évaluation, qui constitue un engagement pris par le Département lors de l'élaboration du Schéma, revêt différents enjeux parmi lesquels l'information de la population vauclusienne, la dynamisation du partenariat entre le Département et les acteurs du secteur social et médico-social et enfin, l'adaptation des attendus et des perspectives de travail en fonction de l'évolution du contexte local et législatif.

Après un premier point d'étape réalisé en octobre 2013 dans le cadre d'un séminaire auprès de l'ensemble des partenaires institutionnels et associatifs ayant participé aux groupes de travail pour l'élaboration du SDOSMS, un rapport à mi étape visant à dresser un bilan des actions conduites par le Département et la MDPH a été réalisé en 2014.

Sans toutefois être un état des lieux exhaustif de l'ensemble des initiatives engagées par les acteurs œuvrant dans les domaines de la gérontologie et du handicap, le présent rapport vise à mettre en évidence les démarches engagées et à les étayer d'illustrations et d'exemples (partenariats engagés, indicateurs clés).

En termes de méthodologie, il s'appuie sur le travail de suivi réalisé annuellement par les Directions et Services référents pour le pilotage de chacune des fiches actions.

Ce rapport est volontairement présenté dans une logique de prise en compte globale des problématiques de l'autonomie et ne reprend donc pas systématiquement la dichotomie volet PA / volet PH conformément à l'organisation des services du Département, d'une part, et d'autre part au souhait du Département de s'inscrire dans une démarche de « schéma de l'autonomie ».

Contexte de mise en œuvre et perspectives

A ce jour, et malgré un contexte financier peu favorable, l'intégralité des fiches actions des deux volets du SDOSMS a été mise en œuvre avec des degrés de réalisation différents selon les fiches actions et les orientations. Chaque fiche action a fait l'objet, a minima, d'un début d'exécution ou de mise en valeur d'actions qui concourent à la réalisation des objectifs fixés. Il convient de noter cependant, des écarts assez réguliers entre les modalités prévues et les modalités de mise en œuvre effectives, liées notamment à la prise en compte du contexte.

Les actions ont été menées dans un souci d'articulation des différents schémas et documents stratégiques de planification conduits au niveau national et local (Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale - SROMS, Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie - PRIAC, Projet Territorial de Santé, PDALHPD...).

Orientation 1 Approfondir et partager la connaissance des besoins et renforcer les circuits d'information

Rappel de l'orientation et de ses enjeux

Contexte

La phase de diagnostic préalable à l'élaboration de ce nouveau SDOSMS a montré les limites actuelles des dispositifs de connaissance et d'information dont dispose le Conseil départemental, et plus globalement l'ensemble des partenaires. L'optimisation de ces dispositifs est apparue nécessaire, impliquant de mettre en place des méthodologies de recueil et diffusion d'informations, ainsi que des outils novateurs et évolutifs.

Objectifs

L'objectif de cette première orientation est de disposer d'une vision consolidée et précise des besoins des personnes en perte d'autonomie sur le territoire.

En amont de la connaissance partagée et effective des publics, cette optimisation – ou construction – d'outils nécessite de déterminer un périmètre d'indicateurs et un langage commun, et d'utiliser des circuits d'information mutualisés alimentés par l'ensemble des acteurs de la politique gérontologique et du handicap. Il s'agit donc de mettre en place des outils de recueil et de partage efficaces et pertinents.

Une connaissance précise et actualisée des personnes en perte d'autonomie (populations âgées, personnes en situation de handicap) et de leurs problématiques constitue ainsi un préalable indispensable à la mise en œuvre d'une prise en charge adéquate, que ce soit à domicile ou en établissement. Elle permet d'adapter la politique départementale de l'autonomie aux besoins générés par des évolutions démographiques, sociétales, économiques, territoriales ou législatives.

Rappel des fiches actions associées (PA/PH)

Cette orientation est poursuivie à travers cinq actions :

Fiche 1 : « Evaluer annuellement de manière concertée la réalisation des objectifs des volets Personnes Âgées et Personnes Handicapées du SDOSMS » (PA-PH).

Fiche 2 (PH) : « Approfondir la connaissance de la population handicapée et de ses besoins ».

Fiche 2 (PA): « Stabiliser des indicateurs partagés d'observation des populations fragiles ».

Fiche 3 (PA): « Organiser et structurer le système d'observation ».

Fiche 4 : « Diversifier et optimiser les outils et modalités de partage d'informations » (PA-PH).

Fiche 5 : « Assurer une veille juridique et sociodémographique » (PA-PH).

Indicateurs clés

Nombre de conventions de partenariat conclues sur la thématique de l'observation et du recueil d'information sur la période 2012-2015 : **31**.

Nombre d'enquêtes, études réalisées par l'Observatoire des Politiques Sanitaires et sociales sur la période 2012-2015 : **12**.

Nombre de « flash courriels juridiques » entre 2013 et 2015: **140**.

Nombre d'analyses juridiques réalisées entre 2013 et 2015: **45**.

Partenariats

Le Conseil départemental s'était engagé avant la mise en œuvre du SDOSMS dans cette démarche de structuration en créant en interne un Observatoire des Politiques Sociales ainsi qu'un service de contrôle de gestion départemental.

La mobilisation des acteurs externes et le développement de relations partenariales avec divers acteurs (CLIC, CCAS, CREA, URIOPSS, CARSAT, MSA, CAF, Conseil National de l'Information Statistique - CNIS, banque postale...) permettent d'approfondir la connaissance et de structurer le système d'information.

Réalisations

Axes de travail	Principales réalisations
Evaluation annuelle et concertée de la réalisation des objectifs des volets Personnes Âgées et Personnes Handicapées du SDOSMS	<ul style="list-style-type: none">✓ Organisation d'un séminaire « point d'étape de l'avancement du SDOSMS » réunissant les partenaires ayant participé aux groupes de travail pour l'élaboration du SDOSMS.✓ Evaluation annuelle interne (désignation de Directions pilotes) pour chacune des fiches actions ainsi que par une présentation régulière de l'avancement de la mise en œuvre du SDOSMS aux différentes instances de suivi (CDCPH, CODERPA...).
Approfondissement de la connaissance des personnes en perte d'autonomie	<p>Au-delà des diverses études et rapports publiés par la CNSA, et sur lesquels se sont appuyés les services du Département et de la MDPH, il convient de souligner le développement de multiples démarches visant à mieux identifier et à partager la connaissance en matière de besoins des personnes en perte d'autonomie :</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Signature d'une convention cadre de partenariat entre la CARSAT, le RSI, la MSA, l'Association Santé Education et Prévention sur les Territoires (ASEPT) et le Conseil départemental visant à améliorer et partager la connaissance territorialisée des besoins des populations en préfiguration de la mise en œuvre de la Conférence des financeurs (partage de données, élaboration du diagnostic...).✓ Réalisation de 12 études par l'Observatoire des politiques sanitaires et sociales.✓ Réalisation d'une enquête départementale auprès des bénéficiaires des prestations réalisées à domicile (ADPA, PCH, Aide-ménagère, ACTP...) permettant de mettre en évidence la

	<p>manière dont les prestations étaient utilisées ainsi que des besoins spécifiques.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Réalisation des Rapports d'activité de la MDPH. ✓ Réalisation d'études par le CREAL (analyse des profils des travailleurs en ESAT et sur leurs besoins en hébergement, évolution des besoins des jeunes sous amendement CRETON, étude sur la population handicapée à domicile, étude sur les pratiques de dépistage des cancers auprès des adultes handicapés accueillis dans les ESSMS). ✓ Groupe « Ressource Handicap » mis en place dans le cadre de l'accord-cadre conclu entre le Département de Vaucluse et la CNSA ; il vise à mieux connaître les spécificités et à adapter les prises en charge à domicile des personnes en situation de handicap. ✓ Sensibilisation des CLIC aux démarches de repérages de publics et élaboration de nouveaux outils (Fiches contact, rapport d'activité). ✓ Mise en place du Dispositif Régional d'Observation Sociale (DROS) permettant d'améliorer la connaissance des phénomènes de précarité et de pauvreté, d'assurer la diffusion des connaissances et d'animer le réseau des acteurs publics ou associatifs concernés par l'action sociale.
<p>Développement des modalités de partage de l'information et fonction de veille</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Suivi par l'Observatoire des résultats du recensement permettant de comparer les données locales avec les projections de l'INSEE. ✓ Mise en place de trois MAIA sur le Département visant à renforcer l'articulation des intervenants sanitaires, sociaux et médico-sociaux et à définir de nouvelles modalités et de nouveaux outils visant au partage de l'information (systèmes d'information partagée notamment). ✓ Acquisition par la MDPH d'un module de suivi des décisions d'orientation des personnes handicapées en établissements et services sociaux et médico-sociaux prononcées par la CDAPH, mise en place de la commission des cas critiques et codification des typologies de handicap par la MDPH. ✓ Systématisation d'une fonction interne de veille juridique.

Bilan

A ce jour, et malgré le développement d'initiatives, d'outils, de démarches de travail qui concourent à l'évolution de la connaissance des caractéristiques et des besoins des publics cible, la connaissance des besoins des PA/PH reste parcellaire et trop fragmentée. Il existe un insuffisant partage de l'information entre les acteurs qui produisent de l'information. La structuration du réseau pour la connaissance précise et actualisée des personnes en perte d'autonomie doit se poursuivre par un meilleur repérage des populations à accompagner, la construction d'un système d'alerte et de veille continue des besoins et des situations à risques et la structuration des modalités d'échange communes.

Au regard de l'actualité et en vue de l'élaboration du prochain SDOSMS, plusieurs sujets d'études méritent d'être approfondis :

- Meilleure identification des ressources existantes (Répertoire Opérationnel des Ressources notamment).
- Amélioration de la connaissance de la population handicapée à domicile et de ses besoins, notamment sur les problématiques d'accès aux droits ainsi que sur les situations complexes.
- Profil et besoins des aidants familiaux.
- Problématiques d'isolement et de précarité des personnes âgées.
- Meilleure information des partenaires (CCAS, Centres Hospitaliers...) sur les dispositifs gérés par le Département (aide sociale, ADPA, PCH).

Orientation 2 Apporter la réponse la plus optimale aux besoins de la personne, dans le respect de son parcours de vie

Rappel de l'orientation et de ses enjeux

L'enjeu de cette deuxième orientation est de proposer l'offre médico-sociale la plus efficiente possible, en réponse aux besoins et aux souhaits exprimés par les personnes accompagnées.

Contexte

Le diagnostic élaboré en concertation avec des partenaires du Conseil départemental, a permis de mettre en exergue les avancées réalisées sur le Département ces cinq dernières années, notamment en matière de taux d'équipement.

Il a également mis en évidence qu'un certain nombre de difficultés persistaient tant sur le volet « Personnes âgées » que sur le volet « Personnes handicapées » (ex : manque de personnel infirmier pour des doubles prises en charge SSIAD / SAAD, non-conformité de certains établissements au regard des nouvelles normes d'accessibilité, etc...) et que certains « chaînons d'offre » entre le domicile et l'établissement manquaient, ou devaient être renforcés, pour favoriser le développement de prises en charge intermédiaires.

Objectifs

Le Conseil départemental a souhaité ainsi renforcer l'offre implantée, tout en travaillant sur les passerelles permettant d'évoluer d'un dispositif à l'autre. La structuration de l'existant nécessite donc à la fois de diversifier les dispositifs actuels, et à la fois de poursuivre les efforts de modernisation, dans un contexte réglementaire évolutif et de plus en plus exigeant. L'innovation technique, liée notamment à l'émergence de la « Silver économie », permet de répondre à l'évolution des projets de vie des personnes, de même qu'une meilleure structuration des acteurs depuis l'orientation jusqu'à la prise en charge.

La diversification et l'optimisation des réponses apportées par les professionnels et portées par les différentes institutions constituent une nécessité pour répondre à la diversité et l'évolutivité des parcours de vie des personnes en perte d'autonomie.

Rappel des fiches actions associées (PA/PH)

Cette orientation est poursuivie à travers plusieurs actions spécifiques à l'un des volets (PA ou PH) ou communes aux deux volets :

Fiche 1 : « Créer des places d'hébergement en faveur des personnes handicapées » (PH).

Fiche 1 : « Créer des places d'hébergement prioritairement dans le cadre d'extensions d'établissements » (PA).

Fiche 2 : « Mieux coordonner et compléter l'offre existante en matière de téléassistance » (PA- PH).

Fiche 3 : « Créer un foyer-logement » (PA).

Fiche 4 : « Optimiser et pérenniser le dispositif départemental d'accueil familial social » (PA-PH).

Fiche 5 : « Développer l'offre existante à domicile » (PA-PH).

Fiche 6 : « Favoriser le développement d'offres intermédiaires pour répondre aux parcours différenciés » (PA-PH).

Fiche 7 : « Offrir des solutions d'aide et de répit aux aidants non professionnels » (PA-PH).

Fiche 8 : « Positionner les CLIC dans un rôle d'interface et de gestion de cas » (PA).

Fiche 7 : « Favoriser l'insertion professionnelle des personnes handicapées » (PH).

Indicateurs clés

Personnes handicapées :

- Autorisation de 90 places en FO et FH suite aux Appels à Projets (AAP) lancés en 2010 (42 places de FO et 48 places de Foyer d'hébergement).
- Ouverture de 4 places Accueil jour.
- Ouverture de 7 places de FAM (médicalisation de places de FH) sur le territoire du Luberon et de 23 places de FAM par médicalisation des places de FO sur les territoires de Bollène-Orange et Avignon.
- Ouverture de 31 places de SAMSAH suite aux AAP lancés en 2013 conjointement avec l'ARS et de 15 places de SAMSAH par médicalisation des places de SAVS.
- Appel à projet pour la création de 25 places de FO sur le territoire du Haut Vaucluse, pour une ouverture prévue fin 2017 –début 2018.
- Mise en œuvre du dispositif « potentiel emploi » par la MDPH : 126 dossiers orientés au 31/12/2015.

Secteur Personnes Agées :

- Signature de 52 conventions tripartites (au 31 décembre 2015).
- Création de 5 places d'accueil de jour itinérant.
- Extension de 73 lits d'EHPAD (dont 14 d'hébergement temporaire et 10 d'accueil de jour).
- Création d'un EHPAD de 72 lits « le clos des lavandes » à l'Isle sur la Sorgue (avril 2015).
- Reconstruction/ extension de l'EHPAD Saint Roch à Villelaure, 55 places (ouverture programmée 2^{ème} semestre 2017).
- Au regard des ajustements dus au renouvellement des autorisations 2017, le Département de Vaucluse dispose d'une possibilité de redéploiement de 56 places.

Partenariats

Afin de répondre aux enjeux de cette orientation des partenariats ont été consolidés avec les ESSMS, les partenaires institutionnels tels que l'ARS, la CNSA, la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE), la CARSAT mais aussi les CLIC, les familles d'accueil, ainsi que sur des projets spécifiques : la MSA, le Pôle Services à la Personne PACA, l'AGEFIPH, le Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP) et la Région PACA.

Réalisations

Axes de travail	Principales réalisations
Renforcement de l'offre médico-sociale	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Création et ouverture de places en ESSMS en faveur des personnes handicapées (voir indicateurs clés). ✓ Restructuration de l'offre médico-sociale en faveur des personnes âgées en lien avec les orientations de l'ARS (voir indicateurs clés).
Apport des innovations techniques au service du maintien à domicile	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Repérage de l'offre des dispositifs de téléassistance existants sur le département de Vaucluse. ✓ Réflexion sur la mise en place des nouvelles technologies par l'expérimentation d'outils ou de services innovants contribuant à la qualité du maintien à domicile en s'appuyant sur l'expertise du Pôle Services à la Personne PACA (PSPPACA).
Soutien, développement et modernisation de l'offre à domicile	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Soutien au secteur de l'aide à domicile avec notamment l'instruction des dossiers éligibles au Fonds de Restructuration des SAAD, le soutien aux initiatives au titre de la convention puis de l'accord-cadre conclu avec la CNSA. ✓ Développement de l'offre en SAMSAH. ✓ Elaboration d'un cahier des charges SAVS SAMSAH visant à harmoniser leurs pratiques et de mieux répondre aux besoins des bénéficiaires.
Approfondissement du partenariat avec les CLIC	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nouveau format de convention permettant d'asseoir la légitimité des CLIC et de mieux reconnaître les missions exercées auprès des publics âgés et de leur entourage notamment en matière d'observation des besoins de publics accueillis, ainsi que par l'expérimentation de missions d'accompagnement des bénéficiaires de prestations départementales.
Développement qualitatif de l'accueil familial	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Optimisation de l'offre (développement d'une offre d'accueil temporaire et d'une offre séquentielle) et le développement qualitatif des prises en charge au travers notamment de l'augmentation des journées de formation au profit des Accueillants Familiaux.
Développement d'une offre en faveur des aidants	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Le développement de solutions d'aide et de répit aux aidants non professionnels dans le cadre d'un Comité de pilotage animé par la Mutualité Sociale Agricole, selon une méthodologie de développement social local associant les partenaires du territoire de la COVE. ✓ Soutien aux projets conduits par des SAAD apportant des actions d'aide et de répit aux aidants.

<p style="text-align: center;">Insertion professionnelle des Travailleurs Handicapés</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Implication du référent insertion professionnelle de la MDPH aux diverses instances partenariales visant à favoriser la mise en œuvre des parcours d'insertion des personnes handicapées. L'objectif est de maintenir une dynamique territoriale autour de ces questions dans un contexte de fragilisation des dispositifs. ✓ Engagement de la MDH de Vaucluse dès 2014 dans le dispositif « Potentiel emploi » visant à la généralisation progressive du processus d'évaluation de l'employabilité des personnes handicapées confrontées à des difficultés de différentes natures pour sa mise en œuvre et pour la recherche d'un emploi adapté.
---	--

Bilan

De manière indéniable, la période 2012-2016 a été **marquée par un renforcement évident de l'offre en ESSMS PA/PH que ce soit sur le volet quantitatif ou qualitatif** (innovations, modernisation, diversification des modalités de prise en charge).

Sur le secteur des Personnes Agées, le Département a engagé avec l'ARS, un état des lieux de l'offre existante et des projets de reconstruction connus à ce jour pour permettre, d'une part de valider des projets viables et d'autre part, de veiller à une adéquation des projets aux besoins du territoire et notamment de reconfigurer l'offre en EHPAD.

D'une manière générale, l'optimisation de la réponse apportée nécessite de diversifier, moderniser et adapter les dispositifs existants, tout en tenant compte des évolutions réglementaires.

Dans ce cadre, le **volet « accompagnement de la perte d'autonomie »** de la loi pour l'adaptation de la société au vieillissement de la population induit des perspectives de travail autour de :

- La **revalorisation de l'ADPA à domicile**, via l'augmentation des plafonds réglementaires.
- Une **modernisation de l'offre des logements-foyers** et une valorisation de leur mission de prévention, ainsi qu'une **modification de la gouvernance des Foyers Logements**, rebaptisés « Résidences autonomie », intégrant une nouvelle modalité de financement sous forme d'un « forfait autonomie » attribué dans le cadre des nouvelles conférences des financeurs.
- Une modification de la **gouvernance et de la tarification des EHPAD**.
- **une refonte de l'aide à domicile** et une réflexion pour l'engagement dans une démarche de contractualisation via des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) avec les SAAD.
- **Un soutien aux familles d'accueil.**
- **Un soutien et une valorisation du rôle d'aidant naturel** en proposant notamment un droit au répit pour les aidants.

Il s'agira également pour le Département de poursuivre le travail engagé visant à faire évoluer la gouvernance des SAVS/ SAMSAH autorisés sur le Département de Vaucluse.

Enfin en matière de modernisation des dispositifs, une attention particulière devra être portée à la poursuite des expérimentations ainsi qu'à la généralisation des démarches d'intégration des technologies et d'outils domotiques afin de contribuer au **développement d'habitats**

adaptés et connectés contribuant au maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie.

Orientation 3 Garantir à la personne et son entourage une aide et une prise en charge de qualité

Rappel de l'orientation et de ses enjeux

L'enjeu de cette troisième orientation est d'être en mesure d'offrir à la personne en perte d'autonomie comme à ses proches un accompagnement de qualité.

Contexte

L'exigence de qualité accrue est rendue nécessaire par des besoins exprimés pour certaines problématiques spécifiques (handicaps moteurs lourds, handicaps psychiatriques, personnes handicapées vieillissantes, développement de la maladie d'Alzheimer et pathologies apparentées, accroissement du niveau de dépendance à domicile et en établissement pour les personnes âgées, etc...).

Des efforts significatifs ont déjà été entrepris dans la promotion de la bienveillance et doivent se poursuivre dans la continuité. La qualité de prise en charge à domicile et en établissement demeure néanmoins relativement hétérogène et dépendante de nombreux facteurs (qualification, adhésion à une fédération, localisation, etc.).

Objectifs

L'ensemble des partenaires doit s'inscrire ou approfondir les démarches qualité en œuvre, et s'assurer de leurs implications concrètes pour la personne et les professionnels. Il s'agit ainsi de placer – et maintenir – la personne en perte d'autonomie au cœur des dispositifs, en lui garantissant un suivi de proximité et de qualité égale dans la durée quels que soient l'évolution de sa situation ou ses choix. Les acteurs de la politique gérontologique et du handicap départemental doivent également travailler à une meilleure lisibilité des prestations délivrées, à destination des familles qui, par la place qui leur est « réservée » dans le dispositif, participent concrètement à la qualité d'accompagnement du proche. Enfin, l'ensemble des acteurs doit travailler sur les problématiques de Gestion des Ressources Humaines et de mutualisation des moyens, en tant que leviers d'action sur la qualité.

Rappel des fiches actions associées (PA/PH)

Cette orientation est poursuivie à travers les actions suivantes :

Fiche 1 : « Systématiser et améliorer l'élaboration du projet personnalisé » (PA-PH).

Fiche 2 : « Développer les instances de contrôle et d'accompagnement en établissements » (PA-PH).

Fiche 3 : « Mieux communiquer sur les compétences médico-sociales des services du Département et sur l'offre en faveur des personnes âgées/ personnes handicapées qui en résulte » (PA-PH).

Fiche 4 : « Travailler sur la Gestion Territoriale des Emplois et Compétences afin de valoriser les professionnels » (PA-PH).

Fiche 6 : « Développer l'interaction entre la cité et les personnes en perte d'autonomie » (PA-PH).

Fiches spécifiques volet PH :

Fiche 4 : « Améliorer la prise en charge des enfants et des jeunes handicapés » (PH).

Fiche 5 : « Améliorer la prise en charge des personnes souffrant de handicap psychique » (PH).

Fiche 6 : « Renforcer la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes » (PH).

Fiche 7 : « Développer l'interaction entre la cité et les personnes handicapées » (PH).

Fiche 8 : « Développer l'accès au sport et à la culture pour les personnes handicapées » (PH).

Fiche 9 : « Développer un bénévolat à destination des personnes handicapées » (PH).

Fiches spécifiques volet PA :

Fiche 7 : « Accompagner le bénévolat à destination des personnes âgées » (PA).

Fiche 5 : « Améliorer la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de pathologies apparentées » (PA).

Indicateurs clés

- Nombre d'accompagnements à la formulation du projet de vie auprès du public en situation de handicap : **1 286** (au 31 décembre 2015).
- Traitement des plaintes sur la période 2012-2016 :
 - Année 2012 : 68
 - Année 2013 : 76 □ **soit au total 409 plaintes**
 - Année 2014 : 83
 - Année 2015 : 95
 - Année 2016 : 87
- Nombre de contrôles en ESSMS PA/PH réalisés sur la période 2012-2016 :
 - Année 2012 : 5
 - Année 2013 : 7 → **soit au total 29 contrôles**
 - Année 2014 : 4
 - Année 2015 : 4
 - Année 2016 : 9
- Nombre de conventions tripartites signées avec les ESSMS sur la période 2012-2016 : **42.**
- Nombre de PASA installés : **32.**
- Événementiels PA/PH mis en place sur la période 2012-2015 :
 - Nombre de journées de sensibilisation au handicap : **27.**
 - Nombre de participations à des événementiels PA/PH (salon, forums...) : **43.**
 - Nombre de demandes d'information auprès de la MDPH : **plus de 103 000.**
- **Plus de 3.8 millions d'€ de subventions** attribuées aux associations œuvrant directement auprès des personnes en perte d'autonomie et/ou avec des problématiques de santé sur la période 2012-2016.

Partenariats

Dans le cadre de cette orientation, des partenariats ont été développés avec les ESSMS, le réseau associatif, l'ARS, l'Education Nationale, la DDCS, les MAIA, les CLIC, la CARSAT, les mutuelles et les organismes de protection sociale.

Réalisations

Axes de travail	Principales réalisations
<p>Développement de démarches qualité</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mise en place d'un plan de contrôle des ESSMS. ✓ Réalisation de contrôles conjoints entre l'ARS/Département permettant l'investigation de la totalité du champ d'activité de l'établissement contrôlé. ✓ Démarches similaires entreprises sur le volet du domicile visant à améliorer le contrôle qualitatif des aides délivrées à domicile en lien avec la DIRECCTE compétente en la matière jusqu'à la promulgation de la loi ASV. ✓ Suivi et analyse des évaluations externes et internes dans le cadre des renouvellements des autorisations 2017.
<p>Intensification de la communication afin de mieux faire connaître leurs compétences et l'offre qui en résulte</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Organisation et participation à divers évènements (Salon des Services à la Personne, Semaine pour l'Emploi des Personnes Handicapées, Forums, Semaine Bleue...). ✓ Multiplication des manifestations de sensibilisation au handicap organisées par la MDPH. ✓ Edition d'une pochette d'information contenant 6 fiches pratiques à l'attention des seniors et de leur entourage. ✓ Edition par la MDPH de flyers de prestations et de livrets d'information visant à centraliser les informations par type de handicap. ✓ Refonte des démarches de communication en lien avec le déploiement des outils locaux et nationaux (site CNSA, annuaire des ressources PH...).
<p>Engagement dans des démarches de Gestion Territoriale des Emplois et Compétences</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mise en œuvre du Relais Assistants de Vie pour les salariés du particulier employeur visant à permettre aux salariés des particuliers employeurs de rompre leur isolement, d'échanger autour des problématiques et des bonnes pratiques, de valoriser leur métier et de développer leur professionnalisme. ✓ En établissement, la problématique de la Gestion Territoriale des Emplois et des Compétences est progressivement intégrée dans le cadre des conventions pluriannuelles tripartites au travers du volet bilan social. Ce point devra être repris annuellement dans les rapports d'activité.
<p>Approfondissement du partenariat associatif visant à développer l'interaction entre la Cité et les personnes en perte d'autonomie et à développer l'accès au sport et à la culture pour les personnes handicapées</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Soutien aux projets visant l'accès à la culture, aux loisirs et sports adaptés, aux technologies de l'information et de la communication. Plus spécifiquement dans le cadre du développement du réseau de prévention gérontologique, le Département a apporté son soutien aux projets visant à la création de lien social, la lutte contre l'isolement des personnes âgées et au soutien aux démarches et initiatives de bénévolat.
<p>Amélioration des prises en</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mise en place de commissions cas critiques ayant

<p>charge à domicile et en établissement</p>	<p>pour objet de réunir les partenaires (établissements, ARS, secteur psychiatrique, ASE...) afin de trouver des solutions locales de prise en charge en établissement pour des enfants et adultes en situation critique.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ participation à l'expérimentation orientation ITEP ayant pour objet d'éviter les ruptures de parcours en permettant une adaptation rapide des modes de prise en charge des enfants qui présentent des difficultés psychologiques. ✓ Amélioration de la prise en charge des personnes souffrant de handicap psychique par la consolidation de l'offre dédiée en SAMSAH et SAVS notamment et mise en place par la MDPH d'une Commission Technique Médico-Sociale PSY. ✓ Amélioration de la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de pathologies apparentées (groupe de travail réunissant différents SAAD permettant d'améliorer la prise en charge à domicile des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, à travers la diffusion de bonnes pratiques, implantation de 3 MAIA). ✓ Médicalisation de places de foyer de vie, permettant la poursuite de l'accueil de personnes handicapées vieillissantes en ESSMS dans des conditions plus adaptées à leurs besoins. ✓ Démarche de conventionnement (Conseil départemental-Agence Régionale de la Santé-Etablissement) menée dans le cadre des conventions pluriannuelles tripartites. Ces conventions ont pour objectif d'améliorer la prise en charge apportée aux résidents, d'améliorer la formation et la professionnalisation du personnel, de veiller à la viabilité financière des structures et de veiller à ce que les prix de journée payés par les résidents restent raisonnables.
---	---

Bilan

Différentes démarches qualité ont été amorcées depuis 2012 : développement d'expérimentations, de démarches qualité, d'actions de communication. **Celles-ci restent cependant éparpillées.**

Les enjeux pour le renouvellement du SDOSMS consistent à mieux les formaliser, les généraliser, et les rendre plus lisibles. Pour ce faire, différents leviers peuvent être mobilisés.

Les conventions pluriannuelles tripartites ont permis une amélioration de l'accueil des personnes âgées au sein des établissements. Celles-ci comportaient des objectifs et des moyens à mettre en place pendant la durée de validité de la convention (5 ans). Le Conseil départemental a mis en place des indicateurs de suivi qui lui ont permis de développer le partenariat avec les structures et d'axer son travail sur une amélioration qualitative de la prise en charge, dans la perspective de conclusion de CPOM.

Ces CPOM à conclure dès l'année 2017, tant dans le domaine des personnes âgées, que des personnes en situation de handicap vont permettre une recomposition de l'offre globale.

Les acteurs départementaux de la politique gériatrique et du handicap doivent également **poursuivre les démarches d'amélioration de la lisibilité des prestations délivrées.**

Par ailleurs **dans le cadre du projet « Réponse accompagnée pour tous », visant à accompagner les personnes en situation de handicap dans l'accès à une solution adaptée à leurs besoins**, le Département facilitera la construction de partenariats nécessaires à l'élaboration des plans d'accompagnement global, au fonctionnement du Groupe opérationnel de synthèse et au suivi de la mise en œuvre des décisions de la CDAPH, dans le cadre de la contractualisation prévue notamment avec l'ARS et le Rectorat. Il facilitera également les liens entre la MDPH et ses services en charge de l'offre médico-sociale, dans le cadre de travaux sur l'évolution de l'offre départementale.

Orientation 4 Favoriser la mise en réseau des acteurs autour et pour la personne

Rappel de l'orientation et de ses enjeux

L'enjeu de cette quatrième orientation est de mettre en œuvre les moyens favorisant la coordination des acteurs médico-sociaux afin de répondre au mieux aux besoins exprimés.

Contexte

L'état des lieux a montré que la coordination entre les partenaires du territoire se matérialise à travers une connaissance mutuelle des compétences et champs d'intervention de chacun des acteurs, mais aussi à travers des échanges, même peu formalisés. Néanmoins, l'ensemble des acteurs a montré une réelle envie – et un vrai besoin – de poursuivre et d'approfondir cette coordination via la création d'un réseau davantage structuré, « outillé » et porté institutionnellement. Cette articulation souhaitée n'est cependant pas aisée, ni ne sera systématique sans une impulsion – voire un « pilotage » - du Conseil départemental (mise à disposition d'outils internet...). Elle nécessitera également de dépasser certaines sectorisations (professionnelles, géographiques, opérationnelles...) encore très fortes.

Objectifs

Les complémentarités entre les secteurs de la gérontologie et du handicap sont à développer, de même que la structuration des réponses aux situations d'urgence ou de rupture, comme les sorties d'hospitalisation par exemple. Plus globalement, la fluidité des parcours de vieillissement entre les lieux de soins et le domicile doit être renforcée. En ce sens, il convient de travailler au décroisement des différents secteurs professionnels et multiplier les occasions et les modalités d'échanges, notamment entre le secteur sanitaire et le secteur social. En amont, l'institutionnalisation du réseau nécessite le déploiement d'un certain nombre d'outils partagés (plateforme collaborative, planification de rencontres régulières, élaboration d'une charte de collaboration, etc.).

Le Conseil départemental a ainsi eu à cœur de travailler avec l'ensemble des acteurs départementaux intervenant dans le champ de la perte d'autonomie à une mise en réseau effective et pertinente. Cette coordination optimisée autour de la personne en perte d'autonomie doit permettre de mieux répondre à ses besoins, tant dans l'offre proposée que dans la qualité de l'accompagnement.

Rappel des fiches actions associées (PA/PH)

Cette orientation sera poursuivie à travers sept actions :

Fiche 1 : « Renforcer l'articulation des acteurs et la mise en réseau institutionnelle ».

Fiche 2 : « Favoriser le décloisonnement entre les secteurs médico-sociaux et sanitaires ».

Fiche 3 : « Elaborer une charte de coopération pour formaliser les modalités de concertation entre les acteurs du territoire ».

Fiche 4 : « Mettre en place une plateforme collaborative ».

Fiche 5 : « Mettre en œuvre le réseau départemental pour la qualité de vie des personnes âgées » (PA).

Fiche 6 : « Soutenir les établissements existants ».

Fiche 7 : « Améliorer la coordination autour de la personne à domicile ».

Indicateurs clés

Mise en place de la commission en charge de la **gestion des « situations critiques » : 25 situations étudiées sur l'année 2015.**

Préparation à la mise en place d'un **outil de suivi des décisions d'orientation** des personnes handicapées en ESSMS.

Mise en place du **réseau départemental pour la qualité de vie des personnes âgées en préfiguration de la Conférence des financeurs.**

Nombre de conventions tripartites signées avec les ESSMS sur la période 2012-2015 : **52.**

Nombre de conventions signées avec les SAAD sur la période 2012-2015: 77.

Nombre d'actions collectives de prévention soutenues dans le cadre de la Conférence des financeurs en 2016 : 31 actions ou programmes d'actions.

Partenariats

Dans le cadre de cette orientation, des partenariats ont été développés avec les ESSMS, l'ARS, la CNSA, la MSA, la CARSAT, les CLIC, les bailleurs sociaux...

Réalisations

Axes de travail	Principales réalisations
<p align="center">Renforcement de l'articulation et de la mise en réseau des acteurs</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mise en place d'instances type « commission en charge de la gestion des situations critiques » visant à accélérer la recherche concertée de solutions pour la prise en charge des personnes dont la complexité de la situation génère des ruptures de parcours et menace l'intégrité de la personne et/ou de sa famille. ✓ Mise en place des dispositifs MAIA sur le Département contribuant à la mise en place de divers outils (tables de concertation, système d'information partagée, guichet intégré) et démarches (diagnostic partagé, gestion de cas complexes, groupes de travail interdisciplinaires) contribuant à la mise en réseau institutionnelle et au décloisonnement des secteurs médico-sociaux et sanitaires. ✓ Développement de diverses initiatives visant à intégrer l'intervention de professionnels du secteur sanitaire au sein de l'offre médico-sociale. ✓ Mise en place du réseau « Bien vieillir » en préfiguration de la Conférence des financeurs visant à articuler les logiques de financements et définir une stratégie concertée des principaux financeurs intervenant dans le domaine de la prévention de la perte d'autonomie et de définir un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention.
<p align="center">Soutien et modernisation des établissements</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mobilisation du Département dans le cadre des Conventions d'Utilité Sociale (CUS) afin de définir les priorités dans la conduite des travaux avec les bailleurs propriétaires d'établissements PA-PH. ✓ Mise en place de comités de suivi pour les établissements en difficulté et développement d'une démarche partenariale ciblée avec les établissements et services autorisés et tarifés (suivi des projets de construction ou restructuration, présence dans les conseils d'administration des établissements en difficulté). ✓ Elaboration d'une procédure d'évaluation externe des établissements et services autorisés et tarifés conformément aux recommandations de l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM). ✓ Renouvellement des conventions tripartites dans le cadre d'un travail partenarial poussé avec l'ARS.
<p align="center">Amélioration de la coordination à domicile</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Renouvellement de l'accord-cadre CNSA pour la période 2014-2016 et la déclinaison des actions visant à la modernisation et à la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile, qui concourent à l'amélioration de la coordination notamment sur le volet du déploiement de la démarche qualité des aides départementales à domicile. ✓ Intégration des innovations en matière de développement de services ou de technologies complémentaires contribuant à favoriser la qualité de vie des bénéficiaires et de leur entourage.

Bilan

La mise en place de nombreuses nouvelles instances de travail a contribué à une meilleure articulation et une meilleure mise en réseau des acteurs que ce soit à domicile (coordination des SAAD, investissement par le Département du champ de la prévention à travers la présidence de la Conférence des financeurs) ou en ESSMS.

Cependant les nombreuses évolutions législatives et réglementaires, ainsi que le développement de démarches nouvelles de coordination au niveau national n'ont pas facilité la mise en œuvre de cette orientation (bouleversement du paysage, modification des champs de compétence des acteurs...).

Aussi, ces **initiatives nouvelles méritent d'être mieux évaluées afin de mieux estimer l'impact en matière de lisibilité auprès des usagers**, de réel apport à la coordination entre partenaires, et d'être mieux formalisées en vue d'une généralisation. Il s'agit également de tirer les enseignements des initiatives et expérimentations lancées en réponse au décloisonnement des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires et de tendre vers leur généralisation.

Orientation 5 Expérimenter et innover afin de dépasser le clivage Domicile/Etablissement

Rappel de l'orientation et de ses enjeux

L'enjeu de cette cinquième orientation est de favoriser l'expérimentation de solutions innovantes, afin de diversifier le panel d'offres et d'ouvrir de nouvelles perspectives aux professionnels eux-mêmes.

Contexte

L'état des lieux des besoins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap a montré que la dichotomie établissement / domicile n'a de réalité qu' « institutionnelle ». Favoriser une politique de soutien à domicile nécessite de prendre en compte des dispositifs complémentaires aux SAAD (adaptation du logement, SSIAD, portage de repas, accueil de jour, etc.). Un certain nombre d'initiatives ont ainsi déjà été prises, qui demeurent néanmoins éparses, et mériteraient d'être davantage favorisées et diffusées. Dans le cadre de son schéma 2012-2016, le Conseil départemental a la volonté de s'engager et de soutenir le développement de ces initiatives.

Objectifs

Les expérimentations doivent permettre de définir des passerelles, de développer ou créer des modes d'accueil alternatifs à l'hébergement permanent et de diversifier les alternatives entre domicile et établissement. En cela, elles offriront de nouvelles opportunités de développement aux professionnels, qui pourront s'engager dans des projets faisant sens pour les personnes âgées et les personnes handicapées. Il s'agira bien sûr de réfléchir aux modes innovants de prise en charge et de trouver les marges de manœuvre nécessaires pour mener à terme ces projets dans un contexte de contraintes légales, financières et sociodémographiques fortes. Les initiatives pourront également porter sur des projets de mutualisation (notion de « pôle ressources ») ou la création de dispositifs complémentaires optimisant le fonctionnement d'une offre existante (projet de transport à la demande).

Recenser, capitaliser, favoriser et soutenir les projets innovants et diverses expérimentations pouvant être portés conjointement sur le territoire, tel est l'objectif du Conseil départemental. S'il s'agit bien de « faire avec » les contraintes qui s'imposent, des opportunités demeurent, qui permettent de réconcilier ambition et principe de réalité.

Rappel des fiches actions associées (PA/PH)

Fiche 1 : « Elaborer un projet de transport à la demande pour les personnes à mobilité réduite ».

Fiche 2 : « Développer des formes de logement innovantes et adaptées ».

Fiche 3 : « Expérimenter la notion de « pôle ressource » à configuration variable par territoire, autour d'établissements ou services plurivalents ».

Fiche 4 : « Recenser et capitaliser sur les initiatives innovantes sur le département ».

Fiche 5 : « Développer les expérimentations innovantes au service des parcours de vie ».

Indicateurs clés

98 points d'arrêts du réseau TransVaucluse rendus accessibles.

Adoption de la charte « Mieux vieillir, Bien vivre ensemble ».

Nombre de logements adaptés dans le parc social livrés sur la période 2011-2015 : **88.**

Nombre de logements adaptés engagés dans le parc social (livraison post 2015): **46.**

Nombre de ménages repérés sur la base de données HANDITOIT au 31/12/2015: **233 (+ 31.6 % depuis 2012).**

Nombre de familles relogées dans un logement adapté sur la période 2012-2014 : **60.**

Partenariats

Dans le cadre de cette orientation, des partenariats ont été développés avec les ESSMS, l'association HandiToit, les bailleurs sociaux, la Direction Départementale des Territoires (DDT), le CREAL, le CODERPA, le CDCPH, la DDCS, l'Union Départementale des Associations Familiales (UDAF).

Réalisations

Axes de travail	Principales réalisations
<p>Amélioration des solutions de transport pour les personnes en perte d'autonomie</p>	<p>Elaboration et révision en avril 2016 du Schéma Directeur d'Accessibilité articulé autour de 4 orientations :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Information et vente (accessibilité des outils et supports d'information pour tous, proposer une aide à la mobilité : mise en place d'une centrale de mobilité : pacamobilite.fr. • Accès et attente aux points d'arrêt (comité de suivi visant à mettre en accessibilité progressive les points d'arrêt du réseau TransVaucluse, adopter un référentiel d'accessibilité). • Matériel roulant et services de transports : Mise en service de véhicules entièrement accessibles sur une très grande majorité des lignes du TransVaucluse dès septembre 2016 et mise en place des informations sonores et visuelles. • Mesures d'accompagnement (veiller à l'accessibilité continue de la chaîne des déplacements, étudier les possibilités de mise en place d'un service dédié pour personnes en perte d'autonomie au cas où il y aurait une impossibilité technique avérée (ITA) d'aménager un point d'arrêt de manière accessible).
<p>Développement des solutions d'habitat adapté et sécurisation des domiciles</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Poursuite du partenariat avec l'association HandiToit Provence et les principaux bailleurs du Département visant à développer l'offre de logements adaptés, mieux recenser la demande et assurer la mise en relation entre l'offre et la demande de logements adaptés. ✓ Développement d'un nouvel axe de travail visant à développer une base de données des logements accessibles et adaptés existants. Celle-ci doit permettre en cas de rotation de ces logements la meilleure adéquation possible entre l'offre et la demande. ✓ Adoption d'une charte « Mieux vieillir, Bien vivre ensemble » en vue de proposer au-delà d'une offre de logements adaptés aux personnes en perte d'autonomie, une offre globale d'actions et services de proximité visant à promouvoir le lien social et la lutte contre l'isolement de ces publics. ✓ Intégration des réflexions engagées par le Département en matière d'adaptation des logements aux besoins des personnes en perte d'autonomie et du développement de nouvelles formes d'habitat favorisant l'inclusion sociale et le lien intergénérationnel aux travaux d'élaboration du premier Plan Départemental de l'Habitat (PDH) ainsi que du 3ème Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées (PDALPD). ✓ Expérimentation sur l'utilisation d'outils de domotique au domicile en complément des accompagnements humains, en lien avec le PSPACA et un SAAD dans le cadre de la convention CNSA.
<p>Expérimentation de solutions innovantes de</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Création d'un Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS) sur le territoire de Valréas afin

<p>prise en charge</p>	<p>de mutualiser les moyens et les compétences. Ce GCSMS a pour vocation d'intégrer le secteur hospitalier, un EHPAD associatif PA et un établissement PH Associatif.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Conduite d'une étude relative aux expériences innovantes en matière de pratiques d'accompagnement et d'hébergement sur la région. ✓ Accueil en résidence autonomie de personnes en situation de handicap.
-------------------------------	--

Bilan

Depuis 2012, le Département a engagé des actions en cohérence avec les dispositions contenues dans les rapports de préfiguration du projet de loi pour l'adaptation de la société au vieillissement de la population.

Les réflexions engagées en matière d'adaptation des transports, du cadre bâti et de l'inclusion des logements dans le quartier et plus largement dans la ville, ainsi que celle relative à la sécurisation des domiciles via le recours aux technologies et à la domotique (habitat connecté) en lien avec le développement de filières liées à la « Silver économie » ont permis au Département de s'inscrire dès le début de l'année 2016 dans une majorité de dispositions de la loi.

Le **volet « adaptation » de la loi** pour l'adaptation de la société au vieillissement de la population, prévoit notamment l'inscription des objectifs d'adaptation des logements et d'offre de logements adaptés dans les schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées et aux personnes âgées ainsi que dans les Programmes Locaux de l'Habitat.

GLOSSAIRE

AAH : Allocation aux Adultes Handicapés

AAP : Appel à Projet

ACTP : Allocation Compensatrice Tierce Personne

AEEH : Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé

AGEFIPH : Association Nationale de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Handicapés

AGEM : Association Gestionnaire d'Établissements Médico-Sociaux

AGIRC-ARRCO : Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres - Association pour le Régime de Retraite Complémentaire des salariés

AJ : Accueil de Jour

ALD : Affection de Longue Durée

ANAH : Agence Nationale de l'Habitat

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux

ADPA : Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

ASEPT : Association Santé Education et Prévention sur les Territoires

ASH : Aide Sociale à l'Hébergement

ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Agées

ASV : Allocation Spéciale Vieillesse

ASV (Loi) : Adaptation de la Société au Vieillissement

AURAV : Agence d'Urbanisme Rhône Avignon Vaucluse

CAF : Caisse d'Allocation Familiale

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CDCA : Conseil Départemental de Citoyenneté pour l'Autonomie

CDCPH : Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées

CFPPA : Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie des personnes âgées

CIAS : Centre Intercommunal d'Action Sociale

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CNCESU : Centre National du Chèque Emploi-Service Universel

CNIS : Conseil National de l'Information Statistique

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CODERPA : Comité Départemental des Retraités et Personnes Âgées

COMEX : Commission exécutive

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPOM : Convention Pluriannuelle d'Objectifs et de Moyens

CREAI : Centre interrégional d'Etude, d'Action et d'Information

CRP : Centre de Rééducation Professionnel

CSG : Contribution Sociale Généralisée

CSH : Commission Solidarité Handicap

CUS : Convention d'Utilité Sociale

DARES : Direction de l'Animation de la Recherche des Etudes et des Statistiques

DDCS : Direction Départementale de la Cohésion Sociale

DDT : Direction Départementale des Territoires

DE : Demandeur d'Emploi

DIRECCTE : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DROS : Dispositif Régional d'Observation Sociale

EEAP : Etablissement pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour les Personnes Âgées Dépendantes

ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer

ESAT : Établissement et Service d'Aide par le Travail

ESSMS : Etablissement et Services Sociaux et Médico-Sociaux

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

FDUSL : Fonds Départemental Unique Solidarité Logement

FEHAP : Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne

FH : Foyer d'Hébergement

FHF : Fédération Hospitalière de France

FIPHFP : Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique

FNADEPA : Fédération Nationale des Associations de Directeurs d'Etablissements et services pour Personnes Agées

FO : Foyer Occupationnel

FV : Foyer de Vie

GCSMS : Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale

GIR : Groupe Iso-Ressource

HAD : Hospitalisation à Domicile

HLM : Habitation à Loyer Modéré

HP : Hébergement Permanent

HSM : Handicap Santé volet Ménage

HT : Hébergement Temporaire

IDEL : Infirmier Diplômé d'Etat Libéral

IEM : Institut d'Education Motrice

IEN ASH 84 : Inspection de l'Education Nationale Adaptation Scolaire et Scolarisation des Élèves Handicapés

IES : Institut Educatif Spécialisé

IME : Institut Médico-Educatif

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

ITEP : Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des Services d'Aide et de soin dans le champ de l'Autonomie

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MSA : Mutualité Sociale Agricole

OSCARS : Observation et Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé

PA : Personnes Agées

PAG : Plan d'Accompagnement Global

PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

PCH : Prestation de Compensation du Handicap

PDALHPD : Plan Départemental d'Action pour l'Hébergement et le Logement des Personnes Défavorisées

PDH : Plan Départemental de l'Habitat

PH : Personnes Handicapées

PHV : Personnes Handicapées Vieillissantes

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRIAC : Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

PRS : Projet Régional de Santé

PSP PACA : Pôle Services à la Personne PACA

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

RHEOP : Registre des Handicaps de l'Enfant et Observatoire Périnatal

ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources

RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

RSA : Revenu de Solidarité Active

RSI : Régime Social des Indépendants

SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SDOSMS : Schéma Départemental d'Organisation Sociale et Médico-Sociale

SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile

SIPFP : Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle

SPASAD : Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile

SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

STATISS : STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social

UC : Unité de Consommation

UDAF : Union Départementale des Associations Familiales

UHR : Unité d'Hébergement Renforcée

ULIS : Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire

URIOPSS : Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux

URSSAF : Union de Recouvrement pour la Sécurité Sociale et les Allocations Familiales

USLD : Unités de Soins Longue Durée