



Schéma départemental de l'autonomie 2020-2024

ÉTAT DES LIEUX

Pôle des solidarités
www.haute-marne.fr

Le présent document, premier volet du Schéma Autonomie, s'attache à présenter le **diagnostic de l'offre, des attentes et des besoins de la population en situation de perte d'autonomie.**

Le Volet 2 du Schéma, présentant le plan d'actions détaillé, est disponible dans un document distinct.

Editorial

Le Conseil départemental de la Haute-Marne vient d'adopter un nouveau schéma en faveur des personnes âgées et en situation de handicap pour 2020-2024, fruit d'un travail collaboratif intense avec l'ensemble des autres responsables et financeurs des politiques du handicap et gérontologiques, les partenaires et les acteurs impliqués, notamment les associations représentatives.

Ce schéma concerne toutes les personnes âgées et en situation de handicap, touchées dans leur parcours de vie : il permet de favoriser leur autonomie et d'apporter, quand cela est nécessaire, de la fluidité par des réponses adaptées et personnalisées.

Cette feuille de route pour les cinq prochaines années permettra l'observation fine des besoins et des souhaits des personnes, leur participation active à cette politique, l'accompagnement des parcours de vie, l'inclusion et l'anticipation des ruptures.

Le schéma se fonde sur le pouvoir d'agir des personnes, en partenariat étroit avec les acteurs du champ du handicap et du champ gérontologique : désormais, ce sont les orientations qui articulent notre action, pas les dispositifs, trop en silos pour apporter la fluidité de nos réponses. Cela permet de conforter une vision convergente des politiques publiques et de développer les coopérations locales des acteurs de proximité, bénéficiaires, aidants ou professionnels.

Ce schéma intègre le schéma en faveur du handicap voté en 2019, dans une perspective de schéma de l'autonomie pour une convergence de la politique départementale.

Je sais votre engagement à tous pour porter collégalement la réussite de la mise en œuvre de ce tout nouveau schéma, qui contribuera à faciliter le quotidien des Haut-Marnais.

Le Président du Conseil départemental de la Haute-Marne,



Nicolas LACROIX

Conseiller départemental du canton de Bologne

Sommaire

Table des matières

Editorial	3
Sommaire	4
Introduction.....	6
1. Le contexte institutionnel	6
2. La méthode d'élaboration du schéma.....	6
3. Les modalités de suivi et de pilotage.....	8
Partie I : Contexte sociodémographique et caractéristiques de la politique en faveur de l'autonomie 9	
4. Analyse sociodémographique du territoire	9
a) Un département majoritairement rural, une population vieillissante	9
b) Des situations d'isolement de certaines personnes, notamment âgées.....	11
d) Un revenu annuel plutôt faible, et un niveau de vie des retraités inférieur à la moyenne nationale.....	12
5. Caractéristiques de la population du Département.....	13
Personnes en situation de handicap	13
a) Une majorité des bénéficiaires de l'AAH et l'AEEH sur les communes de Chaumont, Saint-Dizier et Langres.....	13
c) Une proportion importante de bénéficiaires d'aide sociale départementale et d'allocataires de l'AAH et de l'AEEH en Haute-Marne.....	14
d) Une prédominance des déficiences motrices et psychiques ainsi que des troubles mentaux et du comportement sur le département	15
e) Une augmentation des bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement.....	16
Personnes âgées	17
f) Une concentration des bénéficiaires de l'APA au sein des agglomérations.....	17
g) Une majorité des bénéficiaires de l'APA à domicile mais une augmentation constante du nombre de bénéficiaires en établissement depuis 2012	18
6. Etat des lieux de l'offre sur le département haut-marnais.....	19
a) Etat des lieux de l'offre en établissements et services.....	19
Enfants	19
Adultes	24
Personnes âgées	30
b) Etat des lieux de l'offre de services transversale	33
c) Etat des lieux de l'offre en accueil familial	37
d) L'accès aux soins et à la santé mentale	38

e) L'accueil et l'information	39
f) L'aide aux aidants.....	40
7. Les moyens mis en œuvre par le Département en faveur de l'autonomie	41
Personnes en situation de handicap	41
a) Un nombre de dossiers traités par la MDPH en baisse et une hausse des dépenses à destination des personnes en situation de handicap.....	41
Personnes âgées	43
b) Pour les personnes âgées, des dépenses majoritairement liées à l'APA.....	43
Partie II – Diagnostic détaillé de l'offre et des attentes des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de perte d'autonomie, et plan d'actions associé pour la période 2020-2024	45
Synthèse : Aperçu du plan d'actions	45
Annexes.....	47
Glossaire des sigles et acronymes	47

Introduction

1. Le contexte institutionnel

Ce schéma en direction des personnes handicapées et personnes âgées Haut-Marnaises s'inscrit dans un **contexte en pleine évolution**, impacté principalement par :

- **Les chantiers nationaux de reconfiguration de l'offre, dont :**
 - la mise en place de la démarche « **Une réponse accompagnée pour tous** », et la **transformation de l'offre d'accompagnement** des personnes handicapées dans le cadre de cette démarche (circulaire du 2 mai 2017 n° DGCS/3B/2017/148),
 - la **réforme de la tarification** des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées, portée par les travaux du groupe technique **Serafin-PH**,
 - la mise en place de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie suite à la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, ayant pour objectif de coordonner les actions de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées et leurs financements dans le cadre d'une stratégie commune.
 - la **généralisation de la conclusion de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)** pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) « personnes handicapées » de compétence exclusive de l'Agence régionale de santé (ARS) ou de compétence tarifaire conjointe entre l'ARS et le Département (loi de financement de la sécurité sociale 2016),
 - la **réforme des autorisations** qui simplifie et assouplit le régime actuel en termes de publics accompagnés et de capacités d'accueil (décret n°2017-982 du 9 mai 2017).
- **Les stratégies et plans nationaux spécifiques à certains types de publics** : plan Autisme, stratégie nationale aidants, stratégie nationale santé mentale, stratégie quinquennale (volets handicap psychique et polyhandicap), schéma handicaps rares, etc.
- **Les orientations régionales** : **Projet régional de santé de seconde génération (PRS 2)** qui détermine les priorités régionales en matière d'accès aux soins et d'évolution de l'offre médico-sociale, dont les orientations ont été prises en compte lors de l'élaboration du présent schéma.

2. La méthode d'élaboration du schéma

Ce schéma a été élaboré en deux temps :

1. L'élaboration du schéma à destination des personnes en situation de handicap en 2018, voté en 2019.

Suite à ces travaux, le Département a souhaité engager une convergence des politiques en faveur des personnes âgées et en situation de handicap via :

2. L'élaboration du schéma à destination des personnes en situation de perte d'autonomie

Ce schéma de l'autonomie a été réalisé en suivant deux étapes :

- un **diagnostic** de l'offre, des attentes et des besoins de la population en situation de perte d'autonomie, conduit de mai à juillet 2018 pour le volet handicap et de juin à septembre 2019 pour le volet personnes âgées,
- la **définition concertée des orientations et des actions** du schéma, menée de septembre à novembre 2018 avec les acteurs du champ du handicap et de septembre à novembre 2019 avec le secteur gérontologique.

a) La phase de diagnostic s'est basée sur :

- une **analyse de données quantitatives** :
 - o données de population (INSEE),
 - o données d'équipement du Département et de l'ARS, et données de comparaison régionales et nationales (STATISS),
 - o analyse des données issues des bases de données de la MDPH.



Point de vigilance méthodologique sur les données

- les données de benchmark sont issues de STATISS, elles portent sur les données d'équipement au 31/12/2015 ;
- les données sur les personnes en attente de place sont issues de l'observatoire MDPH. Ces données donnent une estimation du nombre de personnes en attente de place, mais elles sont à interpréter avec précaution.

- des **entretiens qualitatifs, individuels et collectifs réalisés auprès des professionnels du secteur** :
 - o Les différents services du Département (dont la direction de l'autonomie, le service prestations de l'autonomie, la MAIA, les services tarification, le numéro vert, culture) ainsi que la MDPH (direction, équipe pluridisciplinaire, etc.) et
 - o des partenaires : ARS, Education Nationale, Handisport, Centre Hospitalier de Haute-Marne, Centres Sociaux, MSA,
 - o un échantillon de gestionnaire d'établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), dont des SAAD, EHPAD, FAM/MAS, foyers etc.
- une **enquête qualitative diffusée aux représentants d'usagers siégeant en commission des droits de l'autonomie (CDA) et en Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA)** et portant sur deux axes :
 - o les constats portés sur la situation des personnes en Haute-Marne et sur l'offre qui leur est proposée,
 - o les thèmes, sujets ou problématiques à traiter dans le schéma.

b) La phase de définition des orientations et actions s'est basée sur :

- la synthèse des **enjeux et constats issus de la phase de diagnostic**,
- les **propositions d'actions émises par les partenaires du secteur (ESMS, partenaires institutionnels, associations, représentants d'usagers et personnes, etc.)** lors :
 - o de deux journées de concertation en présence de l'ensemble des partenaires, articulée autour d'ateliers thématiques ;
 - o de neuf groupes de travail visant à approfondir les constats et les perspectives.

- La réalisation de **deux focus group** auprès de plus d'une vingtaine de Haut-Marnais : 10 personnes d'un CCAS et 12 résidents et aidants d'un EHPAD du département,
- les **compléments et arbitrages du Département, de la MDPH et de ses partenaires** institutionnels, afin de pouvoir s'engager sur des actions en fonction de leur faisabilité et de leur pertinence, au vu notamment des contraintes temporelles, budgétaires et réglementaires.

3. Les modalités de suivi et de pilotage

a) Pour l'élaboration du schéma

L'élaboration du schéma a été suivie par deux **instances internes au Département** :

- un **comité de pilotage**, présidé par le Président du Conseil départemental, avec la participation de la première Vice-présidente en charge de l'animation du pôle des solidarités, de la Vice-présidente déléguée aux personnes âgées et aux personnes handicapées du directeur général des services, de la directrice générale adjointe et de représentants de la direction générale adjointe du pôle Solidarités, de la MDPH, du délégué territorial de l'Agence Régionale de Santé, de représentants du CDCA, de l'inspectrice de l'Education Nationale,
- un **comité technique** de suivi de l'avancée des travaux et de pré-validation des livrables, composé de la première Vice-présidente en charge de l'animation du pôle des solidarités, de la Vice-présidente déléguée aux personnes âgées et aux personnes handicapées, de la directrice générale adjointe du pôle Solidarités, de la directrice du service Autonomie et de la directrice de la MDPH.

b) Pour l'animation et l'évaluation à venir du schéma

Le **pilotage global et l'animation de ce schéma** seront assurés par la direction de l'autonomie en lien avec la MDPH et l'ARS.

La **mise en œuvre et le suivi opérationnel de la réalisation du plan d'actions** seront assurés par chacun des pilotes et co-pilotes désignés au sein des fiches-actions. Il peut s'agir d'acteurs internes au Département-MDPH comme externes (ARS, Education Nationale etc.). Ces pilotes seront chargés d'organiser, de coordonner et de participer activement à la mise en œuvre des actions, en lien avec les principaux partenaires ciblés pour chacune d'entre elles. Ils seront également responsables du renseignement des indicateurs de suivi et d'évaluation.

Le **suivi stratégique de ce schéma** est confié à un comité de pilotage composé du président du Conseil départemental, de la première Vice-présidente en charge de l'animation du pôle des solidarités, de la Vice-présidente aux personnes âgées et aux personnes handicapées, de Monsieur le président de la VII^e commission (insertion sociale et solidarité départementale), du directeur territorial de l'ARS, de la directrice générale adjointe en charge des solidarités, de la directrice de la MDPH, des représentants du CDCA et de la directrice de l'autonomie. Il sera réuni autant que de besoin et a minima pour valider le bilan à mi-parcours.

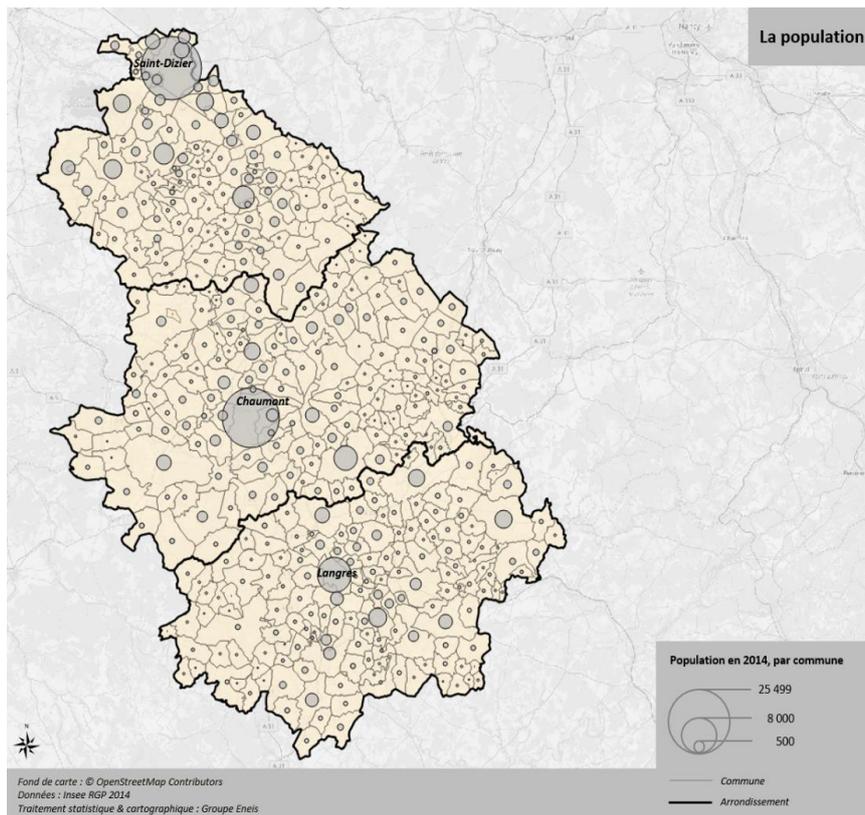
Enfin, des **points d'avancement** seront présentés régulièrement aux instances de gouvernance des **personnes âgées et des personnes en situation de handicap**, que sont la Commission exécutive de la MDPH (COMEX) et le Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA).

Partie I : Contexte sociodémographique et caractéristiques de la politique en faveur de l'autonomie

4. Analyse sociodémographique du territoire

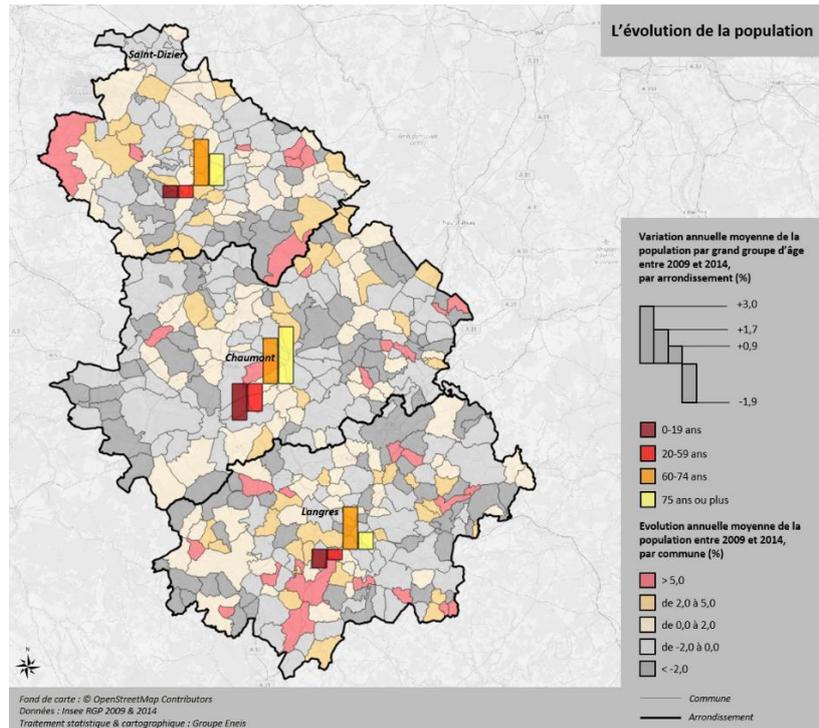
a) Un département majoritairement rural, une population vieillissante

Le département de la Haute-Marne est relativement peu peuplé et se caractérise par une faible densité de population en 2016 : **28,7 habitants au km²**, contre **104,9** au niveau national. Il comptabilise 179 154 habitants en 2015, avec deux communes de plus de 20 000 habitants : Saint-Dizier (25 182 habitants) et Chaumont (22 333 habitants). La troisième commune la plus peuplée est Langres, avec 7 786 habitants. Le reste de la population est dispersé sur des communes dont la population dépasse rarement 3 000 habitants.



L'évolution de la population est relativement homogène sur le département. Ainsi, la plupart des communes sont concernées par une évolution annuelle moyenne stable ou négative entre 2009 et 2014 (à l'exception de quelques communes).

Par ailleurs, les classes d'âge jeunes (0 à 19 ans) et adultes (20 à 59 ans) ont tendance à régresser tandis que les classes des jeunes seniors (60 à 74 ans) et seniors (75 ans et plus) augmentent entre 2009 et 2014, notamment sur le secteur de Chaumont.

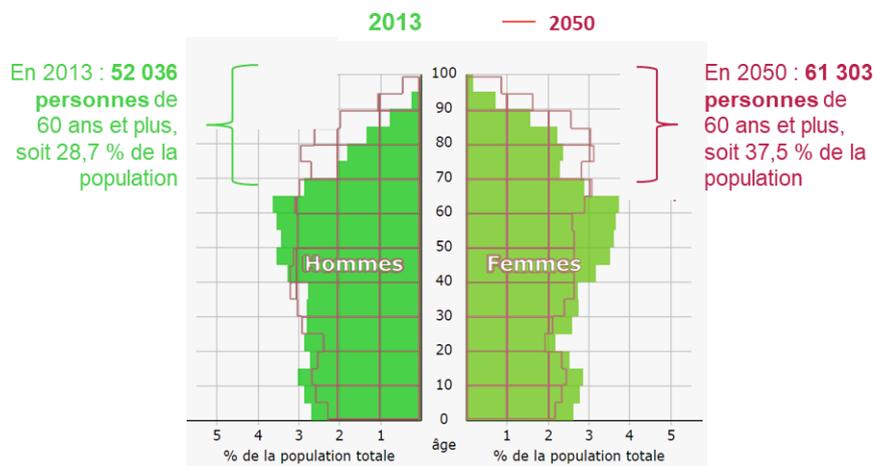


Selon les projections de l'INSEE, les tendances de l'évolution de la population départementale ont vocation à se poursuivre. **Entre 2013 et 2050, on assisterait ainsi à une diminution de la population haut-marnaise d'environ 20 000 habitants, avec une augmentation importante des personnes âgées de 75 ans et plus** (plus de 10 000 personnes supplémentaires).

Ainsi, les 75 ans et plus représenteront plus de 20 % de la population en 2050, contre 11,2 % en 2013. A contrario, **le nombre de personnes âgées de 60 à 74 ans a vocation à diminuer** d'environ 3 000 personnes entre 2013 et 2050, selon le scénario central.

2013	Haute-Marne	Grand-Est
Ensemble	181 525	5 552 388
60 – 74 ans (%)	31 654 (17,4%)	827 492 (14,9%)
+ 75 ans (%)	20 382 (11,2%)	493 370 (8,9%)
Total	52 036	

2050	Haute-Marne	Grand-Est
Ensemble	163 381	5 705 809
60 – 74 ans (%)	28 462 (17,4%)	967 155 (17%)
+ 75 ans (%)	32 841 (20,1%)	961 220 (16,8%)
Total	61 303	



Source : INSEE, Projections départementales et régionales de population à l'horizon 2050

b) Des situations d'isolement de certaines personnes, notamment âgées

La majorité des Haut-Marnais âgés de 55 ans à 79 ans vit en couple, tandis que **plus de la moitié des personnes de 80 ans et plus vit seule.**

Près de 80% des personnes de plus de 65 ans sont propriétaires, ce qui suppose un enjeu d'accès aux aides pour l'adaptation du logement individuel. Les personnes locataires résident principalement dans le parc social.

Proportion de personnes vivant seule ou couple par tranche d'âges en 2016

Statut	55 à 64 ans	65 à 79 ans	80 ans et plus
Seule	21,2%	27,1%	51,6%
En couple	72%	68%	37,1%
Total	93,2%	95,1%	88,7%

Source : Insee, RP2011 et RP2016, exploitations principales, géographie au 01/01/2019

d) *Un revenu annuel plutôt faible, et un niveau de vie des retraités inférieur à la moyenne nationale*

Selon l'INSEE, le **revenu annuel médian des ménages s'élève à 19 091 €** en 2015 contre 20 565 € au niveau national. La ville de Saint-Dizier figure parmi les dix communes les plus défavorisées avec un revenu annuel médian par ménage s'élevant à 16 469 €

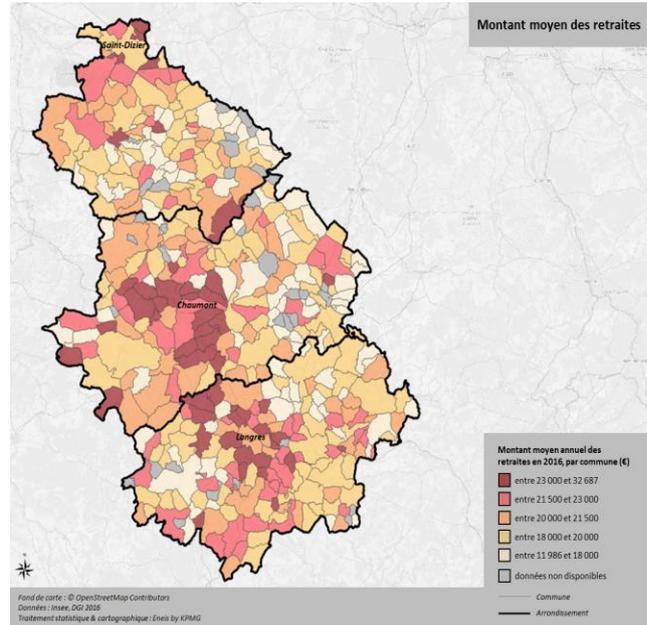
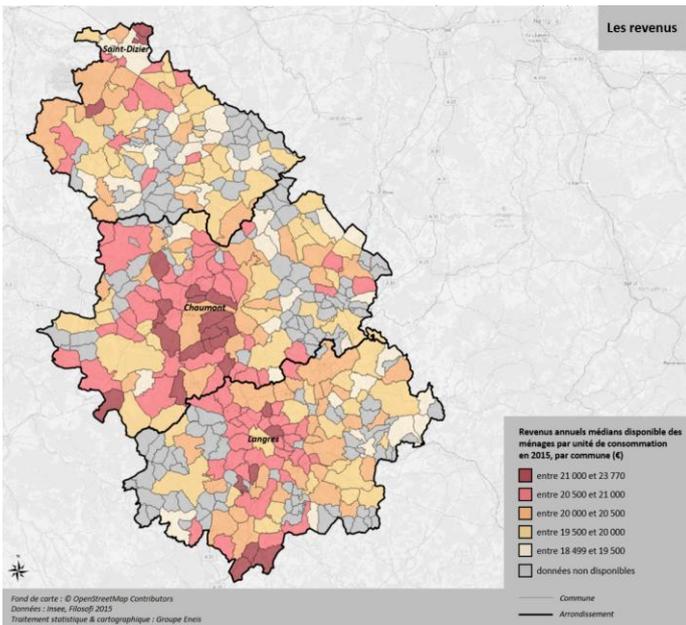
Globalement, on observe que le **Nord et l'Est du département présentent une précarité plus importante.**

Le **niveau moyen des retraites est relativement faible** sur le département, s'élevant à 20 776 euros en 2016 contre 23 065 euros au niveau national (22 353 € sur la région Grand Est). Le taux de pauvreté des personnes âgées de 75 ans ou plus s'élève quant à lui à 9,1% en 2015 contre 7,2% pour la région Grand-Est.

En termes de répartition territoriale, les revenus de retraite semblent être **particulièrement faibles sur l'Est du département**. Saint-Dizier figure également parmi les communes ayant un faible montant moyen de retraites. A l'inverse, la ville de Chaumont et ses alentours ainsi que les communes limitrophes à la ville de Langres bénéficient d'un niveau moyen de retraite plus confortable.

Montant moyen des revenus (2015)

Montant moyen des retraites (2015)



	France métropolitaine	Grand-Est	Haute-Marne
Revenu médian	20 565 euros	20 502 euros	19 091 euros
Taux de pauvreté	14,9%	14,6%	15,7%
Taux de pauvreté des 75 ans ou plus	8,4%	7,2%	9,1%

Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal, année 2015

5. Caractéristiques de la population du Département

Personnes en situation de handicap

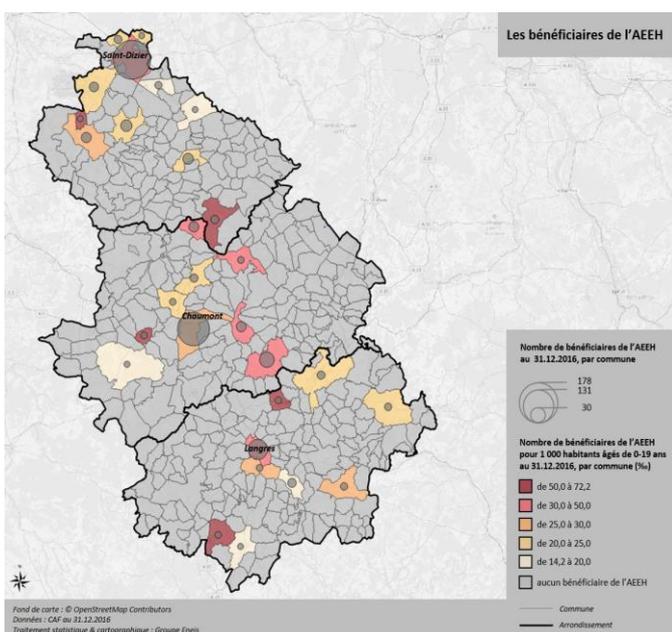
a) Une majorité des bénéficiaires de l'AAH et l'AEEH sur les communes de Chaumont, Saint-Dizier et Langres

Le département haut-marnais comptabilisait environ 824 bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) en 2016, et **3 833 bénéficiaires** de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), selon les données de la Caisse d'allocations familiales (CAF) (données consolidées) Au 31 décembre 2019, ce sont 831 bénéficiaires de l'AEEH et 4 143 bénéficiaires de l'AAH

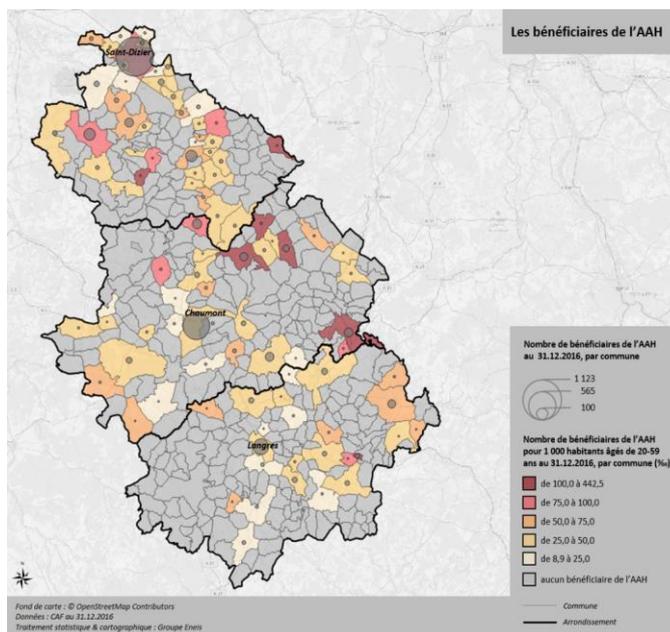
Ces bénéficiaires sont majoritairement **concentrés sur les villes de Chaumont, Saint-Dizier et Langres**. On retrouve tout de même une proportion importante de bénéficiaires sur des communes moins peuplées, telles que Nogent (38,8 bénéficiaires pour 1 000 habitants) ou Froncles (près de 70 bénéficiaires pour 1 000 habitants) pour l'AEEH et Bize, Cirfontaines-en-Ornois ou Breuvannes-en-Bassigny (plus d'un bénéficiaire pour 1 000 personnes de 20-59 ans) pour l'AAH.

Ces proportions élevées s'expliquent en partie par la présence d'établissements médico-sociaux sur la commune.

Bénéficiaires de l'AEEH (2016)



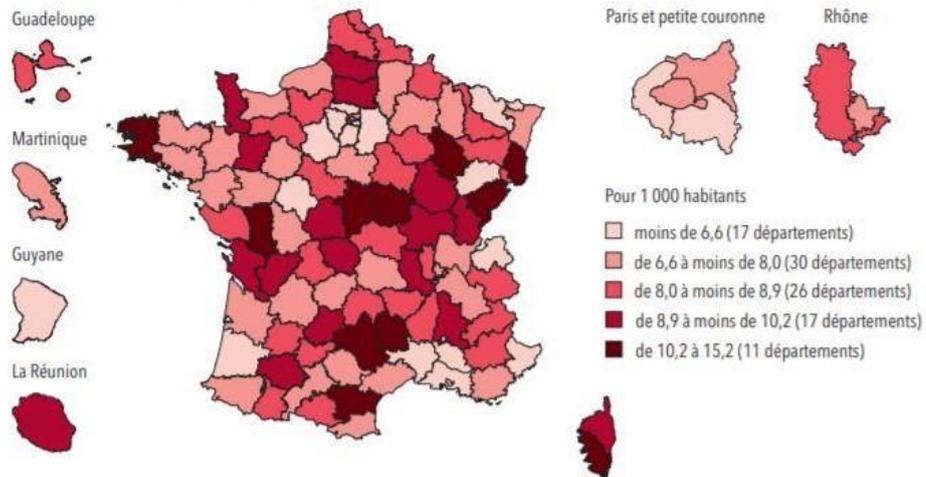
Bénéficiaires de l'AAH (2016)



c) Une proportion importante de bénéficiaires d'aide sociale départementale et d'allocataires de l'AAH et de l'AAEH en Haute-Marne

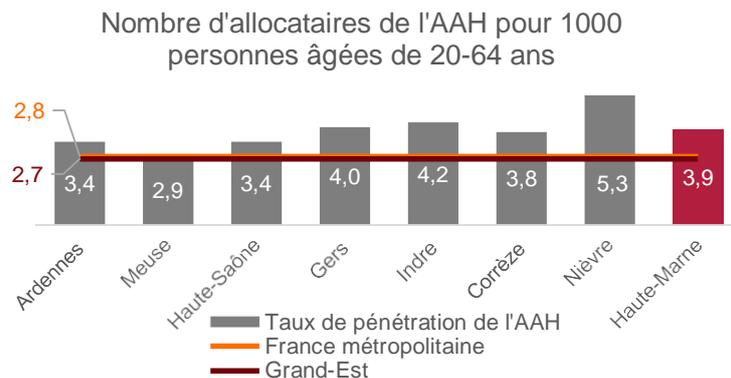
La Haute-Marne fait partie des 11 départements Français présentant la proportion de bénéficiaires d'une aide sociale départementale aux personnes handicapées en 2015 la plus élevée (plus de 10 bénéficiaires pour 1 000 habitants).

Carte 1 Proportion de bénéficiaires d'une aide sociale départementale aux personnes handicapées, selon les départements, fin 2015



Source : DREES, enquête d'aide sociale 2016

Le département compte par ailleurs 3,9 bénéficiaires de l'AAH pour 1 000 personnes, contre 2,8 au national, et 20,8 bénéficiaires de l'AAEH pour 1 000 enfants, contre 13,1 au national.



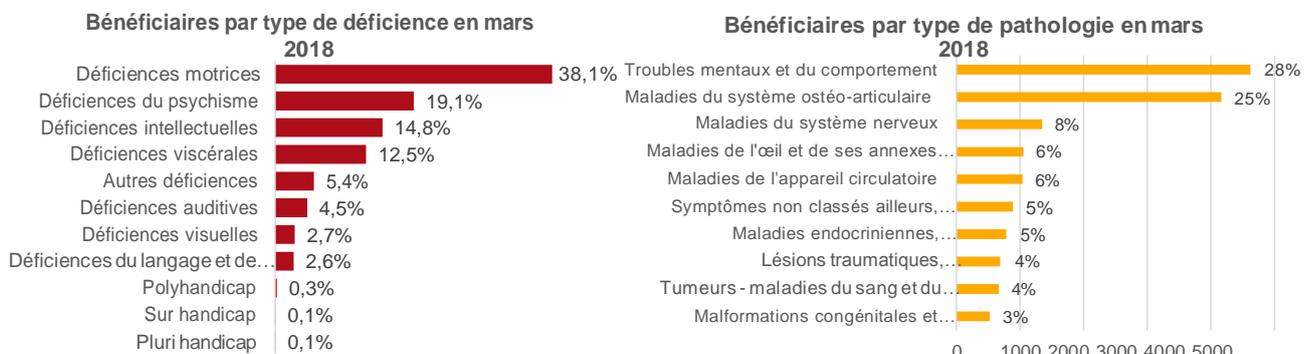
Source : DREES, 2016

d) Une prédominance des déficiences motrices et psychiques ainsi que des troubles mentaux et du comportement sur le département

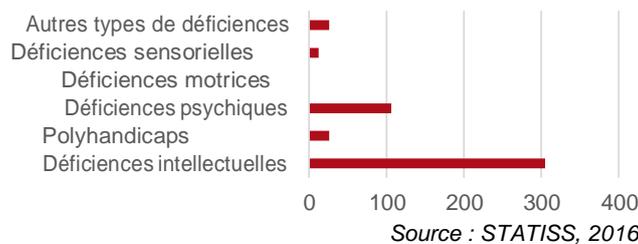
Les bénéficiaires atteints de déficiences motrices représentent plus d'un tiers de l'ensemble des déficiences, suivis par les déficiences du psychisme (19,1%) et les déficiences intellectuelles (14,8%).

Concernant les bénéficiaires par type de pathologie, on observe une **prédominance des troubles mentaux et du comportement et des maladies du système ostéoarticulaire**, qui concernent un quart des bénéficiaires.

Au niveau de l'offre, **la majorité des établissements et de services médico-sociaux (ESMS) sont autorisés pour l'accueil des déficiences intellectuelles** (15 établissements et services médico-sociaux, plus de 300 places agréées) contre un seul ESMS spécialisé dans l'accueil des déficiences motrices par exemple.



Place d'accueil des enfants et des adolescents



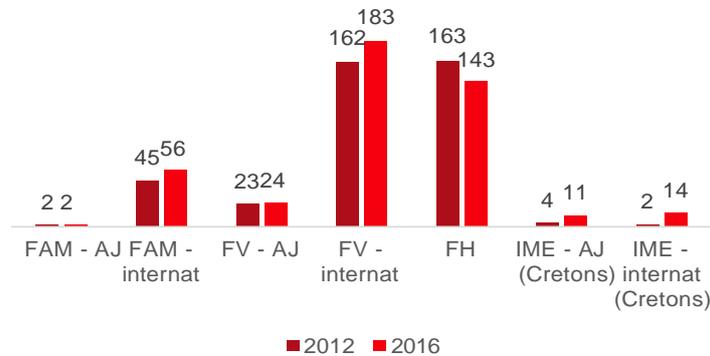
Il est à noter qu'il n'y a pas de tendance notable sur l'évolution des déficiences, qui **reste à peu près stable depuis 2013**.

e) Une augmentation des bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement

En 2016, les bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement étaient **répartis principalement en foyer de vie – FV** (207 personnes, soit la moitié) ainsi qu'en foyer d'hébergement – FH (plus d'un quart des bénéficiaires). 25 personnes en IME étaient bénéficiaires de l'aide départementale, au titre de l'amendement Creton.

Entre 2012 et 2016, on assiste à une **augmentation du nombre de bénéficiaires de l'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH)** accueillis en IME dans le cadre des amendements Creton (de 6 à 25 personnes). Cette augmentation concerne notamment à la fois des personnes en internat et en accueil de jour. **Un travail spécifique est engagé** sur ce point (cf. offre jeunes adultes p.23)

Evolution du nombre de bénéficiaires de l'ASH par type d'établissement



La diminution du nombre de bénéficiaires de l'ASH en foyer d'hébergement (diminution de 20 bénéficiaires entre 2012 et 2016) concorde avec l'augmentation du nombre de places en foyer de vie (augmentation de 21 bénéficiaires entre 2012 et 2016). Ces évolutions s'expliquent en partie par un transfert des places du foyer d'hébergement vers le foyer de vie **afin d'accompagner les besoins relatifs au vieillissement des bénéficiaires**. Le nombre des personnes en Foyer d'accueil médicalisé (FAM) est également en augmentation, mais il est à noter que ces évolutions ne concernent pas l'accueil de jour (le nombre de bénéficiaires FAM et foyer de vie en accueil de jour étant stable).

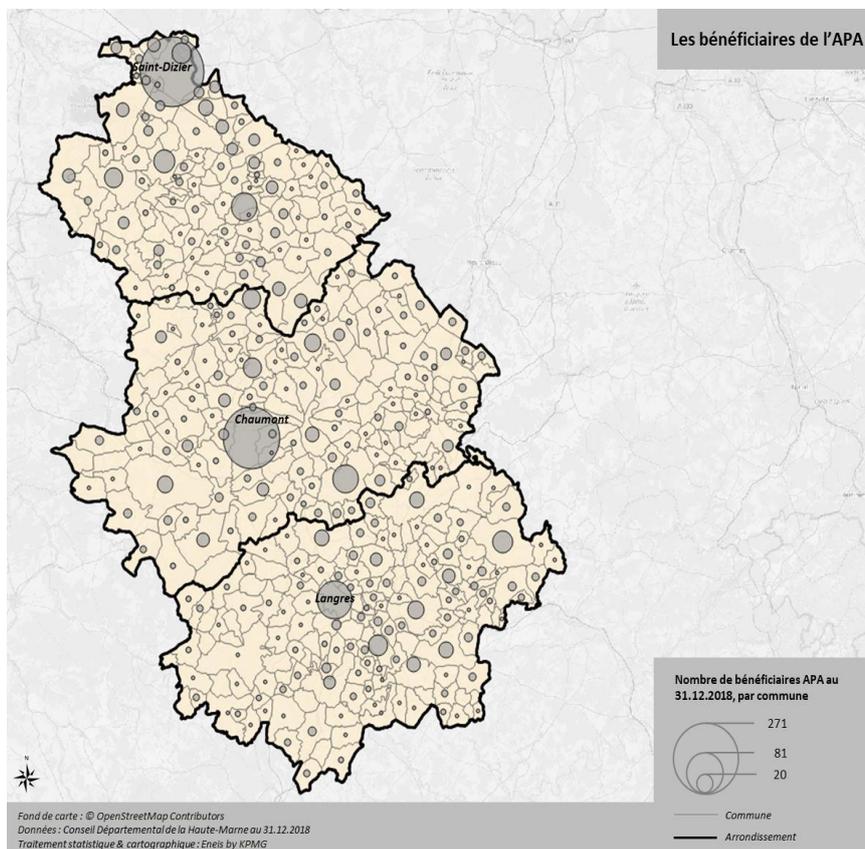
Personnes âgées

f) Une concentration des bénéficiaires de l'APA au sein des agglomérations

En 2018, on recense selon l'observatoire à domicile **2 136 bénéficiaires** de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), dont **un quart est en GIR 1 et 2** (respectivement 2% et 23%). Cette proportion est élevée, à titre de comparaison le niveau national s'élevait à 18,5% en 2015.

Ainsi, **3,93 % des personnes de 60 ans et plus sont allocataires de l'APA** en Haute-Marne, un taux **relativement faible** comparativement au taux national moyen de 5%, d'après les *Dossiers de la DREES n°37 juillet 2019 – « Les disparités d'APA à domicile entre départements »*. De plus, ce **taux diminue chaque année** en Haute-Marne, puisqu'on comptait 4,23% de bénéficiaires en 2014.

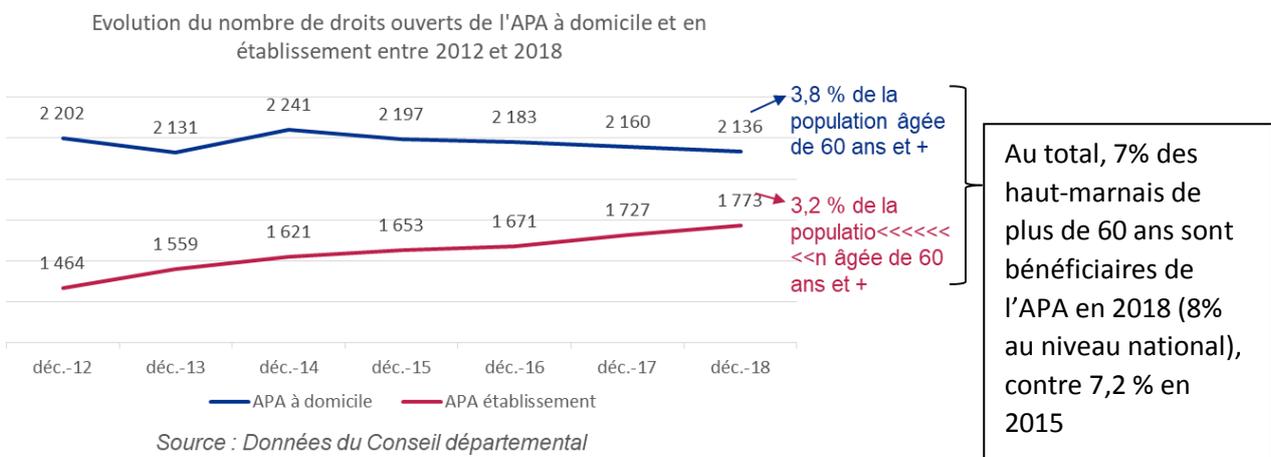
Ces bénéficiaires sont majoritairement concentrés au sein **des agglomérations** de Saint-Dizier (271 bénéficiaires), de Chaumont (208 bénéficiaires) et de Langres (81 bénéficiaires).



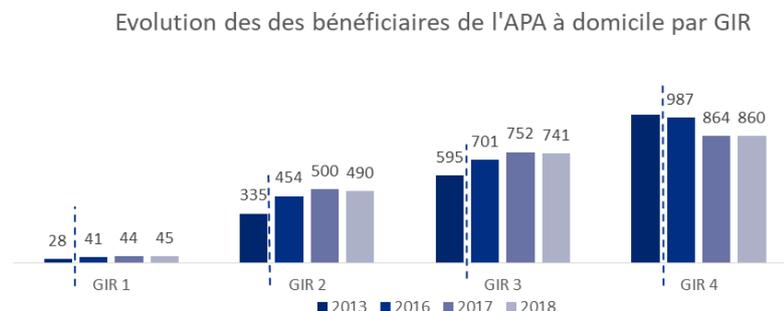
g) Une majorité des bénéficiaires de l'APA à domicile mais une augmentation constante du nombre de bénéficiaires en établissement depuis 2012

Une majorité des bénéficiaires de l'APA est à domicile. Néanmoins, la part des bénéficiaires de l'APA à domicile diminue depuis 2012, passant ainsi de 60% en décembre 2012 à 55% en décembre 2018 (contre 59% au niveau national).

Cela s'explique tant par la diminution des bénéficiaires APA à domicile que par la hausse des bénéficiaires en établissement (environ 50 bénéficiaires supplémentaires par an depuis 2016). L'augmentation du nombre de places en EHPAD ces dernières années pourrait être un facteur explicatif. Ces tendances semblent se confirmer sur les premiers mois de l'année 2019.



En parallèle, on observe une légère augmentation de la dépendance sur les trois dernières années : là où les GIR 1 et 2 représentaient 22% des bénéficiaires de l'APA à domicile en 2015, ils représentent 25% en 2018. Cette augmentation est d'autant plus flagrante lorsque l'on réalise une comparaison avec les années précédentes à 2016 (2013 par exemple).



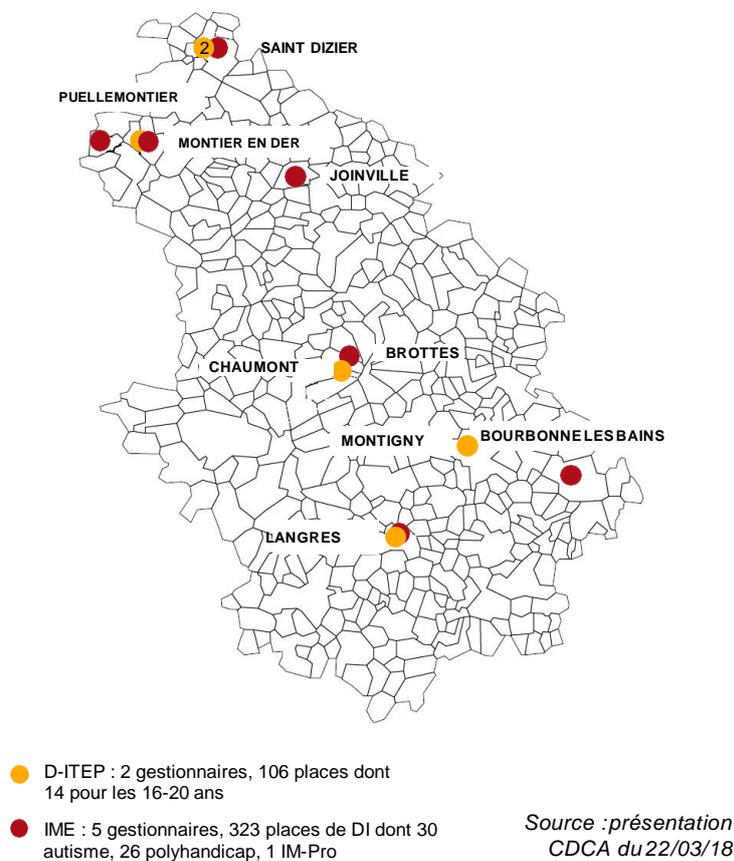
6. Etat des lieux de l'offre sur le département haut-marnais

a) Etat des lieux de l'offre en établissements et services

Enfants

Etablissements

Le maillage du territoire est assuré en Haute-Marne. La cartographie de l'offre montre que celle-ci est bien répartie sur le territoire, avec la présence d'Instituts Médico-Educatifs (IME) et d'Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques (ITEP) sur les trois arrondissements et sur les communes à plus forte densité de population. Toutefois, on observe des concentrations d'établissements sur des zones peu peuplées telles que Montier-en-Der.



L'offre d'IME est **historiquement spécialisée sur les déficiences intellectuelles**. La plupart des IME ont également des places pour les troubles du spectre autistique et de nombreux gestionnaires indiquent accueillir **une mixité de publics de plus en plus importante**.

La Haute-Marne dispose de taux d'équipement satisfaisants concernant l'offre à destination des enfants. En effet, le département est bien doté en place en instituts médico-éducatifs (IME), avec 8,4 places pour 1 000 enfants de moins de 20 ans, soit le double du taux national (4,3).

Les professionnels soulignent cependant un déséquilibre territorial dans la réponse apportée à certains types de déficiences, principalement l'autisme, avec des acteurs spécialisés aux alentours de Saint-Dizier mais **peu de réponses dans le sud du département.**

L'évolution des profils des enfants en situation de handicap (augmentation des TSA ou troubles dys, comportements-problèmes, etc.), et des attentes en termes d'inclusion dans le milieu ordinaire et à l'école, impliquent une évolution des modalités d'accueil (besoins de soins et d'encadrement, accompagnement individualisé, accueil séquentiel, etc.). En ce sens, **le fonctionnement des ITEP en dispositifs depuis plusieurs années est une évolution importante**, de par le fait qu'ils permettent une plus grande modularité des accompagnements.

Plusieurs évolutions dans les modalités de fonctionnement sont également à noter pour répondre aux évolutions des profils et des attentes des personnes, à savoir :

- pour certains enfants et adolescents, des prises en charges conjointes peuvent être mises en place, entre la psychiatrie et un ITEP par exemple, ou bien encore des temps de scolarisation partiels peuvent être proposés,
- plusieurs unités externalisées d'enseignement sont en projet, notamment sur le nord du département (IME et ITEP),
- certaines places d'IME ont évolué vers des places en SESSAD pour proposer un accompagnement plus individualisé ; l'un des objectifs étant de proposer un accompagnement modulaire sur le modèle du dispositif ITEP,
- certaines structures font également évoluer leurs modalités d'accueil : internat aménagé, accueil temporaire ou séquentiel, stages d'évaluation systématiques etc.,
- enfin, certains gestionnaires ont pour projet de fonctionner en plateforme de services : ils font appel à d'autres structures pour des séjours de rupture, des apports d'expertise, et ambitionnent à terme de pouvoir mobiliser les compétences de la structure aussi bien au sein de l'établissement qu'à domicile, en fonction des besoins de la personne.

Offre de scolarisation

Il existe un partenariat de qualité entre l'Education Nationale, le Département - la MDPH et les ESMS sur le département. De fait, une réflexion conjointe a pu être portée autour des besoins d'évolution de l'offre et plusieurs collaborations ont pris forme, notamment autour de certaines situations (semi-internat, accueil séquentiel etc.). De plus, des évolutions récentes de l'offre témoignent de la volonté de l'Education Nationale de mieux répondre aux besoins des enfants en situation de handicap, avec par exemple la création d'une unité d'enseignement maternel autisme.

Caractéristiques de l'offre de scolarisation pour les enfants en situation de handicap	
Nombre d'enfants accueillis en ULIS	207 enfants en ULIS écoles, 73 en ULIS collège, 21 en ULIS lycée 13 enfants en attente dont 7 en ULIS école
Nombre de classes ULIS	18 ULIS écoles 8 ULIS collège 2 ULIS lycée Réparties sur le territoire

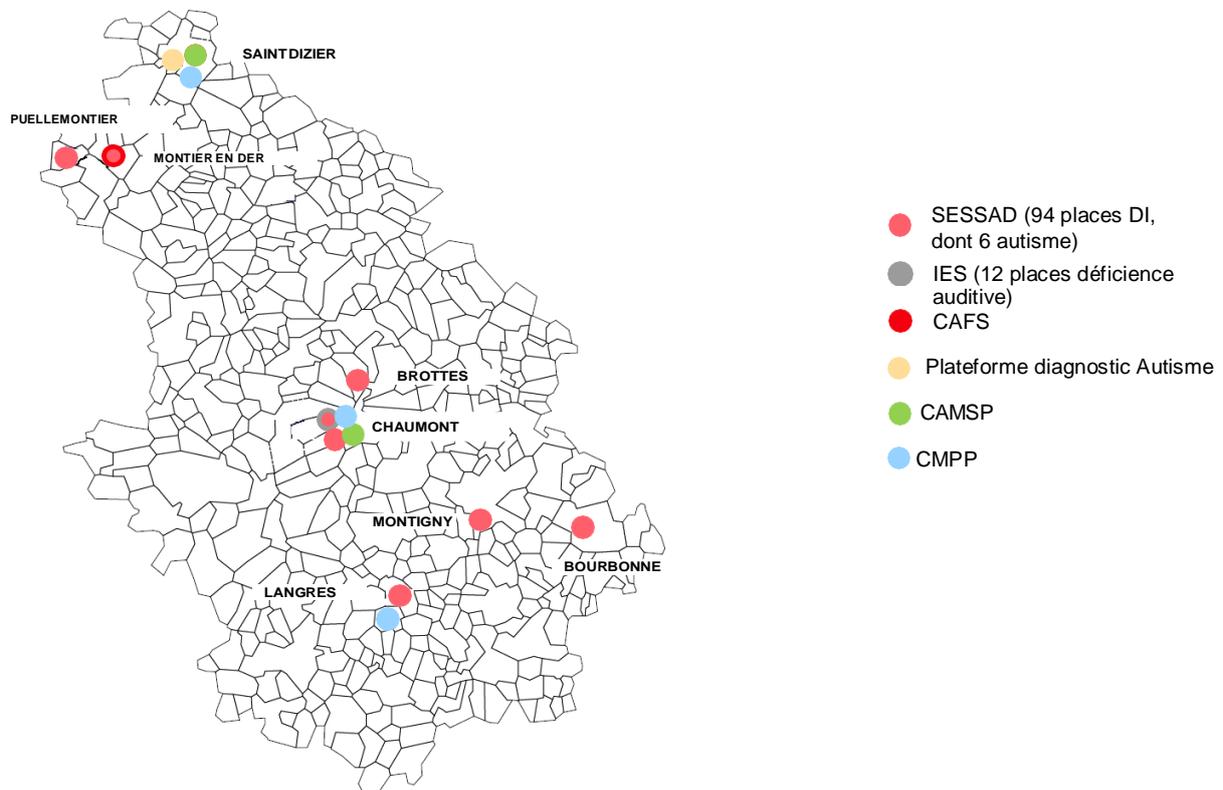
L'un des enjeux de l'actuel schéma sera l'évolution de l'offre et de s'assurer son adaptation aux besoins des enfants, permettant par exemple de mieux accompagner des troubles tels que les troubles du spectre autistique (TSA), les troubles dys et neurologiques.

Services

Au même titre que pour l'offre en établissement, on observe une **bonne répartition géographique de l'offre de services sur le territoire**, notamment en termes de Services d'Éducation Spécialisée et de Soins à Domicile (SESSAD). Un Centre Médico Psychopédagogique (CMPP) est en place par arrondissement. Deux Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) sont par ailleurs installés à Saint-Dizier et Chaumont.

Un certain nombre de **services spécialisés** existent sur le territoire et **permettent de diversifier les ressources pour certains types de handicap** : déficience auditive, polyhandicap, autisme. Ceux-ci sont présents sur des zones précises du territoire : au nord principalement pour l'autisme ou bien encore à Chaumont pour la déficience auditive. Il convient donc de **veiller à leur capacité à intervenir sur l'ensemble du territoire et en appui aux autres acteurs**.

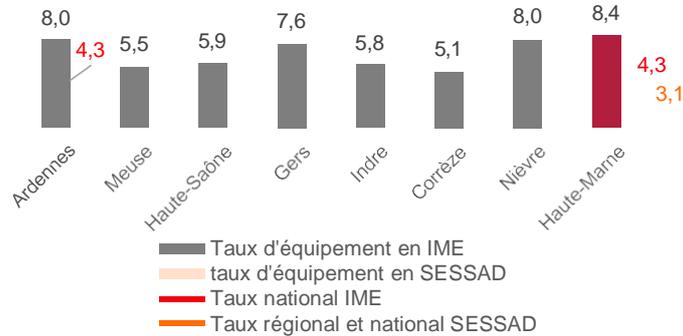
L'agrément déficience intellectuelle reste dominant sur le département, notamment pour les SESSAD.



Certains professionnels font le constat que l'offre actuelle pourrait être davantage étoffée, notamment concernant l'accompagnement des **troubles cognitifs et psychiques**, des **déficiences motrices** ou visuelles.

Concernant les SESSAD, la Haute-Marne reste mieux dotée que la majorité des territoires : les taux d'équipement sont respectivement de 4,2 places pour 1 000 enfants de moins de 20 ans et sont plus élevés que les taux nationaux et régionaux.

Nombre de places installées en SESSAD au 31/12/2015 pour 1000 personnes de moins de 20 ans

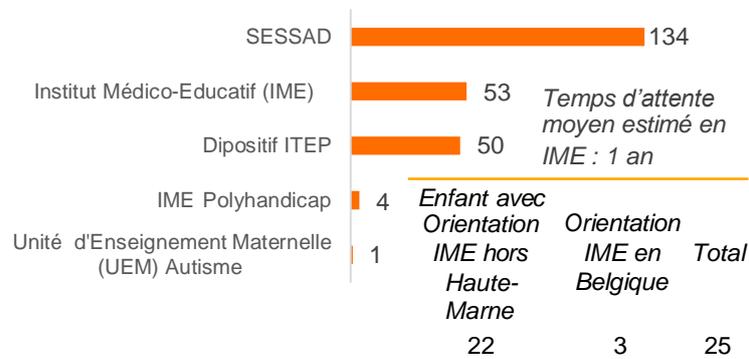


Source : STATISS 2016

Néanmoins, un certain nombre d'enfants est en attente de place ou pris en charge en dehors du département. 53 enfants seraient en attente de place en IME, 50 en ITEP et environ 130 en SESSAD. Ces enfants sont, d'après la MDPH, plutôt atteints de déficience intellectuelle et de troubles du spectre autistique.

Par ailleurs, 25 enfants au total sont accueillis en dehors du département dont 3 en Belgique.

Moins de 20 ans en attente de place par type d'établissement



Source : observatoire MDPH au 25/01/18



La politique départementale devra s'appuyer sur les données ViaTrajectoire

La mise en œuvre du logiciel de suivi des orientations ViaTrajectoire permettra d'avoir un suivi plus systématique des personnes avec une orientation accueillies et celles en attente de place.

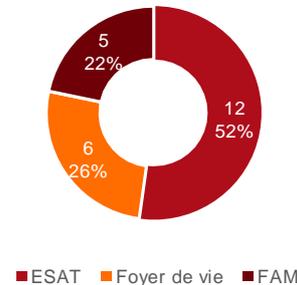
L'enjeu pour le présent schéma sera de mettre en perspective les données collectées, en vue d'un pilotage stratégique de l'adéquation entre les besoins et l'offre disponible. Ces données auront en effet une plus-value importante pour piloter l'offre, suivre les listes d'attente et les personnes prioritaires, etc.

Jeunes adultes

Le nombre de personnes concernées par un amendement Creton (maintenues en IME au-delà de 20 ans) est relativement stable depuis 2014 : 23 personnes en 2018

Ces personnes sont principalement en attente de place en ESAT ainsi qu'en foyer de vie et en FAM.

Caractéristiques des amendements
Creton en attente de place



Source : observatoire MDPH au 25/01/18

Plusieurs facteurs explicatifs cités :

- le manque de solution de relais, en raison d'une indisponibilité de l'offre mais également en raison d'une inadéquation de l'offre sur certaines déficiences (jeunes avec un handicap lourd notamment),
- le manque d'anticipation des transitions et/ou la réticence des familles, notamment si l'établissement relais se situe loin du domicile.

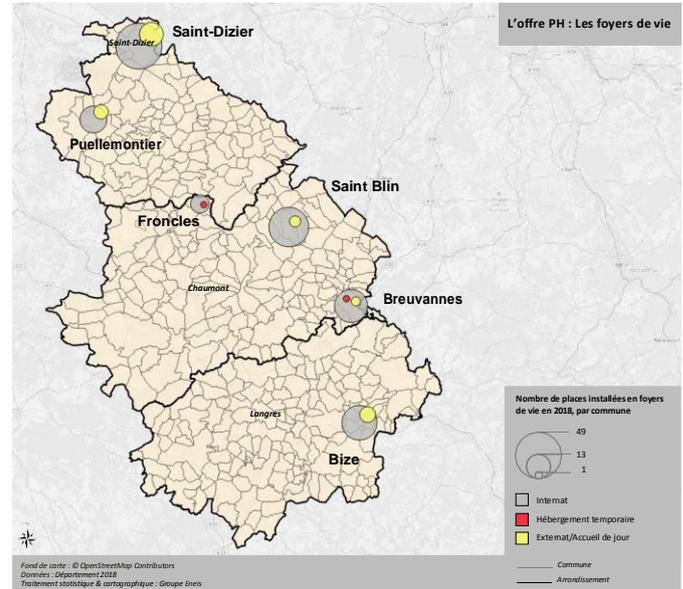
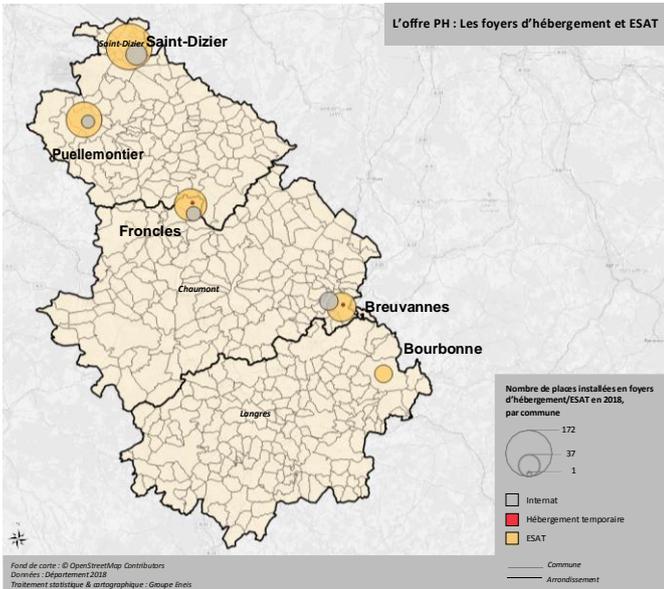
Dans le but de répondre à ces problématiques, la MDPH a engagé un travail pour mieux anticiper le passage à l'âge adulte. Un travail de sensibilisation à grande échelle a également été mené (envoi d'un courrier aux 18 ans du jeune, incitation à travailler le projet de transition).

Cette sensibilisation et le travail engagé sur l'anticipation du passage à l'âge adulte seront à renforcer dans le cadre du présent schéma, afin d'assurer la fluidité de la transition et d'éviter les ruptures.

Adultes

Offre non médicalisée

L'offre de foyer de vie, de foyer d'hébergement et d'ESAT est **disponible sur tous les arrondissements du département, et est souvent située sur des communes peu peuplées.**



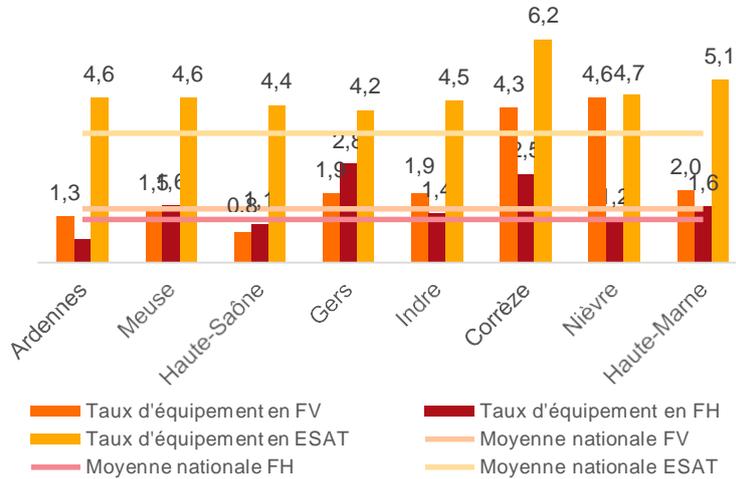
Cinq gestionnaires proposent une offre d'accueil non médicalisée, relativement répartie sur le territoire avec toutefois une **présence plus importante sur l'est du département** et **aucune offre sur Chaumont ou Langres**. Toutefois fin 2019, la structure foyer d'hébergement et foyer de vie de Froncles a déménagé sur Chaumont

Il est à noter que la plupart de ces établissements se situe sur des communes de moins de 2 000 habitants. Cela peut être limitant en termes d'accessibilité et d'ouverture à la Cité (pas de transport en commun).

L'offre d'hébergement temporaire reste très peu développée avec deux places sur l'ensemble du territoire. On compte 29 places d'accueil de jour en foyer de vie. Certaines places sont vacantes, en raison notamment du frein que représentent les transports.

Comme pour les enfants, les taux d'équipement sont favorables pour les établissements adultes non-médicalisés. Les taux d'équipement haut-marnais en foyers de vie, ESAT et foyers d'hébergement restent supérieurs aux moyennes nationales et régionales.

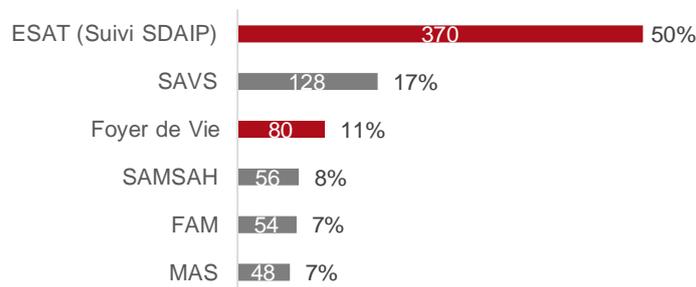
Taux d'équipement en FV, FH et ESAT pour 1000 personnes de 20 à 59 ans



Source : STATISS 2016

Malgré ces taux d'équipement satisfaisants, des listes d'attente restent à priori importantes pour les ESAT et dans une moindre mesure pour les foyers de vie. 370 personnes seraient en attente de place en ESAT et 80 en foyer de vie. Selon la MDPH, ces personnes seraient plutôt de jeunes adultes, avec plusieurs pathologies (sensorielle, physique, trouble du comportement), ou présentant des troubles du spectre autistique et plus largement des troubles du comportement. L'attente pour les établissements adultes est généralement plus longue, pouvant s'étaler sur plusieurs années, avec peu de mouvement au niveau des personnes accueillis.

Nombre de personnes en attente de place par type d'ESMS



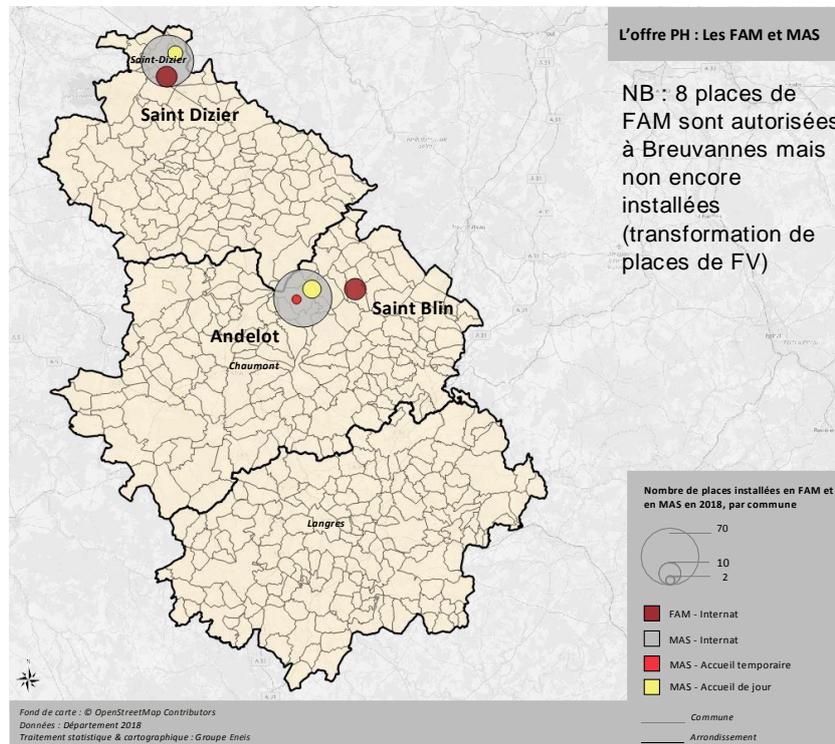
Source : observatoire MDPH au 25/01/18

Ces données seront à actualiser et fiabiliser avec le déploiement de ViaTrajectoire PH. Les listes d'attente impliquent pour les établissements (ESAT et foyer de vie) de renforcer l'accompagnement à la sortie lors du passage à la retraite ou pour les projets d'autonomisation, afin d'accueillir de nouvelles personnes.

Offre médicalisée

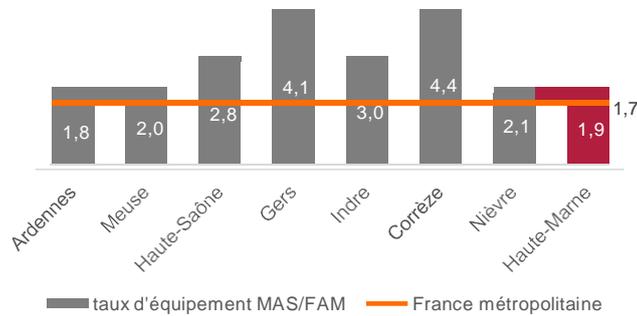
Les établissements médicalisés sont **concentrés sur la partie nord du territoire**. Les foyers d'accueil médicalisé (FAM) et les maisons d'accueil médicalisé (MAS) du territoire sont situés majoritairement sur Saint-Dizier ainsi que sur deux communes peu peuplées (moins de 1 000 habitants) au nord de Chaumont.

Les MAS proposent **12 places d'accueil de jour et deux places d'accueil temporaire**. Ces modalités d'accueil ne sont pas proposées pour les FAM, ce qui pourrait être à développer étant donné le besoin avéré sur la prise en charge de situations complexes et le nombre de personnes en attente sur ces structures. L'accueil temporaire permet également de proposer du répit aux aidants souvent vieillissants.



Contrairement aux autres structures, **le taux d'équipement en maisons d'accueil spécialisées (MAS) et en foyers d'accueil médicalisés (FAM) reste plutôt équivalent à la moyenne régionale et nationale** avec 1,9 places installées au 31 décembre 2015 pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans contre 1,7 places au niveau national. Cette offre est amenée à être de plus en plus sollicitée au vu du **vieillessement de la population** en situation de handicap, entraînant un besoin de médicalisation plus important.

Nombre de places installées en FAM et MAS au 31/12/2015 pour 1000 personnes de 20-59 ans



Source : STATISS 2016

Il est à noter également qu'à l'instar du secteur enfants, **plusieurs adultes ne trouvent pas encore de réponse sur le territoire.**

Plusieurs situations sans réponse sont relevées par les professionnels et

identifiées dans les données quantitatives, avec notamment 41 personnes accueillies en Belgique et 91 hors du département.

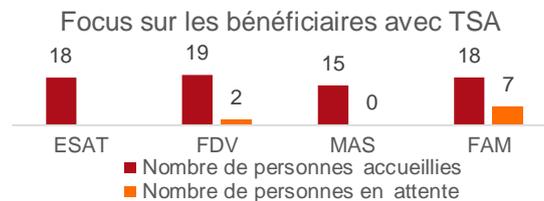
	Personnes accueillies hors Haute-Marne	Personnes accueillies en Belgique	% du total
Orientation MAS	27	6	19%
Orientation FAM	19	15	25%
Orientation Foyer de Vie	23	17	26%
Total	91	41	132

Source : observatoire MDPH au 25/01/18

Les ESMS interrogés ont pu faire état de plusieurs pratiques mises en œuvre pour mieux accompagner les personnes y compris les situations critiques : la souplesse dans le mode de prise en charge pour permettre de passer d'un accompagnement en foyer d'hébergement à un accompagnement en foyer de vie par exemple, ou encore les coopérations ou séjours de rupture entre les structures.

L'enjeu porte donc sur **l'adaptation de l'offre actuelle, afin de renforcer sa capacité à répondre aux besoins des personnes sans solution** qui généralement cumulent plusieurs difficultés ou déficiences, et nécessitent un encadrement renforcé ou modulaire.

En ce qui concerne les personnes présentant des **troubles du spectre autistique**, elles sont accueillies à des proportions similaires sur les différents établissements pour adultes du département, et peu d'entre-elles semblent en attente de place.



Des **évolutions de l'offre sont également à noter**, en lien avec l'évolution des attentes des personnes (souhait d'inclusion notamment) :

- des appartements expérimentaux sont mis en place, permettant aux personnes d'évaluer leur niveau d'autonomie et de faire une transition progressive vers le milieu ordinaire,
- les interventions d'un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) en foyer d'hébergement permettent d'évaluer les capacités et d'accompagner les projets de retour au domicile,
- des formations et de l'apport de compétences de structures spécialisées ont pu être proposées pour certaines situations : formations ponctuelles, intervention de l'équipe relais handicap rare, etc.,
- des interventions d'équipes d'autres structures (foyer de vie en foyer d'hébergement par exemple) peuvent avoir lieu pour apporter du soutien sur des situations ou accompagner le passage à la retraite. Pour aller plus loin, le projet est de mutualiser les équipes du foyer de vie et du foyer d'hébergement afin de disposer d'un pool de professionnels intervenant en fonction des besoins,
- la mise en place de la PCH mutualisée et de fait l'externalisation de places de foyers d'hébergement en ville a pu être expérimentée,
- un projet de MAS externalisée est en cours de réflexion,
- enfin, un appel à projet d'habitat inclusif a été finalisé permettant l'accueil d'adultes handicapés dans une résidence autonomie, avec un service dédié à ce dispositif et un financement sur deux ans.

Personnes handicapées vieillissantes

Des avancées notables sont à souligner en Haute-Marne concernant **l'évolution et la diversification de l'offre à destination des personnes handicapées vieillissantes, qui répondent à l'avancée en âge des personnes en situation de handicap**. Plusieurs mesures sont ainsi mises en œuvre au sein de l'offre existante pour accompagner le vieillissement des personnes. On peut notamment citer :

- la transformation de places de foyer d'hébergement en foyer de vie pour les personnes à la retraite, et de places de foyer de vie en FAM,
- la réduction progressive du temps de travail en ESAT,
- les doubles orientations ESAT/Foyers de vie, et la mutualisation d'équipes entre foyer de vie et foyer d'hébergement pour faciliter les transitions,
- les liens avec le secteur gérontologique (visites d'EHPAD, activités conjointes),
- la transition progressive vers de l'accueil familial,
- une dizaine de dérogations d'âge chaque année pour une entrée de personnes de moins de 60 ans en EHPAD.

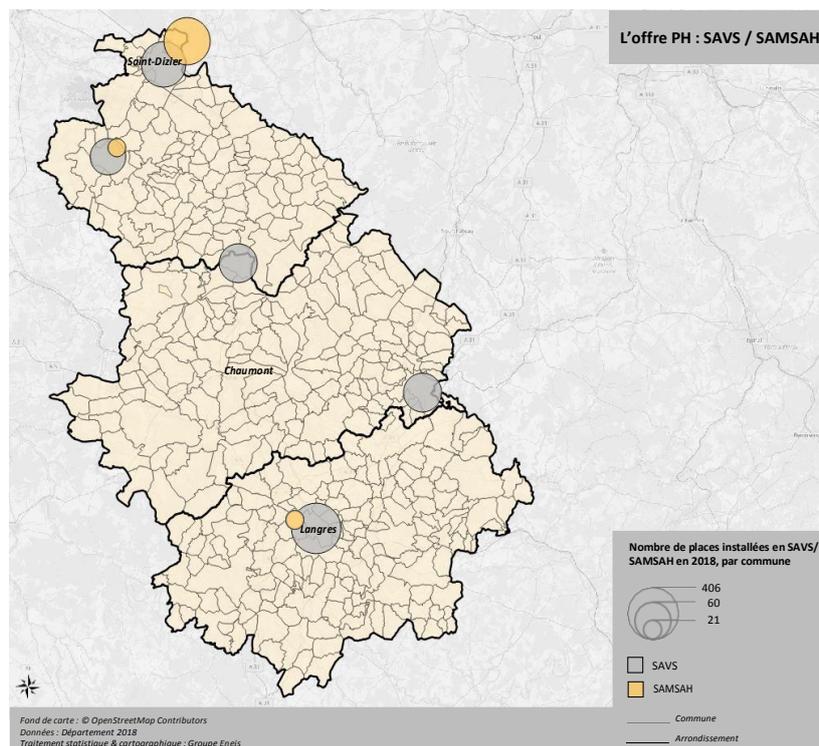
De nouvelles offres sont en projet afin de diversifier les réponses, notamment le projet de création d'une unité personnes handicapées vieillissantes de 12 places dans un EHPAD.

Cependant, **le développement de l'offre à destination des personnes handicapées vieillissantes reste à poursuivre**, car des problématiques persistent : le manque de préparation des EHPAD, les solutions intermédiaires (résidences autonomie, etc.) qui restent peu sollicitées, les sorties qui ne

sont pas encore suffisamment anticipées ou bien encore, l'accueil familial qui présente ses limites sur l'accompagnement de personnes avec troubles psychiatriques importants.

Services

La Haute-Marne dispose d'un taux d'équipement en services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et en services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) supérieur aux moyennes nationales et régionales (2,9 pour 1 000 adultes, contre 1,3 en France métropolitaine). **L'offre de SAVS a été renforcée** avec 45 places créées depuis 2011. Le département compte 45 places en SAMSAH, mais qui sont concentrées sur le nord du département.



Historiquement positionnés sur l'accompagnement à domicile des travailleurs d'ESAT, les SAVS ont été amenés à diversifier leurs accompagnements et accompagnent tous types de handicap. Par ailleurs, des gestionnaires ont pu indiquer qu'ils fixaient des accompagnements courts, avec des objectifs précis, en renfort de problématiques particulières, ou pour des entrées ou sorties d'établissement.

Certaines caractéristiques de l'accompagnement évoluent : ainsi, en raison des particularités du département et de l'évolution des profils, un temps important est passé dans l'accompagnement aux soins par exemple.

Le rôle des SAVS-SAMSAH dans l'apport de ressources et dans la coordination peut néanmoins être renforcé, afin d'en faire des acteurs essentiels de l'accompagnement à l'autonomisation et au maintien à domicile. Cette partie sera développée au sein de l'orientation 2 du schéma.

Bilan du précédent schéma : un travail engagé sur la formalisation du rôle des SAVS

Un travail a été engagé par le Département sur la formalisation des modalités de prise en charge des SAVS, par l'élaboration d'une procédure SAVS détaillant la durée et modalités d'accompagnement, les critères de renouvellement et les conditions de double prise en charge (sortie d'établissement, entrée en ESAT, etc.).

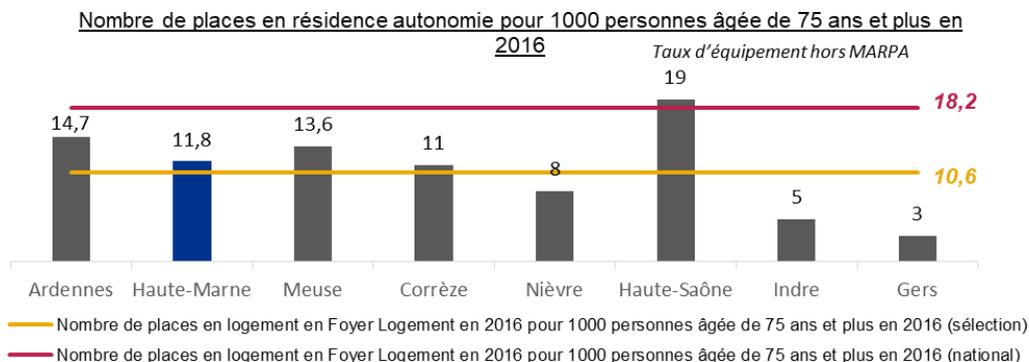
Personnes âgées

Résidences autonomie

5 résidences autonomie dont une Maison d'accueil et Résidence Pour l'autonomie (MARPA) sont présentes sur le département pour une capacité totale de **200 places**. Le taux d'équipement en places de résidence autonomie s'élevait à **11,8 places pour 1 000 personnes âgées en 2016**. Celui-ci est supérieur au taux d'équipement des départements de comparaison qui s'élevait à 10,6, mais **inférieur au taux d'équipement national** de 18,2 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus. On note une absence d'offre dans le sud du département.

Il est à noter que **certaines résidences autonomie ont des logements vacants**. L'un des facteurs explicatifs avancés étant la localisation (quartier moins recherché, éloignement des services de proximité, etc.)

Les gestionnaires de résidence autonomie interrogés soulignent que cette offre répond au besoin notamment de personnes autonomes mais ne souhaitant pas vivre seules ou souhaitant plus de confort ou de sécurité.



	Localisation	Nombre de places
Résidence Ambroise Croizat	Saint-Dizier	68 places (dont 5 HAS*)
Résidence La Noue	Saint-Dizier	24
MARPA	Froncles	24
Foyer Eugénie de Baudel	Chaumont	36
Foyer Jacques Weil	Chaumont	48

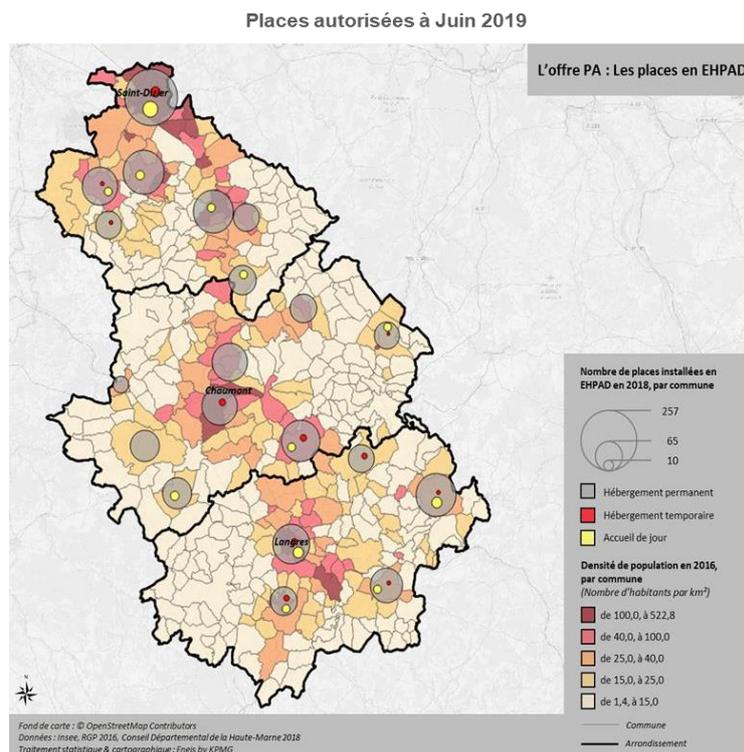
HAS : Habilitées à l'Aide Sociale

EHPAD

En 2019, le département comptabilise **26 EHPAD** dont un en construction, pour **2 217 places d'EHPAD** autorisées, tous modes d'accueil confondus. 2 015 places d'hébergement permanent sont effectivement installées. **21 établissements sont entièrement habilités à l'aide sociale** et **quatre EHPAD sont partiellement habilités**.

Le taux d'équipement en places d'hébergement pour personnes âgées en 2016 s'élevait à 88,9 places pour 1 000 personnes de 75 ans et plus, inférieur au niveau national (99,2). Néanmoins, la création de places d'EHPAD depuis 2016 permet dorénavant au département de présenter un taux d'équipement supérieur au niveau national : **environ 110 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus**.

De fait, **252 places d'EHPAD ont été créées** depuis 2016, faisant suite notamment aux orientations des précédents schémas gérontologiques.



Le tarif d'hébergement des EHPAD est inférieur au national. Le coût moyen d'une chambre individuelle en EHPAD s'élève à **55,10 euros** en 2019 dans le département (sur les établissements habilités à l'aide sociale). La Haute-Marne présentait un tarif journalier médian à 54,70 euros, **inférieur de près de 5 € au tarif médian national** de 59,25 euros.

	Haute-Marne	
Tarif minimum	44,31 €	
Tarif maximum	63,09 €	
Tarif moyen	55,10 €	France métropolitaine
Tarif médian	54,70€ (2016)	59,25 €

Les **entrées en EHPAD sont de plus en plus tardives, ce qui a** pour conséquence des **temps d'institutionnalisation plus courts** : les personnes âgées entrent en institution après une hospitalisation, ou lorsque le maintien à domicile n'est plus possible pour des raisons médicales notamment. En lien avec cette tendance, les établissements constatent **une plus forte dépendance des personnes accueillies**. Or les professionnels ne sont pas suffisamment formés aux spécificités de telles prises en charge, et les structures ne sont pas toujours adaptées (besoins d'activités spécifiques, équipement etc.).

En parallèle, des évolutions notables sont identifiées par les acteurs du territoire, avec une augmentation de certains profils :

- Personnes atteintes de la **maladie d'Alzheimer** (ou d'une maladie apparentée) : besoin d'unités fermées et d'activités adaptées - il existe sur le département **10 Pôles d'Activités et de Soins Adaptés** (6 installés et 4 en cours d'installation), ainsi qu'une unité d'hébergement renforcée (UHR) de 5 places à St Dizier (une UHR prévue début 2020 à Bourbonne-les-Bains).
- Troubles du comportement et problématiques psychiatriques (aucune offre dédiée sur le Département) ;
- Vieillesse de la population y compris en situation de handicap. A ce jour il n'y a pas **d'unité à destination des personnes handicapées vieillissantes (PHV) sur le département**. Néanmoins, l'EHPAD en cours de construction à Manois proposera 12 places d'accueil PHV et certains EHPAD ont pour projet de développer cette offre également.

Les gestionnaires interrogés ont souligné **les évolutions apportées à l'offre afin de renforcer la qualité de l'accompagnement et des prestations proposées** : restructurations architecturales, échanges de pratiques et d'information EHPAD et foyer de vie pour améliorer l'accueil des personnes en situation de handicap, ouverture sur la cité intégrant la cantine de l'école primaire au sein de l'EHPAD, adaptation des formations etc. **Un projet d'EHPAD hors les murs** est en cours de réflexion.

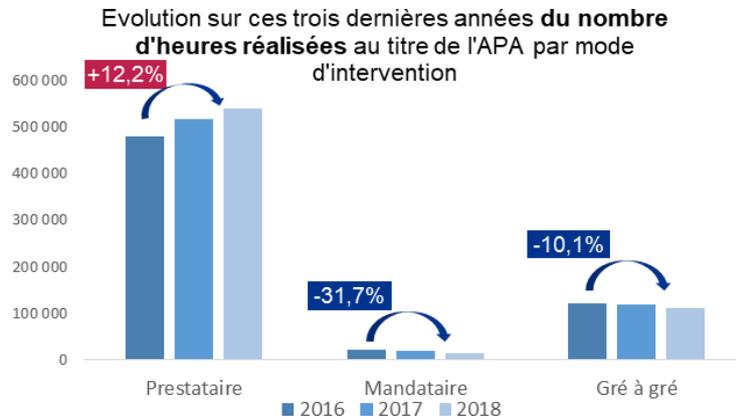
Afin de diminuer le recours inadapté aux services d'urgences des plus de 75 ans, **cinq dispositifs d'astreintes d'infirmière diplômée.e d'état (IDE) de nuit ont été mis en place, concernant 15 EHPAD**. Le développement de la **télé médecine** est prévu progressivement au sein des EHPAD.

Accueil temporaire

41 places d'hébergement temporaire sont autorisées au sein de 15 établissements. **99 places d'accueil de jour** sont proposées au sein de 12 EHPAD. L'offre d'accueil temporaire est ainsi relativement développée et répartie sur le territoire. Depuis 2016, 10 places d'hébergement temporaire et 6 places d'accueil de jour ont été créées.

Certains **accueils de jour ont des difficultés à remplir leurs places** (difficultés liées aux transports, réticence des proches, inadaptation de l'offre par rapport au besoin des familles etc.)

La majorité des heures réalisées par les SAAD est en mode prestataire, mais environ 1 heure sur 6 est réalisée en gré à gré. Depuis 2016, **l'activité prestataire est en augmentation**, évolution qui s'explique notamment par la **hausse de la dépendance** des personnes bénéficiant de l'APA, pour lesquelles le mode prestataire est privilégié.



Ainsi, 10 SAAD départementaux interviennent dans le Département, dont 2 tarifés. Ces deux services tarifés, l'ADAPAH et l'ADMR réalisent environ **91%** des près de 540 000 heures prestataires APA financées par le Département.

Le Conseil départemental dispose **d'une bonne visibilité sur les SAAD** grâce à un dispositif de suivi de la mise en place des plans d'aide via des fiches navettes, un suivi des réclamations et des visites conjointes sur site (évaluateur et responsable de service ou intervenant).

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) interrogés soulignent une disponibilité et des relations fluides vis-à-vis des services du Conseil départemental (services internes, MAIA, coordonnateurs, etc.). De plus, les SAAD ainsi que l'ARS font état **d'une collaboration et d'une transmission d'information satisfaisante avec les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)** du département.

Les relations avec les Centres hospitaliers peuvent parfois être plus complexes notamment autour **des sorties d'hospitalisation** qui ne sont pas toujours suffisamment anticipées, mais certains SAAD ont tout de même fait état d'habitudes de travail et d'une confiance mutuelle avec les services hospitaliers. Les relations avec les EHPAD ne semblent en revanche que peu développées.

Les prestataires interrogés ont fait état d'une diversification de leurs activités et d'une volonté de s'inscrire dans les orientations de politiques publiques, portant des actions de prévention dans le cadre de la conférence des financeurs (ateliers nutrition, ateliers ludiques, aide aux aidants, etc.) ou d'autres actions complémentaires : gardes itinérantes de nuit, portage de repas, actions de repérage des fragilités, projet de relaying, etc.

Plusieurs enjeux sont relevés pouvant avoir un impact sur la qualité des interventions, portant notamment sur :

- **Les ressources humaines : des difficultés de recrutement, enjeux de turnover et d'absentéisme** (pénibilité du travail, hausse de la dépendance des personnes),

- Un enjeu de **valorisation du métier de l'aide à domicile** (manque de reconnaissance, rémunération et parcours professionnels),
- **L'organisation des plans d'aide** : le fractionnement des interventions pouvant être à l'origine de pénibilité pour les professionnels et de coûts supplémentaires pour les services,
- **L'évolution des profils pris en charge** : recrudescence des pathologies psychiatriques, augmentation de la dépendance en lien notamment avec le vieillissement de la population, isolement de la population, etc.,

Le tarif départemental de remboursement est plutôt élevé comparativement au tarif de 21 euros envisagé au niveau national (remboursement à environ 23,20 € pour les SAAD tarifés, tarif moyen à 22,98 €).

L'expérimentation nationale de la réforme de la tarification

L'expérimentation nationale sur la réforme de la tarification prévoit la mise en place d'un tarif socle pour tous les services, puis une bonification attribuée aux SAAD sous CPOM pour des interventions spécifiques (milieu rural, intervention complexe, interventions le dimanche, etc.). Elle doit permettre d'assurer une plus grande lisibilité et équité de traitement, tout en valorisant les interventions entraînant un surcoût pour les services.

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

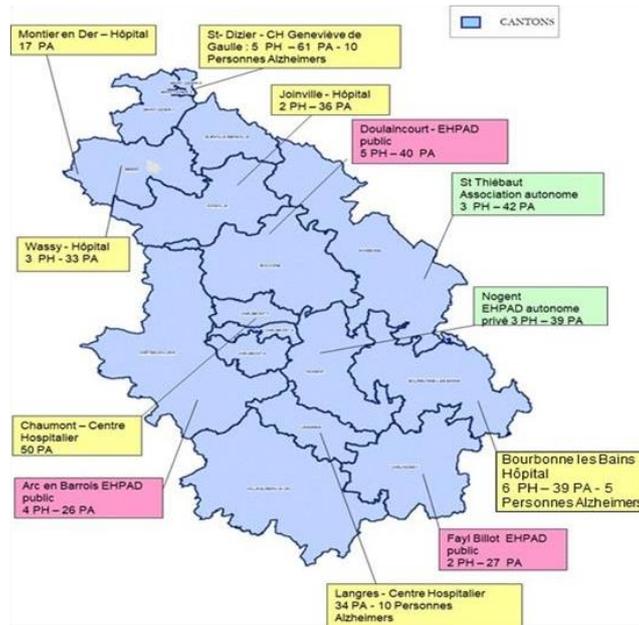
Le département comptabilise **12 Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)** pour un total de **469 places pour les personnes âgées** et de **36 places** pour personnes en situation de handicap.

En Haute-Marne, **le taux d'équipement en SSIAD** de 21 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus est **supérieur aux taux d'équipements régionaux et nationaux**. Cependant, l'Agence Régionale de Santé fait état de listes d'attente parfois importantes et hétérogènes sur le territoire.

Pour l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et/ou d'une maladie apparentée diagnostiquée, **3 Equipes Spécialisées Alzheimer à Domicile (ESAD)** ont été installées sur le département : ESAD Bourbonne-les-Bains (5 places), ESAD Langres (5 places) et l'ESAD de Saint-Dizier (10 places). **Le département ne possède pas de SPASAD.**

Il existe **un enjeu de glissement de tâches entre les SAAD et les SSIAD**, notamment car certains SSIAD n'interviennent pas le week-end.

Répartition et capacités des SSIAD du département en 2019



Source: Observatoire gérontologique département et données ARS

Taux d'équipement en SSIAD au 1^{er} Janvier 2016

	France métropolitaine	Grand-Est	Haute-Marne
Taux d'équipement en SSIAD au 01/01/2016 pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus	20,5	19,1	21

Source: Source: STATISS 2017

c) Etat des lieux de l'offre en accueil familial

Le département haut-marnais se caractérise par une **forte tradition d'accueil familial** et de fait une **offre particulièrement développée** comparativement à d'autres départements. On dénombre une capacité de **334 places au 31 décembre 2018** chez des accueillants familiaux agréés, dont 32 places pour personnes âgées uniquement, 13 places pour personnes handicapées uniquement et 287 places mixtes. Cette offre, constitue une **alternative pertinente** notamment pour les personnes ayant besoin d'accompagnement mais ne souhaitant pas vivre en institution.

L'accueil familial en Haute-Marne

	<i>Détail des capacités des hébergements haut-marnais</i>			
	Personnes accueillies		Capacité d'accueil	
	2018	2019	2018	2019
Arrondissement de Saint-Dizier	43	41	56	56
Arrondissement de Chaumont	99	99	134	141
Arrondissement de Langres	89	71	144	135
TOTAUX	231	211	334	332

Cette offre a pu se professionnaliser par la mise en place des services coordonnateurs de l'accueil à domicile (SCAD) en charge du suivi des accueillis, des accueillants et de la mise en place de formations ou de journées d'immersion dans des établissements et services médico-sociaux pour assurer la montée en compétences de ces derniers.

Cependant, la **professionnalisation et le soutien des accueillants familiaux doivent être poursuivis**, au regard notamment de l'augmentation des troubles et du vieillissement des accueillis, du sentiment d'isolement de certains accueillis et des problématiques de qualité de la prise en charge qui sont parfois relevées, avec des enjeux sur la socialisation des personnes notamment (peu d'accompagnement sur les sorties, prise de repas dans la chambre, etc.).

Cette offre doit également pouvoir se renouveler :

- le profil des accueillants est vieillissant avec **41% d'entre eux ayant plus de 61 ans et 36% ayant entre 51 et 60 ans**. 90 % d'entre eux résident en milieu rural.
- Les modalités d'accueil peuvent également mieux s'adapter aux besoins : au vu de l'évolution du profil des personnes (troubles, difficultés sociales), **l'accueil séquentiel, de jour ou à temps partiel pourrait permettre de diversifier les réponses** et d'étayer un accompagnement par exemple en EHPAD ou au domicile. Or les accueils à temps partiel sont très peu pratiqués.

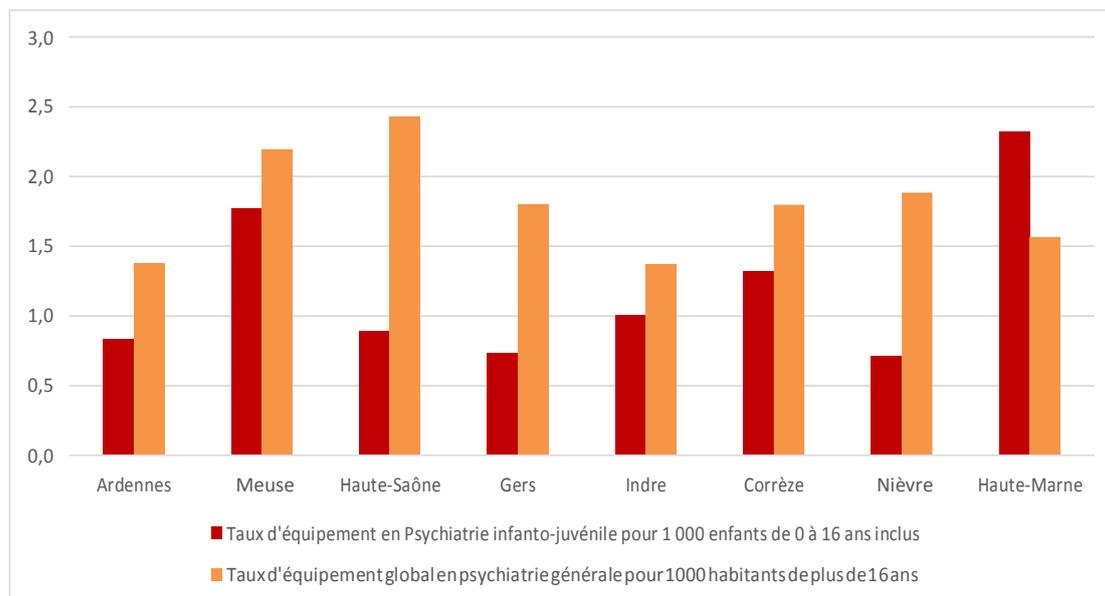
Le rapprochement des accueillants familiaux et des ESMS, et des accueillants familiaux entre eux constitue un levier à envisager afin de répondre à ces enjeux de renouvellement et de professionnalisation (formations, salariat par un ESMS qui permettrait plus de stabilité, etc.).

d) *L'accès aux soins et à la santé mentale*

La Haute-Marne est touchée par des **problématiques de démographie médicale et d'accès aux soins**. Certaines professions médicales et paramédicales sont difficiles à recruter, pour les établissements médico-sociaux notamment. Sur le secteur de la psychiatrie, les changements de professionnels importants ne facilitent pas la mise en place d'un partenariat pérenne.

Certaines professions libérales (orthoptistes, psychomotriciens etc.) sont également **peu dotées**. Les caractéristiques rurales du département posent également un enjeu d'accessibilité aux soins (difficulté de transports, etc.).

Il est à noter cependant que la Haute-Marne présente un **taux d'équipement global en psychiatrie supérieur à la moyenne régionale et nationale**, avec plus d'un lit et demi pour 1 000 habitants. Entre 2010 et 2015, la Haute Marne a vu son taux d'équipement progresser, tant pour le secteur de la psychiatrie générale que celui de la psychiatrie infanto-juvénile, avec 1,8% et 3,2% d'évolution respectivement.



Des **difficultés d'accès aux soins** liées notamment à la démographie médicale en libéral (8 médecins généralistes pour 10 000 habitants, contre 9 au régional ; 12 infirmiers libéraux pour 10 000 habitants contre 12,6 au régional) peuvent être à l'origine de rupture dans le parcours de soins des habitants.

Un travail partenarial entre l'Agence Régionale de Santé et le Conseil départemental est actuellement en cours pour améliorer l'accès aux soins (développer les lieux de stage, les projets d'exercices coordonnés (pôle de santé, MSP, etc.), télémédecine, etc.). Le département s'est engagé **sur la santé numérique** notamment par le biais du projet e-Meuse.

e) *L'accueil et l'information*

Sur le secteur du handicap, plusieurs mesures ont été prises par le Département et la MDPH afin de **mieux accueillir et orienter les personnes sur le département**. La réactivité et la vigilance sur le traitement des dossiers est ainsi de mise, en cas d'urgence ou de risque de rupture de droit notamment. Le délai de traitement d'environ 3 mois au sein de la MDPH correspond aux recommandations nationales et permet un traitement relativement rapide des dossiers (à l'exception de certaines périodes tendues par exemple en préparation des rentrées). Il est à noter également que la démarche de numérisation et de dématérialisation des demandes en cours pourra contribuer à faciliter le traitement des demandes.

Par ailleurs, des actions de communication ont pu avoir lieu, par exemple des présentations dans des écoles ou des forums santé afin de revenir sur les droits et le rôle de la MDPH.

Concernant les personnes âgées, elles peuvent être **accueillies et orientées par le numéro vert**, qui totalisait plus de 6 000 appels en 2018 et d'ores et déjà 4 307 entre janvier et août 2019. Les CCAS, les mairies et les circonscriptions locales peuvent également jouer un rôle important dans l'accueil des personnes, notamment âgées. Les interlocuteurs interrogés indiquent qu'il existe une bonne collaboration avec les services du Département. Des formations sont prévues (par la MAIA, mais également au sein des CCAS/mairies) pour renforcer la capacité des agents d'accueil à orienter les personnes âgées.

A un second niveau, **trois coordinatrices gérontologiques** (correspondant à un CLIC de niveau 3) couvrent l'ensemble du territoire. Ces professionnelles ont une fonction d'écoute, d'accompagnement et de mise en place d'espaces de travail partenariaux. Elles sont habilitées à faire des évaluations APA et peuvent orienter vers les actions et dispositifs existants. Ils participent à l'organisation de groupes de paroles pour les aidants.

Ces actions permettent de **conforter le maintien à domicile des personnes âgées**, et les coordinatrices sont généralement bien repérées et mobilisées par les partenaires, avec une répartition des rôles claire. La territorialisation de l'accueil permet aux usagers de bénéficier d'une information et de relais en proximité.

Le constat est que malgré la multitude d'acteurs et d'initiatives pouvant être mobilisés par les personnes, **ceux-ci ne sont pas toujours connus du grand public et des acteurs de proximité**. La visibilité sur ce qui est porté sur le département pourrait donc être renforcée, avec un rôle important des représentants d'usagers en ce sens, véritable vecteur d'information sur le territoire.

Le programme d'actions coordonnées de la Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'autonomie (CFPPA) dispose d'un axe dédié aux aidants, afin de mobiliser les acteurs en faveur des aidants, et de mieux coordonner leurs interventions. Dans ce cadre, le département de la Haute-Marne est engagé jusqu'à fin 2019, dans l'élaboration d'un diagnostic aidants qui donnera lieu à un plan d'actions.

f) L'aide aux aidants

Le diagnostic mené par la Conférence des Financeurs en 2017 ainsi que le rapport d'étude réalisé par l'ADMR en 2016 ont permis d'identifier des enjeux autour de l'aide aux aidants : les difficultés de l'aidant à reconnaître son statut et à accepter de se faire aider, des difficultés à faire confiance et à déléguer les tâches du quotidien ou de soins, etc.

Plusieurs actions dédiées sont portées sur le territoire :

- des groupes de parole ou ateliers collectifs : notamment la Parenthèse des aidants et l'Alzheimer Café proposés en partenariat avec le Département, le Centre Hospitalier de Haute-Marne (CHHM), la Mutualité sociale agricole (MSA), le service social de la ville. Des formations ou groupes de parole sont également proposés par France Alzheimer, l'Union Nationale des Familles et Amis de personnes malades psychiques (UNAFAM) ou l'association des paralysés de France (APF).
- du répit via la plateforme de répit couvrant le sud du département et le déploiement d'une palette de solutions de répit par les acteurs médico-sociaux (garde itinérante de nuit, accueil de jour, hébergement temporaire, séjour de vacances, etc.) – mais avec des accueils de jour qui peinent parfois à remplir.

7. Les moyens mis en œuvre par le Département en faveur de l'autonomie

Personnes en situation de handicap

a) *Un nombre de dossiers traités par la MDPH en baisse et une hausse des dépenses à destination des personnes en situation de handicap*

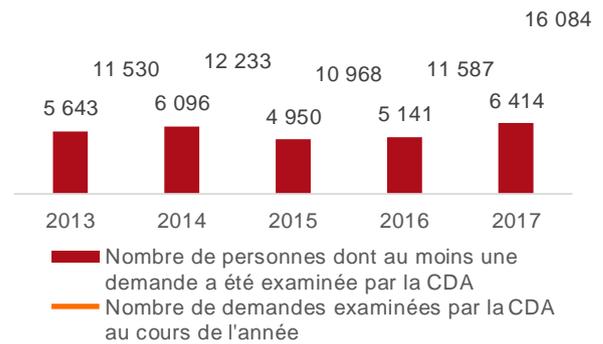
La MDPH comptabilise environ 17 008 bénéficiaires avec droit ouvert en mars 2018.

La MDPH a traité le dossier d'environ 6 400 personnes en 2017. **Ce chiffre est en augmentation** depuis 2015, à l'instar d'autres MDPH du territoire national (une évolution annuelle moyenne de 5% sur les cinq dernières années au niveau national, 3,3% au niveau de la Haute-Marne). Parmi ces dossiers, environ 2 000 correspondent à de nouvelles demandes.

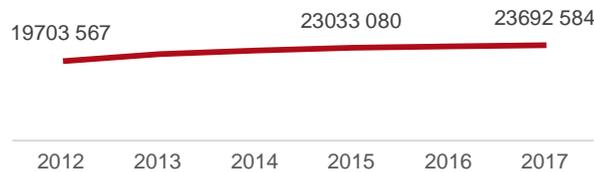
Le nombre de demandes par dossier augmente de façon plus importante, avec près de 40% d'augmentation entre 2016 et 2017.

On assiste également à une **augmentation des dépenses globales en faveur des personnes handicapées** depuis 2012.

Activité de la MDPH

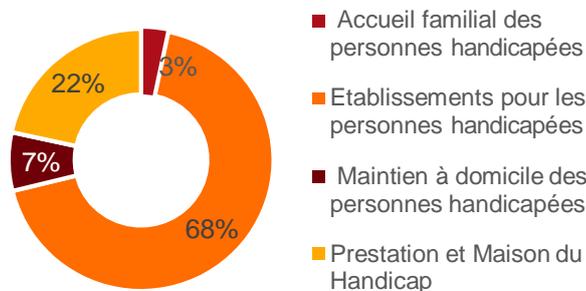


Evolution des dépenses PH



Ces dépenses sont **principalement destinées aux établissements** pour les personnes handicapées qui ont connu une évolution de 24% de leurs dépenses depuis 2012 passant de 12 millions à 16 millions d'euros.

Répartition des dépenses en 2017



Les dépenses relatives à la prestation de compensation du handicap (PCH) ont également augmenté d'environ 3% par an depuis 2012, quoique de façon moins importante depuis 2015, avec en parallèle une baisse des prestations liée à l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP).

Dans le but d'accompagner le vieillissement des travailleurs et en raison du souhait des plus jeunes de vivre dans un domicile qui leur est propre, un certain nombre de places de foyers d'hébergement ont été transformées en places de foyers de vie, ce qui a entraîné une **hausse des dépenses liées aux foyers de vie**.

Globalement, **le nombre de bénéficiaires n'augmente pas de façon importante sur le territoire**. En lien avec cette tendance, les dépenses sont stables et les dynamiques engagées portent plutôt sur de la transformation de places. En revanche, on observe une **augmentation des dépenses liées aux SAVS** depuis 2014 qui témoigne de l'augmentation de la capacité sur ces services. Il est à noter également une diminution des dépenses liées aux amendements Creton depuis 2014, mais une augmentation des dépenses en FAM destinées aux départements extérieurs.

Bilan du précédent schéma : un observatoire MDPH mis en place

La MDPH a mis en place un outil d'observation des besoins, de la demande et de l'offre autour des personnes handicapées du département, en lien avec la fiche-action identifiée dans le précédent schéma.

Le suivi des bénéficiaires en situation de handicap et des personnes en attente de place a été intégré dans SOLIS. Des ETP de la MDPH sont dédiés au suivi, contrôle et à la mise à jour des listes des personnes accueillies et en attente dans le département et hors département. Les listes d'attente sont actualisées plusieurs fois par an par le biais de fiches navettes.

Personnes âgées

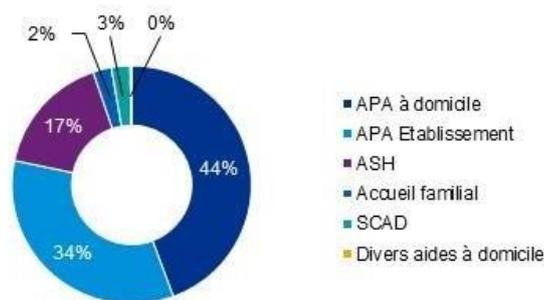
b) Pour les personnes âgées, des dépenses majoritairement liées à l'APA

Les dépenses liées à l'Allocation Personnalisées d'Autonomie (APA) à domicile et en établissement représentent **un poids important dans le total des dépenses départementales en faveur des personnes âgées**. La proportion des dépenses APA est ainsi particulièrement élevée : **78% des dépenses sont affectées à l'APA** dont 44% pour l'APA à domicile et 34% pour l'APA en établissement. Suivent ensuite les dépenses liées à l'aide sociale à l'hébergement qui représentent 17% des dépenses départementales.

Les délais d'instruction sont de 2 mois pour l'APA en moyenne. Des contrôles sont effectués à chaque étape du parcours du dossier.

Les professionnels du Conseil départemental interrogés font remonter que la constitution du dossier de demande d'APA n'est pas toujours évidente pour les personnes âgées, d'autant si elles ne sont pas accompagnées dans le renseignement du dossier. La mise en place du dossier national de demande d'APA peut permettre de répondre à cet enjeu.

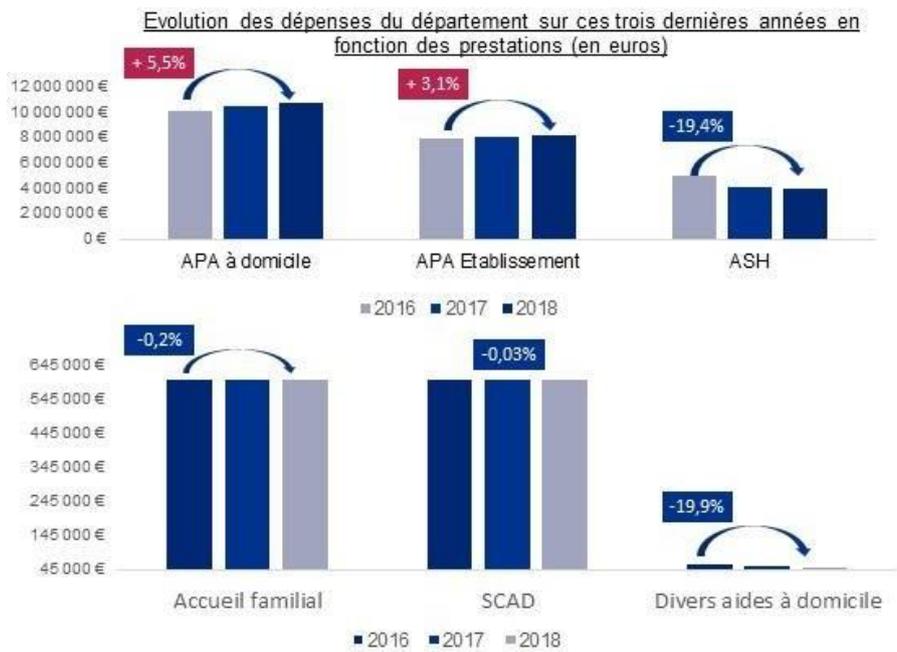
Répartition des dépenses du département en 2018 (en %)



Les dépenses départementales sont relativement constantes depuis 2016 : - 0,7% d'évolution passant ainsi de 24 180 065 euros en 2016 à 24 016 605 euros en 2018. Ainsi, la majorité des prestations départementales voient leurs dépenses diminuer depuis 2016 et notamment l'ASH qui présente une évolution de -19,4%. A contrario, les dépenses liées à **l'APA sont en constantes évolution depuis 2016 : +5,5%** pour l'APA à domicile et +3,1% pour l'APA en établissement. Probablement en raison de la hausse de la dépendance et de l'augmentation du nombre de places en EHPAD ces dernières années.

Les professionnels interrogés font état d'une **hausse d'environ 10 %** du nombre de dossiers APA à traiter entre 2018 et 2019, mais cette tendance fluctue d'une année à l'autre.

Parmi les évolutions dans les droits demandés, les professionnels du Département font état de nouvelles demandes d'une **aide au répit** pour les aidants, mais qui ne concernent que 15 personnes environ par an, les personnes ne sollicitant par toujours cette aide. Les **demandes de révision des dossiers** ont par ailleurs tendance à se multiplier, engendrant un travail supplémentaire pour les équipes. Enfin, les **demandes d'aides techniques** ont tendance à augmenter.



Partie II – Diagnostic détaillé de l'offre et des attentes des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de perte d'autonomie, et plan d'actions associé pour la période 2020-2024

Synthèse : Aperçu du plan d'actions

Orientation 1 : Renforcer le pouvoir d'agir par l'information, l'accès aux droits et la prévention.

- **Objectif 1.1 : S'assurer de l'implication des personnes et de leurs proches.**
 - Action 1 : Renforcer le pouvoir d'agir des personnes et de leurs proches.
 - Action 2 : Sensibiliser et proposer une offre de formation pour les aidants non professionnels.
- **Objectif 1.2 : Promouvoir le rôle des représentants d'utilisateurs.**
 - Action 3 : Promouvoir le rôle des formations personnes handicapées et personnes âgées du Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA).
- **Objectif 1.3 : Favoriser la préservation et le maintien des capacités.**
 - Action 4 : Sensibiliser les professionnels au repérage des situations à risque.
 - Action 5 : Développer les actions de prévention de la perte d'autonomie et renforcer la communication autour des actions existantes.

Orientation 2 : Assurer la fluidité du parcours des personnes en proposant des accompagnements plus personnalisés pour mieux anticiper les risques de rupture.

- **Objectif 2.1 : Accompagner l'assouplissement de l'offre médico-sociale.**
 - Action 6 : Encourager les accompagnements individualisés et évolutifs en fonction des besoins et du parcours des personnes.
 - Action 7 : Soutenir le développement d'offres intermédiaires et favoriser l'ouverture des établissements.
 - Action 8 : Valoriser l'offre d'accueil familial.
 - Action 9 : Favoriser l'utilisation et le développement de l'offre de répit.
- **Objectif 2.2 : Accompagner les différentes étapes liées à l'évolution du parcours de vie.**
 - Action 10 : Assurer la fluidité du parcours et notamment lors des transitions liées à l'âge.
 - Action 11 : Assurer une plus grande transversalité entre les champs du handicap et gériatrique, et développer les offres intermédiaires pour les personnes vieillissantes.
 - Action 12 : Anticiper davantage l'évolution de parcours des personnes dépendantes et créer des passerelles entre domicile et institution.
- **Objectif 2.3 : Renforcer la coordination autour des situations.**
 - Action 13 : Favoriser les temps de coordination avec l'éducation nationale, à partir de l'expertise de chacun, autour de problématiques particulières.
 - Action 14 : Consolider le rôle des dispositifs de coordination.

Orientation 3 : Améliorer la réponse aux besoins des personnes à domicile ou en établissement et de leurs aidants en favorisant l'inclusion des personnes dans la société.

- **Objectif 3.1 : Favoriser l'accès aux activités de loisirs, culturelles et sportives**
 - Action 15 : Impulser une dynamique partenariale autour de la question de la mobilité.
 - Action 16 : Informer sur les initiatives existantes et sensibiliser largement afin de favoriser l'accès à l'offre de culture et de loisirs pour les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie.
- **Objectif 3.2 : Renforcer l'accompagnement à domicile, le maintien dans un logement autonome et l'accès aux soins.**
 - Action 17 : Favoriser l'accès et le maintien dans un logement adapté.
 - Action 18 : Assurer la coordination des interventions autour d'une même situation à domicile et mieux communiquer sur les dispositifs d'accompagnement à domicile existants.
 - Action 19 : Développer l'accès à l'offre de soins notamment via e-Meuse santé.
 - Action 20 : Poursuivre la professionnalisation et la sensibilisation des aidants professionnels.
- **Objectif 3.3 : Agir sur l'attractivité des métiers et favoriser l'accès et le maintien dans l'emploi.**
 - Action 21 : Participer à la valorisation des métiers du grand âge et du handicap.
 - Action 22 : Réfléchir à des mesures permettant de favoriser l'accès et le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés dans les entreprises.
 - Action 23 : Veiller à l'adaptation des réponses en termes d'emploi adapté aux profils et aux capacités des personnes.

Orientation 4 : Conforter l'accompagnement des parcours les plus complexes en renforçant la coordination des interventions et des acteurs.

- **Objectif 4.1 : Assurer un accompagnement adapté pour les parcours complexes.**
 - Action 24 : Favoriser les échanges et les partenariats entre les secteurs sanitaire, médico-social et social.
 - Action 25 : Soutenir les professionnels des ESMS dans l'accompagnement des comportements complexes.
- **Objectif 4.2 : Renforcer la coordination des interventions.**
 - Action 26 : Renforcer les coopérations autour des situations bénéficiant de mesure de protection (relevant de mesure de protection judiciaire et/ou de l'aide sociale à l'enfance).

Annexes

Glossaire des sigles et acronymes

Sigle	Signification
AAH	Allocation aux adultes handicapés
ACTP	Allocation compensatrice pour tierce personne
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
AESH	Accompagnant des élèves en situation de handicap
AJ	Accueil de jour
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
CAAJ	Centre d'accueil et d'activité de jour
CAMSP	Centres d'action médico-sociale précoce
CCAS	Centre communal d'action sociale
CD	Conseil Départemental
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CDCA	Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie
CMP	Centre médico-psychologique
CH	Centre hospitalier
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COMEX	Commission exécutive de la MDPH
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRP	Centre de Rééducation Professionnelle
CVS	Conseil de la vie sociale
DDT	Direction départementale des territoires
DDCSPP	Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations
DITEP	Dispositif ITEP
DPH	Direction des personnes handicapées du Département
DRH	Direction des ressources humaines

EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESMS	Etablissements et services sociaux et médico-sociaux
ESAT	Etablissement et service d'aide par le travail
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FH	Foyer d'hébergement
FSL	Fonds de solidarité logement
FV	Foyer de vie
GEM	Groupe d'entraide mutuelle
GOS	Groupe opérationnel de synthèse
HAD	Hospitalisation à domicile
HT	Hébergement temporaire
IME	Institut médico-éducatif
IM-Pro	Institut médico-professionnel
ITEP	Institut thérapeutique éducatif et pédagogique
MAIA	Maisons pour l'autonomie et l'intégration des maladies d'Alzheimer
MAS	Maison d'accueil spécialisé
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
PAG	Plan d'accompagnement global
PCH	Prestation de compensation du handicap
PCPE	Pôle de compétences et de prestations externalisées
PH	Personne handicapée
PHV	Personne handicapée vieillissante
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRITH	Plan régional d'insertion des travailleurs handicapés
PRS	Projet Régional de Santé
PTA	Plateforme territoriale d'appui
RAPT	Réponse accompagnée pour tous
SAAD	Service d'aide et d'accompagnement à domicile
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SCAD	Service coordonnateur de l'accueil à domicile
SDAASP	Schéma départemental d'amélioration de l'accessibilité des services au public
SDAIP	Service départemental d'accompagnement à l'insertion professionnelle
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
TED	Trouble envahissant du développement
TSA	Trouble du spectre autistique
ULIS	Unité localisée pour l'inclusion scolaire