



- schéma départemental pour l'autonomie

2012-2016



LE DÉPARTEMENT

ÉDITORIAL	5
INTRODUCTION	9
ETAT DES LIEUX	13
■ DÉMOGRAPHIE, RESSOURCES ET ACCES AUX SOINS	14
■ SITUATION DES PERSONNES HANDICAPÉES	20
• Les différentes approches du nombre de personnes en situation de handicap	
• L'activité de la MDPH : marqueur des attentes et des besoins des personnes handicapées	
• La prestation de compensation du handicap	
• La prise en compte des enfants handicapés	
• L'emploi des personnes handicapées	
• L'offre médico-sociale en faveur des adultes handicapés	
• Les personnes handicapées vieillissantes	
■ SITUATION DES PERSONNES ÂGÉES	31
• La population âgée et son évolution	
• Les modes d'habitat des personnes âgées	
• Les personnes âgées dépendantes	
• Les bénéficiaires de l'APA	
• Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de troubles apparentés	
• L'offre médico-sociale en faveur des personnes âgées	
• Les besoins de création de places nouvelles	
• De nombreuses actions en faveur des personnes âgées	
ORIENTATIONS STRATÉGIQUES ET AXES D'INTERVENTIONS	51
■ ORIENTATION 1 : FAVORISER L'EXERCICE DES DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES : ACCÈS À L'INFORMATION, CITOYENNETÉ, DIGNITÉ ET SÉCURITÉ	52
• Axe 1 Améliorer l'accès à l'information	
• Axe 2 Permettre aux personnes d'être acteurs de leur citoyenneté	
• Axe 3 Favoriser l'expression des usagers du secteur médico-social	
• Axe 4 Prévenir et traiter les situations de maltraitance	
■ ORIENTATION 2 : RÉPONDRE À LA DIVERSITÉ DES SITUATIONS ET DES PROJETS DE VIE DES PERSONNES	56
• Axe 1 Contribuer à l'épanouissement des enfants handicapés	
• Axe 2 Favoriser l'accès à l'emploi des personnes handicapées	
• Axe 3 Adapter l'environnement à la prévention de la perte d'autonomie ou son aggravation	
• Axe 4 Proposer une assistance complète et diversifiée aux personnes vivant à domicile et à leurs proches	
• Axe 5 Proposer des alternatives à l'accueil en établissement	
• Axe 6 Répondre aux besoins spécifiques des malades d'Alzheimer et des personnes handicapées vieillissantes	
■ ORIENTATION 3 : ACCOMPAGNER LES ACTEURS DU HANDICAP ET DE LA PERTE D'AUTONOMIE DANS UNE AMÉLIORATION CONTINUE DE LEURS PRESTATIONS	67
• Axe 1 Développer l'information et la formation des acteurs	
• Axe 2 Renforcer la coordination des acteurs sanitaires et médico-sociaux	
• Axe 3 Promouvoir une offre de service de qualité et adaptée aux besoins	
LA MISE EN ŒUVRE DU SCHÉMA 2012-2016	73
GLOSSAIRE	75

Éditorial

Didier GUILLAUME,
Président du Conseil général
de la Drôme
Vice-président du Sénat

Alain GENTHON,
Vice-président chargé du social,
de la santé et des solidarités
humaines

Éditorial

L'action du Département de la Drôme en faveur des seniors et des personnes handicapées s'inscrit dans une démarche volontaire faite de solidarité et de proximité. Elle s'adresse aux 116 000 Drômois de plus de 60 ans et aux 30 000 personnes en situation de handicap en les reconnaissant dans leur diversité. Certaines sont actives, dynamiques et impliquées dans la vie économique, sociale et culturelle de notre département. D'autres perdent peu à peu leur autonomie. Le Département est là également lorsque survient la dépendance.

Avec ce nouveau schéma d'action pour les 5 années à venir, notre priorité aujourd'hui reste d'aider les Drômois les plus fragiles à vivre dignement dans un environnement sûr, adapté et accueillant.

Un environnement sûr... C'est accompagner et soutenir les aidants familiaux et professionnels, adapter les logements, proposer la téléassistance et repérer les signes de la maltraitance.

Un environnement adapté... C'est prévenir les effets du vieillissement, éviter l'isolement, dépister précocement les handicaps... C'est proposer des solutions simples et innovantes pour répondre quotidiennement à la diversité des personnes, à la pluralité de leurs besoins et de leurs projets de vie.

Un environnement accueillant... C'est permettre l'appropriation de l'espace public et la participation citoyenne par un accès facilité, une information claire et des droits respectés.

Pour vivre ensemble les différences.

Didier GUILLAUME,
Président du Conseil général
de la Drôme
Vice-président du Sénat

Alain GENTHON,
Vice-président chargé
du social, de la santé
et des solidarités
humaines

Introduction

Contexte

Méthode

Les schémas en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées, rédigés en 2005, ont fait l'objet d'une évaluation partenariale, réalisée dans un esprit de concertation et de transversalité.

Les travaux préparatoires au nouveau schéma ont été conduits par un comité de pilotage présidé par Alain GENTHON, Vice-président du Conseil général chargé du social, de la santé et des solidarités humaines. Ce comité, composé de représentants du Département, de l'État, de l'ARS, de la CARSAT, de la MSA, du Collectif Drôme handicap, du CODERPA et du directeur de la MDPH, s'est réuni à toutes les étapes importantes de l'élaboration du schéma :

- lancement de la démarche et des travaux de bilan des schémas en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées de 2005
- validation du bilan et organisation des ateliers de réflexion
- analyse des propositions des ateliers
- validation du projet de schéma.

Le comité continuera à suivre régulièrement la mise en œuvre du nouveau schéma.

■ CONTEXTE

L'environnement législatif concernant l'accompagnement et la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées a considérablement évolué depuis 2005.

La loi du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », a créé les MDPH et instauré une prestation nouvelle destinée à compenser le handicap (PCH). Cette loi renforce également le principe de l'intégration des personnes handicapées dans la vie sociale.

La loi du 05 mars 2007 réformant la protection juridique des majeurs limite les mesures de protection judiciaire aux seules personnes dont l'altération des facultés mentales ou physiques ne permet pas l'expression de la volonté, et crée la MASP (Mesure d'accompagnement social personnalisé) dont la mise en œuvre relève des Départements.

La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) du 21 juillet 2009, vise à rapprocher les secteurs sanitaire et médico-social et crée les Agences régionales de santé (ARS) en remplacement des DRASS et DDASS. La déclinaison territoriale des interventions de l'ARS a pour cadre les Territoires de Santé, dont le périmètre géographique diffère de celui des départements. La loi HPST induit également un nouveau mode de fonctionnement par appel à projet pour toute création ou restructuration d'établissement.

En parallèle de la création de l'ARS, la Révision générale des politiques publiques (RGPP) et la réorganisation des services déconcentrés de l'État ont transformé l'organisation et les prérogatives des principaux partenaires institutionnels du Département.

Enfin, la loi du 16 décembre 2010, de réforme des collectivités territoriales, a limité les marges de manœuvre financières de la Drôme à moins de 20% de son budget. Les déficits de l'État et de l'Assurance maladie obérant également leurs futures capacités d'interventions, le schéma a été élaboré dans un cadre financier contraint.

■ MÉTHODE

Les bilans des deux précédents schémas ainsi qu'un état des lieux précis, réalisé notamment par l'Observatoire départemental, ont servi de base à l'élaboration d'un nouveau schéma commun à l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées, le schéma départemental pour l'autonomie.

Ce nouveau schéma est le fruit des propositions de 9 ateliers de réflexion qui ont travaillé durant tout le quatrième trimestre 2011. Ils ont réuni 195 participants venus de tous horizons : membres du CDH, du CODERPA, gestionnaires d'établissements et services d'aide à domicile, organismes de tutelle, membres des services de l'Etat, de la Direction territoriale de l'ARS, du CDRPV, représentants des usagers, de la CARSAT, de la MSA, de la MDPH et du Département.

Cette logique partenariale sera préservée tout au long des 5 années de vie du nouveau schéma pour l'autonomie. En effet, si le schéma n'engage réglementairement que le seul Département, la réussite des actions qu'il prévoit ne sera possible qu'avec la participation de l'ensemble des partenaires et des professionnels concernés.

Ainsi, le Département a conçu les outils de sa mise en œuvre dans un esprit de coopération, de concertation et de transparence :

- comité de pilotage multi-partenarial
- groupe de travail bicéphale pour chacune des 36 actions du schéma. Le Département travaillera avec un partenaire spécialisé à partir d'une fiche action précise et partagée.
- évaluation et bilan annuels, état d'avancement et rendu-compte public

Le schéma départemental pour l'autonomie 2012 – 2016 se décline en 3 grandes orientations. La première concerne le respect des droits fondamentaux propres à tout individu, la seconde vise à améliorer les prestations rendues aux personnes âgées ou handicapées ainsi qu'à leurs proches, la troisième a pour but d'accompagner les établissements et les services dans leurs démarches d'amélioration de la qualité de leurs prestations.

État des lieux

Démographie, ressources et accès aux soins

Situation des personnes handicapées

Situation des personnes âgées

Démographie, ressources et accès aux soins

La Drôme couvre un territoire de 6 530 km². Avec une population de 482 101 habitants (estimation INSEE pour le 01/01/2009), sa densité de population moyenne est de 74 habitants/km², mais avec de fortes disparités entre l'axe rhodanien et l'arrière pays.

L'évolution de la population par tranches d'âge est la suivante :

Classes d'âge	01/01/2003	01/01/2009
0 - 4 ans	28 439	29 641
5 - 9 ans	28 172	30 692
10 - 14 ans	30 847	30 718
15 - 19 ans	29 394	29 452
20 - 24 ans	24 728	25 627
25 - 54 ans	183 982	187 343
55 - 59 ans	27 441	32 560
60 - 64 ans	21 691	29 772
65 - 74 ans	41 015	42 229
75 - 84 ans	28 133	31 900
85 ans et +	8 810	12 167
Ensemble	452 652	482 101

Source : STATISS – estimation INSEE

La population drômoise est plus âgée que la moyenne régionale ou nationale, même si les jeunes sont bien représentés :

	- de 20 ans	20 – 39 ans	40 – 64 ans	65 – 84 ans	85 ans et +
Drôme	25.10%	23.30%	33.70%	15.60%	2.40%
Rhône-Alpes	25.50%	26.30%	32.30%	13.80%	2.10%
France	24.60%	25.90%	32.80%	14.50%	2.30%

Source : INSEE – exploitation Observatoire régional de la santé (ORS RA)

L'indice de vieillissement de la population drômoise était en 2009 de 71,6 personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans, contre 62,2 en Rhône-Alpes et 67,9 en France. Ce même indice était de 66,7 en 2003. L'âge moyen d'un homme dans la Drôme est de 39 ans, contre 37 en Rhône-Alpes et 38 en France. Celui d'une femme est de 42 ans, contre respectivement 40 et 41 ans.

La Drôme vieillit, mais plutôt bien : l'espérance de vie à 65 ans était en 2008 de 18,9 années pour les hommes et 22,9 années pour les femmes, légèrement supérieure à la population de la région (18,6 et 22,7 années) ou de la France (18,2 et 22,3 années).

Les Drômois sont globalement moins aisés que l'ensemble des Rhônalpins : leurs revenus nets déclarés par foyer fiscal étaient en 2008 respectivement de 21 246 € et 24 070 €.

Le taux de chômage était de 10,2% au premier trimestre 2011, contre 8,3% en Rhône-Alpes.

Concernant les 3 principaux minima sociaux, la Drôme dépasse également les données régionales :

- RSA : 14 042 bénéficiaires en 2010, soit 5,6% des 25-64 ans, contre 3,9% en Rhône-Alpes,
- AAH : 6881 bénéficiaires en 2010, soit 2,5% des 25-64 ans, contre 2,1% en Rhône-Alpes,
- Allocations vieillesse : 4051 bénéficiaires, soit 4,7% des 65 ans et plus, contre 4,1% en Rhône-Alpes.

Dans son tableau de bord sur la santé en Drôme et en Ardèche (mars 2012), l'Observatoire régional de la santé (ORS RA) dresse pour la Drôme les principaux constats suivants.

4095 décès sont intervenus entre 2007 et 2009, soit 1007 décès pour 100 000 habitants contre un taux de 996 pour la région.

Ce taux baisse moins vite en Drôme que dans la région. En effet, sur cette même période, le taux de mortalité des personnes âgées de 75 ans et plus était de 8 377 pour 100 000 habitants, contre 8 319 pour 100 000 habitants en région. Comparé à la période 1991-1993, la mortalité de cette tranche d'âge a baissé de 20% chez les femmes et 19% chez les hommes, mais cette baisse était respectivement de 24% et 25% en région.

L'offre en établissement hospitalier de court séjour (2,9 lits pour 1000 habitants) est inférieure à la moyenne régionale (3,3 lits pour 1000 habitants), avec une baisse du nombre de lits depuis 10 ans mais corrélativement un développement de l'hospitalisation à domicile.

Le taux de recours aux urgences est plus élevé que pour la région (135 000 en 2010, en augmentation de 60% par rapport à 1998). Ceci bien que 10% des cantons drômois soient situés à plus de 30 minutes d'un service d'urgence,

La densité médicale plus faible que sur la région, voire très faible pour certaines spécialités comme la psychiatrie. En janvier 2011, la Drôme comptait 1376 médecins soit 288 pour 100 000 habitants alors que le taux régional est de 337 pour 10 000 habitants. 8 cantons du sud-est de la Drôme n'ont pas de dentiste.

La densité des autres professions de santé est proche des taux régionaux, voire supérieure pour les sages-femmes et infirmières libérales, mais avec de fortes disparités locales.

La population médicale est globalement plus âgée : 51% des généralistes a plus de 55 ans, contre 44% en Rhône-Alpes.

Les troubles mentaux constituaient en 2009 le deuxième motif de mise en invalidité, il était le premier motif en Rhône-Alpes.

Les affections psychiatriques constituent la cause première (38,1%) d'admission en affection longue durée chez les 15-24 ans.

Plus de 1000 personnes âgées ont fréquenté un des 3 centres de consultation mémoire. La maladie d'Alzheimer est diagnostiquée dans près de 35% des cas, d'autres démences dans plus de 23% des cas.

En matière d'accès aux soins de ville, l'Observatoire de la Drôme a dressé un état des lieux de la couverture territoriale des services de santé rendus par les médecins, les infirmières et les pharmacies, notamment dans les espaces ruraux.

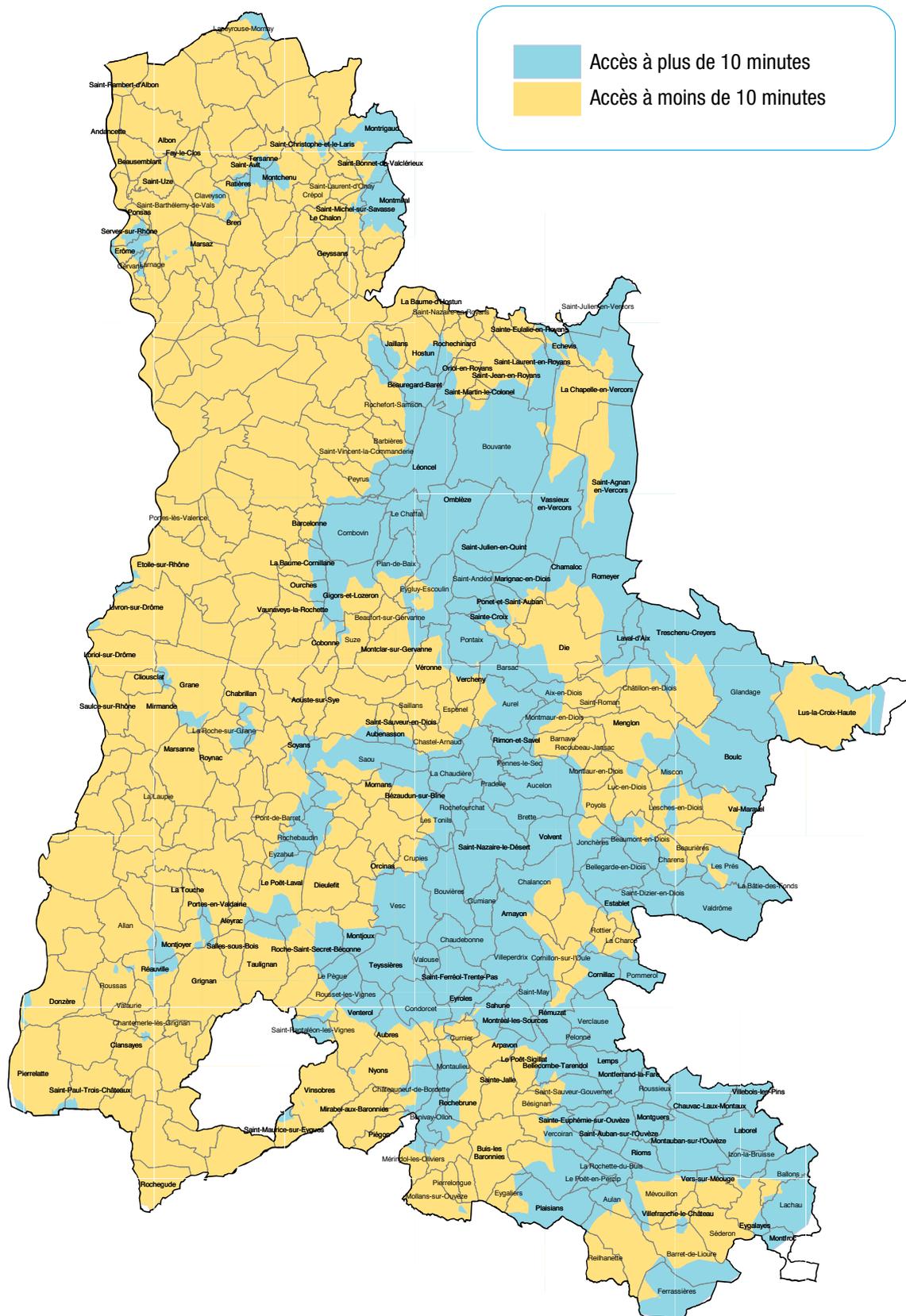
Les temps d'accès retenus ont été adaptés à partir de la proposition de loi visant à instaurer un nouveau pacte territorial déposée au Sénat à la mi-2011, notamment par M. Didier Guillaume. Ainsi, pour les 3 professions, un temps d'accès à 10 minutes soit la moitié du temps d'accès fixé par la proposition de loi à un service d'urgence et à une maternité.

La proximité d'un praticien (médecin ou infirmière) ou d'une pharmacie a non seulement des effets sur les conditions de vie des locaux mais pèse également dans les choix d'installation de nouveaux résidents qu'ils soient permanents ou occasionnels.

Les 4 cartes qui suivent laissent apparaître une vaste zone (en bleu sur les cartes) située à l'est du département composée de communes où le médecin généraliste, le pharmacien et les soins infirmiers sont situés à plus de 10 minutes d'accès par un véhicule individuel se déplaçant à une vitesse normée suivant le classement de la voirie (départementale 54 km/h, nationale 65 km/h, voie express 80 km/h).

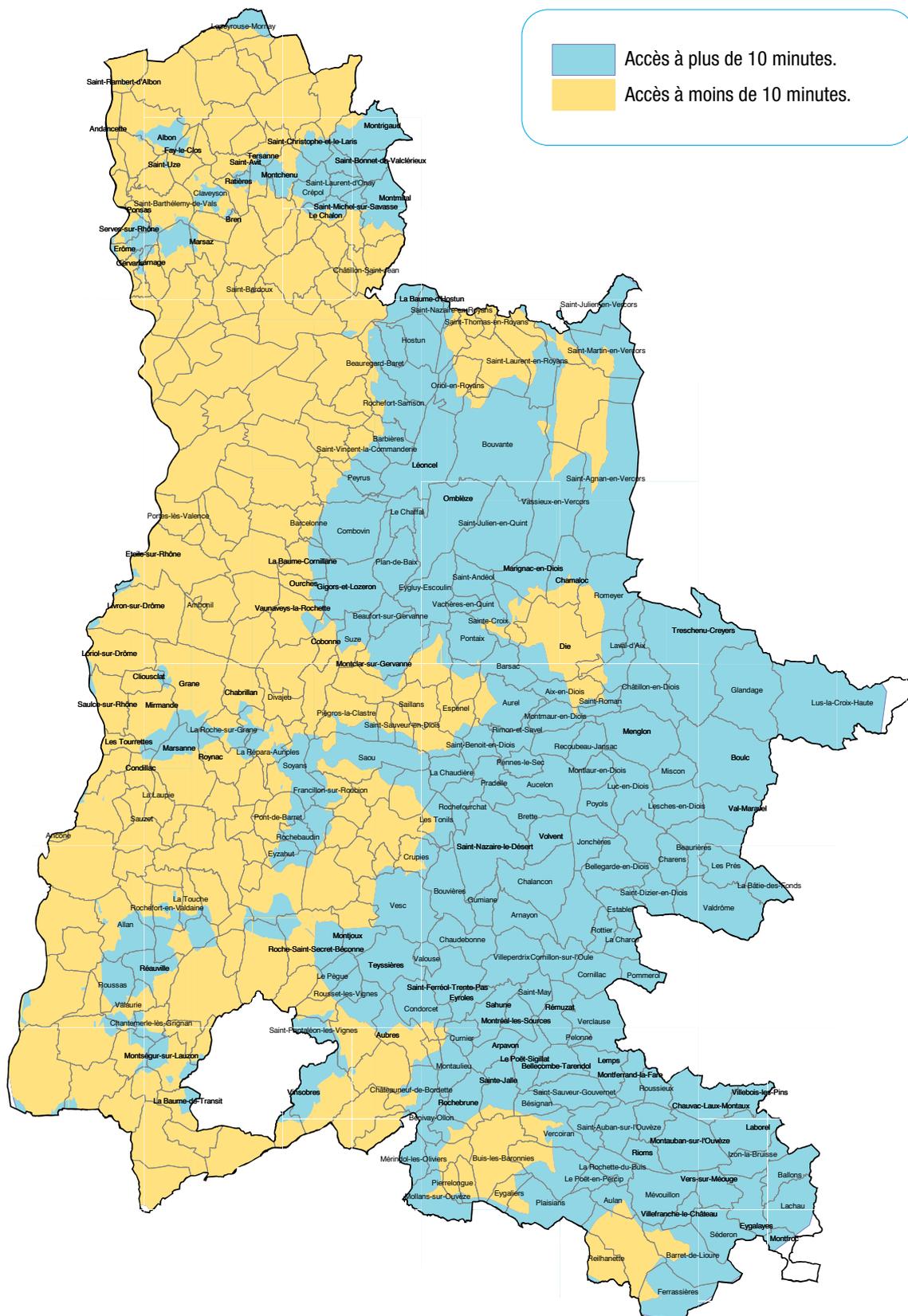
La dernière carte met en évidence les communes dans lesquelles se trouvent simultanément au moins une pharmacie, un médecin généraliste et une infirmière.

Communes drômoises ayant un temps d'accès > 10 minutes à un médecin généraliste



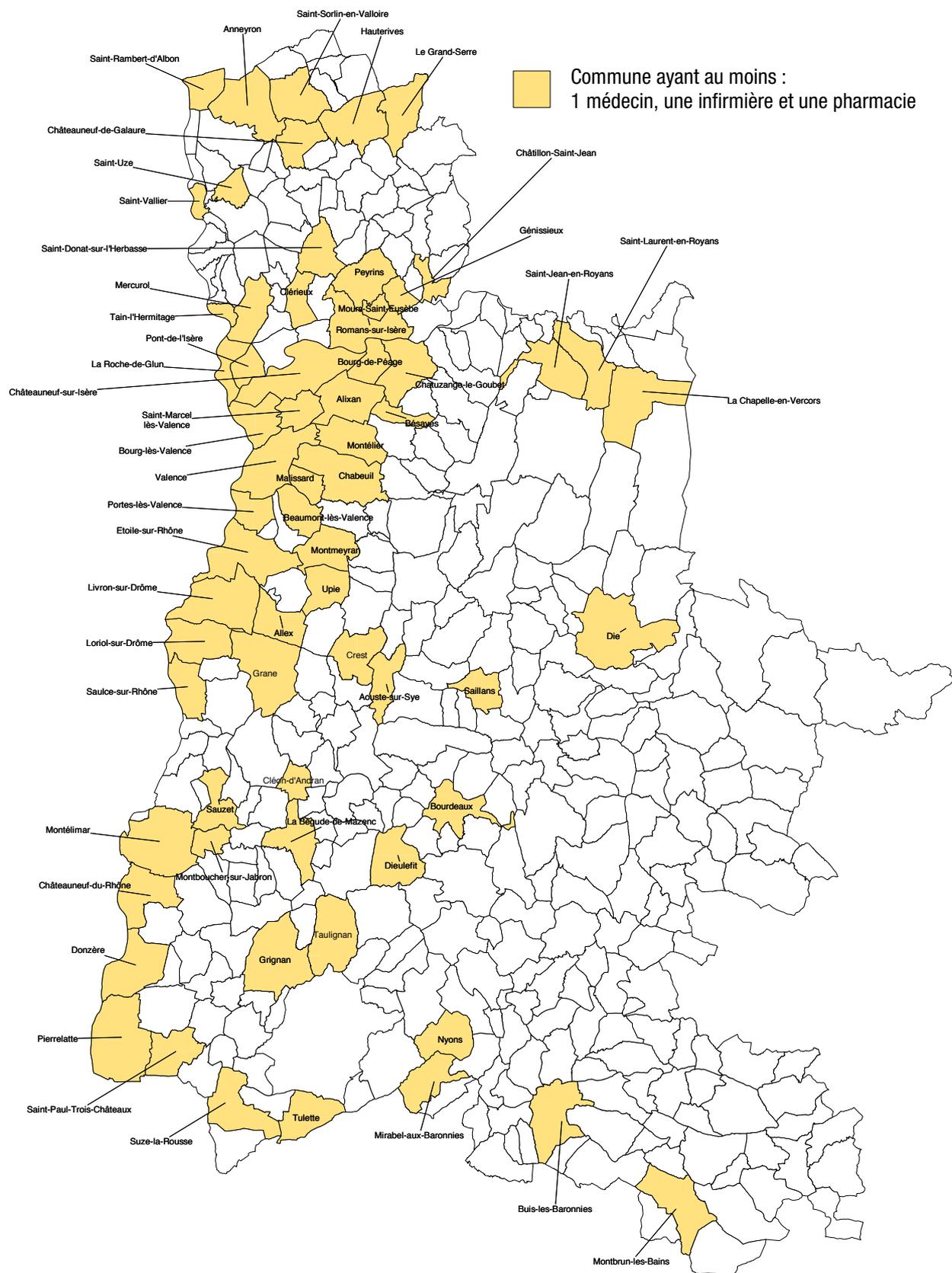
Source : Insee 2010, base permanente des équipements
Cartographie : C. BOYER - DSI/SED/Pôle SIG - Mise à jour le 15/12/2011

Communes drômoises ayant un temps d'accès > 10 minutes à un médecin et à une infirmière



Source : Insee 2010, base permanente des équipements
Cartographie : L. CLEMENT - DSI/SED/Pôle SIG - Mise à jour le 05/12/2011

Communes drômoises où la chaîne médicale est complète



Source : Insee 2010, base permanente des équipements
Cartographie : L. CLEMENT - DSI/SED/Pôle SIG - Mise à jour le 18/11/2011

Situation des personnes handicapées

■ PLUSIEURS APPROCHES DU NOMBRE DE PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP DANS LA DRÔME

La détermination du nombre exact de personnes en situation de handicap est difficile dans tous les départements. Cela est lié aux conditions complexes de mise en place des MDPH qui n'ont pas permis de disposer rapidement de données automatisées sur le nombre de personnes bénéficiaires. Par exemple, les informations provenant des rapports d'activité transmis chaque année concernant les COTOREP et les CDES ne donnaient qu'un nombre de mesures et non pas un nombre de personnes. De ce fait, et plus généralement, les données disponibles à la MDPH de la Drôme étaient structurées de manière à fournir des informations sur l'activité des instances (nombre de mesures etc.) et non pas sur le nombre de personnes concernées.

Également, la définition de « personne handicapée » peut être très variable. Comme l'indique l'INSEE, « Il n'y a pas de réponse univoque à la question « combien y a-t-il de personnes handicapées dans le département ? ». La notion même de handicap est une notion complexe qui rend difficile l'observation ou l'estimation du nombre de personnes handicapées.

Ainsi, 3 niveaux de définition peuvent être donnés :

- Si l'on retient une définition « administrative » stricte, à savoir *"Est en situation de handicap une personne qui bénéficie d'au moins une décision ou d'un avis positif de la CDAPH en cours (les droits sont ouverts)"*, le nombre des personnes handicapées est alors connu de manière très précise (ce sont les données internes détenues par la MDPH) :
29 213 Drômois à la fin novembre 2011, soit 6 % de la population.
- Mais on peut considérer qu'une partie des Drômois qui ont bénéficié d'une décision de la MDPH dans les 5 ans passés, même si elle n'est plus valable aujourd'hui (exemple : aménagement d'examen ou de concours pour cause de handicap), font également partie des Drômois en situation de handicap reconnus administrativement
Cela concerne 11 928 Drômois à la fin novembre 2011.
Il y aurait donc environ 40 000 Drômois en situation de handicap selon cette définition, soit 8 % de la population.
- Le handicap peut aussi être considéré plus largement (cf. ci-dessous).
Dans ces conditions, la population en situation de handicap est estimée à 75 000 personnes, soit de l'ordre de 15 % de la population.

UNE DÉFINITION LARGE DU HANDICAP

L'utilisation des résultats de l'enquête handicap-santé-ménages de 2008

Il s'agit d'une enquête nationale menée auprès de personnes vivant à domicile, et ne concernant donc pas les personnes vivant en institution. Cette enquête permet, d'une part, d'estimer la population handicapée correspondant à trois définitions du handicap et, d'autre part, le nombre de personnes concernées par une déficience.

Les définitions du handicap selon l'enquête sont les suivantes :

Le handicap ressenti : le fait de se sentir handicapé et de se déclarer comme tel, quelle que soit la nature du handicap. Cela peut concerner les personnes âgées dépendantes si elles ressentent un handicap.

Le handicap identifié : on considère que le handicap est identifié dès lors que la personne enquêtée déclare une impossibilité totale à effectuer une tâche courante (voir, parler, marcher, se souvenir...). Entrent aussi dans cette catégorie les personnes qui reçoivent une aide de tiers en raison de leur handicap, dont le logement a été aménagé spécialement ou qui utilisent une prothèse, un appareillage ou une autre aide technique. Cela peut concerner les personnes âgées dépendantes si elles identifient un handicap.

Le handicap reconnu recouvre diverses formes de reconnaissance administrative : allocations pour handicapés, pensions d'invalidité, rentes d'incapacité. Il concerne également les personnes ayant, de la part de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ou auparavant de la COTOREP (Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel), l'une des reconnaissances suivantes : orientation vers un établissement scolaire spécialisé, attribution du statut de travailleur handicapé ou d'un taux d'incapacité supérieur ou égal à 50 %. A noter : dans le handicap reconnu, ne sont pas comprises les personnes âgées dépendantes.

Estimation de la population drômoise concernée par chacune des situations de handicap

Source : Observatoire de la Drôme

	Drôme	% de population
Handicap ressenti	45 200	9.60%
Handicap identifié	44 300	9.40%
Handicap reconnu	37 200	7.90%
Une des trois formes au moins	75 400	16%

■ L'ACTIVITÉ DE LA MDPH : MARQUEUR DES ATTENTES ET DES BESOINS DES PERSONNES HANDICAPÉES

En 2011, la MDPH a accueilli 10 643 personnes dont près de 80% pour des demandes complexes nécessitant des compétences spécialisées et un espace de confidentialité.

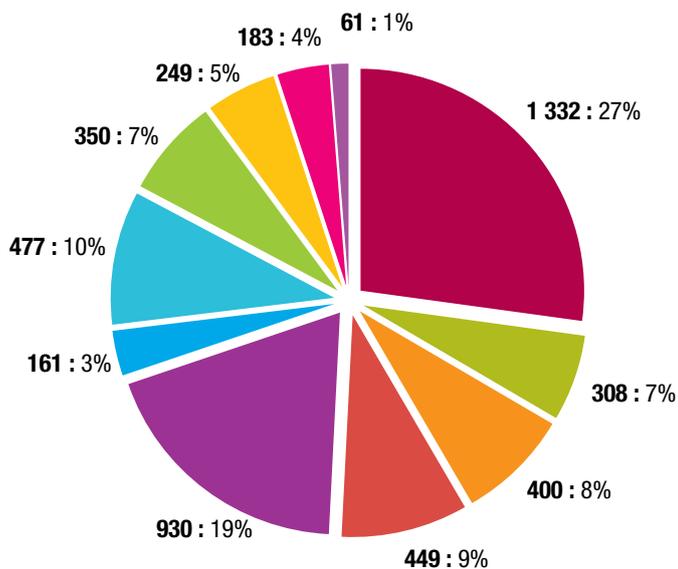
15 477 demandes téléphoniques ont également été traitées.

26 335 dossiers ont été étudiés, dont 21 435 concernant les adultes et 4900 les enfants.

Stock des demandes au 1^{er} janvier 2011	6 531
Taux d'évolution 2011/2010 du stock en %	26.90%
Total des demandes déposées en 2011	26 335
Nombre de personnes ayant déposé au moins une demande en 2011	11 793
Nombre moyen de demandes déposées par personne	2.2
Taux d'évolution 2011/2010 des demandes déposées en %	10.10%
Délai moyen de traitement des demandes en mois	5

Total des demandes enfant déposées en 2011

Total : 4 900 demandes

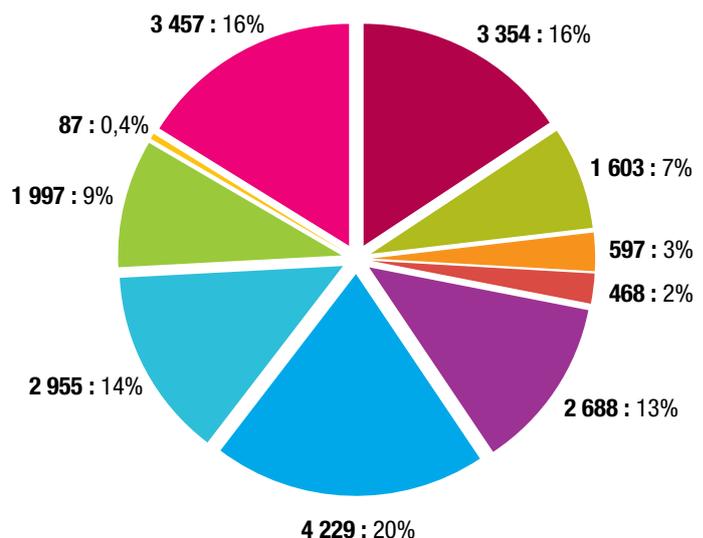


- Total AEEH
- Total Orientations en établissements
- Total Orientations en services
- Total orientations scolaires
- Auxiliaire de vie scolaire
- Avis de matériel pédagogique
- Avis de transport scolaire
- Total cartes de priorité et d'invalidité/mois 20 ans
- Carte de stationnement /moins de 20 ans
- Prestation de compensation /moins de 20 ans
- Maintien aménagement Creton

Source : MDPH de la Drôme

Total des demandes adulte déposées en 2011

Total : 21 435 demandes



- Total AAH
- Complément de ressource (CPR)
- Total Orientations en établissements
- Total Orientations en services
- Total Orientations professionnelles
- Total Cartes d'invalidité et de priorité
- Avis des cartes de stationnement
- Prestation de compensation (PCH)
- Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)
- Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)

Par ailleurs, la MDPH s'est dotée en 2011 du logiciel SPHYNX qui permettra, avec la collaboration des établissements et services médico-sociaux (ESMS), de connaître l'issue des orientations décidées par la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées). Cela permettra de mesurer le niveau de satisfaction des besoins, ainsi que les flux d'entrée/sortie dans les ESMS).

■ LA PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP

(Source : Observatoire de la Drôme)

La PCH, instaurée le 1^{er} janvier 2006 pour les adultes et le 1^{er} avril 2008 pour les enfants, constitue l'une des mesures phares visant à la concrétisation de la loi du 11 février 2005 *pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*.

La PCH est une prestation en nature qui est individualisée. Elle vise à financer les besoins de compensation des personnes au regard de leur projet de vie. Elle est versée par le Département.

La PCH se décompose en 5 « éléments » pouvant se traduire par une aide financière selon les besoins évalués :

- les « aides humaines » pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne,
- les « aides techniques » visant à compenser la perte d'autonomie (une prothèse auditive par exemple),
- « l'aménagement du logement, du véhicule et les surcoûts éventuels liés aux frais de transport » ,
- les charges spécifiques ou exceptionnelles,
- les aides animalières.

Pour être éligible à la PCH la personne doit avoir une difficulté absolue ou 2 difficultés graves parmi 19 activités (marcher, se laver, s'habiller...). Mais concernant l'aide humaine, l'évaluation porte uniquement sur 5 activités parmi les 19 activités.

Au 31/10/2011 le montant mensuel moyen accordé au titre des aides humaines est de 813€ (587€ pour les 1^{er} demandes et 1408€ pour les renouvellements).

Les aides humaines représentent 90% des dépenses de PCH. Ce sont les seules, avec les charges spécifiques (plafonnées à 100€/mois), à être versées mensuellement. Pour les autres éléments, ce sont des versements ponctuels.

L'évolution de cette demande dans la Drôme est la suivante :

PCH – Nombre d'individus ayant un dossier en cours (stock) au 31/12 de l'année

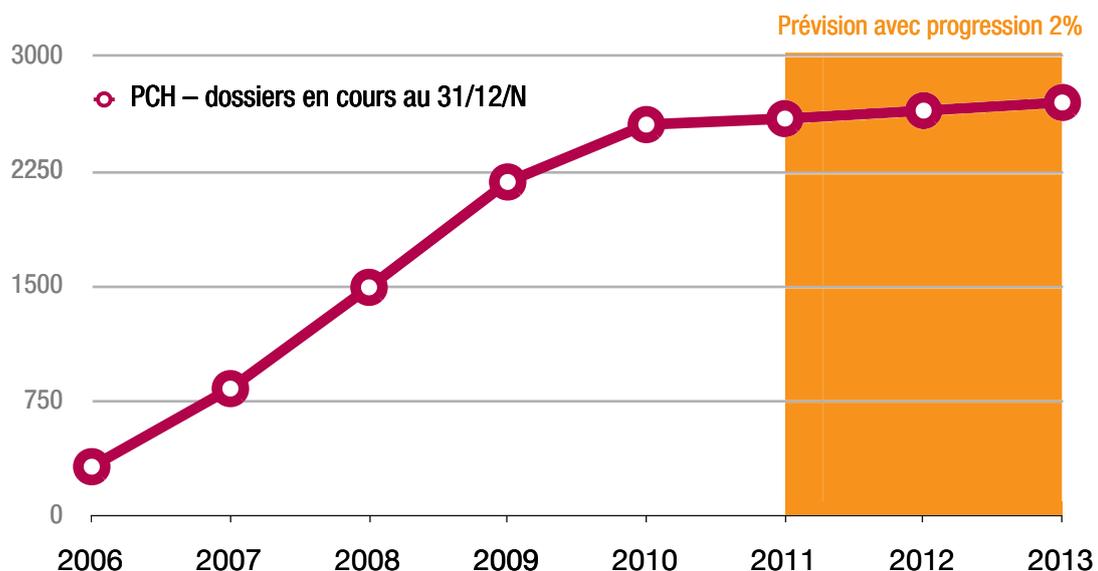
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Moins de 20 ans	11	24	38	90	113	121
de 20 à 60 ans	298	707	1259	1742	1975	1943
Plus de 60 ans	17	104	198	350	467	529
Inconnu	0	0	0	0	1	2
PCH – dossiers en cours au 31/12/N	326	835	1495	2182	2556	2595

Origine des dossiers IODAS / MDPH - actualisation au 23/01/2012

Le chiffre de décembre 2011 est à prendre avec précaution compte tenu de la possible rétroactivité de saisie.

Une prévision pour les années 2012 et 2013 a été réalisée en tenant compte d'une évolution de 2 % similaire à celle observée entre 2010 et 2011 : elle aboutit à 2647 bénéficiaires fin 2012 et 2700 fin 2013.

Évolution du nombre d'individus ayant un dossier en cours au 31/12 (prévision pour 2012 et 2013)



Source : Observatoire de la Drôme

■ LA PRISE EN COMPTE DES ENFANTS HANDICAPÉS

En matière de dépistage du handicap, les bilans de santé des enfants de 3-4 ans réalisés par la Protection maternelle et infantile dans les écoles maternelles sont l'occasion de dépister les handicaps. Les CAMSP, qui ont été renforcés, s'impliquent dans le diagnostic et l'information des parents. Le Département dispose cependant d'une offre de CAMSP nettement inférieure aux ratios nationaux. Le dépistage des troubles du langage et des apprentissages durant la scolarisation devrait être renforcé.

Concernant la scolarisation des enfants handicapés, la loi du 11 février a introduit une mutation importante en posant le principe de l'intégration des enfants en milieu ordinaire.

Données relatives à l'année scolaire 2010/2011 :

- 2524 élèves avec Plan personnalisé de scolarisation (PPS)
- 321 AVS (Auxiliaires de vie scolaire) individuels pour plus de 525 élèves (contre 110 élèves en 2007)
- 48 AVS Collectifs développés dans les 31 CLIS et 16 ULIS du département
- 11 référents de scolarisation

L'accessibilité des locaux au handicap moteur et sensoriel a largement progressé depuis 2005. L'aide humaine dans les déplacements s'effectue dans les collèges et lycées dotés d'ULIS par le biais d'auxiliaires de vie scolaire employées à titre collectif.

La sortie du milieu scolaire vers le milieu professionnel ou de formation demeure une étape difficile pour de nombreux jeunes, même si des dispositifs d'accompagnement comme VIV'ACT existent.

Les décisions prises par la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) en 2011 ont été les suivantes :

Type de demandes	Total des demandes déposées en 2011	Total des décisions en 2011	Accords	Refus/rejets
Total AEEH (Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé)	1 332	2 006	1 749	257
Orientations en établissements : IME (Institut Médico-Éducatif)	204	186	186	
Orientations en établissements : IEM (Institut d'Éducation Motrice)	7	5	5	
Orientations en établissements : ITEP (Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique)	97	97	96	1
Autres orientations en établissements				
Total Orientations en Etablissements	308	288	287	1
Orientations en services : SESSAD (Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile)	315	321	313	8
Autres orientations en services	793	782	773	9
Total Orientations en Services	1 108	1 103	1 086	17
Orientations scolaires : CLIS (Classe d'Intégration Scolaire)	420	398	398	
Orientations scolaires : ULIS (Unité Localisée pour l'Insertion Scolaire)				
Autres orientations scolaires	29	23	23	
Total orientations scolaires	449	421	421	0
Total Orientations en Etablissements et en Services (y compris orientations scolaires)	1 865	1 812	1 794	18
Auxiliaire de vie scolaire	930	891	826	65
Avis de matériel pédagogique	161	159	148	11
Avis de transport scolaire	477	415	300	115
Carte d'invalidité /moins de 20 ans	350	345	229	116
Carte de priorité /moins de 20 ans				
Carte de stationnement /moins de 20 ans	249	229	180	49
Prestation de compensation /moins de 20 ans	183	167	75	92
Maintien amendement Creton	555	564	558	6
Total	6 102	6 588	5 859	729

Source : MDPH de la Drôme

L'offre médico-sociale a été renforcée et adaptée ces dernières années. La Drôme dispose d'un taux d'équipement en établissements pour enfants handicapés de 7 places pour 1000 jeunes de moins de 20 ans, contre 6,5 au niveau régional et 6,6 au niveau national. Il en est de même pour les SESSAD (Services d'éducation spécialisée et de soins à domicile), avec des taux qui sont respectivement de 3,4, 2,6 et 2,6.

Évolution du nombre de places dans la Drôme

ETABLISSEMENTS	2005	2010	création de places de 2005 à 2010	taux d'évolution
SESSAD	305	415	110	36.00%
CAMSP	150	160	10	6.67%
IME	530	510	-20	-4.90%
Etabl. pour enfants polyhandicapés	119	95	-24	-20.16%
ITEP	120	147	27	22.50%

Source : DT ARS de la Drôme

Nombre de places et taux pour 1000 jeunes de moins de 20 ans au 01/01/2011

Déficiences	Rhône-Alpes	Drôme	France Métrop.
Déficients intellectuels	5 262 3.3	483 4	58 794 3.83
Polyhandicapés	790 0.5	84 0.69	7 868 0.51
Déficients psychiques	2 302 1.46	147 1.21	16 162 1.1
Déficients moteurs	701 0.44	20 0.16	7 118 0.46
Déficients sensoriels	594 0.38	74 0.61	7 072 0.46
Autres déficiences (1)	549 0.35	31 0.26	4 896 0.32

1) Maladies invalidantes de longue durée, épilepsies, troubles psychopathologiques ...

Source : STATISS 2011

A noter cependant que certains établissements accueillent une part importante d'enfants non drômois.

L'accès pour les jeunes adultes à un ESMS pour adultes handicapés demeure difficile : l'ARS (Agence régionale de santé) a recensé 90 jeunes adultes en « amendement CRETON » accueillis dans les établissements drômois pour enfants et en attente d'admission dans un établissement pour adultes. 47 d'entre eux sont en attente d'admission en foyer d'hébergement ou foyer de vie, 23 en foyer d'accueil médicalisé, 32 en maison d'accueil spécialisé, 20 en ESAT.

Cependant, seuls 10% d'entre eux relèvent de l'aide sociale départementale. Les autres jeunes sont donc originaires d'autres départements qui restent leur « domicile de secours » ou disposent d'une orientation vers des établissements de seule compétence ARS, comme les MAS (Maisons d'accueil spécialisé).

En 2010, la MDPH a mené une enquête sur les orientations non satisfaites :

Du 01 Janvier 2006 au 31 Décembre 2008, 1756 orientations vers les établissements et services médico-sociaux ont été prises par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées de la Drôme : 1413 sont/ont été(es) effectives (80 %), 343 sont non effectives (20 %).

	Nombre d'orientations	Orientations non effectives	% des personnes qui déclarent être à la recherche d'une place
Enfants polyhandicapés	29	16	55%
TED	15	3	11%
IME DI léger	378	33	9%
IME DI moyen-profond	347	34	10%
IME déficient moteur	6	0	0%
IME déficience auditive	37	4	11%
IME déficience visuelle	4	0	0%
IEM-SEM	30	15	50%
ITEP	279	77	28%
SESSAD DI	300	48	16%
SSEFIS	33	22	67%
SESSAD-HM	80	17	21%
SAFEP-SAAAIS	46	12	26%
SESSAD TLA	22	11	50%
SESSAD TC	151	51	34%

NB : L' ARS et l'Inspection Académique

- rappellent les limites méthodologiques de cette enquête ;
- ont pris note des données et des problématiques mises en évidence ;
- ne se considèrent pas, pour l'élaboration de leurs politiques en ce domaine, engagées par les conclusions de l'enquête.

■ L'EMPLOI DES PERSONNES HANDICAPÉES

La loi du 11 février 2005 a renforcé l'obligation d'emploi des personnes handicapées par une augmentation des cotisations à l'AGEFIPH (Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées) ou au FIPHP (Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique).

Malgré ses effets, le nombre de demandeurs d'emplois handicapés reste élevé. L'observatoire régional de l'emploi des personnes handicapées du CRDI (Centre de Ressources, de Développement et d'Informations pour l'emploi des personnes handicapées) fait ainsi état pour la Drôme, entre 2007 et 2010 :

- d'une progression du nombre de décisions de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), qui est passé de 2230 à 2803 ;
- d'une évolution du nombre de demandeurs d'emplois (de catégorie A, B ou C) de 2040 à 2471, mais leur part dans l'ensemble de la demande d'emploi est passée de 8,8% à 7,1% ;
- d'une augmentation du nombre de salariés handicapés en emploi direct, de 1642 à 2266 dans le secteur privé et de 575 à 749 dans le secteur public. Les taux d'emploi direct sont ainsi passés dans le privé de 3,4% à 3,9% des effectifs, et dans le public de 3,5% à 4,4% ;

- d'une réduction du nombre d'établissements assujettis à l'obligation d'emploi qui ne font qu'acquitter la contribution financière : de 119 à 41 pour le secteur privé, de 20 à 15 pour le secteur public ;
- d'un nombre « d'unités bénéficiaires manquantes » compensées par les contributions à l'AGEFIPH ou au FIPHP qui est passé de 1001 à 1099 pour le secteur privé, et de 372 à 262 pour le secteur public.

Les acteurs drômois de l'insertion professionnelle des personnes handicapées bénéficient d'une forte dynamique de coopération qui améliore leur efficacité.

La lisibilité de l'offre de service du secteur médico-social par les acteurs économiques « classiques » reste à améliorer.

Avec 980 places d'ESAT (Établissement et service d'aide par le travail), la Drôme dispose d'un taux d'équipement de 4 places pour 1000 habitants de 20 à 59 ans, supérieur au taux régional (3,3) et national (3,4). Malgré cela, les listes d'attentes sont importantes.

■ L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE EN FAVEUR DES ADULTES HANDICAPÉS

D'une manière générale, les décisions d'orientation prises par la CDAPH en 2011 en faveur des personnes handicapées ont été les suivantes :

Type de demande	Total des demandes déposées en 2011	Total des décisions 2011	Accords	Refus
Orientations en établissements : Foyer de vie/Foyers occupationnels	188	219	211	8
Orientations en établissements : FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé)	97	97	91	6
Orientations en établissements : MAS (Maison d'Accueil Médicalisé)	71	81	79	2
Orientations en établissements : Foyers d'hébergement	241	263	253	10
Total Orientations en établissements	597	660	634	26
Orientations en services : SAMSAH	50	50	47	3
Orientations en services : SAVS	418	445	411	34
Total Orientations en services	468	495	458	37
Orientation professionnelle : orientation vers le milieu protégé (ESAT)	480	505	460	45
Orientation professionnelle : orientation vers le milieu ordinaire	2 208	1 860	1 805	55
Total Orientations professionnelles	2 688	2 365	2 265	100

Source : MDPH de la Drôme

Ces dernières années ont connu un fort développement de la capacité d'accueil des adultes handicapés :

ETABLISSEMENTS	2005	2011 et début 2012	création de places de 2005 à début 2012	taux d'évolution
Compétence Département				
Foyers de vie	341	457.5	116.5	34.20%
Foyers d'hébergement	357	374	17	4,80%
Foyers appartements	124	138	14	11.30%
Foyers de jour	83	85	2	2.40%
Placement Familial	57	60	3	5.30%
SAVS (Service d'accompagnement à la vie sociale)	245	349	104	42.44%
Structures expérimentales	0	80	80	-
TOTAL	1207	1543.5	336.5	27.87%
Compétence conjointe ARS/Département				
FAM (Foyer d'accueil médicalisé)	137	202	65	47.44%
SAMSAH expérimental (Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés)	27	35	8	29.62%
Compétence ARS				
MAS (Maison d'accueil spécialisé)	266	351	85	31.95%
ESAT	930	980	50	5.38%
SSIAD (Service de soins infirmiers à domicile)	15	43	28	186%

Source : Département et DT ARS

Cette offre s'est également diversifiée, à la fois dans les types de réponses (accueil temporaire, logements adaptés...) et en s'adressant à de nouveaux publics (handicapés psychiques, personnes cérébro lésées).

Le taux d'équipement d'hébergement (Maisons d'accueil spécialisées + Foyers d'accueil médicalisé + Foyers de vie + Foyers d'hébergement + Foyers polyvalents) est dans la Drôme de 6,2 places pour 1 000 adultes âgés de 20 à 59 ans, contre 4,5 en Rhône-Alpes et 3,9 en France (source : STATISS 2011).

Toutefois, comme pour les enfants handicapés, il convient de tenir compte de l'importante proportion de non-drômois accueillis dans les établissements du département.

L'enquête menée par la MDPH en 2009 met en évidence des orientations décidées entre 2002 et 2007 qui demeuraient non satisfaites :

	Nombre d'orientations	Orientations non effectives	% des personnes qui déclarent être à la recherche d'une place	Personnes en attente de place
MAS	155	92	47%	44
FAM	249	77	41%	32
Foyer de vie	304	159	39%	62
Foyer hébergement	436	125	42%	53
SAVS	537	243	43%	104
ESAT	635	421	51%	215

Source : MDPH

■ LES PERSONNES HANDICAPÉES VIEILLISSANTES

Selon la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) :

« Une personne handicapée vieillissante est une personne qui a entamé ou connu sa situation de handicap, quelle qu'en soit la nature ou la cause, avant de connaître par surcroît les effets du vieillissement. Ces effets consistent, plus ou moins tardivement en fonction des personnes, en l'apparition simultanée :

- D'une baisse supplémentaire des capacités fonctionnelles déjà altérées du fait du handicap ;
- D'une augmentation du taux de survenue des maladies liées à l'âge, maladies dégénératives et maladies métaboliques, pouvant aggraver les altérations de fonction déjà présentes ou en occasionner de nouvelles ;
- Mais aussi d'une évolution de leurs attentes dans le cadre d'une nouvelle étape de vie, sachant que les modalités d'expression de ces attentes seront très variables en fonction des personnes et de la situation de handicap dans laquelle elles se trouvent.

Le tout pouvant se conjuguer jusqu'à entraîner une réduction du champ des activités notamment sociales, que cette réduction soit d'origine personnelle (capacité ou liée à une modification des attentes) ou environnementales (liée aux possibilités offertes par l'environnement et ses éventuelles évolutions). Cette définition impose une prise en compte du vieillissement comme phénomène individuel, influencé par l'histoire et l'environnement de la personne, se traduisant en termes de perte d'autonomie. »

La Drôme retient comme critère d'âge celui de 50 ans ou plus.

Conformément au schéma de 2005, la Drôme a mené en 2007/2008 une réflexion visant à recenser les personnes handicapées vieillissantes et à formaliser des préconisations pour répondre aux besoins de cette population croissante.

Plus de 260 personnes concernées étaient accueillies ou accompagnées par les établissements et services drômois, aux profils et aux besoins divers et évolutifs.

Huit préconisations ont été émises :

- Proposer une offre diversifiée permettant de répondre à la diversité des situations et à leurs évolutions.
- Organiser un accompagnement des personnes permettant de repérer d'éventuelles dégradations de leur situation.
- Dans la mesure du possible, veiller à préserver le cadre relationnel de la personne par des réponses géographiquement proches de son lieu de vie antérieur. Notamment pour les personnes issues du travail protégé, qui constituait pour elles un cadre structurant, organiser une transition progressive.
- Dans tout projet de réponse aux personnes handicapées vieillissantes, intégrer la dimension « soins » et proposer un accompagnement adapté au public visé.
- Promouvoir la création de petites unités de vie adossées à des EHPAD ou des établissements pour Personnes Handicapées, et réparties sur l'ensemble de la Drôme.
- Pour favoriser le maintien à domicile, prévoir des foyers- appartements « renforcés », des SAVS « renforcés » ou des SAMSAH.
- Traiter les situations de handicapés psychiques au cas par cas, en prévoyant et formalisant la coordination des interventions du secteur médico-social avec le secteur psychiatrique.
- Étudier avec la CDAPH la possibilité d'émettre des avis ou orientations spécifiques aux personnes handicapées vieillissantes.

Trois types de prises en charges des personnes handicapées vieillissantes sont proposées :

- la création de petites unités spécifiques adossées à des établissements pour adultes handicapés,
- la création de petites unités spécifiques adossées à des établissements pour personnes âgées,
- un accompagnement renforcé pour permettre le maintien à domicile.

Un appel à candidature lancé par le Département et la DDASS (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales) a permis l'ouverture fin 2011 d'un FAM de 12 places adossé à un foyer de vie de 36 places à Mours St Eusèbe. Un second projet de FAM adossé au Foyer de vie Clair Matin à La Motte Chalancon est en projet. D'autres établissements, comme La Providence dans le Royans ou la Croix-Rouge dans le Diois, ont adapté leur offre d'accueil au vieillissement de certains de leurs résidents.

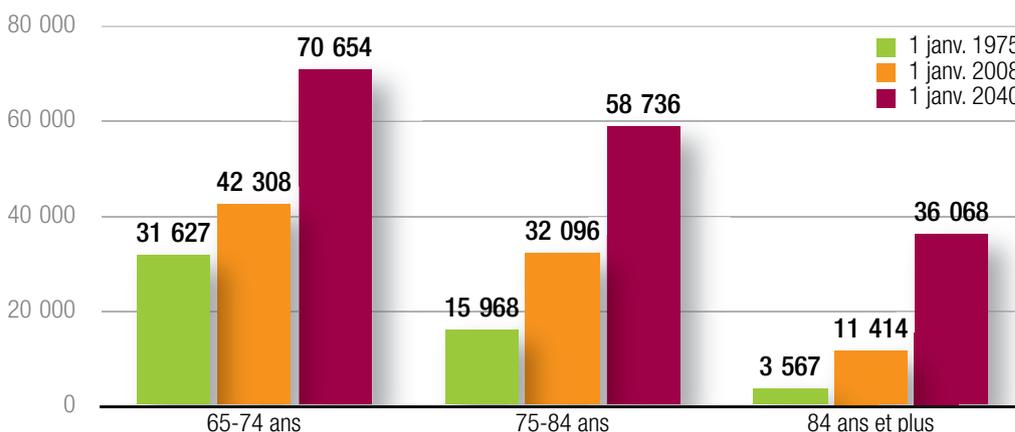
la situation des personnes âgées

■ LA POPULATION ÂGÉE ET SON ÉVOLUTION

(Source : Tableau de bord sur la santé en Drôme et en Ardèche (mars 2012)
de l'Observatoire régional de la santé).

- La Drôme comptait au 1er janvier 2009, 116 068 personnes âgées de 60 ans et plus, soit 24% de sa population.
- La part des personnes âgées de 75 à 84 ans (6,7%) et de 85 ans et plus (2,4%) est supérieure aux ratios régionaux (6,0% et 2,1%) et nationaux (6,4% et 2,3%).
- De 1975 à 2008, la part des personnes âgées de 65 à 74 ans a progressé de 34%, celle des 75 à 84 ans a doublé, et celle des 85 ans et plus a été multipliée par 3,2.
- Cette tendance va se poursuivre : les projections OMPHALE de l'INSEE prévoit pour 2040 une augmentation de 67% des 65 – 74 ans, 83% des 75 – 84 ans et 216% des 85 ans et plus.

Évolution du nombre de personnes âgées par tranche d'âge



Source : Observatoire de la Drôme

- La proportion de personnes âgées vivant en milieu rural augmente avec l'âge : elle était en 2008 de 31,5% pour les 65 – 74 ans, 33,1% pour les 75 – 84 ans et 34,8% pour les 85 ans et plus.
- Le vieillissement de la population s'accompagnant d'une augmentation des situations de veuvage, la part des personnes âgées de 65 ans et plus vivant seules est de 30,2%. Elle atteint 41,8% pour les 80 ans et plus.
- La part des retraités modestes est supérieure dans la Drôme que dans la région : 3,1% d'entre eux bénéficient du minimum vieillesse contre 2,7% en Rhône-Alpes et 42,7% ont des prestations portées au minimum (grâce aux cotisations volontaires des personnes concernées), contre 37,8% en Rhône-Alpes. Selon les secteurs géographiques, par exemple les territoires des CLIC, les revenus moyens peuvent différer de près de 2000 euros par an :

Part des plus de 60 ans dans la population et revenus moyens nets des pensions et retraites

CLIC	Part des 60 ans et plus dans la population en 2008 en %	Revenus moyens des pensions et retraites en 2009 en €
Bassin Montilien	24.2	18 853
Bassin Romans Royans Vercors	22.7	17 603
Diois	30.9	18 369
Drôme Nord	22.3	17 221
Grand Valentinois	23.0	19 159
Nyonsais Baronnies	33.2	18 443
Tricastin	23.5	18 757
Val de Drôme	23.5	18 055
Drôme	23.8	18 371
Rhône-Alpes	21.2	19 165
France métropolitaine	22.1	18 909

Sources : INSEE 2008 et DGI 2009

■ LES MODES D'HABITAT DES PERSONNES ÂGÉES DE LA DRÔME

Le Département et l'ADIL (Agence départementale d'information sur le logement) ont mené une étude sur l'habitat des personnes âgées dans la Drôme.

En 2006, près de 96 % des personnes de plus de 60 ans vivent dans un logement ordinaire dans la Drôme (soit 104 137 personnes). A partir de 85 ans et plus, ce ratio diminue et passe à 77,8 % pour la Drôme, ce qui représente 7 688 personnes vivant à domicile.

En 2006, 78 % des personnes de plus de 60 ans (soit 81 727 personnes) sont propriétaires dans la Drôme. Parmi les plus de 85 ans, cette proportion diminue à 70 %, soit 5 362 personnes.

La part des propriétaires diminue avec l'âge.

59 % des locataires de plus de 60 ans vivent dans le parc privé, ce qui représente 11 726 personnes, dont 1 274 ont plus de 85 ans.

Statut d'occupation et situation familiale des personnes âgées

Source : Fichier individus INSEE 2006

60-74 ans	Propriétaire		Locataire privé		Locataire HLM		Locataire privé ou HLM		Locataire ou sous locataire d'un logement loué meublé ou d'une chambre d'hôtel		Logé gratuitement		Total	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Homme seul	2 785	62%	984	22%	482	10%	1 466	32%	147	3%	120	3%	4 518	100%
Femme seule	6 234	64%	1 870	19%	1 303	13%	3 173	32%	85	1%	191	2%	9 683	100%
Couple sans enfant	36 198	88%	2 810	7%	1 804	4%	4 614	11%	125	0%	386	1%	41 323	100%
Couple avec enfant(s)	3 724	74%	494	10%	777	15%	1 271	25%	36	1%	24	0%	5 055	100%
Autre ménage sans famille	1 447	72%	290	14%	201	10%	491	24%	9	0%	69	4%	2 016	100%
Autre	3 100	78%	374	9%	438	11%	812	20%	41	1%	44	1%	3 997	100%
Total des 60-74 ans	53 488	80%	6 822	10%	5 005	8%	11 827	18%	443	1%	834	1%	66 592	100%

75-84 ans	Propriétaire		Locataire privé		Locataire HLM		Locataire privé ou HLM		Locataire ou sous locataire d'un logement loué meublé ou d'une chambre d'hôtel		Logé gratuitement		Total	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Homme seul	1 667	70%	359	15%	223	9%	582	24%	37	2%	99	4%	2 385	100%
Femme seule	5 752	64%	1 681	18%	1 163	13%	2 844	31%	81	1%	368	4%	9 045	100%
Couple sans enfant	12 291	84%	1 283	9%	722	5%	2 005	14%	49	0%	274	2%	14 619	100%
Couple avec enfant(s)	721	87%	28	4%	66	8%	94	12%	3	0%	8	1%	826	100%
Autre ménage sans famille	892	80%	132	12%	65	6%	197	18%	6	0%	18	2%	1 113	100%
Autre	1 554	83%	145	8%	121	7%	266	15%	6	0%	40	2%	1 866	100%
Total des 75-84 ans	22 877	77%	3 628	12%	2 360	8%	5 988	20%	182	0%	807	3%	29 854	100%

85 ans et plus	Propriétaire		Locataire privé		Locataire HLM		Locataire privé ou HLM		Locataire ou sous locataire d'un logement loué meublé ou d'une chambre d'hôtel		Logé gratuitement		Total	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Homme seul	452	64%	138	20%	67	10%	205	29%	15	2%	33	5%	705	100%
Femme seule	1 965	58%	792	23%	433	13%	1 225	36%	40	1%	183	5%	3 413	100%
Couple sans enfant	1 790	82%	224	11%	109	5%	333	15%	3	0%	49	2%	2 175	100%
Couple avec enfant(s)	78	85%	7	8%	6	7%	13	15%	0	0%	0	0%	91	100%
Autre ménage sans famille	322	72%	76	17%	20	5%	96	22%	0	0%	28	6%	446	100%
Autre	756	88%	38	4%	37	4%	75	9%	5	1%	24	3%	860	100%
Total des 85 ans et +	5 363	70%	1 275	17%	672	9%	1 947	25%	63	1%	317	4%	7 690	100%

Total des + de 60 ans	81 727	78%	11 726	11%	8 038	8%	19 762	19%	688	1%	1 958	2%	104 136	100%
------------------------------	---------------	------------	---------------	------------	--------------	-----------	---------------	------------	------------	-----------	--------------	-----------	----------------	-------------

L'importance de la « solitude » selon l'âge et le statut d'occupation

Age, statut d'occupation et structure familiale	Propriétaire					Locataire					Total				
	Seul		En couple		Total	Seul		En couple		Total	Seul		En couple		Total
	Nombre	%	Nombre	%		Nombre	%	Nombre	%		Nombre	%	Nombre	%	
60-74 ans	9 019	18%	39 922	82%	48 941	4 641	44%	5 885	56%	10 525	13 659	23%	45 807	77%	59 466
75-84 ans	7 419	36%	13 012	64%	20 431	3 426	62%	2 099	38%	5 525	10 845	42%	15 111	58%	25 957
85 ans et plus	2 417	56%	1 867	44%	4 284	1 430	81%	346	19%	1 776	3 847	63%	2 214	37%	6 060
Total des plus de 60 ans	18 855	26%	54 801	74%	73 656	9 497	53%	8 330	47%	17 826	28 351	31%	63 132	69%	91 483

Source : Fichier individu INSEE 2006

En 2006, 31 % des personnes de plus de 60 ans vivent seules, soit 28 351 personnes dans la Drôme. Parmi elles, 67 % sont propriétaires et 33 % sont locataires..

63 % des 85 ans et plus vivent seuls, soit 3 847. Parmi elles, 63 % sont propriétaires et 37 % sont locataires.

Année de construction des logements des propriétaires et des locataires de droit privé de plus de 55 ans

Propriétaires	Avant 1949		De 1949 à 1974		Avant 1975		De 1975 à 1989		1990 et après		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
55-64 ans	6 031	24%	4 998	20%	11 029	45%	10 274	41%	3 462	14%	24 765	100%
65-79 ans	8 688	30%	11 072	39%	19 760	69%	6 251	22%	2 576	9%	28 587	100%
80 ans et plus	4 677	33%	4 714	41%	9 391	81%	1 710	15%	485	4%	11 586	100%
Total des plus de 55 ans	19 396	30%	20 784	32%	40 180	62%	18 235	28%	6 523	10%	64 938	100%

Locataires du secteur privé	Avant 1949		De 1949 à 1974		Avant 1975		De 1975 à 1989		1990 et après		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
55-64 ans	1 791	38%	1 610	34%	3 402	73%	627	13%	652	14%	4 680	100%
65-79 ans	1 618	35%	1 816	39%	3 434	74%	591	13%	605	13%	4 630	100%
80 ans et plus	848	33%	1 044	41%	1 892	74%	342	13%	312	12%	2 546	100%
Total des plus de 55 ans	4 257	36%	4 470	38%	8 728	74%	1 560	13%	1 569	13%	11 856	100%

Total des plus de 55 ans	23 653	31%	25 254	33%	48 907	64%	19 795	25%	8 092	11%	76 794	100%
---------------------------------	---------------	------------	---------------	------------	---------------	------------	---------------	------------	--------------	------------	---------------	-------------

Source : Fichier individu INSEE 2006

En 2006, 64 % des ménages de plus de 55 ans occupent un logement ancien, antérieur à la réglementation thermique de 1975, soit 48 907 ménages drômois. Parmi eux, 18 % sont locataires du secteur privé, soit 8 728 ménages.

Pour les ménages de plus de 80 ans, 80 % occupent un logement ancien, construit avant 1975, soit 11 283 ménages et 17 % d'entre eux sont locataires du secteur privé, soit 1 892 ménages.

Les réponses actuelles à l'échelle du CLIC et du Département : les opérations « cœur de quartier »

CLIC	Nombre d'opérations	Nombre de logements	Dont nombre de logements adaptés	Ratio de logements adaptés pour 1000 résidences principales	Ration logements adaptés pour 1000 personnes de plus de 75 ans
Bassin Montilien	12	138	88	3.1	14.9
Bassin Romans Royans Vercors	26	388	253	6.1	28.8
Diois	2	21	21	3.4	11.8
Drôme Nord	13	229	151	6.6	31.4
Grand Valentinois	13	381	195	3.5	17.4
Nyonsais-Baronnies	2	47	13	1.2	4.1
Tricastin	10	156	101	5.2	27.1
Val de Drôme	11	151	114	6.1	27.7
Drôme	89	1 511	936	4.6	21.5

Source : Conseil général 26 et INSEE 2008

■ LES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

L'Observatoire de la Drôme a réalisé en 2011 une étude sur le nombre de personnes âgées dépendantes. Il s'est inspiré de l'enquête Handicap - Santé en ménages ordinaires (HSM) menée par la DREES et l'INSEE en 2008. Cette enquête envisage l'autonomie et la dépendance de manière plus large que l'enquête HID (Handicap, incapacités, dépendance) de 1998 en prenant en compte les incapacités rencontrées au quotidien ainsi que l'environnement social et physique dans lequel vivent ces personnes.

A partir des résultats de cette enquête, 4 profils d'autonomie ont été identifiés :

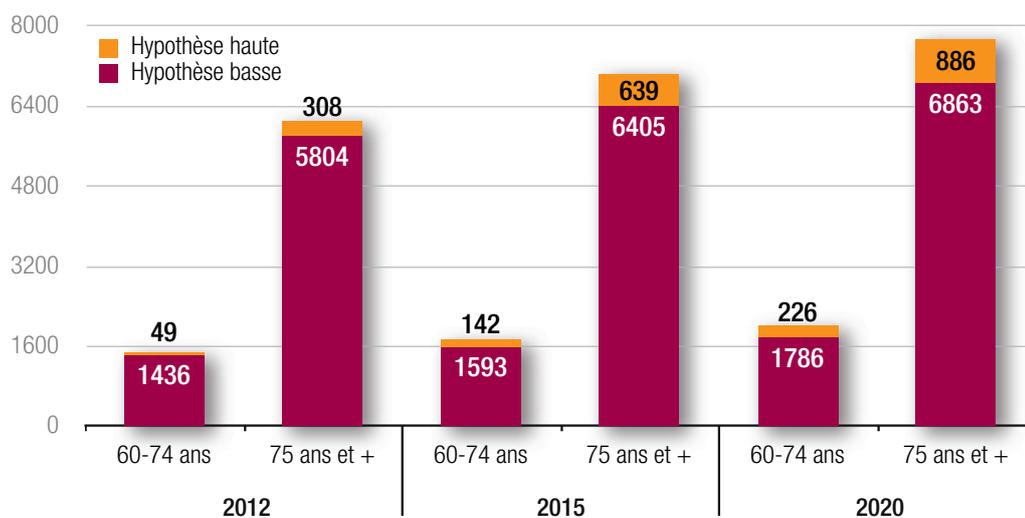
- Les personnes « autonomes » ne rencontrent généralement aucune difficulté dans la vie quotidienne et lorsqu'elles existent, ces difficultés sont peu marquées et plutôt isolées, sans conséquence déterminante sur l'autonomie ;
- Les personnes en situation d'« autonomie modérée » présentent des difficultés motrices (marcher, porter des charges ou se baisser/s'agenouiller), cognitives (problèmes de mémoire, liés aux nouveaux apprentissages et de comportement), ainsi que des difficultés pour réaliser certaines tâches de la vie courante (courses, ménage, démarches administratives). En revanche, elles ne rencontrent quasiment aucune restriction absolue dans les activités essentielles du quotidien ;
- Les personnes considérées comme « dépendantes » présentent les mêmes limitations que les personnes « modérément autonomes », mais avec une fréquence nettement plus élevée. Elles déclarent aussi des problèmes d'incontinence et rencontrent quelques difficultés sur des activités essentielles de la vie courante, comme se laver ou s'habiller ;
- Les personnes considérées comme « fortement dépendantes » présentent des difficultés majeures dans tous les domaines : limitations physiques et cognitives, difficultés fréquentes à réaliser des actes de la vie courante.

Le pourcentage de personnes classées dans les différents profils selon la tranche d'âge considérée sont les suivants :

- 17 % des personnes de 60 à 79 ans sont en perte d'autonomie dont un peu plus de 3 % en situation de dépendance.

En 2010, la population en perte d'autonomie dans la Drôme est estimée à 26 500 personnes, dont 19 800 modérément autonomes et 6 700 dépendants et fortement dépendants.

Évolution de la population âgée dépendante (GIR 1 à 4)



Source : Observatoire de la Drôme

■ LES BÉNÉFICIAIRES DE L'APA (Source : Observatoire de la Drôme)

Mise en place en 2002 (loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie), l'APA est versée par les Conseils généraux aux personnes âgées de 60 ans ou plus qui sont évaluées comme dépendantes d'après la grille AGGIR (Autonomie gérontologie groupe iso-ressources - le GIR mesure la perte d'autonomie), qu'elles vivent à leur domicile ou qu'elles résident en établissement. La grille AGGIR comprend 6 niveaux. Seuls les quatre premiers niveaux de cette grille ouvrent droit à l'APA (Gir 1, le plus dépendant, à Gir 4).

Cette prestation permet de financer en partie les différentes aides (humaines et techniques) auxquelles ces personnes ont recours pour compenser leurs difficultés dans la réalisation des actes de la vie quotidienne. Les aides humaines représentent la part la plus importante. Les aides techniques sont des aides pour le financement de la télé-assistance, de protections pour l'incontinence ou autres.

L'attribution de l'APA n'est pas soumise à conditions de ressources, mais le montant de la participation du bénéficiaire (somme restant à sa charge) dépend de ses revenus.

Montants des plans d'aide APA à domicile par GIR au mois de décembre

APA Domicile	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	TOTAL
Nombre de bénéficiaires	121	838	1 156	4 773	6 888
Montant moyen du Plan d'aide total	1 049,88	810.64	615.96	369.37	477.31
Montant moyen mensuel attribué	879.74	652.06	506.95	302.97	390.55
Part de l'APA dans le plan d'aide	83.80%	80.40%	84.30%	82%	81.80%

Dans le cas de l'APA à domicile, les bénéficiaires restent à leur domicile mais bénéficient d'une aide financière correspondant à un nombre d'heures en fonction de leur degré de perte d'autonomie et de ce dont chacun a besoin en fonction de son environnement (aides environnantes etc. sont prises en compte). C'est une aide personnalisée.

En établissement, toutes les personnes bénéficiaires de l'APA sont « girées » par le médecin coordonnateur de l'établissement. En fonction du GIR moyen pondéré et du pathos moyen pondéré (le pathos mesure les besoins en soins), les moyens du Conseil général et de l'ARS sont attribués sous forme d'enveloppe globale versée par douzième à chaque établissement.

Il est important de bien noter que le nombre de bénéficiaires de l'APA en établissement est directement lié au nombre de places en établissements dans la Drôme.

Approche pluriannuelle rétrospective et prospective

Nombre de bénéficiaires de l'APA fin de mois avec répartition domicile/établissement

Stock au	APA Domicile	APA Établissement	APA Domicile + Établissement (comptés uniquement en Établissement)	Total
31 décembre 2010	6 641	3 974	73	10 615
31 décembre 2011	6 888	4 104	63	10 992

Source : Direction des Solidarités / Observatoire – actualisation au 23/01/2012

En se fondant sur la relation étroite qui existe entre le nombre de personnes de 60 ans et plus et le nombre de bénéficiaires de l'APA, une projection de fin 2011 à fin 2013 a été réalisée.

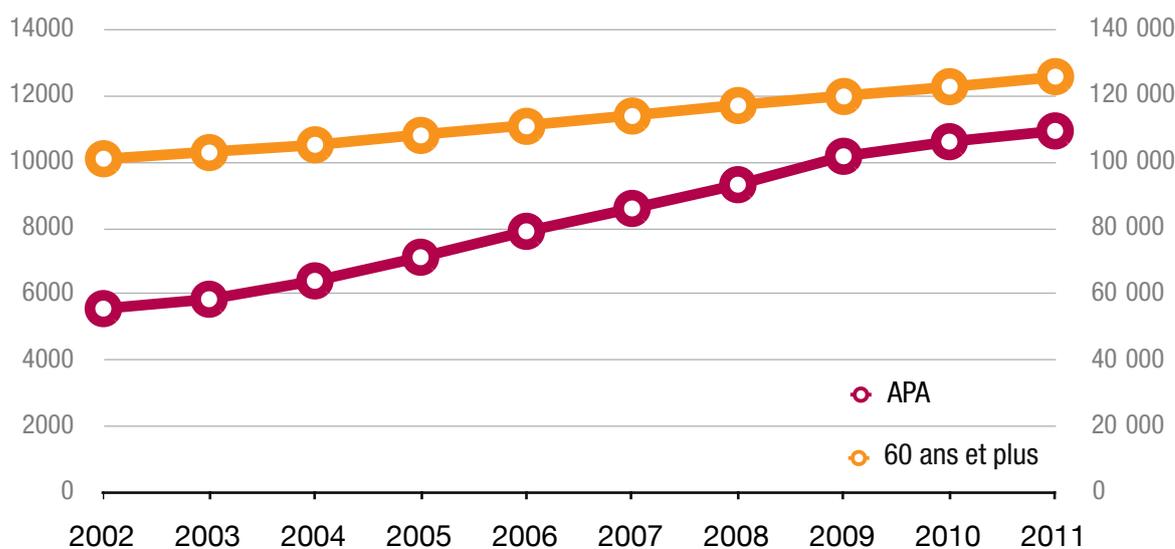
Bénéficiaires APA au 31/12

1 ^{er} janvier N+1 (Source : Insee)			
	APA	60 ans et plus	Estimations résultant de l'application du modèle à début 2012
2002	5 566	100 518	5 535
2003	5 850	102 384	5 966
2004	6 405	104 726	6 508
2005	7 120	107 568	7 165
2006	7 903	110 313	7 799
2007	8 595	113 432	8 520
2008	9 314	116 607	9 254
2009	10 172	119 343	9 887
2010	10 615	122 306	10 571
2011	10 992	125 342	11 273
2012		128 454	11 993
2013		131 643	12 730

Source : Dép. Drôme

En rose : estimations de l'Observatoire des politiques départementales

Évolution observée du nombre de bénéficiaires de l'APA en lien avec celle des 60 ans et plus



Source : Insee, Direction des Solidarités / Observatoire

Lecture : Axe de gauche : nombre de bénéficiaires de l'APA, Axe de droite : pop. de 60 ans ou plus

Jusqu'en 2009, le nombre de bénéficiaires de l'APA a augmenté beaucoup plus rapidement que la population des 60 ans et plus. On observe depuis 2010 une évolution parallèle entre les deux courbes.

■ LES PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER ET DE TROUBLES APPARENTÉS

En septembre 2009, l'Observatoire de la Drôme a estimé le nombre de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et de troubles apparentés, et d'en mesurer l'évolution dans les prochaines années. Il a utilisé les taux de prévalence issus des études EURODEM et PAQUID. Ses principales conclusions sont les suivantes :

Nombre de personnes susceptibles d'être atteintes dans la Drôme

Eurodem									
	2010			2015			2020		
	Homme	Femme	Ensemble	Homme	Femme	Ensemble	Homme	Femme	Ensemble
65 ans et plus	2 089	4 022	6 111	2 434	4 543	6 977	2 758	5 091	7 849
75 ans et plus	1 691	3 634	5 325	1 854	3 884	5 737	2 038	4 164	6 202
85 ans et plus	726	2 160	2 886	909	2 614	3 522	1 053	2 954	4 006

Paquid									
	2010			2015			2020		
	Homme	Femme	Ensemble	Homme	Femme	Ensemble	Homme	Femme	Ensemble
65 ans et plus	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
75 ans et plus	2 145	4 957	7 102	2 351	5 297	7 648	2 585	5 679	8 264
85 ans et plus	963	3 318	4 282	1 207	4 014	5 221	1 398	4 537	5 934

On peut donc estimer qu'en 2010, au minimum 6 000 personnes de 65 ans et plus seraient atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées dans la Drôme. En 2015, elles seraient 7 000 et 7 800 en 2020. Quant aux personnes de 75 ans et plus, elles seraient entre 5 300 et 7 100 en 2010, entre 5 700 et 7 600 en 2015 et enfin entre 6 200 et 8 200 en 2020.

Projections en fonction du stade de sévérité

Stade	Eurodem			Paquid		
	2010	2015	2020	2010	2015	2020
Très sévère	830	900	970	1 110	1 200	1 300
Sévère	510	550	600	680	740	800
Modérément sévère	940	1 020	1 100	1 260	1 360	1 470
De modérément sévère à très	2 290	2 470	2 680	3 050	3 300	3 570
Modérée	1 560	1 690	1 830	2 090	2 250	2 440
Légère	1 480	1 600	1 730	1 980	2 140	2 310
Total	5 340	5 760	6 240	7 120	7 680	8 320

Dans son *Tableau de bord sur la santé en Drôme et en Ardèche* (mars 2012), l'Observatoire régional de la santé estime à 7 300 le nombre de Drômois atteints de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés. Il constate également que sur la période 2007-2009, 512 Drômois ont été admis annuellement en affections de longue durée pour ce motif.

Pour 100 assurés du régime général de sécurité sociale âgés de 75 ans et plus, 3,9 hommes et 5,3 femmes sont traités pour cette maladie dans la Drôme, contre respectivement 3,6 hommes et 5,3 femmes en Rhône-Alpes.

■ L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES

Ces dernières années se sont caractérisées davantage par la médicalisation des maisons de retraite que par l'augmentation de leur nombre :

Places d'hébergement complet en établissement pour personnes âgées

Type d'établissement	2005 places installées (*)	2011 places installées	2011 places autorisées (*)	Observations
Unité de soins de longue durée	382	202	202	Des places d'USLD ont été transformées en EHPAD
EHPAD (Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)	2 699	4 183	4392	209 lits non installés
Établissements non médicalisés	1945	815	875	60 lits non installés
TOTAL	5 026	5 200	5 469	269 lits non installés

* Les places installées sont ouvertes, les places autorisées ont leur financement accepté, mais ne sont pas forcément ouvertes. Il s'agit principalement de projets d'établissement à Génissieux, Hauterives et St Marcel les Valence.

L'APA à domicile permet en effet de reculer l'entrée en établissement à un stade plus avancé de la perte d'autonomie.

L'offre d'accueil s'est également diversifiée pour tenir compte :

- des publics spécifiques : les Unités protégées pour malades d'Alzheimer (601 places) ;
- du besoin de répit des aidants : hébergement temporaire et accueil de jour (82 et 92 places).

Les taux d'équipement de la Drôme restent inférieurs aux taux régionaux et nationaux, sauf pour les SSIAD (Services de soins infirmiers à domicile) :

Ratios pour 1000 habitants âgés de 75 ans ou plus

	01/01/2005			01/01/2011		
	Drôme	Région	France	Drôme	Région	France
Structures d'hébergement pour personnes âgées	117.3	135.57	127.18	118.2	138.7	127.8
Dont lits médicalisés	75.68	96.5	88.79	97.7	110	102.6
SSIAD	16.66	15.74	16.61	18.3	17.5	19.8

Source : STATISS

Si l'on intègre les logements adaptés des opérations « cœur de village – cœur de quartier », l'offre d'accueil en logement adapté ou établissement médico-social par territoire de CLIC est la suivante :

CLIC	Nombre de places en maisons de retraite	Nombre de places en foyers logements	Nombre de logements adaptés dans les opérations "cœur de village"
Bassin Montilien	609	84	88
Bassin Romans Royans Vercors	813	183	253
Diois	187	16	21
Drôme Nord	610	46	151
Grand Valentinois	978	244	195
Nyonsais Baronnies	369	137	13
Tricastin	332	77	101
Val de Drôme	432	82	114

Sources : FINESS 2010 et Conseil Général 26

■ UNE APPROCHE DES BESOINS EN CRÉATION DE PLACES NOUVELLES POUR LES ANNÉES À VENIR

L'Observatoire de la Drôme a actualisé l'étude qu'il avait réalisée en 2005 sur les besoins en création de places d'hébergement pour personnes âgées dans les années à venir.

Pour évaluer les besoins en place dans les hébergements pour personnes âgées à l'horizon 2020, il a réalisé des projections de population âgée dépendante de 75 ans ou plus par bassin de vie, d'estimer la part d'entre eux qui pourraient aller en hébergement, et de comparer ces besoins de places avec les places occupées aujourd'hui par des personnes de 75 ans ou plus.

Les bassins de vie sont définis comme étant les plus petits territoires sur lesquels les habitants ont accès aux principaux services publics et privés, et à l'emploi. Ce découpage a été défini par un groupe de travail réunissant l'INRA, le ministère de l'Agriculture, l'IFEN, et l'INSEE. Ce découpage a été retenu pour l'étude car il comprend l'accès à des équipements non concurrentiels -dont les maisons de retraite- ainsi qu'à des équipements de santé. A noter que ce découpage devrait être prochainement mis à jour en s'appuyant sur les données issues des derniers recensements.

Les 369 communes de la Drôme appartiennent à 27 bassins de vie, dont 18 sont centrés sur le département de la Drôme et 9 centrés sur les départements limitrophes (Alpes-de-Haute-Provence, Hautes-Alpes, Ardèche, Isère, et Vaucluse). 44 communes drômoises sont concernées par un rattachement extérieur à la Drôme. A l'opposé 30 communes hors Drôme sont rattachées aux bassins de vie drômois.

L'évolution du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus du territoire concerné est la suivante (il s'agit des parties départementales des différents bassins de vie, seule la Drôme étant entière) :

Population âgée de 75 ans et plus aux horizons de 2015 et 2020

Département	2008	2010	2015	2020
4	1 502	1 565	1 773	1 898
5	2 179	2 250	2 487	2 645
7	7 380	7 970	9 298	10 158
26	43 496	45 840	52 140	56 078
38	1 657	1 776	2 079	2 269
84	6 247	6 623	7 406	7 890
Ensemble	62 461	66 024	75 183	80 937

Dans la Drôme, le nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus passerait donc de presque 43 500 en 2008 à 52 140 en 2015 (+ 20 %) et 56 000 en 2020 (+ 30 % par rapport à 2008).

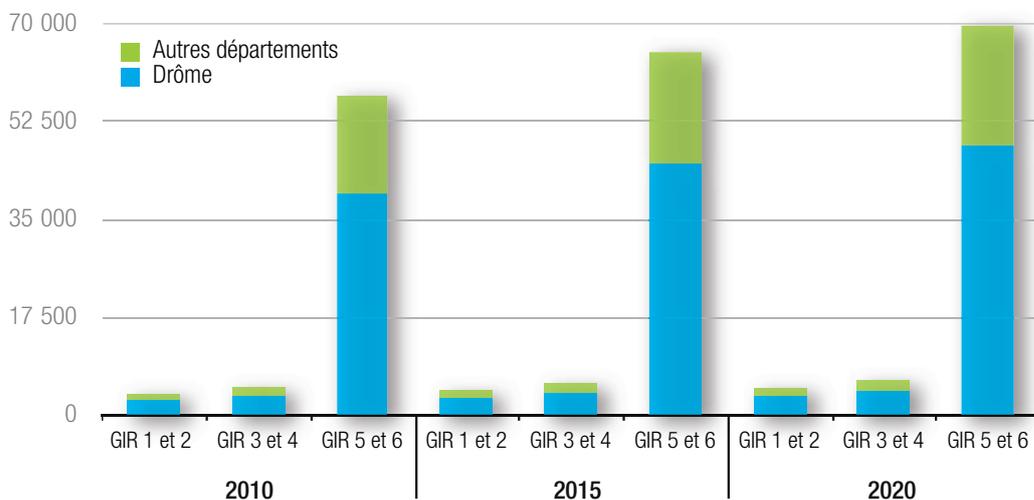
Parmi cette population, l'évolution des personnes dépendantes a fait l'objet de 2 scénarios à partir des données retenues par le Commissariat au Plan en 2005 dans une étude réalisée en 2005 :

	Hypothèse haute				2010				2015				2020			
	GIR 1 à 2	GIR 3 à 4	GIR 5 à 6	Ensemble	GIR 1 à 2	GIR 3 à 4	GIR 5 à 6	Ensemble	GIR 1 à 2	GIR 3 à 4	GIR 5 à 6	Ensemble				
26	2 669	3 443	39 729	45 840	3 086	3 958	45 096	52 140	3 421	4 328	48 329	56 078				
Total bassins de vie	3 844	4 959	57 222	66 024	4 450	5 707	65 026	75 183	4 938	6 246	69 753	80 937				

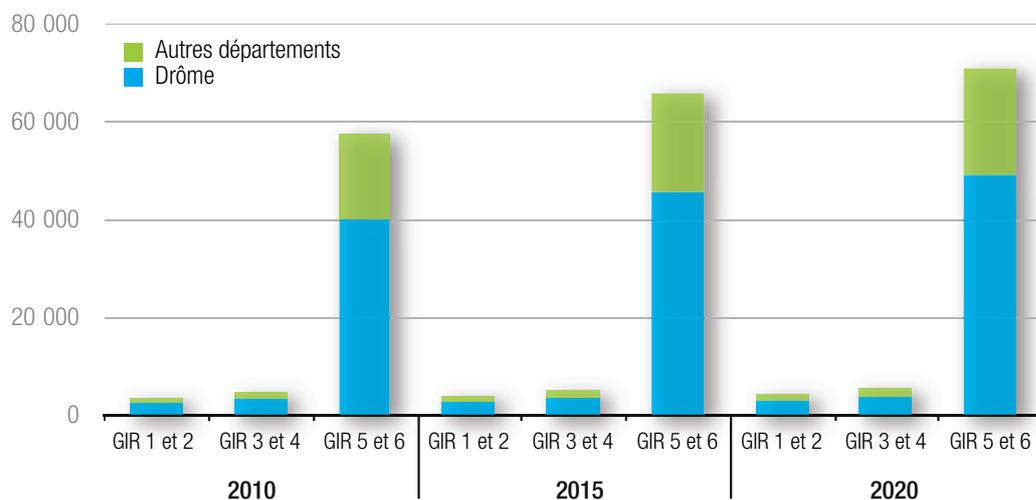
	Hypothèse basse				2010				2015				2020			
	GIR 1 à 2	GIR 3 à 4	GIR 5 à 6	Ensemble	GIR 1 à 2	GIR 3 à 4	GIR 5 à 6	Ensemble	GIR 1 à 2	GIR 3 à 4	GIR 5 à 6	Ensemble				
26	2 520	3 284	40 036	45 840	2 791	3 614	45 735	52 140	2 992	3 871	49 214	56 078				
Total bassins de vie	3 629	4 730	57 665	66 024	4 025	5 211	65 948	75 183	4 318	5 588	71 031	80 937				

En 2015, la Drôme comptera entre 6 400 et 7 000 personnes dépendantes de 75 ans et plus, et entre 6 900 et 7 700 en 2020.

Population dépendante âgée de 75 ans et plus aux horizons de 2015 à 2020 (hypothèse haute)



Population âgée dépendante de 75 ans et plus aux horizons de 2015 à 2020 (hypothèse basse)



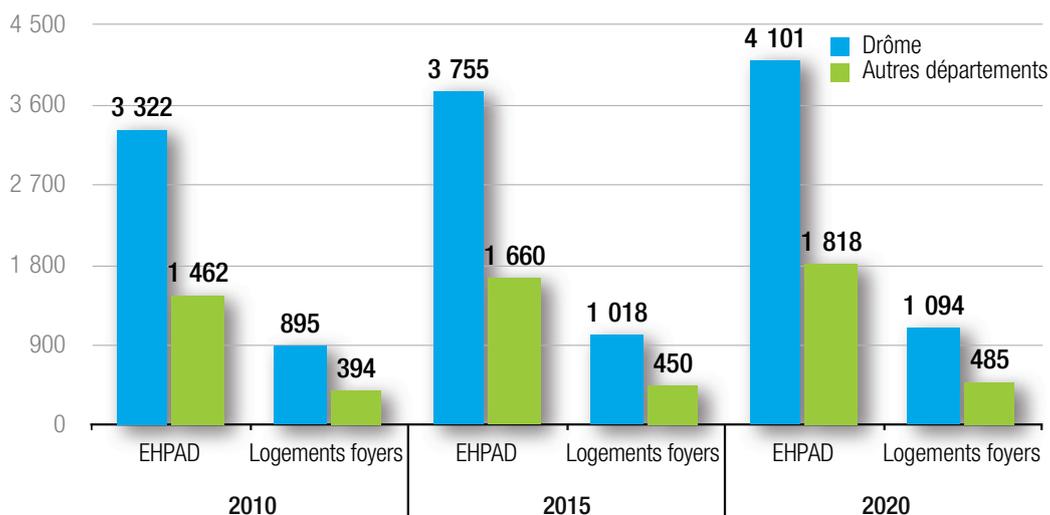
Dans la Drôme, entre 4 600 et 4 800 personnes de 75 ans ou plus seront susceptibles d'être hébergées en EHPAD ou logement-foyer en 2015, et entre 4 900 et 5 200 en 2020.

Afin de faire la comparaison entre le nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus susceptibles d'aller en établissement, et les places nécessaires pour les accueillir, la répartition des personnes de 75 ans ou plus par GIR et par type d'établissement issue de l'enquête EHPA 2007 a été utilisée.

Population âgée dépendante de 75 ans et plus dépendante susceptible d'aller en hébergement aux horizons de 2015 et 2020, par type d'établissement

Hypothèse haute	2010			2015			2020		
	EHPAD	Logement Foyer	Ensemble	EHPAD	Logement Foyer	Ensemble	EHPAD	Logement Foyer	Ensemble
26	3 322	895	4 217	3 755	1 018	4 774	4 101	1 094	5 195
Tot. BdV	4 784	1 289	6 073	5 415	1 468	6 883	5 919	1 579	7 498

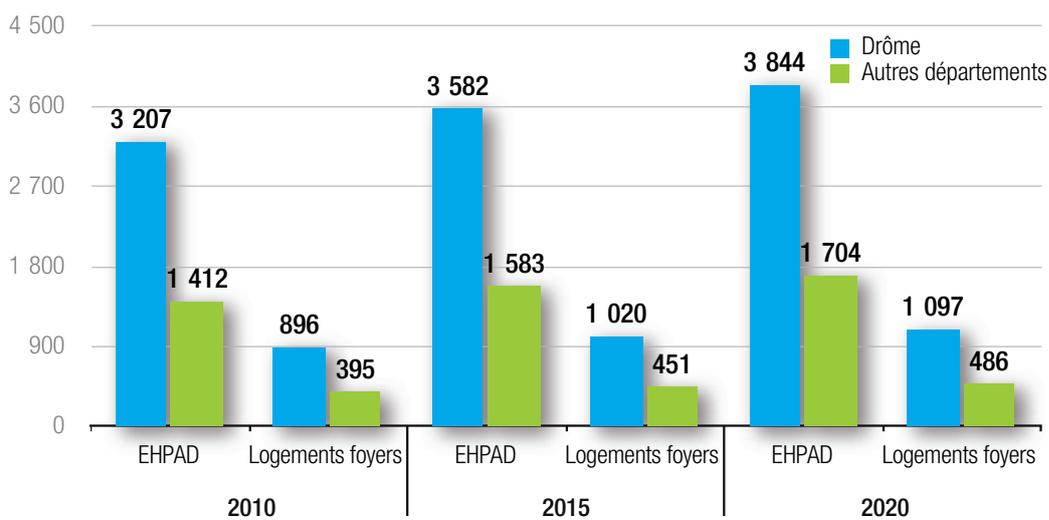
Population dépendante âgée de 75 ans et plus susceptible d'entrer en établissement aux horizons 2015 et 2020 (hypothèse haute)



Hypothèse basse	2010			2015			2020		
	EHPAD	Logement Foyer	Ensemble	EHPAD	Logement Foyer	Ensemble	EHPAD	Logement Foyer	Ensemble
26	3 207	896	4 103	3 582	1 020	4 602	3 844	1 097	4 941
Tot. BdV	4 619	1 291	5 910	5 165	1 471	6 636	5 548	1 583	7 131

Les besoins de places suivants ont été alors estimés en soustrayant des places occupées du nombre de personnes pouvant être hébergées aux différents horizons :

Population dépendante âgée de 75 ans et plus susceptible d'entrer en établissement aux horizons de 2015 à 2020 (hypothèse basse)



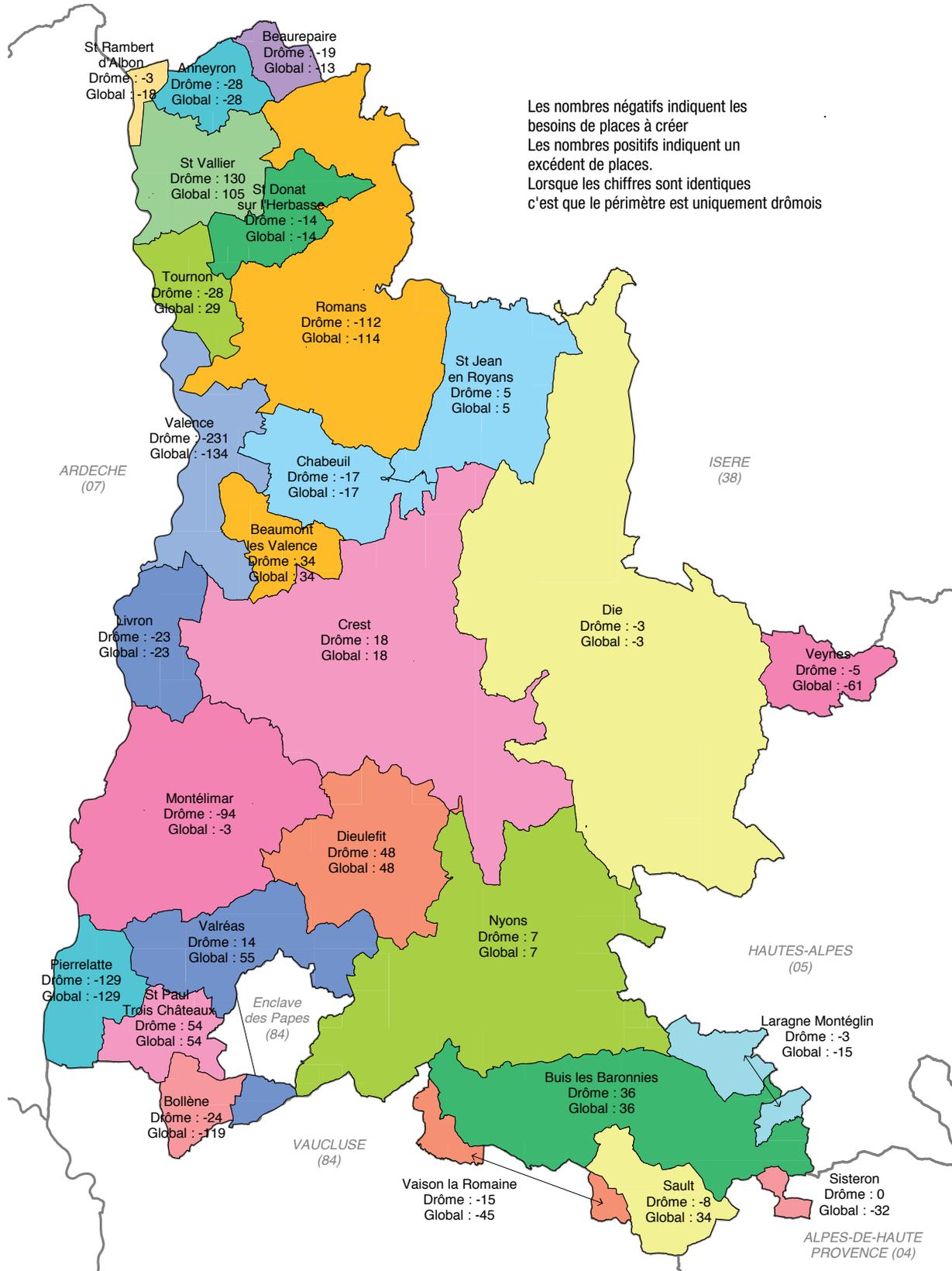
Besoin de places

Hypothèse	2010			2015			2020		
	EHPAD	Logement Foyer	Ensemble	EHPAD	Logement Foyer	Ensemble	EHPAD	Logement Foyer	Ensemble
26	111	-194	-82	-323	-317	-639	-668	-393	-1 061
Tot. BdV	420	-261	159	-211	-440	-651	-715	-552	-1 266

Hypothèse	2010			2015			2020		
	EHPAD	Logement Foyer	Ensemble	EHPAD	Logement Foyer	Ensemble	EHPAD	Logement Foyer	Ensemble
26	226	-195	31	-149	-318	-467	-411	-395	-806
Tot. BdV	586	-263	323	40	-443	-403	-343	-556	-899

Lecture : Les chiffres négatifs indiquent un besoin, les positifs un excédent.

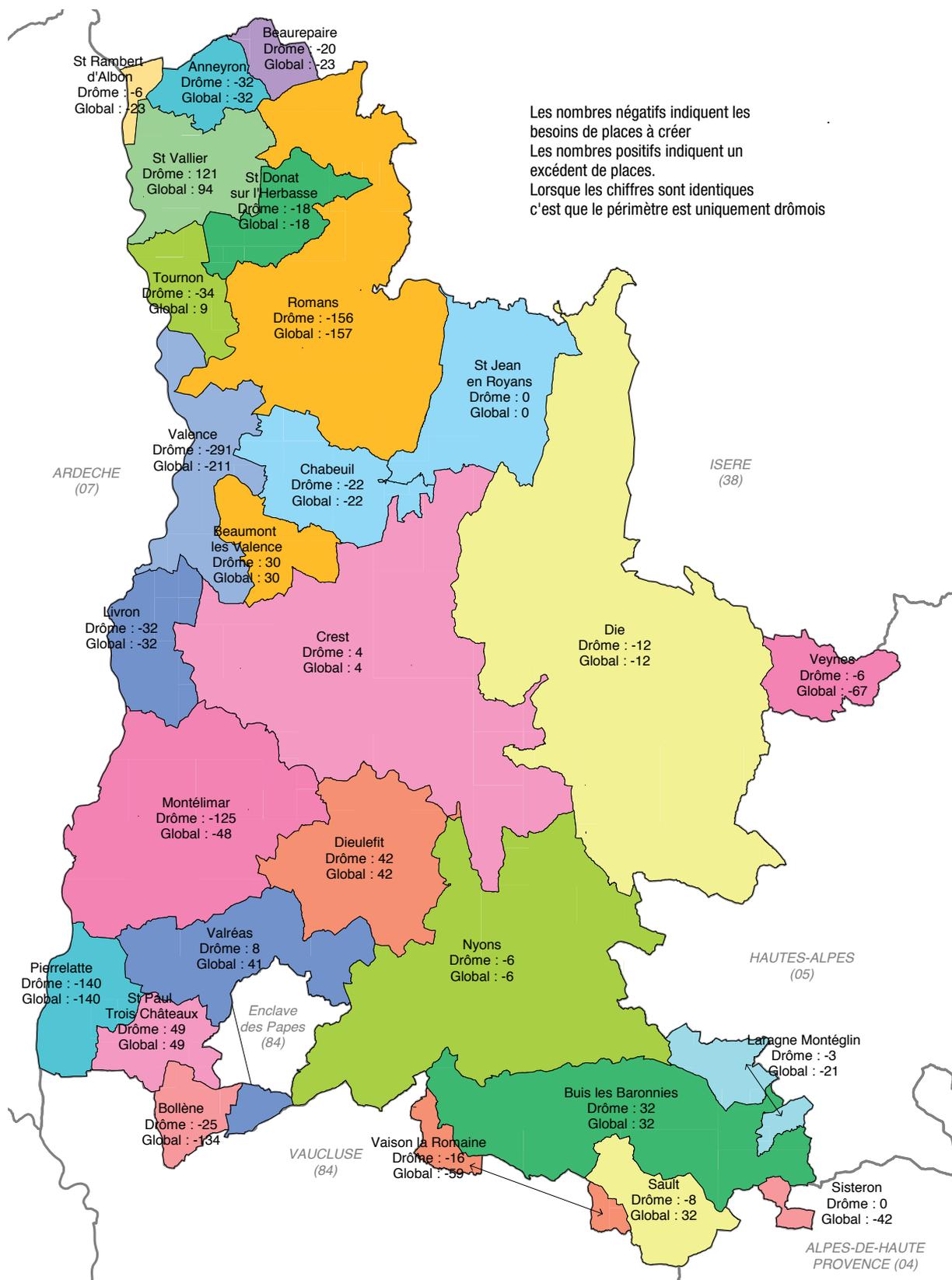
Besoins de places d'hébergement pour personnes âgées, en Maisons de Retraite en 2020 sur les bassins de vie (tous les départements et partie dromoise uniquement) Hypothèse Haute



Sources : Département de la Drôme - Insee Bassin de vie définition 2005

Cartographie : Nadège Martins (Observatoire) - 120504 BESOINS PLACES HEBERG BV MR HYP HAUTE CARTE 2.wor - Mise à jour le 04/05/2012

Besoins de places d'hébergement pour personnes âgées, en Maisons de Retraite en 2020 sur les bassins de vie (tous les départements et partie dromoise uniquement) Hypothèse Basse



Sources : Département de la Drôme - Insee Bassin de vie définition 2005

Cartographie : Nadège Martins (Observatoire) - 120504 BESOINS PLACES HEBERG BV MR HYP BASSE CARTE 2.wor - Mise à jour le 04/05/2012

Compte tenu de la population qui pourrait être hébergée dans ces établissements, entre 470 et 640 places seraient nécessaires dans la Drôme en 2015, et entre 800 et 1 060 en 2020. On observe qu'en 2015 entre 50% et 70% de ces besoins sont dans des logements-foyers, et en 2020 entre 40 % et 50 % sont également dans des logements-foyers. Ce besoin en création de logements – foyers est à considérer avec précaution, compte tenu de la tendance au maintien à leur domicile des personnes ne relevant pas d'un EHPAD.

Concernant les places médicalisées, les besoins les plus importants concernent les bassins de vie de Valence, Romans sur Isère, Pierrelatte, Montélimar, Crest, Tournon et Anneyron. Il conviendra toutefois de tenir compte des projets en cours à Génissieux, Hauterives, Saint Marcel les Valence et Donzère.

■ DE NOMBREUSES ACTIONS EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES

La mise en œuvre du schéma de 2005 en faveur des personnes âgées s'est concrétisée par de nombreuses actions, parmi lesquelles on peut citer :

- L'amélioration de la réponse aux personnes âgées par la création en novembre 2009 du centre d'appels Drôme Seniors. En 2011, il a traité 18 868 appels relatifs aux personnes âgées et a répondu directement à plus de 80% d'entre eux. 20% ont été transférés aux services « experts » pour une réponse dans les 72 heures.
Devant ce succès, le centre d'appel a été étendu aux personnes handicapées en novembre 2011.
- L'adaptation des logements par des interventions directes (885 logements de personnes âgées ont été adaptés sur cette période, et par les opérations « cœur de village – cœur de quartier (793 logements dans 84 opérations depuis leur lancement en 2002).
- Le renforcement de la coordination gérontologique par le déploiement de 8 CLIC
- La signature d'une convention Département/CNSA/État visant à accompagner la modernisation et la professionnalisation des organismes d'aide à domicile.
- L'accompagnement des personnes âgées par les Centres médico-sociaux, principalement du fait de l'APA qui permet de repérer les personnes en difficulté : 1258 en 2010 (5,5% du public des CMS)
- La création d'une instance partenariale de repérage et traitement des situations de maltraitance des adultes vulnérables à domicile. En 2011, plus de 110 situations ont été traitées, n'aboutissant qu'à 5 signalements au Procureur de la République et 20 demandes de mesures de protection juridique grâce à cette coordination.
- Le renouvellement en 2007 de la délégation de service public de téléassistance « Drôme Téléassistance ». Cette délégation a été confiée à la société GTS. Le montant de l'abonnement (18,50 € par mois) peut être pris en charge par l'APA. 2 651 personnes étaient abonnées au 31 décembre 2011.



Orientations stratégiques et axes d'interventions

Orientation 1

Favoriser l'exercice des droits fondamentaux des personnes : accès à l'information, citoyenneté, dignité et sécurité

Orientation 2

Répondre à la diversité des situations et des projets de vie des personnes

Orientation 3

Accompagner les acteurs du handicap et de la perte d'autonomie dans une amélioration continue de leurs prestations

ORIENTATION N°1

Favoriser l'exercice des droits fondamentaux des personnes : accès à l'information, citoyenneté, dignité et sécurité

Axe 1 Améliorer l'accès à l'information

Permettre aux personnes en perte d'autonomie et à leurs proches de disposer de l'ensemble des informations nécessaires pour répondre au mieux à leurs besoins et leur permettre de faire valoir leurs choix et leurs droits constitue la condition première du respect de leur citoyenneté.

Malgré les progrès réalisés, l'information demeure aujourd'hui éparse et n'est pas forcément accessible de manière aisée. L'accès facilité, rapide et de proximité à cette information constitue cependant une première aide en direction de l'utilisateur qui doit aussi pouvoir utiliser le mode qui lui est le plus approprié (accueil physique, téléphonique, site informatique...).

Concernant les personnes handicapées, la MDPH constitue l'interlocuteur privilégié. A ce titre, l'accueil et l'information sont pour elle des missions essentielles.

L'organisation de permanences délocalisées assurées par des bénévoles associatifs offre un accueil de proximité qui permet une information de premier niveau sur les droits auxquels les personnes peuvent prétendre.

Le transfert en novembre 2011 de l'accueil téléphonique de la MDPH au centre d'appels Drôme Solidarités a permis d'améliorer le taux de réponse aux appels, et l'effort doit être poursuivi. Ce transfert a également permis à la MDPH de proposer un accueil physique les matins et après midis.

Un autre enjeu pour la MDPH consiste en la limitation des sollicitations des personnes ayant déposé une demande, par l'amélioration des délais de traitement des dossiers et l'édition de décisions argumentées et aisément compréhensibles pour leurs destinataires.

Les personnes âgées et leurs proches doivent également avoir accès à une information complète et structurée sur les conditions et possibilités tant du maintien à domicile que de l'accueil en établissement, sur l'offre de conseil aux aidants naturels ainsi que sur les acteurs concernés.

C'est pourquoi, il conviendra de :

- **Améliorer l'offre de services de la MDPH en matière d'information et de délais de traitement des demandes**
- **Faciliter l'accès à l'information pour les seniors et leurs proches**
- **Améliorer l'information des usagers par la réalisation de répertoires qualitatifs des établissements et services drômois**

Favoriser l'exercice des droits fondamentaux des personnes : accès à l'information, citoyenneté, dignité et sécurité

La première condition de la citoyenneté consiste en la possibilité d'expression. Concernant les personnes âgées et les personnes handicapées, cela est trop souvent « fait à leur place ».

Les CLIC ont développé une démarche de Développement Social Local (DSL) qui favorise l'expression des attentes des personnes et vise à construire avec eux les moyens d'y répondre.

Cette démarche pourrait être reprise dans la déclinaison locale d'autres politiques départementales, comme cela fut déjà réalisé en matière de lecture publique par des actions coordonnées CLIC – Médiathèques départementales.

La question de l'accès aux lieux de citoyenneté, de vie sociale ainsi que de l'accès aux soins se pose de manière récurrente en milieu rural, et s'aggrave lorsqu'elle se pose aux personnes âgées ou handicapées.

L'offre publique de transports classiques ou à la demande peut difficilement être adaptée à chaque situation individuelle.

Les réponses complémentaires à cette offre ne peuvent qu'être expérimentées localement, avec la contribution des acteurs d'un territoire.

D'autres modalités peuvent être imaginées, comme le déplacement de l'offre vers les personnes plutôt que l'inverse, comme le théâtre à domicile par exemple.

Le bénévolat constitue une des formes d'expression et de mise en œuvre de la citoyenneté. Dans le secteur des personnes âgées ou handicapées, comme dans l'ensemble du monde associatif, il se heurte souvent à l'usure, l'épuisement, la routine et l'isolement.

Mettre en place les conditions visant à dynamiser ce bénévolat, faciliter ses modalités d'intervention, contribuera à son efficacité et son renforcement.

C'est pourquoi il est proposé de :

- **Développer dans le cadre d'une démarche globale la participation des personnes vieillissantes et en situation de handicap à l'élaboration des projets les concernant.**
- **Améliorer l'accès aux lieux de citoyenneté, de soins, de loisirs.**
- **Accompagner le développement du bénévolat s'adressant aux personnes âgées ou handicapées.**

Axe 2
Permettre aux personnes d'être acteurs de leur citoyenneté

ORIENTATION N°1

Favoriser l'exercice des droits fondamentaux des personnes : accès à l'information, citoyenneté, dignité et sécurité

Axe 3 Favoriser l'expression des usagers du secteur médico-social

Le respect des droits et libertés des personnes accueillies ou accompagnées par des Etablissements ou services médico-sociaux (ESMS) fait l'objet d'un cadre juridique d'autant plus précis et complet qu'il concerne la prise en charge des personnes vulnérables. C'est principalement la loi du 2 janvier 2002 « rénovant l'action sociale et médico-sociale » qui fixe le corpus des dispositions à mettre en œuvre.

Parmi celles – ci, les Personnes qualifiées ne sont qu'en cours d'installation dans la Drôme. Ces personnes sont désignées conjointement par le Préfet, le Président du Conseil Général et le Directeur Général de l'ARS. Elles peuvent être interpellées par tout usager des ESMS pour l'aider à faire valoir ses droits. Elles jouent alors un rôle de médiation avec le gestionnaire de l'ESMS.

Instaurer les dispositions prévues par la loi 2002-2 est une chose ; leur donner les conditions de fonctionner à hauteur de ce qui est attendu en est une autre. Dans ce cadre, Les Conseils de la vie sociale sont des instances d'autant plus importantes qu'elles regroupent des représentants des usagers, de leurs proches et du personnel, et ont vocation à être consultées sur l'ensemble des dispositions concernant la qualité de l'accueil ou de l'accompagnement des résidents.

Il est important de doter leurs membres – représentants d'usagers lorsque c'est possible – sinon leurs proches- des moyens de compréhension et d'expression leur permettant de jouer pleinement leur rôle.

Proposer à ces personnes des moments d'échanges et de formation, voire une coordination, peut y contribuer.

Ces dispositions réglementaires visent à favoriser l'expression des usagers de chaque établissement ou service médico-social.

Elles doivent être accompagnées d'une représentation des usagers dans les instances départementales.

Le Département a pour principe d'associer systématiquement le CODERPA et le Collectif Drôme Handicap aux réflexions qu'il conduit. Il en fait également état auprès du CDCPH.

Dans le champ sanitaire, la place des usagers s'est particulièrement développée depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et le décret 2005-213 du 2 mars 2005 relatif à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Les associations d'usagers, réunies au sein du CISS-ra (Collectif Inter-Associatif sur la Santé en Rhône-Alpes) disposent d'un savoir-faire spécifique qu'il pourrait être utile d'adapter au secteur médico-social.

Ainsi, il est prévu de :

- **Mettre en place les Personnes Qualifiées dans la Drôme**
- **Créer une coordination départementale des Conseils de vie sociale (CVS)**
- **Expérimenter une commission de relation avec les usagers et de la qualité de la prise en charge dans le secteur médico-social**

Favoriser l'exercice des droits fondamentaux des personnes : accès à l'information, citoyenneté, dignité et sécurité

La maltraitance des adultes vulnérables résidant à domicile est souvent difficile à repérer, voire à qualifier.

Une démarche collective visant à la prévention et au traitement des situations de maltraitance envers les adultes vulnérables est menée depuis 2003. Le Département anime les travaux d'un groupe intitulé « Vulnérabilité et maltraitance des adultes » qui réunit l'ensemble des institutions et associations concernées.

Ses actions au cours des dernières années ont été multiples (colloque, journée d'information sur les territoires, édition d'un référentiel, ...)

Elles ont montré leur efficacité : en 2010, 218 situations ont été repérées et traitées, n'aboutissant à un signalement au Procureur de la République que dans 10% des cas.

Il convient aujourd'hui de poursuivre cette action et d'en actualiser les modalités d'intervention.

Les situations de maltraitance en établissement médico-social font l'objet d'un traitement concerté par le Département et la DT ARS, au cours d'une « commission plainte » mensuelle.

Il convient à présent de structurer et formaliser cette instance.

Complémentairement, les modalités d'intervention du Département en matière de contrôle des établissements et services dont il est autorité de tutelle, méritent d'être davantage organisées.

■ **Pérenniser le groupe départemental « Vulnérabilité et maltraitance des adultes », et actualiser ses modalités d'intervention.**

■ **Structurer la mission de gestion des plaintes et réclamations, et de conduite des contrôles des ESMS.**

Axe 4
Prévenir et
traiter les situations
de maltraitance

ORIENTATION N°2

Répondre à la diversité des situations et des projets de vie des personnes

La perte d'autonomie peut être due à des déficiences constatées dès la naissance ou apparaître au cours de la vie à la suite d'une maladie ou d'un accident ou du fait des effets du vieillissement. Cela entraîne une grande diversité de situations, qui doivent faire l'objet de prises en compte spécifiques et adaptées.

Ces dernières années ont connu la fin de la dichotomie que constituait la seule alternative du maintien à son domicile ou de l'entrée définitive en établissement :

- Des formules intermédiaires, telles que l'accueil de jour ou l'hébergement temporaire, permettent de créer des passerelles entre les deux, d'offrir des moments de répit aux aidants et des prises en charge des personnes en perte d'autonomie adaptées à leurs besoins.
- La loi du 11 février 2005 pose le principe de l'intégration des personnes handicapées dans la vie sociale, auquel les dispositifs de droit commun doivent répondre (par exemple en matière de scolarisation). Plus généralement, il suppose l'adaptation de l'environnement à toutes les formes de perte d'autonomie.
- Le renforcement et la diversification des interventions à domicile en matière d'aide à la vie quotidienne, d'accompagnement ou de soin, repoussent les limites du maintien à domicile

Axe 1 **Contribuer à** **l'épanouissement des** **enfants handicapés**

Le repérage et la prise en compte du handicap dès le plus jeune âge peuvent permettre d'en limiter les effets.

Il s'agit ensuite de proposer un panel de réponses diversifiées.

Si l'ARS et l'Éducation nationale sont les acteurs principaux dans ce domaine, le Département dispose cependant de moyens d'action pour contribuer à l'épanouissement des enfants handicapés du fait de ses compétences en matière de PMI, de protection de l'enfance, de transports scolaires, de gestion des collèges, et de la tutelle qu'il exerce sur la MDPH.

Son action se doit d'être transversale, en intégrant les enfants handicapés dans ses autres schémas de planification et d'organisation, comme le schéma départemental enfance famille santé ou le schéma départemental des transports.

Le schéma départemental enfance famille santé 2009 - 2013 prévoit un certain nombre d'orientations et d'actions qui peuvent contribuer à améliorer la situation, comme la promotion de la prévention précoce, l'amélioration du dépistage du handicap ou l'accès de tous à la santé.

Il existe donc plusieurs points de convergence entre la politique de prévention et de protection de l'enfance et la politique en direction des enfants handicapés : la PMI, la protection d'enfants souffrant de troubles du comportement pour des raisons de dysfonctionnement familial ou souffrant des conséquences du handicap de leurs parents, les situations de jeunes « sans issue », pour lesquels soit aucune solution n'a été trouvée, soit la solution est inadéquate.

Il paraît donc pertinent de rapprocher les acteurs de la prévention et protection de l'enfance des acteurs du handicap par un renforcement des relations entre la MDPH et la Direction enfance famille santé, et en associant le Collectif Drôme handicap à la mise en œuvre du schéma départemental enfance famille santé.

Concernant la petite enfance, la PMI contribue par l'ensemble de ses missions au dépistage du handicap et à la prévention précoce de ses effets. Les bilans de santé réalisés auprès des enfants de 3-4 ans sont particulièrement importants pour cette mission de dépistage.

Répondre à la diversité des situations et des projets de vie des personnes

Les CAMSP apportent leur expertise au diagnostic et à l'accompagnement des parents après l'annonce du handicap de leur enfant. La Drôme est cependant moins équipée que la moyenne nationale, et de nombreux parents se trouvent éloignés de ce type d'équipement. L'insuffisance de réponses d'aval entraîne un engorgement des CAMSP et aggrave cette situation.

La création d'une « équipe mobile CAMSP » pourrait constituer une réponse aux besoins de l'arrière pays drômois.

Les crèches et halte - garderies ont la volonté de former leur personnel à l'accueil des enfants handicapés. Des sessions sont organisées par le CAMSP de Valence en lien avec la CAF et le Département. Ceci pourrait être développé sur d'autres secteurs.

En matière d'accueil temporaire destiné à offrir des moments de répit aux parents, il manque un pool d'assistantes familiales formées à l'accueil des enfants handicapés et accompagnées par les professionnels du secteur (CAMSP, SESSAD...).

En matière de scolarisation des enfants de 3 à 16 ans, des aspects ne relevant pas des compétences départementales méritent cependant d'être soulignés :

- Le renforcement du repérage des troubles du langage et des apprentissages
- L'attribution des accompagnements par des AVS (Auxiliaires de Vie Scolaire), qui ne doit pas être systématique mais adaptée aux besoins des élèves.
- La formation des enseignants, directeurs d'école, ATSEM.
- Le renforcement des relations entre établissements scolaires et établissements médico-sociaux. Il manque de fluidité entre les IME et le milieu scolaire ordinaire. Trop souvent, l'enfant accueilli en établissement y fait toute sa scolarité, parfois de 6 ans à 20 ans.
- Les IME doivent disposer d'équipements modernes destinés à la préformation professionnelle. Les entreprises peuvent y contribuer en leur versant la taxe d'apprentissage.
- Le nombre d'enfants en attente de prise en charge par les établissements et services médico-sociaux, que la MDPH est en train de recenser.
- La question de la prise en charge par les IME et ITEP du transport d'enfants résidant loin des lieux de ramassage n'est pas résolue.

Le Département assure le transport adapté de 450 élèves des classes primaires et secondaires.

La MDPH et la Direction des Transports réfléchissent à une réforme des modalités de prise en charge des transports adaptés, qui abandonnerait le critère systématique de taux d'incapacité > 50% pour adopter une approche qualitative des situations

Concernant l'environnement scolaire, des efforts importants ont été accomplis en matière d'accessibilité. Les agents techniques des établissements, et notamment le personnel de cuisine, doivent être formés à la prise en compte du handicap de certains élèves.

ORIENTATION N°2

Répondre à la diversité des situations et des projets de vie des personnes

Concernant les enfants de plus de 16 ans et les jeunes adultes, la sortie du milieu scolaire ordinaire s'effectue à 16 ans, et nécessite souvent un accompagnement d'autant que dans de nombreux cas les parents, socialement défavorisés, ne peuvent effectuer eux - même les démarches. Le dispositif VIV'ACT, qui permet un accompagnement SAVS de jeunes en insertion professionnelle, y contribue.

Les établissements médico-sociaux devraient se préoccuper davantage de l'accession des adolescents au stade d'adulte, comme les inciter à s'inscrire sur les listes électorales.

Ils sont bien pris en compte par les associations sportives. Ceci est à vérifier pour le secteur socioculturel.

Pour ceux qui doivent intégrer un établissement pour adultes handicapés, la durée d'attente est variable. La fluidité entre les secteurs « enfants handicapés » et « adultes handicapés » dépend à la fois de la démographie des publics d'IME, de la création de nouveaux établissements pour adultes et des modalités de sélection des candidatures par les établissements pour adultes handicapés.

L'ARS a recensé 90 jeunes adultes en « amendement CRETON » (jeunes adultes de plus de 20 ans en attente d'entrée en établissement pour adultes handicapés) accueillis dans les établissements drômois. Faciliter l'accès de ces jeunes à ces établissements présente le double avantage de leur permettre d'intégrer les réponses qui leur sont adaptées, et de libérer des places d'IME qui disposent tous de listes d'attente.

- **Associer le Collectif Drôme handicap à la mise en œuvre du Schéma départemental enfance famille santé.**
- **En matière de dépistage du handicap chez le jeune enfant, d'accompagnement des parents et d'offre de garde, identifier et recenser les ressources existantes par secteur géographique, puis déterminer les réponses complémentaires à organiser.**
- **Réformer les conditions d'éligibilité aux transports scolaires adaptés.**
- **Prévenir les situations « d'amendement CRETON » et traiter les situations actuelles.**

Répondre à la diversité des situations et des projets de vie des personnes

La loi du 11 février 2005 a eu un réel impact sur le recrutement des personnes handicapées et sur la formation professionnelle.

Les acteurs drômois de ce secteur entretiennent une réelle dynamique de coordination, qui compense en partie l'arrêt du PDITH (Plan départemental d'insertion des travailleurs handicapés), remplacé par un PRITH (Plan régional d'insertion des travailleurs handicapés).

On peut regretter cependant que les financements de cette coordination ne soient pas pérennes. Par ailleurs, il manque un dispositif d'accompagnement permanent dans l'emploi. Il existe le SAMETH (Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés), mais qui n'intervient que pour le maintien dans l'emploi de salariés après qu'ils aient été reconnus handicapés.

D'autres difficultés subsistent, notamment :

Concernant les jeunes :

- L'évaluation des capacités des jeunes à l'issue de leur scolarité devrait être renforcée pour agir sur le déni du handicap et rendre plus pertinente l'orientation vers le milieu ordinaire de travail.
- Le niveau de formation et de qualification évolue relativement peu, ce qui pose des difficultés pour les employeurs à la recherche de salariés qualifiés.
- Peu de jeunes d'IME accèdent à l'apprentissage ou sont orientés vers le milieu ordinaire de travail. Les autres se retrouvent dans les listes d'attente des ESAT, qui sont déjà très importantes. Une admission temporaire en ESAT faciliterait leur accès au secteur professionnel ordinaire. Des initiatives existent, mais seraient à développer.

Concernant tous les publics :

- Les décisions de la CDAPH sont pertinentes, mais les délais d'instruction des premières demandes sont trop longs.
- Une absence de réponse pour les personnes souffrant de déficience intellectuelle avec troubles psychiques associés.
- Les possibilités de transport sont parfois insuffisantes pour accéder à un emploi ou une formation.
- Les chefs d'entreprise rencontrent des difficultés à se repérer dans le « maquis » des interlocuteurs du secteur médico-social. L'offre des ESAT manque de lisibilité. Des actions de prospections conjointes pourraient être conduites à destination d'entreprises ou de regroupements professionnels à l'instar du petit déjeuner business conduit dans le cadre de la semaine du handicap.

La politique du Département de la Drôme

Le Département a décidé de structurer sa politique en faveur de l'emploi des personnes handicapées. Depuis 2009, il s'est doté d'une chargée de mission pour coordonner cet effort.

Avec le soutien technique du CRDI, il a conduit un diagnostic puis élaboré un plan d'actions qui a débouché début 2012 sur une convention triennale avec le Fonds d'insertion pour les personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP).

Axe 2
Favoriser l'accès
à l'emploi des
personnes
handicapées

ORIENTATION N°2

Répondre à la diversité des situations et des projets de vie des personnes

Ce plan d'action triennal d'intégration des agents en situation de handicap a pour objectif d'aboutir à un taux d'emploi de personnes handicapées de 6,75% en 2014. Il prévoit de favoriser le maintien des agents dans l'emploi, d'aboutir d'ici 2014 à ce que 15% des recrutements concernent des personnes handicapées, et de doubler le montant des commandes passées auprès des entreprises adaptées ou des ESAT.

- **Renforcer la connaissance mutuelle des acteurs économiques classiques et de ceux du secteur médico-social oeuvrant pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées.**
- **Mettre en œuvre le plan d'action 2012-2014 du Département en s'appuyant principalement sur les acteurs du handicap drômois.**

Axe 3 Adapter l'environnement à la prévention de la perte d'autonomie ou son aggravation

La prévention ou le traitement des situations de perte d'autonomie nécessite d'intervenir à deux niveaux : celui de l'environnement des personnes d'une part, celui des personnes elles même et de leurs proches d'autre part.

Il s'agit donc en premier lieu de susciter ou organiser le cadre de vie des personnes de telle sorte qu'il contribue à prévenir la perte d'autonomie ou en limiter les effets.

Concernant l'environnement social, les CLIC interviennent depuis plusieurs années auprès des acteurs locaux pour identifier les besoins sur un bassin de vie et proposer des actions visant à les prendre en compte. Leur champ d'action s'est cependant limité jusqu'ici aux besoins des personnes âgées. Les personnes handicapées sont organisées en associations qui, pour la plupart, regroupent des personnes confrontées à un type ou une famille de déficience. Ces associations ne disposent donc pas d'une vision globale de l'ensemble des besoins des personnes handicapées sur un bassin de vie donné. Le Collectif Drôme handicap ne s'est pas non plus donné cet objectif. Forts de leur expérience et conformément au principe d'une approche globale des besoins des personnes âgées et des personnes handicapées, les CLIC sont en mesure de jouer ce rôle.

Adapter l'environnement physique suppose avant tout des actions portant sur le logement et l'accessibilité des bâtiments.

La loi du 11 février 2005 a renforcé les obligations dans ce domaine. Les établissements publics devront être accessibles, et les nouveaux logements seront dorénavant adaptés ou adaptables.

La Drôme a anticipé cette obligation dès 2002 par l'encouragement et le soutien financier à la production de logements sociaux adaptés, au travers des opérations « Cœur de village – Cœur de quartier ». Elle poursuit cette politique.

Répondre à la diversité des situations et des projets de vie des personnes

La question de l'accessibilité des logements existant se décline en fonction du statut de l'occupant (propriétaire ou locataire), de celui du logement (public ou privé), et du type d'habitat (individuel ou collectif).

Elle peut avoir des objectifs préventifs visant à limiter les risques qui entraîneront une perte d'autonomie comme les chutes ou curatifs afin de permettre le maintien dans le logement d'une personne malgré ses déficiences.

L'adaptation des logements des propriétaires occupants constitue un enjeu important car il concerne de nombreuses personnes âgées, qui ne disposent pas toujours des ressources permettant de financer les travaux nécessaires. Si la prestation de compensation du handicap ainsi que la politique volontariste de l'ANAH permet depuis 2005 de réelles avancées en matière d'adaptation du logement des personnes handicapées, la faible capacité contributive de l'APA ainsi que les fluctuations des priorités de l'ANAH ne permettent pas de dresser le même constat au sujet des personnes âgées.

Bien que ne correspondant pas au domaine de compétence des Départements, la Drôme a décidé depuis plusieurs années de s'impliquer en faveur de l'adaptation du logement.

Ainsi, elle renforce les capacités d'intervention du CALD dans ses missions d'expertise technique des logements, d'assistance au montage technique et financier des dossiers, et de recherche des aides financières auxquelles les personnes peuvent prétendre.

Elle contribue également au financement des travaux d'adaptation. Concernant les personnes handicapées, elle verse les PCH correspondantes et abonde le Fonds de compensation du handicap qui peut apporter un soutien complémentaire. Aux personnes âgées, elle apporte un soutien financier sous la forme d'aides directes ou, lorsque les travaux sont importants, d'avances de crédits d'impôts. La gestion de ces 2 formes d'aide est confiée au CALD.

Un autre enjeu porte sur l'accès des personnes concernées à l'offre de logements adaptés ou adaptables.

Le CALD s'est révélé pionnier en la matière, par la création en collaboration avec l'APF du site internet ADALOGIS 26/07 qui a cet objectif de faire se rencontrer l'offre de logements et la demande des personnes.

Il s'agit à présent d'enrichir sa base de données et son offre de services en direction du parc privé et d'adapter ADALOGIS 26/07 à la mise en place du numéro unique de dossier d'inscription dans le parc social.

En habitat collectif, l'adaptation du seul logement n'a que des effets limités si les parties communes de l'immeuble demeurent inaccessibles.

La mise en accessibilité des copropriétés privées souffre d'un retard important, qui ne pourra se résorber que par une sensibilisation des syndicats et la mobilisation coordonnée des EPCI et de l'ANAH, par exemple sous forme de PIG ou d'OPAH.

Le Département étudiera la possibilité de jouer un rôle incitatif visant à encourager les démarches qui seraient initiées dans la Drôme.

ORIENTATION N°2

Répondre à la diversité des situations et des projets de vie des personnes

Enfin, une veille sera opérée pour détecter les nouvelles technologies qui, dans le domaine de l'habitat, seront susceptibles de faciliter le maintien dans le logement des personnes en perte d'autonomie.

- **Élargir le domaine d'intervention des CLIC au secteur du handicap.**
- **Poursuivre la politique départementale d'assistance à l'adaptation des logements.**
- **Poursuivre la politique départementale de soutien au développement d'ADALOGIS 26/07.**
- **Encourager la mise en accessibilité des copropriétés.**

Axe 4 Proposer une assistance complète et diversifiée aux personnes vivant à domicile et à leurs proches.

Les années 2000 ont connu le développement des formes de soin, d'aide et de soutien permettant de rallonger la possibilité de choix de lieu de vie dont disposent les personnes en perte d'autonomie.

Les allocations APA et PCH ont solvabilisé au moins partiellement le besoin d'aides humaines et d'aides techniques. Les SSIAD et l'hospitalisation à domicile viennent compléter les prestations des intervenants médicaux et paramédicaux libéraux.

Pour autant, un certain nombre de difficultés ou pistes d'amélioration subsistent : l'information, la prise en compte des aidants, l'offre de répit, la qualité et la coordination des interventions méritent de connaître des améliorations.

En outre, même si elles sont repoussées, les limites du maintien à domicile perdurent, et sont fonction de :

- la place de la famille et de l'entourage de la personne (âgée ou handicapée)
- la sensibilisation des personnes à anticiper leur perte d'autonomie
- la question de l'hospitalisation et la préparation des sorties pour un retour à domicile « réussi »
- la coordination des interventions dans les situations complexes
- le risque de mise en danger de la personne
- l'offre de soins disponible, tributaire notamment de la démographie médicale et paramédicale.

En premier lieu, le rôle et la place des aidants naturels doivent être reconnus et soutenus.

Les dispositifs réglementaires visant à permettre le maintien à domicile révèlent ici des limites indéniables. Ainsi, la compensation financière de l'aidant familial est prévue par la PCH mais pas par l'APA. Ces dispositifs prévoient des interventions directement auprès des personnes dépendantes, et non un

Répondre à la diversité des situations et des projets de vie des personnes

accompagnement des aidants. Malgré des progrès, leur accès à l'information demeure entravé par une multiplicité d'interlocuteurs dont chacun ne maîtrise pas l'ensemble des données.

La création du centre d'appel Drôme Solidarités a amélioré l'accueil téléphonique dans la qualité et la rapidité des réponses apportées.

Les actions d'aide aux aidants proposées par le Département, la CARSAT, la MSA, les IRC, etc...rencontrent un succès qui témoigne du besoin et de l'intérêt d'une coordination départementale de leur organisation. Elles ne s'adressent cependant qu'aux aidants de personnes âgées dépendantes, et sont en général limitées dans le temps.

Certaines actions du Plan Nationale Alzheimer, comme les « SSIAD renforcés », prévoient des prestations de conseil et d'accompagnement des aidants, mais cette offre est circonscrite à un public et ne concerne en 2012 que le Tricastin et le Nyonsais-Baronnies.

Il convient donc de chercher à renforcer et compléter cette offre de soutien aux aidants en la diversifiant, en s'adressant à tous les publics et en cherchant à créer des modalités pérennes de soutien.

En second lieu, l'offre de répit permet aux aidants de ne pas subir constamment la contrainte de leur mission, tout en proposant aux personnes dépendantes des prestations adaptées.

L'accueil de jour et l'hébergement temporaire constituent les 2 formes principales de répit. Cependant, leur déploiement s'est effectué de façon non planifiée. Il convient à présent de structurer cette offre, géographiquement, quantitativement et qualitativement.

La télé assistance contribue à rassurer les proches des personnes en perte d'autonomie. L'actuel délégataire du service public « Drôme Télé assistance » complète l'offre classique de télésurveillance par des prestations complémentaires telles que l'assistance psychologique, l'aide au retour d'hospitalisation, etc....

Cette délégation de service public arrivera à échéance le 30 avril 2013. Il conviendra de la renouveler en tenant compte des progrès technologiques (géolocalisation, par exemple) et en réfléchissant à des possibilités d'aide aux aidants (conseil, orientation, ...).

- **Soutenir les aidants familiaux des personnes en perte d'autonomie, âgées ou handicapées.**
- **Structurer et développer l'offre d'accueil de jour et d'hébergement temporaire.**
- **Renouveler la DSP « Drôme Téléassistance » en tenant compte de l'évolution des besoins et des progrès technologiques.**

ORIENTATION N°2

Répondre à la diversité des situations et des projets de vie des personnes

Axe 5 **Proposer des alternatives à l'accueil en établissement.**

L'instauration de l'APA permet aux personnes âgées qui le souhaitent de prolonger leur vie à domicile malgré leur perte d'autonomie.

De plus, l'augmentation de la redevance acquittée par les résidents des EHPAD (1700 €/mois), conséquence d'une réglementation qui laisse plus de 60% des coûts de prise en charge aux personnes accueillies elles-mêmes, incite certaines personnes à repousser leur entrée en EHPAD.

Malgré cela, le besoin de bénéficier d'un environnement et de prestations adaptées demeure, et le faible taux d'équipement de la Drôme en EHPAD entraîne souvent de longs délais d'attente. Pour autant, les prévisions de financement de nouvelles places médicalisées s'avèrent limitées.

Le succès des opérations « Cœur de village – Cœur de quartier » confirme les attentes des personnes en perte d'autonomie vis-à-vis du maintien dans un logement.

L'adaptation du cadre bâti doit cependant parfois être accompagnée de prestations d'aides humaines pour permettre le maintien à domicile de certaines personnes âgées ou handicapées.

Le développement d'une offre de logements avec services associés peut à la fois répondre aux besoins de certains Drômois, et constituer une alternative aux EHPAD pour l'accueil de personnes modérément dépendantes (GIR 3).

L'accueil familial de personnes âgées ou d'adultes handicapés représente également une forme d'hébergement complémentaire aux établissements médico-sociaux. Elle permet l'accueil de personnes handicapées qui supportent difficilement l'accueil collectif en établissement ou souhaitent en changer temporairement. Elle offre également un mode d'accueil des personnes âgées dépendantes moins onéreux que l'EHPAD.

Le nombre d'accueillants familiaux baisse dans la Drôme du fait d'un déficit de renouvellement. De plus, leur répartition géographique est inégale.

S'agissant d'un métier souvent méconnu, sa promotion devrait permettre d'augmenter le nombre d'accueillants familiaux.

- **Expérimenter des formes de logements adaptés avec offre de services associés.**
- **Promouvoir l'accueil familial de personnes âgées ou d'adultes handicapés.**

Répondre à la diversité des situations et des projets de vie des personnes

Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés ainsi que les personnes handicapées vieillissantes justifient de préoccupations particulières du fait de la spécificité de leur situation et de l'importance numérique des personnes concernées.

Le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés est estimé à plus de 6 000 dans la Drôme. Elles seront 7 000 en 2015 et 7 800 en 2020. Cette maladie se caractérise par la diversité des symptômes et des comportements et par un besoin particulier d'accompagnement, de conseil et de soutien aux proches des malades.

Malgré les dispositions déjà prises, des besoins subsistent :

- La prise en compte des malades précoces,
- Le renforcement du dépistage précoce,
- Le renforcement de l'aide aux aidants et de leur accompagnement,
- La poursuite de la formation des personnels des services d'aide à domicile,
- La réorganisation et la diversification de l'offre d'accueil de jour et d'hébergement temporaire.

Le plan national Alzheimer prévoit le déploiement progressif de plusieurs types de réponses, encore peu développées dans la Drôme :

- MAIA (Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer) : vise à renforcer la coordination des acteurs pour améliorer l'information et optimiser les interventions auprès des personnes. Un projet, déposé par la Drôme pour la création d'une MAIA en Drôme Provençale, sera lancé en 2012
- SSIAD renforcé : intervention auprès des malades et des proches. Existe dans le sud Drôme (SSIAD de Valréas) ; un appel à projets est en cours ;
- Aide aux aidants : formation des aidants : existe sur tout le département, mais mérite d'être renforcé ;
- Plate-forme de répit : offre diversifiée d'interventions auprès des personnes et de leurs proches.

En général, ce plan national Alzheimer est mis en œuvre par le biais d'appels à projets lancés par l'ARS.

Compte tenu de l'intérêt de certaines dispositions du plan et des financements associés, il paraît pertinent d'organiser la mise en œuvre de ce plan en anticipant les appels à projets par une observation locale des besoins et réponses existantes, et une réflexion collective visant à aider les porteurs de projets à adapter leurs offres aux réalités drômoises.

Les personnes handicapées vieillissantes :

Dans le cadre du schéma précédant, une étude de besoins a été conduite en 2007, et assortie de propositions de types de réponses.

Elle a abouti, suite à un appel à projets, à la création d'un foyer de vie de 36 places et d'un FAM de 12 places à Mours St Eusèbe. 12 places de FAM doivent également être adossées au foyer de vie Clair Matin à La Motte Chalancon.

D'autres gestionnaires, comme la MGEN dans le Royans ou la Croix Rouge

Axe 6
Répondre aux besoins spécifiques des malades d'Alzheimer et des personnes handicapées vieillissantes

ORIENTATION N°2

Répondre à la diversité des situations et des projets de vie des personnes

dans le Diois, commencent à adapter leur offre au vieillissement des résidents. Pour autant, les perspectives démographiques demeurent préoccupantes. De plus, la diversité des situations amène à concevoir une diversité de réponses : la situation d'un retraité d'ESAT devant quitter son foyer-logement diffère de celle de la personne accompagnée à domicile par un SAVS ou de celle d'une personne en foyer de vie.

Ceci amène à prévoir une observation permanente de ce public et de ses besoins, menée globalement par la MDPH et localement par les acteurs de proximité.

Il conviendra également de concevoir diverses formes de réponses, organisées à l'échelle de bassins de vie pour favoriser le maintien des personnes dans leur environnement et mobiliser les acteurs locaux :

- Adaptation de l'offre médico-sociale existante et formation des personnels,
- Coordination des acteurs locaux des secteurs de la gérontologie et du handicap,
- Prise en compte des aidants,
- Lorsque c'est possible, orientation des personnes vers les solutions existantes d'accueil de personnes âgées ou handicapées (par exemple, la Croix Rouge de Recoubeau-Jansac a orienté trois personnes dans les foyers logements de Luc-en-Diois et Chatillon-en-Diois),
- Création d'une palette de réponses nouvelles et diversifiées.

Le contexte financier ne permettant pas d'envisager la création d'équipements médico-sociaux « classiques » à hauteur des besoins, il sera important de rechercher des solutions innovantes en s'appuyant sur les acteurs locaux.

■ Organiser la mise en œuvre du plan national Alzheimer dans la Drôme

■ Organiser une observation territorialisée des besoins des personnes handicapées vieillissantes et rechercher des solutions en s'appuyant sur les acteurs locaux du handicap et du grand âge

Accompagner les acteurs du handicap et de la perte d'autonomie dans une amélioration continue de leurs prestations

La qualité des prestations délivrées aux personnes vulnérables doit demeurer une préoccupation constante des organismes qui s'adressent à eux.

Les conventions tripartites pour les EHPAD, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), voire la certification qualité contribuent à encourager les gestionnaires d'établissements et services dans ce sens.

Le Département, chef de file de la coordination gérontologique et autorité de tutelle de nombreux établissements et services médico-sociaux, se doit d'accompagner ceux-ci dans leurs démarches. Son positionnement d'interlocuteur privilégié de l'ARS pour le domaine médico-social doit permettre de favoriser les relations et partenariats avec les acteurs sanitaires, facteur important d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées ou handicapées.

Les professionnels n'ont pas toujours une information actualisée sur les structures, les réformes juridiques, les évolutions des missions des uns et des autres. Ils ne disposent pas de base de données actualisée et à la disposition de tous.

Ceci contribue à maintenir le « parcours du combattant » des personnes et de leurs proches, et peut limiter les potentialités de coopération du fait d'une connaissance insuffisante des prestations proposées par les autres intervenants.

Une attention particulière sera portée aux CCAS et CIAS, qui sont souvent les premiers interlocuteurs des personnes âgées et de leurs proches.

Des occasions de rencontres et d'échanges territorialisées entre les acteurs d'un même bassin de vie devraient contribuer à une meilleure connaissance des partenaires entre eux.

■ Renforcer et actualiser l'information mutuelle des professionnels

Le renforcement des coopérations entre les acteurs du domaine sanitaire et ceux du domaine médico-social demeure une question d'actualité.

La circonscription des séjours hospitaliers à la période de soins intensifs conduit au retour des patients à leur domicile ou leur établissement médico-social dès que leur état est stabilisé. Cependant, la persévérance du besoin en soins nécessite à la fois l'organisation de prestations de soins spécialisés intervenant à l'extérieur de l'hôpital, ainsi que leur articulation avec les soins de ville, les interventions d'aide à domicile et l'accompagnement médico-social.

Cette coordination des acteurs sanitaires et médico-sociaux est souvent freinée par :

- la question du secret médical
- les difficultés à mobiliser les professionnels libéraux, du fait de leur disponibilité et des différences de culture professionnelle

Axe 1
– Développer l'information et la formation des acteurs

Axe 2
– Renforcer la coordination des acteurs sanitaires et médico-sociaux

ORIENTATION N°3

Accompagner les acteurs du handicap et de la perte d'autonomie dans une amélioration continue de leurs prestations

- la démographie médicale et paramédicale dans certaines zones
- le manque de reconnaissance de certains acteurs, comme les services d'aide à domicile
- l'augmentation du temps à consacrer à la coordination

Dans le secteur des personnes âgées, des coopérations sont en cours de formalisation à la demande de l'ARS : les inter filières gérontologiques et gériatriques (IFGG). Le Département contribue activement à leur mise en place. Des expériences localisées sont également présentes, telles le réseau de santé gérontologique RESAGE dans le Nyonsais-Baronnies.

Les MAIA prévoient également des renforcements des partenariats pour améliorer la pertinence de la prise en charge des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer.

Le secteur du handicap ne fait pas l'objet d'une démarche similaire des pouvoirs publics. Pour autant, le besoin est identique et des occasions de rencontres et d'échanges sont attendues par les acteurs concernés. Le secteur médico-social intervenant auprès des adultes handicapés identifie les besoins suivants :

- l'accès aux soins dentaires
- l'accès à certains examens spécialisés (IRM, ...)
- le déficit de formation du personnel hospitalier à la prise en charge des personnes handicapées, flagrant dans les services d'urgence. (Ce n'est pas le cas concernant les personnes âgées, les hôpitaux de référence disposant d'équipes mobiles de gériatrie qui interviennent en soutien des autres services).
- Le repérage et le traitement de la douleur, ceci tant à domicile qu'en établissement. (Ce thème doit déjà être intégré dans les projets des établissements médicalisés).

La présence de personnels médicaux ou paramédicaux dans certains établissements non médicalisés comme les foyers de vie, même en proportion limitée, permet également d'introduire des compétences sanitaires au sein de l'équipe éducative, de faciliter les relations avec les soignants intervenant auprès des résidents et d'optimiser les soins qu'ils prodiguent. Il conviendra toutefois de ne pas dériver vers des foyers d'accueil médicalisés de fait.

La coordination avec la psychiatrie constitue une attente constante du secteur médico-social. En effet, les établissements et services médico-sociaux sont souvent démunis face aux résidents souffrant de troubles psychiques. La jurisprudence montre que cela peut mettre en jeu la responsabilité de l'établissement en cas d'accident provoqué par un résident.

Le renforcement des coopérations entre ces établissements et le secteur psychiatrique améliorera la fluidité des parcours. Actuellement, environ 1/3 des EHPAD ont une convention avec la psychiatrie.

L'expérience montre que le conventionnement entre établissements médico-

Accompagner les acteurs du handicap et de la perte d'autonomie dans une amélioration continue de leurs prestations

sociaux et secteur psychiatrique constitue le mode privilégié d'organisation de leur coopération, à condition que ces conventions prévoient des dispositions précises, et qu'un suivi régulier de leur application soit mis en œuvre. Il convient donc de promouvoir ce type d'engagements réciproques.

- Favoriser la création et le fonctionnement des inter filières gériatologiques et gériatriques
- Créer une instance pérenne de concertation des acteurs sanitaires et médico-sociaux intervenant auprès des adultes handicapés
- Élaborer une convention-type de partenariat entre la psychiatrie et les établissements médico-sociaux
- Autoriser la présence de personnels médicaux dans les foyers de vie

Dans un environnement évolutif en termes d'attentes et de situation des usagers, de réglementation, d'organisation du paysage sanitaire et médico-social, les autorités de tutelle doivent accompagner les établissements et services dans leurs efforts d'amélioration de la qualité de prise en charge des personnes.

Le secteur de l'aide à domicile doit continuer à être conforté par une meilleure reconnaissance des intervenants, qui sont souvent les professionnels les plus présents auprès des personnes âgées ou handicapées, et par la poursuite de leur qualification et de leur professionnalisation.

La structuration de ce secteur et la modernisation de ses modes de gestion doit être poursuivie.

Le renouvellement de la convention triennale Département/CNSA/État de modernisation de l'aide à domicile, qui arrivera à échéance le 31 décembre 2012, sera l'occasion de définir avec les représentants drômois de ce secteur les modalités de poursuite de cette action.

A situation identique, certains établissements et services proposent des prestations mieux appréciées par les usagers et leurs proches. Par exemple, la mobilisation des équipes autour d'un projet commun de prise en charge des résidents ainsi que l'ouverture de l'établissement sur son environnement se retrouvent dans l'ensemble des établissements dont la qualité de la prise en charge est reconnue.

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) élabore progressivement un corpus de recommandations de bonnes pratiques professionnelles qui donnent

Axe 3
Promouvoir une offre de service de qualité et adaptée aux besoins

ORIENTATION N°3

Accompagner les acteurs du handicap et de la perte d'autonomie dans une amélioration continue de leurs prestations

lieux à des publications. On peut citer :

- Qualité de vie en EHPAD (quatre volets dont deux parus)
- Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement
- Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement
- L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social
- Ouverture de l'établissement à et sur son environnement
- La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre

Ces recommandations sont indicatives. Cependant, il est probable qu'elles s'imposent progressivement.

Il est proposé de mener avec les gestionnaires d'établissements une réflexion départementale visant à recenser les bonnes pratiques des établissements drômois et d'étudier les recommandations de l'ANESM pour élaborer un ensemble de préconisations à destination des établissements et services du département.

La diversité des dossiers de demande d'admission en EHPAD représente une difficulté pour les personnes âgées et pour les médecins qui en remplissent le volet médical.

Un récent décret crée un dossier unique. La généralisation de son utilisation constituera un élément qualitatif apprécié des usagers.

- **Poursuivre la structuration et la qualification du secteur de l'aide à domicile grâce au renouvellement concerté de la convention Département/CNSA/État**
- **Améliorer la qualité de l'accueil en établissement par le recensement et la promotion de bonnes pratiques**
- **Généraliser et informatiser le dossier unique de demande d'entrée en EHPAD**

La mise en œuvre du schéma 2012-2016

UNE INSTANCE DE PILOTAGE ET DE SUIVI DU SCHÉMA

Le comité de pilotage qui a présidé à l'élaboration du présent schéma sera pérennisé. Il se réunira au moins 1 fois par an, pour :

- Évaluer l'état d'avancement du schéma
- Déterminer les actions à mettre prioritairement en œuvre dans les mois qui suivent
- Proposer si nécessaire des modifications ou complément.

UNE FONCTION D'OBSERVATION

La mise en œuvre du schéma et son évaluation nécessitent que le Département, l'ARS, la MDPH et les acteurs médico-sociaux développent les outils d'observation qui permette d'évaluer les besoins des personnes âgées ou handicapées, ainsi que le niveau de satisfaction de ces besoins.

UNE COHÉRENCE AVEC LE PROJET D'ADMINISTRATION DU DÉPARTEMENT

Le Département va se doter d'un projet d'administration qui aura pour ambition d'optimiser le fonctionnement du service qu'elle rend aux Drômois. Il conviendra d'en tenir compte dans les modalités de mise en œuvre du schéma.

Glossaire

AAH	Allocation adulte handicapé
ADAPT	Association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées.
ADOMA	Insertion par le logement
AFM	Association française contre les myopathies
AGEFIPH	Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
ANAH	Agence nationale d'amélioration de l'habitat
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARS	Agence régionale de santé
CALD	Centre d'amélioration du logement de la Drôme
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CAT	Centre d'aide par le travail
CDAPH	Commission départementale d'accès aux droits des personnes handicapées
CDCPH	Conseil départemental consultatif des personnes handicapées
CDES	Commission départementale de l'éducation spéciale
CDH	Collectif Drôme handicap
CFA	Centre de formation pour adultes
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CISS-RA	Collectif inter-associatif sur la santé en Rhône-Alpes
CLIC	Comité local d'information et de coordination gérontologique
CLIS	Classe d'intégration scolaire
CMP	Centre médico-psychologique
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CMS	Centre médico-social
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CODERPA	Comité départemental des retraités et personnes âgées
COTOREP	Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel
GRAM	Caisse régionale d'assurance maladie (devenue CARSAT)
CRDI	Centre de ressources, de développement et d'informations pour l'emploi des personnes handicapées.
CREAI	Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptée
CROSMS	Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale
CRUQS	Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge sociale
DAH	Drôme aménagement habitat
DDASS	Direction départementale de l'action sanitaire et sociale
DDCS	Direction départementale de la cohésion sociale
DDTEFP	Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
DIRECCTE	Direction régionale des entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DREES	Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques
DSL	Développement social local
EA	Entreprise adaptée
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPCI	Etablissement public de coopération intercommunale

EPI	Espace public internet
ERP	Établissement recevant du public
ESAT	Établissement et service d'aide par le travail
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FIPHFP	Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique
GEVA	Guide d'évaluation multidimensionnelle
GIP	Groupement d'intérêt public
IEM	Institut d'éducation motrice
IME	Institut médico-éducatif
IMPRO	Institut médico-professionnel
ITEP	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
MAIA	Maison pour l'accueil et l'intégration des malades d'Alzheimer
MARPA	Maison d'accueil rurale pour personnes âgées
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MSA	Mutualité sociale agricole
NTIC	Nouvelles technologies de l'information et de la communication
OPAH	Opération programmée d'amélioration de l'habitat
ORS	Observatoire régional de la santé
PCH	Prestation de compensation du handicap
PDITH	Plan départemental d'insertion des travailleurs handicapés
PHV	Personne handicapée vieillissante
PIG	Programme d'intérêt général
PMI	Protection maternelle et infantile
PPS	Projet personnalisé de scolarisation
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie
PRITH	Plan régional d'insertion des travailleurs handicapés
RASED	Réseau d'aide spécialisé pour les enfants en difficulté
RQTH	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
SAD	Service d'aide à domicile
SAMETH	Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SDIS	Service départemental d'incendie et de secours
SEGPA	Section d'enseignement professionnel adapté
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
TLA	Troubles du langage et des apprentissages
TED	Troubles envahissants du développement
TMR	Transport mobilité réduite
ULIS	Unité localisée pour l'insertion scolaire
UPI	Unité pédagogique d'intégration
URML	Union régionale des médecins libéraux
URPS	Union régionale des professionnels de santé



- LE DÉPARTEMENT DE LA DRÔME

Direction des solidarités - Direction personnes âgées personnes handicapées

13 avenue Maurice Faure BP 1132 - 26011 VALENCE CEDEX

Tél. : 04 75 79 70 14 - www.ladrome.fr