



**Définition de la stratégie du Département de Tarn-et-Garonne sur ses territoires en matière de pilotage, structuration et financement des services prestataires d'aide à domicile autorisés à intervenir auprès des personnes âgées et des personnes en situation de handicap**

**Schéma directeur 2018 – 2021**

**Adopté le 26 juin 2020**

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>3</b>
1. LE CONTEXTE LÉGISLATIF EN CONSTANTE ÉVOLUTION .....	3
1.1 <i>La loi du 2 janvier 2002.....</i>	3
1.2 <i>La loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015.....</i>	4
1.3 <i>La compétence du Département en matière de planification territoriale de l'aide à domicile.....</i>	4
2. LA MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION DU SCHÉMA DIRECTEUR DE L'AIDE À DOMICILE.....	5
2.1 <i>L'inscription du schéma directeur des services d'aide et d'accompagnement à domicile dans le schéma d'organisation sociale et médico-sociale du Département.....</i>	5
2.2 <i>La participation et la concertation, clés de voute de la démarche d'élaboration.....</i>	6
2.3 <i>Limites du recueil des données.....</i>	6
<b>PARTIE 1 - CONTEXTE ET ORGANISATION DE L'AIDE À DOMICILE POUR LES PERSONNES ÂGÉES ET PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP.....</b>	<b>9</b>
1. LE CONTEXTE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE DU DÉPARTEMENT.....	9
2. L'OFFRE DE SANTÉ SUR LE DÉPARTEMENT.....	13
3. L'OFFRE DÉPARTEMENTALE DE L'AIDE À DOMICILE.....	14
3.1 <i>La couverture territoriale.....</i>	14
3.2 <i>Les prises en charge réalisées au niveau de l'aide à domicile.....</i>	15
3.3 <i>L'organisation et la coordination des prises en charge des personnes âgées.....</i>	19
3.4 <i>L'organisation et la coordination des prises en charge des personnes en situation de handicap.....</i>	23
<b>PARTIE 2 – CONSTATS PARTAGÉS ET ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DU SCHÉMA DÉPARTEMENTAL DE L'AIDE À DOMICILE POUR 2018/2021.....</b>	<b>26</b>
1. ORGANISER LE PILOTAGE DE LA POLITIQUE AUTONOMIE DANS LE CHAMP DE L'AIDE À DOMICILE POUR 2018/2021.....	27
2. RENFORCER LA COORDINATION SANITAIRE ET SOCIALE.....	32
3. PENSER LE PLAN D'AIDE AU PLUS PRÈS DU BESOIN DE L'USAGER.....	34
4. ACCROÎTRE LA QUALITÉ DE SERVICE SUR LE TERRITOIRE.....	36
5. SOUTENIR LA PROFESSIONNALISATION ET VALORISER LE MÉTIER SUR LE TERRITOIRE.....	40
6. EN CONCLUSION.....	44
<b>GLOSSAIRE.....</b>	<b>46</b>
<b>RESSOURCES.....</b>	<b>47</b>
<b>LISTE DES SAAD AUTORISÉS OU RÉPUTÉS AUTORISÉS AU 31/12/2017.....</b>	<b>48</b>

### 1. Le contexte législatif en constante évolution

#### 1.1 La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

**La loi du 2 janvier 2002 institue une profonde modification en désignant le conseil départemental comme chef de file de l'action sociale et médico-sociale.** Avec cette réglementation, le Département a désormais la responsabilité de l'élaboration des schémas d'organisation sociale et médico-sociale, dont un volet est consacré aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap. Son contenu est déterminé par le code de l'action sociale et des familles, tel qu'indiqué dans son article L.312-4.

Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale :

1. Apprécient la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population
2. Dressent le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante
3. Déterminent les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale et, notamment, ceux nécessitant des interventions sous forme de création, transformation ou suppression d'établissements et services [...]
4. Précisent le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services [...]
5. Définissent les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre des schémas

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 a fourni une nouvelle définition de l'action sociale et médico-sociale reprise dans l'article L.116-1 du code de l'action sociale et des familles. Cette action tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes en situation de handicap et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté et sur la mise à leur disposition de prestations. Elle est mise en œuvre par l'État, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations ainsi que les institutions sociales et médico-sociales au sens de l'article L.311-1.

**Ainsi la coopération est posée comme un des axes indispensables de l'exercice à engager. Mieux articuler les prises en charge reste un défi, car chaque secteur de prise en charge (sanitaire, social, médico-social) a développé ses propres dispositifs.**

## 1.2 La loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015

**La loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 vise à répondre aux phénomènes démographiques conjugués qui entraînent un vieillissement de la société française.** Les projections de l'INSEE prévoient un allongement de l'espérance de vie pour les années à venir. En 2060, elle devrait être de 91,1 ans pour les femmes et de 86 ans pour les hommes alors qu'elle est actuellement de 84,8 ans pour les femmes et de 78,4 ans pour les hommes. La France compte aujourd'hui 15 millions de personnes âgées de plus de 60 ans. Elles seront 20 millions en 2030 et près de 24 millions en 2060. Le nombre des plus de 85 ans passera de 1,4 million en 2016 à 5 millions en 2060.

Si la grande majorité des personnes âgées vieillissent dans de bonnes conditions, 8 % des plus de 60 ans sont en perte d'autonomie et bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). À 85 ans, 1 personne sur 5 est en perte d'autonomie.

La loi d'adaptation de la société au vieillissement constitue une **étape fondamentale de la réforme nécessaire du secteur social et médico-social à domicile**. Ainsi, les dispositions de la loi vont bien au-delà des **problématiques de vieillissement** et vont impacter le champ du handicap et des familles en difficultés.

L'anticipation est une des trois orientations de la loi d'adaptation de la société au vieillissement. Elle est indispensable pour favoriser le maintien à domicile des personnes seniors et celles en situation de handicap.

Pour anticiper et donc prévenir, il est préalablement nécessaire :

- de connaître les besoins des seniors pour maintenir leur autonomie, mais également de promouvoir le « bien vieillir »,
- de connaître les besoins des personnes en situation de handicap,
- de connaître l'offre existante de services à domicile,
- d'analyser l'adéquation entre cette offre et les besoins préalablement identifiés,
- d'adapter le cas échéant la politique de services à domicile.

## 1.3 La compétence du Département en matière de planification territoriale de l'aide à domicile.

La loi d'adaptation de la société au vieillissement a réformé le statut juridique des SAAD, en supprimant le régime de l'agrément au profit de celui de l'autorisation. **Cette réforme a donné aux Départements le rôle de chef de file de l'action gérontologique.** Ils doivent désormais intégrer les nombreux anciens services agréés dans leurs stratégies de planification territoriale, en lien avec les différents schémas.

**L'animation territoriale des services d'aide à domicile repose sur plusieurs enjeux qui viennent impacter les réponses apportées par les autorités publiques : les structures d'aide à domicile sont diverses, qu'il s'agisse de leurs dimensions, de leurs modes organisationnels, de leurs formes juridiques, de l'étendue ou des caractéristiques de leurs zones d'intervention.** Les conseils départementaux ajustent leur stratégie à ce

**contexte complexe. Les options prises ont des impacts sur l'égalité d'accès aux services pour l'ensemble de la population, la qualité des prestations assurées ou le montant du reste à charge pour les bénéficiaires, les structures d'aide à domicile elles-mêmes.**

Pour conforter la dynamique d'amélioration des pratiques locales en matière d'aide à domicile, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) s'est vu confier la gestion d'un fonds d'appui. La mise en œuvre de ce dernier s'inscrit dans le contexte général de l'évolution du régime juridique des services d'aide et d'accompagnement à domicile et de la réaffirmation du rôle des conseils départementaux dans le pilotage de cette offre. Ce fonds accompagne notamment les Départements dans la définition d'une stratégie territoriale.

**Le Département de Tarn-et-Garonne s'est saisi de ce dispositif pour élaborer sa stratégie départementale déclinée dans un schéma directeur d'aide à domicile : il a signé une convention avec la CNSA en date du 31 juillet 2017 qui traduit les ambitions et les engagements réciproques.**

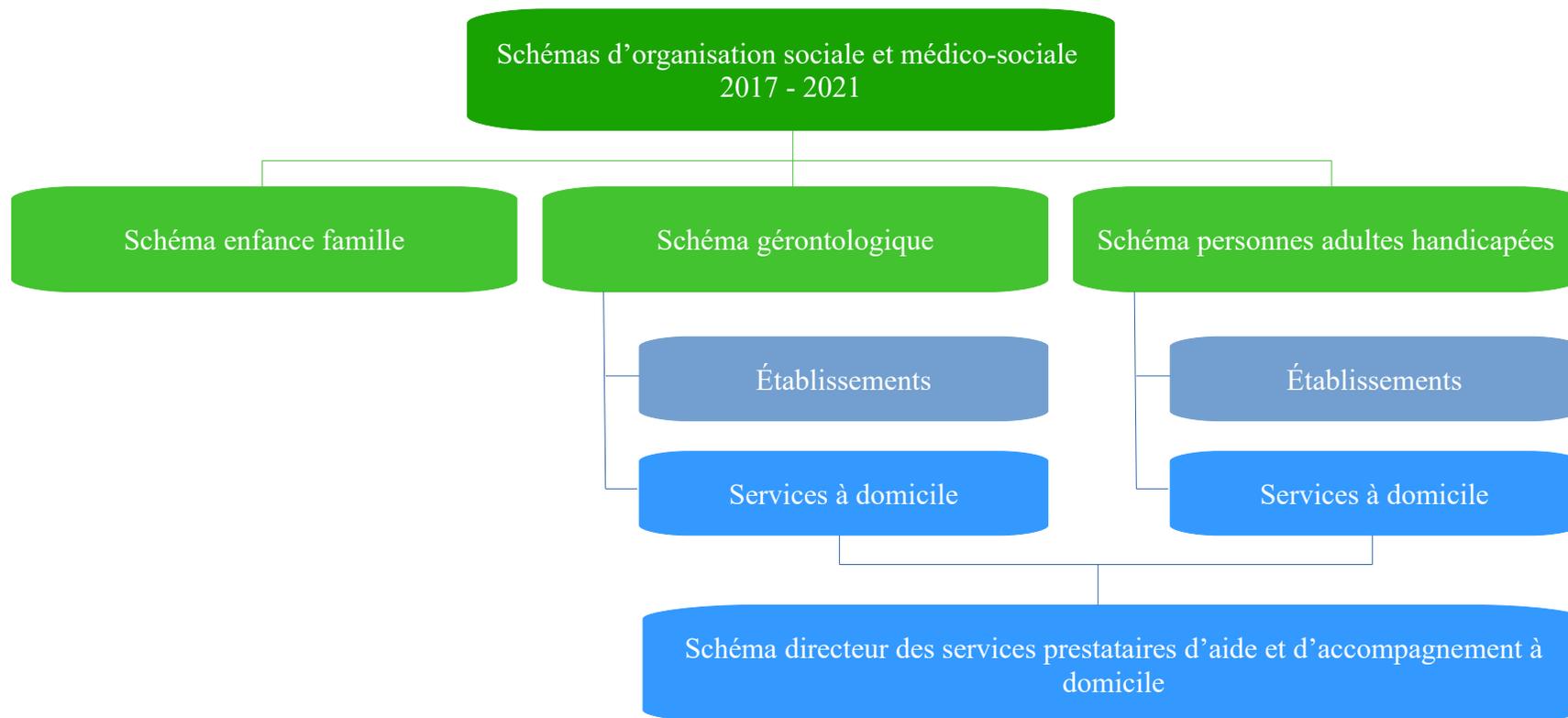
## **2. La méthodologie d'élaboration du schéma directeur d'aide à domicile**

### **2.1 L'inscription du schéma directeur des services d'aide et d'accompagnement à domicile dans le schéma d'organisation sociale et médico-sociale du Département**

L'élaboration de schémas départementaux relatifs à l'action sociale et médico-sociale est visée par l'article L 312-5 du code de l'action sociale et des familles. Ce texte dispose que le Président du conseil départemental est compétent, pour élaborer et mettre en œuvre des schémas départementaux visant l'organisation des établissements et services dans les domaines suivants :

- aide sociale à l'enfance et protection et maternelle infantile
- personnes adultes en situation de handicap
- personnes âgées.

Par délibération de l'assemblée départementale des 12 et 13 avril 2016, le conseil départemental a décidé d'engager la révision de ces schémas départementaux.



**Le schéma directeur des services d'aide et d'accompagnement à domicile s'inscrit dans l'axe 5 « Coordination gérontologique et optimisation du maintien à domicile » du schéma gérontologique adopté le 13 mars 2018 et répond à la fiche action 5.1 « définition d'une stratégie territoriale dans le champ de l'aide à domicile et élaboration de contrats pluriannuelles d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les services d'aide et d'accompagnement à domicile concernés ». Il est porté par le pôle solidarités humaines.**

Si de nombreux dispositifs et actions sont développés partout en Tarn-et-Garonne en matière d'aide à domicile, la définition d'une politique départementale vise une meilleure coordination et optimisation des ressources allouées.

## 2.2 La participation et la concertation, clés de voûte de la démarche d'élaboration

Le présent schéma porte sur les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) autorisés pour les personnes âgées et personnes en situation de handicap, en mode prestataire, du département de Tarn-et-Garonne sur ses territoires.

Il s'appuie sur la confrontation des besoins médico-sociaux aux perspectives d'évolution socio-démographiques du territoire et aux évolutions réglementaires. L'élaboration a privilégié les dynamiques partenariales associant les différentes parties prenantes : services départementaux, SAAD, acteurs territoriaux, acteurs institutionnels et sociaux... Trois groupes de travail ont été ainsi constitués : les SAAD et leurs parties prenantes ; les acteurs institutionnels ; les acteurs territoriaux. **La méthodologie de concertation s'est ainsi basée sur une participation active des parties intéressées aux différentes étapes de l'élaboration du schéma.**

Afin d'analyser plus en détail l'activité des SAAD, une enquête a été menée fin 2017 par le conseil départemental, dans le cadre de l'élaboration du diagnostic qui a précédé l'étape de rédaction du schéma directeur. Les 16 SAAD sollicités, qui réalisent à eux seuls 1.134.820 heures de l'activité prestataire (soit 99 % des heures APA et PCH sur le territoire), ont répondu à cette enquête. Afin d'apporter un éclairage sur la situation globale observée, les réponses recueillies ont été mises en perspective des différentes analyses travaillées lors de la phase de concertation.

## 2.3 Limites du recueil des données

### a) Les limites liées au périmètre des schémas départementaux

Le schéma départemental gérontologique et le schéma départemental adultes handicapés ont été élaborés dans le cadre du schéma d'organisation sociale et médico-sociale 2017-2021. Cependant, il n'existe pas de corrélation entre les deux documents sur la question de l'aide à domicile pour les personnes adultes. Le lien entre les orientations de l'un et de l'autre n'est pas établi. La question du handicap chez les enfants de moins de 20 ans, quant à elle, n'est traitée dans aucun schéma départemental puisque relevant de l'ARS.

Pour autant, le pôle solidarités humaines est organisé de manière transversale sur les questions des personnes âgées et des personnes en situation de handicap et, en son sein, c'est bien la MDPH qui est en charge des enfants en situation de handicap.

### b) Des limites liées à l'exhaustivité et la datation des données

L'étude pour établir le schéma des services d'aide et d'accompagnement à domicile a également pris appui sur une grille de questionnaire adressée aux SAAD. Bien que tous les SAAD se soient livrés à l'exercice, le niveau de réponse ne permet pas de conclure à une exhaustivité des données

et de dresser un panorama des méthodes d'organisation des SAAD. Ce questionnaire a cependant mis en exergue qu'il n'existe pas d'indicateurs partagés et d'outils cadres pour un suivi cohérent des structures SAAD par les financeurs des dispositifs.

Envoyé en préfecture le 13/07/2020  
Reçu en préfecture le 13/07/2020  
Affiché le 13/07/2020  
ID : 082-228200010-20200626-CD20200626\_16-DE



Les données du schéma gérontologique 2017/2021 (sources CD et INSEE) datent de 2013 à 2015 et n'ont pas toutes été réactualisées. Les données « déclaratives » des SAAD datent quant à elles, de 2017. Il n'a donc pas toujours été permis de corréler les données du CD et celles des SAAD du fait de ce décalage de dates.

## **PARTIE 1 - CONTEXTE ET ORGANISATION DE L'AIDE À DOMICILE POUR LES PERSONNES ÂGÉES ET PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP**

### **1. Le contexte socio-démographique du département.**

Au 1er janvier 2015, le Tarn-et-Garonne comptait 255 274 habitants (261 462 avec les doubles comptes). Entre 2010 et 2015, le département a gagné en moyenne 2 720 habitants chaque année, soit une hausse annuelle moyenne de 1,1 %. Cette forte croissance démographique, nettement au-dessus de celle de la France métropolitaine (+ 0,5 %) et de la région (+ 0,9 %), situe le Tarn-et-Garonne parmi les départements les plus dynamiques de métropole et d'Occitanie, derrière la Haute-Garonne et l'Hérault.

La croissance est particulièrement marquée le long de l'autoroute A20, au sud entre Toulouse et Montauban, et au nord en direction du Lot. Les communes à proximité de l'A62 bénéficient aussi d'une croissance démographique dynamique. À l'inverse, les communes du nord-ouest, dans les coteaux du Quercy, perdent plus souvent des habitants.

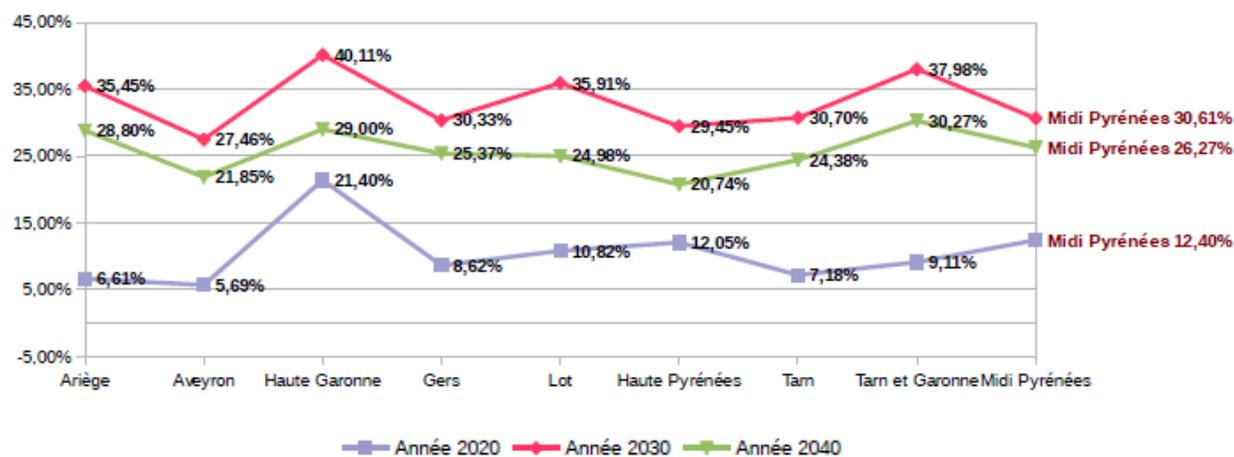
#### **Les personnes âgées**

Aujourd'hui, les plus de 60 ans représentent 27 % de la population du Tarn-et-Garonne, contre 24 % de la population au niveau national (données 2015).

Les plus de 80 ans représentent quant à eux 7 % en Tarn-et-Garonne, avec de nombreuses disparités selon les cantons, contre 5,7 % de la population au niveau national.

Les projections démographiques de l'INSEE portent la population du département à 323 000 habitants en 2040, dont 107 900 de plus de 60 ans (33,5%) et 31 900 de plus de 80 ans (10%).

**Evolution de la population âgée de 75 ans et + en Midi Pyrénées**



Source INSEE - projection OMPHALE 2010, scénario central

En 2015, le score moyen de fragilité<sup>1</sup> de l'ex région Midi-Pyrénées, pour les personnes âgées de 55 ans et plus, était de 3,58. Le Tarn-et-Garonne était légèrement au-dessus avec un score moyen de fragilité de 3,70 (4<sup>ème</sup> position dans la région).

À l'échelle départementale, les cantons « Pays de Serres – Sud Quercy » et « Moissac » sont particulièrement vulnérables avec des scores de fragilité respectivement de 4,03 et 4. En revanche, les cantons « Tarn-Tescou – Quercy Vert » et « Montech » ont des scores en dessous de la moyenne régionale.

La personne âgée vit principalement à domicile, de surcroît si elle en est propriétaire. En 2013, en France, 74,8 % des personnes âgées de 65 ans et plus étaient propriétaires de leur logement principal contre 80,2 % dans l'ex région Midi-Pyrénées. Avec 80,8 % des seniors de plus de 65 ans propriétaires de leur logement principal, le Tarn-et-Garonne se place au-dessus de la moyenne nationale. Au niveau départemental, il convient de noter que les territoires les plus ruraux ont des taux plus élevés. Cela s'explique probablement par le coût moindre des achats immobiliers sur les territoires plus isolés ainsi que par la présence d'exploitants agricoles.

La prévalence des maladies chroniques augmente régulièrement en raison de l'allongement de l'espérance de vie. Avec l'avancée en âge, la présence simultanée de plusieurs maladies chroniques (polypathologie) devient la règle, ce qui favorise l'entrée dans la dépendance et augmente les besoins de prise en charge soit au domicile, soit en établissement pour les niveaux de dépendance les plus élevés.

**Au 31/12/2017, le nombre total de personnes qui perçoivent l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en Tarn-et-Garonne est de 6 255. Il était de 6 311 en 2015.**

#### Bénéficiaires de l'APA à domicile et en établissement au 31/12/2015

		GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	TOTAL
Domicile	Nombre	54	605	840	2561	4 060
	%	1.33	14.90	20.69	63.08	100
Établissement	Nombre	405	859	429	558	2 251
	%	17.99	38.16	19.06	34.79	100

#### Bénéficiaires de l'APA à domicile et en établissement au 31/12/2017

		GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	TOTAL
Domicile	Nombre	80	608	1105	2212	4 005
	%	2,00	15,18	27,59	55,23	100
Établissement	Nombre	363	866	428	593	2 250
	%	16,13	38,49	19,02	26,36	100

Le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile passe de 4 060 à 4 005 bénéficiaires entre 2015 et 2017 soit une baisse de 1,35 %

<sup>1</sup> Le score moyen de fragilité est un indicateur composite créé par la CARSAT qui permet de classer les territoires en 5 classes en prenant en compte des facteurs économiques (exonération de la CSG, minimum vieillesse) et des facteurs liés à l'isolement social (pension de reversion) tout en prenant en considération le facteur âge.

### Répartition des bénéficiaires de l'APA à domicile par sexe et classe d'âge au 31/12/2015

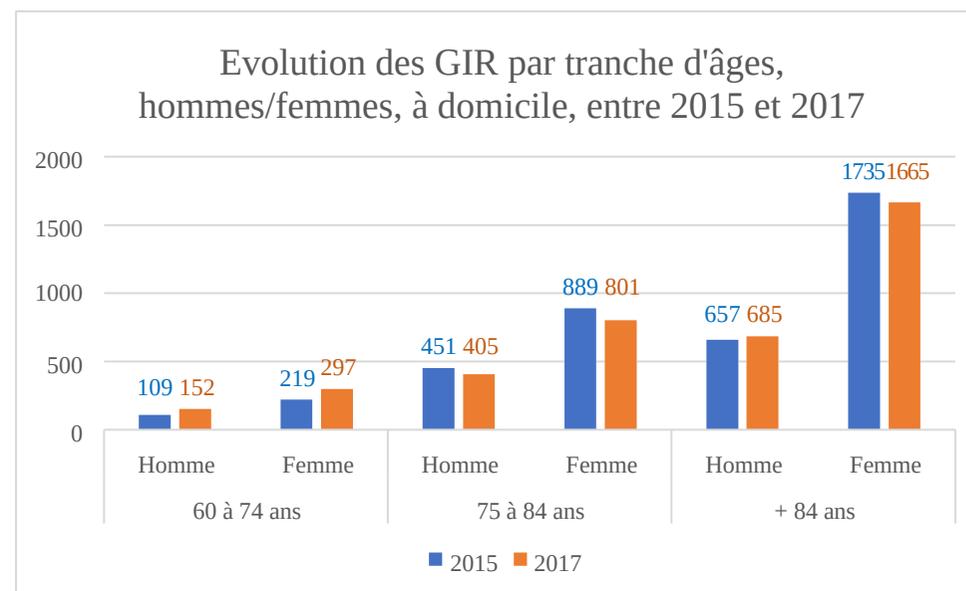
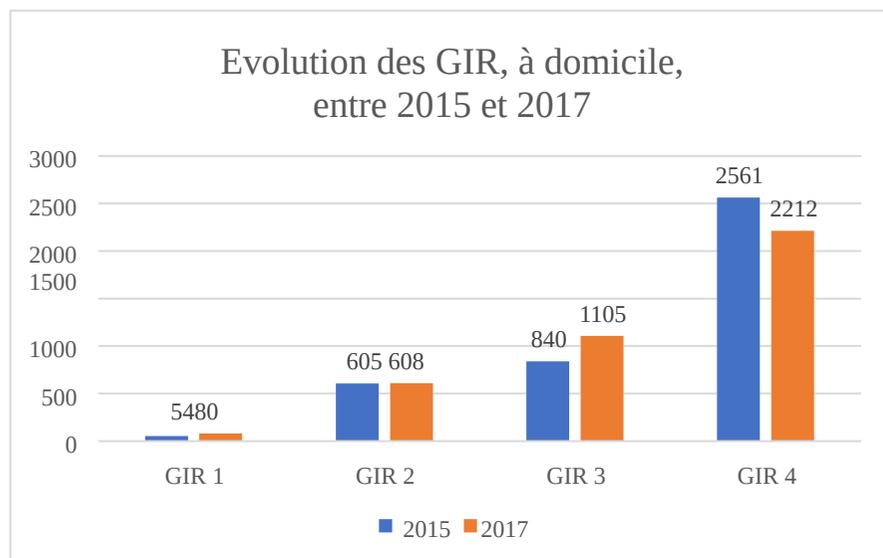
	60 → 74ans		75 → 84ans		+ 84 ans		TOTAL
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
Homme	109	8,96 %	451	37,06 %	657	53,99 %	1 217
Femme	219	7,70 %	889	31,27 %	1735	61,03 %	2 843
Ensemble	328	8,08 %	1340	33,00 %	2392	58,92 %	4 060

### Répartition des bénéficiaires de l'APA à domicile par sexe et classe d'âge

	60 → 74ans		75 → 84ans		+ 84 ans		TOTAL
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
Homme	152	12,24%	405	32,61%	685	55,15%	1 242
Femme	297	10,75%	801	28,99%	1665	60,26%	2 763
Ensemble	449	11,21%	1206	30,11%	2350	58,68%	4 005

Envoyé en préfecture le 13/07/2020  
 Reçu en préfecture le 13/07/2020  
 Affiché le 13/07/2020  
 ID : 082-228200010-20200626-CD20200626\_16-DE

### Evolution des GIR entre 2015 et 2017



Entre 2015 et 2017, pour ce qui concerne le domicile, le nombre de GIR de 1 à 3 augmente alors qu'on observe une baisse du nombre de GIR 4.

## Les adultes en situation de handicap

12 millions de français sur 65 millions en 2015 sont touchés par un handicap au sens de l'INSEE. Parmi eux, 80 % ont un handicap invisible, 1,5 millions sont atteints d'une déficience visuelle et 850 000 ont une mobilité réduite.

Fin 2015 en Occitanie, 114 000 foyers bénéficient de l'allocation adulte handicapé (AAH) destinée à des adultes en situation de handicap aux revenus modestes. Il s'agit du deuxième minima social dans la région en nombre d'allocataires, après le revenu de solidarité active socle. Ses effectifs ne cessent d'augmenter depuis sa création. Les allocataires sont relativement plus nombreux dans les départements âgés ou bien pourvus en structures d'accueil spécialisées.

**Au 31/12/2015, le nombre de personnes qui percevaient une AAH en Tarn-et-Garonne était de 5 559.** La part d'allocataires entre 20 et 64 ans était de 4 % en Tarn-et-Garonne (3,5 % en Occitanie).

Les bénéficiaires de l'AAH représentaient 2,27 % de la population en Tarn-et-Garonne contre 1,95 % en moyenne de la population de la région Occitanie (au 31/12/2014).

### Bénéficiaires de l'AAH<sup>2</sup> en Tarn-et-Garonne

Années	2013		2014		2015		Variations 2013 / 2015	
	CAF	MSA	CAF	MSA	CAF	MSA	CAF	MSA
AAH liquidée totalement	3 310	128	3 409	108	3 395	102	2,56 %	-20,31 %
AAH liquidée partiellement	1 371	279	1 965	264	1 892	212	38 %	-24,02 %
AAH non liquidée	583	41	502	43	545	23	-6,52 %	29,27 %

## Les enfants en situation de handicap

**Au 31/04/2014, 1 225 foyers du département de Tarn-et-Garonne étaient bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).**

<sup>2</sup> Le montant de l'AAH versée est calculé en fonction des ressources de la personne en situation de handicap. Un usager peut se voir attribuer une AAH à taux plein, on parle alors de liquidation totale ou une AAH à taux partiel, on parle alors de liquidation partielle.

En mars 2017, le taux d'équipement pour les structures enfants varie de 6,02 places d'hébergement pour enfants pour 1 000 habitants dans le Tarn-et-Garonne (19,76 en Lozère). Pour les SESSAD, il est de 3,51 places pour 1 000 habitants en Tarn-et-Garonne et de 4,38 dans les Hautes-Pyrénées. La Région Occitanie se situe à 7,52 places d'hébergement (6,60 au niveau national) et 3,32 places en SESSAD (2,90 au niveau national) pour 1 000 habitants.

Le département de Tarn-et-Garonne est, en conséquence, sous équipé en place d'hébergement pour enfants en situation de handicap par rapport aux niveaux national et régional.

## 2. L'offre de santé sur le département.

Sur le plan de l'offre de santé, le département de Tarn-et-Garonne se caractérise par :

- la plus faible densité de médecins généralistes de l'ex-région Midi-Pyrénées et l'avant dernière densité médicale (médecins généralistes et médecins spécialistes confondus) de cette zone,
- un vieillissement marqué de la population médicale (40 % des médecins généralistes ont plus de 60 ans) et une accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 40 ans, de moins de 2 ETP pour 100 000 habitants, sur 119 communes du département,
- une forte densité d'infirmiers libéraux dans les zones peu pourvues en médecins,
- une accessibilité potentielle localisée correcte sur tout le territoire, pour les masseurs-kinésithérapeutes, mais globalement mauvaise pour les ophtalmologues,
- un effet bénéfique sur l'attractivité des territoires des maisons de santé.

4 zones sont identifiées comme « préoccupantes » concernant la densité des professionnels de santé :

- Cantons « Pays de Serres – Sud Quercy » et « Valence d'Agen » concernant les médecins généralistes (faible densité + vieillissement) et les chirurgiens-dentistes. Une faible densité de pharmaciens est à noter sur le nord du canton « Valence d'Agen » et le sud du canton « Pays de Serres – Sud Quercy »
- Canton « Garonne-Lomagne-Brulhois » concernant les médecins généralistes (faible densité + vieillissement) et les infirmiers libéraux
- Canton « Beaumont-de-Lomagne », au nord concernant les pharmaciens et, à l'est, concernant les infirmiers libéraux.

### 3. L'offre départementale de l'aide à domicile

#### 3.1 La couverture territoriale

La bonne couverture territoriale des services d'aide à domicile est une condition nécessaire à l'égalité de tous offrant la possibilité ou non de vivre chez soi malgré un âge avancé, un handicap ou une maladie. Ils sont des services de proximité et en leur absence il n'y a pas d'autre alternative possible pour les personnes que celle du recours à l'hébergement en établissement ou à l'hospitalisation. Les services à domicile sont aussi une clef d'accès aux soins et à la santé pour les populations les plus éloignées, géographiquement ou socialement, des structures de soins. Par la récurrence des tâches et le suivi assidu des personnes qu'ils accompagnent, ils ont un rôle de prévention et de relais des systèmes de soins : ils sont garants d'une forme de continuité territoriale des prises en charge. Enfin, les services d'aide à domicile sont positionnés au cœur d'un réseau de ressources locales qui marquent leur ancrage sur un territoire.

Au 31/12/2017, le département de Tarn-et-Garonne dispose de 22 SAAD autorisés dont 9 tarifés.

Le département de Tarn-et-Garonne est correctement maillé en matière d'aide à domicile et une relative coordination existe avec les établissements médicaux et médico-sociaux (hôpitaux, EHPAD...). Se référant à l'étude de l'université de Lille<sup>3</sup> de 2014, il se situe dans la moyenne haute, avec 7 à 8 intervenants pour 1 000 habitants alors que l'enquête pointait de fortes inégalités d'accès aux services sur le territoire national : le nombre d'aides à domicile variant de 4 à 12 pour 1000 habitants.

Cependant, si la couverture du territoire permet de délivrer une prestation en toutes localisations, l'analyse de la réalité avec les acteurs du Tarn-et-Garonne conduit à constater des interprétations dans la mise en œuvre des plans d'aide. Par exemple, les temps de déplacements sur certaines zones éloignées sont « compensés » soit par une réduction du nombre de déplacement (1h en continu au lieu de 2 fois 30 minutes), soit par une modification de la préconisation du plan d'aide (pas d'aide au lever, pas d'aide au coucher, pas d'intervention le soir ou le week-end). Il existe un réel déficit d'intervention sur les horaires atypiques, le dimanche et les jours fériés (journées en majorité réalisées sur un horaire 8h-20h).

Plusieurs freins ont été évoqués lors des ateliers de concertation menés durant cette étude :

- un choix économique qui pousse des SAAD à couvrir de très grands secteurs territoriaux (excepté les SAAD adossés à des CCAS). Or, la rentabilité est obligatoirement mise en question si la ressource humaine n'est pas proche du domicile de l'utilisateur, et s'il n'existe pas d'autres interventions en proximité,
- un reste à charge qui reste significatif pour les usagers et les familles,
- des horaires atypiques et des interventions le week-end qui sont mal valorisés.

<sup>3</sup> Enquête sous la direction de François-Xavier Devetter.

Les interventions sur les temps hors heures et jours ouvrés sont, par conséquent, souvent prises en charge par le mode mandataire et ou les aidants. Ces derniers sont donc très sollicités pour des raisons financières et de structuration de l'offre existante qui ne couvre pas l'intégralité des besoins.

**La couverture départementale est jugée satisfaisante, le nombre de services autorisés existant permet de respecter la notion de libre choix de l'utilisateur. Toutefois, l'équilibre financier des services étant difficile à maintenir et un accroissement de la concurrence pouvant les fragiliser davantage, le conseil départemental de Tarn-et-Garonne prend la décision, dans le cadre du présent schéma, de ne plus délivrer de nouvelles autorisations sauf dans le cadre d'appels d'offres spécifiques.**

**Par ailleurs, le territoire départemental étant couvert pour la mise en œuvre des services ménagers, il n'y a pas lieu d'envisager la délivrance de nouvelles habilitations à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.**

### 3.2 Les prises en charge réalisées au niveau de l'aide à domicile

Deux situations sont distinguées au niveau des prises en charge par les SAAD :

- L'exercice en mode prestataire : l'aide à domicile est salariée par une structure.
- L'exercice en mode mandataire : l'aide à domicile est salariée par la personne qui paie des frais de gestion à la structure.

Les prestations proposées par les SAAD sont principalement financées par deux prestations : l'APA (sans condition de ressources mais avec un ticket modérateur allant de 0 à 90 % de participation selon les revenus du bénéficiaire) et la PCH (dont le montant dépend des revenus de l'utilisateur et des tarifs appliqués).

Outre ces 2 prestations versées par le département, les caisses de retraite assurent le financement d'heures d'aide à domicile dans le cadre d'un plan d'aide individuel.

#### **Allocation personnalisée d'autonomie (APA)**

Concernant l'APA, son versement est limité aux personnes de plus de 60 ans classées en GIR 1 à 4.

L'APA peut financer des interventions à domicile, des aides techniques liées à la dépendance et l'hébergement en famille d'accueil, mais elle est utilisée majoritairement pour de l'aide humaine.

L'aide humaine comprend par exemple :

- l'aide à la personne (faire sa toilette, s'habiller...),
- l'aide à l'environnement (faire les courses, le ménage...),
- l'accompagnement aux sorties,
- l'accompagnement dans les démarches administratives.

L'APA ne peut pas être cumulée avec les prestations suivantes :

- la PCH
- l'ACTP
- l'aide ménagère à domicile
- les aides des caisses de retraite

### **Prestation de compensation du handicap (PCH)**

À la différence de l'APA, l'aide humaine n'est pas plafonnée dans le cadre de la PCH. Il convient de noter que les services ménagers ne relèvent pas de la PCH qui comprend :

- l'aide humaine,
- l'aide technique,
- l'aménagement du logement, du véhicule ou les surcoûts liés au transport,
- l'aide aux charges spécifiques ou exceptionnelles,
- l'aide animalière.

Concernant les aides humaines, le volume horaire et la nature de ces aides sont précisés dans un plan personnalisé de compensation.

### **Allocation compensatrice tierce personne (ACTP)**

Cette prestation est remplacée, depuis le 1er janvier 2006, par la PCH précédemment citée. Néanmoins, les personnes qui en bénéficiaient avant cette date peuvent continuer à la percevoir si elles continuent d'en remplir les conditions d'attribution et si elles n'optent pas pour la PCH.

### Tableau d'évolution ACTP – PCH de 2014 à 2017

	ACTP				PCH			
	Nbre de bénéficiaires (droit ouvert)	Variation	Dépense proratisée	Variation	Nbre de bénéficiaires (droit ouvert)	Variation	dépense proratisée	Variation
<b>2014</b>	<b>305</b>	<b>-6,73 %</b>	<b>2 130 842 €</b>		<b>1 185</b>	<b>5,99 %</b>	<b>5 933 672 €</b>	
<i>dont - 60 ans</i>	<i>213</i>	<i>-6,17 %</i>	<i>1 488 096 €</i>	<b>-2,35 %</b>	<i>965</i>	<i>6,39 %</i>	<i>4 832 062 €</i>	<b>0,38 %</b>
<b>2015</b>	<b>292</b>	<b>-4,26 %</b>	<b>1 997 630 €</b>		<b>1 298</b>	<b>9,54 %</b>	<b>5 962 675 €</b>	
<i>dont - 60 ans</i>	<i>194</i>	<i>-8,92 %</i>	<i>1 327 192 €</i>	<b>-10,81 %</b>	<i>1 044</i>	<i>8,19 %</i>	<i>4 795 865 €</i>	<b>-0,75 %</b>
<b>2017</b>	<b>262</b>	<b>-10,27 %</b>	<b>1 712 871 €</b>		<b>1 472</b>	<b>13,41 %</b>	<b>6 697 129 €</b>	
<i>dont - 60 ans</i>	<i>158</i>	<i>-18,56 %</i>	<i>1 032 953 €</i>	<b>-22,17 %</b>	<i>1 170</i>	<i>12,07 %</i>	<i>5 323 125 €</i>	<b>10,99 %</b>

Le nombre de bénéficiaires de la PCH est nettement supérieur au nombre de personnes qui renoncent à l'ACTP. Cet élément s'explique par des critères d'éligibilité à la PCH différents de ceux de l'ACTP. De plus, avec la création notamment des aides techniques, d'aménagement du logement et du surcoût lié aux transports, on peut voir apparaître des bénéficiaires qui n'émargent que ponctuellement à la PCH.

#### Fonds départemental de compensation du handicap

Le fonds départemental de compensation du handicap (FDCH) a pour objectif de majorer le montant de la PCH aide technique ou aménagement du logement ou du véhicule afin que le reste à charge de son bénéficiaire n'excède pas 10 % de ses ressources. Il est géré par la MDPH et administré par un comité de gestion composé des membres financeurs : conseil départemental, DDCSPP, CPAM, MSA.

#### Emploi du FDCH entre 2014 et 2017

Années	Nombre de dossiers	Variation	Masse financière	Variation
<b>2014</b>	<b>71</b>	10,00 %	<b>77 666 €</b>	19,00 %
<b>2015</b>	<b>52</b>	-37,00 %	<b>50 537 €</b>	-54,00 %
<b>2016</b>	<b>112</b>	54,00 %	<b>156 490 €</b>	68,00 %
<b>2017</b>	<b>61</b>	-84,00 %	<b>59 423 €</b>	-163,00 %

## Aide sociale / caisses de retraite

Les personnes âgées de plus de 60 ans et les personnes en situation de handicap, dont le montant des revenus n'excèdent pas le montant de l'ASPA, peuvent bénéficier du financement de services ménagers par le Département au titre de l'aide sociale. La prestation ne peut s'effectuer qu'en mode prestataire.

Pour les personnes âgées dont les revenus excèdent le minimum vieillesse, la compétence financière incombe aux caisses de retraite. Il est à souligner que ce type de dispositif n'existe pas pour les personnes en situation de handicap.

### **Évolution du nombre d'heures d'aide à domicile réalisées en mode prestataire sur le département du Tarn-et-Garonne**

Source de financement	2013		2014		2015	
	Bénéficiaires	Heures	Bénéficiaires	Heures	Bénéficiaires	Heures
APA	3 751	795 530	3 672	780 647	3 684	764 661
CRAM / Caisses de retraite	1 482	124 193	1 363	107 119	1 237	95 849
CPAM	80	4 016	66	3 300	59	2 353
MSA	151	4 004	248	8 667	283	9 975
Aide sociale	82	9 430	92	10 014	90	10 630
ACTP	12	2 313	8	1 918	8	1 825
PCH	134	61 687	119	55 809	126	53 841
Aides diverses	1 176	47 521	1 251	44 721	1 189	41 556
Sans aide au financement	1 186	84 027	1 242	86 974	1 433	98 526
<b>TOTAL</b>	<b>8 054</b>	<b>1 132 720</b>	<b>8 061</b>	<b>1 099 167</b>	<b>8 109</b>	<b>1 079 216</b>

Concernant l'APA, le tableau précédent met en évidence un double mouvement pour l'activité en mode prestataire : une hausse du nombre de bénéficiaires de ces services, corrélée à une baisse du nombre d'heures effectuées.

**Parallèlement, le nombre de bénéficiaires sans aide au financement est en nette augmentation, ce qui compense en partie la diminution du nombre de bénéficiaires des caisses de retraite et de la CPAM.**

### Evolution de l'activité des SAAD entre 2013 et 2015

	Mode prestataire			Mode mandataire		
	2013	2015	Evolution	2013	2015	Evolution
Activité totale (heures)	1 132 720	1 079 216	-4,72 %	408 773	330 162	-19,23 %
Nombre total de bénéficiaires	8 054	8 109	0,68 %	1 961	1 480	-24,53 %
Activité APA (heures)	795 530	764 661	-3,88 %	270 642	213 997	-20,93 %
Nombre de bénéficiaires APA	3 751	3 684	-1,79 %	853	620	-27,32 %
Activité APA / Activité totale	70,23 %	70,85 %	0,62 %	66,21 %	64,82 %	-1,39 %

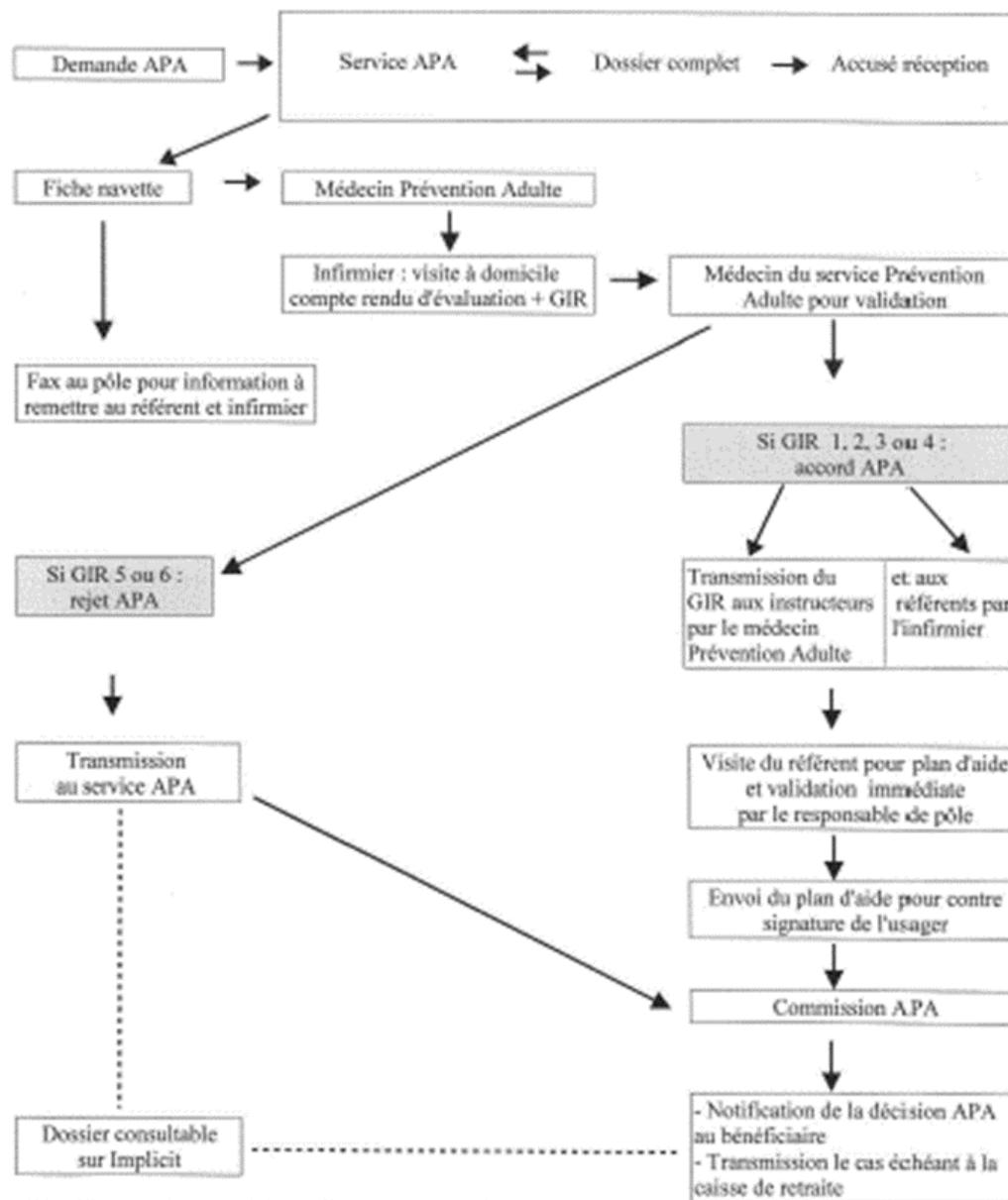
La baisse de l'activité en mode mandataire pourrait s'expliquer par le fait que le bénéficiaire est lui-même l'employeur. Ainsi, en cas de licenciement, des indemnités sont dues au salarié. De plus, en cas d'absence du salarié, les remplacements ne sont pas organisés et la continuité de la prestation n'est pas garantie.

### 3.3 L'organisation et la coordination des prises en charge des personnes âgées

#### Le traitement des demandes d'APA

Pour que l'intervention corresponde réellement au besoin de la personne âgée dépendante, il est nécessaire d'établir un plan de prise en charge individualisé et d'orienter la personne en fonction de l'évaluation de sa situation. L'organisation en Tarn-et-Garonne vise à répondre à ses besoins et à s'adapter autant que nécessaire. La classification dans la grille AGGIR mais également le plan d'aide sont élaborés au domicile du demandeur afin de mesurer l'impact de l'environnement sur la dépendance de la personne âgée.

## PROCÉDURE DE TRAITEMENT D'UNE DEMANDE D'APA



L'organisation mise en place donne satisfaction sur le plan administratif et répond, en général, à la demande exprimée au début de la prise en charge.

Néanmoins, il existe une possible distorsion :

- d'une part, parce qu'il peut ne pas y avoir adéquation entre le plan prescrit et le plan réalisé, la mise en œuvre du plan dépendant de l'exécution du SAAD et aussi du souhait du client ou de ses aidants ; il est rappelé que le plan d'aide n'est pas transmis au SAAD par le conseil départemental ;
- d'autre part, l'adéquation avec le besoin n'est pas garantie, la mise en œuvre du plan n'étant ni vérifiée ni réévaluée sauf sur demande du bénéficiaire.

### **La conférence des financeurs**

En Tarn-et-Garonne, cette conférence installée depuis le 22 septembre 2016, a lancé en 2016 un appel à projets destiné à financer des actions collectives promouvant un vieillissement actif et favorisant le maintien à domicile, en complément des prestations légales et réglementaires.

L'évaluation des actions 2016, couplée à la réalisation d'un diagnostic des besoins des personnes âgées de 60 ans et plus sur le département, ainsi qu'un recensement des initiatives locales, a permis de lancer en 2017 un appel à projets plus détaillé dont les axes et les territoires prioritaires ont été validés par les membres de la conférence des financeurs le 20 avril 2017.

- Axe 1 : Cibler les territoires les plus fragiles et/ou les moins pourvus pour le déploiement des actions collectives de prévention.
- Axe 2 : Lutter contre l'isolement et développer des actions de socialisation.
- Axe 3 : Accompagner vers le soin, dans les démarches administratives, dans l'accès aux droits et au numérique.
- Axe 4 : Poursuivre le développement d'actions collectives de tous types prévenant la perte d'autonomie.
- Axe 5 : Soutenir le développement d'actions individuelles et collectives au sein des SPASAD.

### **Les MAIA**

En Tarn-et-Garonne, l'association Géronte 82 est porteuse des deux MAIA. Grâce à l'intervention de gestionnaires de cas, un accompagnement intensif au long cours est proposé à destination des personnes dont le maintien à domicile est fortement compromis par des problématiques multiples. Ils peuvent être sollicités par le médecin traitant ou tout autre professionnel quand se superposent problèmes de santé et autres difficultés (logement inadapté, problèmes financiers...). Les deux MAIA (Est et Ouest) interviennent sur les 195 communes du département.

## **Les instances locales de coordination gérontologique (ILCG)**

Leurs actions sont multiples : information des usagers, organisation d'évènements (lotos, repas), participation à la semaine bleue, aides financières (chauffage, amélioration de l'habitat, lavage du linge) ...

En 2018, la situation est la suivante :

- 4 ILCG portées par des mairies ou CCAS : Castelsarrasin, Moissac, Montpezat-de-Quercy et Verdun-sur-Garonne.
- 4 ILCG portées par des associations : association d'Aide et de Secours aux Personnes Âgées de Montaigu-de-Quercy (ASPAM) et l'Association Beaumontoise en faveur du 3ème âge à Beaumont-de-Lomagne, association de Saint-Nicolas-de-la-Grave, association de Lavilledieu-du-Temple.
- 1 ILCG portée par la Mutualité Française à Lafrançaise.

## **Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC)**

En application de l'article 56 de la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) qui, au 1<sup>er</sup> janvier 2005, ont fait l'objet d'une décision conjointe de labellisation du représentant de l'État dans le département et du Président du conseil départemental de Tarn-et-Garonne, ont été réputés autorisés au sens de l'article L 313-1 du code de l'action sociale et des familles pour une durée de 15 ans.

En 2006, une convention, entre le représentant de l'État dans le département, le Président du conseil départemental et l'organisme gestionnaire de chaque CLIC, a acté les modalités de poursuite de l'activité en tenant compte des financements transférés aux Départements par l'État (transfert organisé par la loi). L'assemblée départementale a décidé que la dotation globale allouée aux CLIC serait limitée, chaque année, à la compensation transférée par l'État après présentation d'un rapport d'activité. Elle a également confirmé la labellisation des 3 CLIC précédemment agréés, uniquement pour le niveau 1<sup>4</sup> :

---

<sup>4</sup> **Niveau 1** : missions d'accueil, d'information, d'écoute et de soutien aux familles. Pour être habilité, le CLIC doit disposer d'un local de permanence et d'un standard téléphonique. Il doit gérer une base de données et organiser des actions de formation ou d'information. Enfin, il doit proposer à la fois une information sur les aides et prestations disponibles ainsi que, chaque fois que possible, sur les dossiers de demande nécessaires à leur obtention.

### 3.4 L'organisation et la coordination des prises en charge des personnes en situation de handicap

Une maison départementale des personnes handicapées (MDPH) a été créée sous forme de GIP (groupement d'intérêt public) dans chaque département sous la tutelle administrative et financière du conseil départemental, avec pour missions l'accueil, l'information, l'accompagnement et le conseil des personnes en situation de handicap et de leur famille, ainsi que la sensibilisation de tous les citoyens au handicap. Elle est administrée par une COMEX (commission exécutive) présidée par le Président du conseil départemental.

La MDPH de Tarn-et-Garonne dépend administrativement et financièrement du conseil départemental. Rattachée au pôle solidarités humaines, elle est organisée en trois pôles :

- un pôle enfants pour l'information et l'instruction des demandes concernant les enfants,
- un pôle PCH pour l'instruction des demandes de prestation de compensation de handicap,
- un pôle adultes pour l'information et l'instruction des demandes adultes (hors PCH).

La demande de PCH fait l'objet d'une évaluation des besoins par une équipe pluridisciplinaire, étant rappelé que les demandes d'aide humaine font l'objet d'une visite domiciliaire préalable effectuée par les infirmiers(ères) du service de prévention adulte du pôle solidarités humaines, qui élabore ensuite un plan personnalisé de compensation. Ce plan comprend des propositions de toute nature (prestations, orientation, conseils).

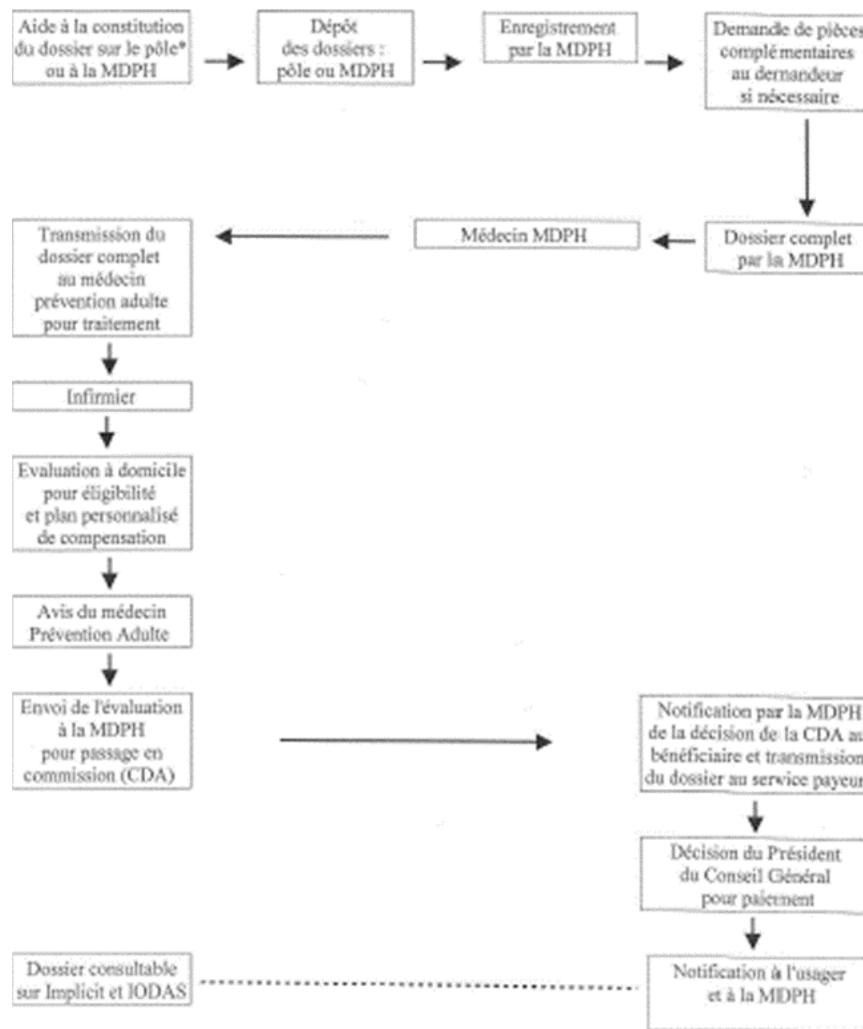
Pour établir les propositions des plans personnalisés de compensation, les équipes travaillent à partir du dossier de demande complété d'un certificat médical établi par le médecin traitant. A ce jour, les MDPH déplorent une qualité insuffisante des informations figurant dans les certificats médicaux. De plus, le manque de spécialistes sur les territoires interroge sur l'avenir du dispositif, car les demandes sont très souvent déclenchées après consultation.

Enfin, l'évaluation de la compensation du handicap psychique reste complexe au regard des critères d'éligibilité.

Le plan personnalisé de compensation est ensuite soumis, avec les observations éventuelles de l'utilisateur, à décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

La CDAPH rend sa décision dans un délai de 4 mois à partir de la date de dépôt de la demande. À défaut, le silence gardé pendant plus de 4 mois correspond à un refus.

### PROCÉDURE D'INSTRUCTION DES DEMANDES DE PCH ET AEEH



Aujourd'hui en Tarn-et-Garonne les délais d'instructions excèdent 4 mois essentiellement sur le pôle enfants et l'activité de la MDPH rend difficile la gestion des retards. Cette situation constatée sur tout le territoire national est liée à l'augmentation régulière du nombre de demandes et de la mise en œuvre des évolutions réglementaires ou recommandations qualités.

Concernant les demandes d'urgence résultant d'une évolution de la situation médicale, la MDPH mandate une infirmière pour une visite à domicile immédiate afin d'évaluer la situation. Ce dispositif est efficient en Tarn-et-Garonne.

À l'échelle du département, 17 633 décisions ont été rendues en 2015 par la CDAPH, soit une progression de 3,3 % par rapport à 2014. Cette progression est particulièrement marquée sur le pôle enfants (+ 22 %).

La MDPH a noté une augmentation des décisions d'attribution de la PCH (+ 4 %), de l'AEEH (+ 11 % avec de plus en plus de demandes concernant les enfants diagnostiqués TED/Autisme) et une relative stabilité des décisions d'attribution de l'AAH (+ 0,49 % entre 2014 et 2015).

Progression également des décisions d'attribution des cartes d'invalidité, de priorité et de stationnement, des décisions de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (+ 11 %) des orientations concernant des enfants (+ 7,67 %) sur des établissements et services médico-sociaux de type IEM, IME et SESSAD... Mais une diminution des demandes d'orientations concernant des adultes (- 2,42 %).

Cet accroissement d'activité en 2015 a également été constaté au niveau de l'accueil à la MDPH : plus 17,49 % de visiteurs, plus 8,80 % de contacts téléphoniques.

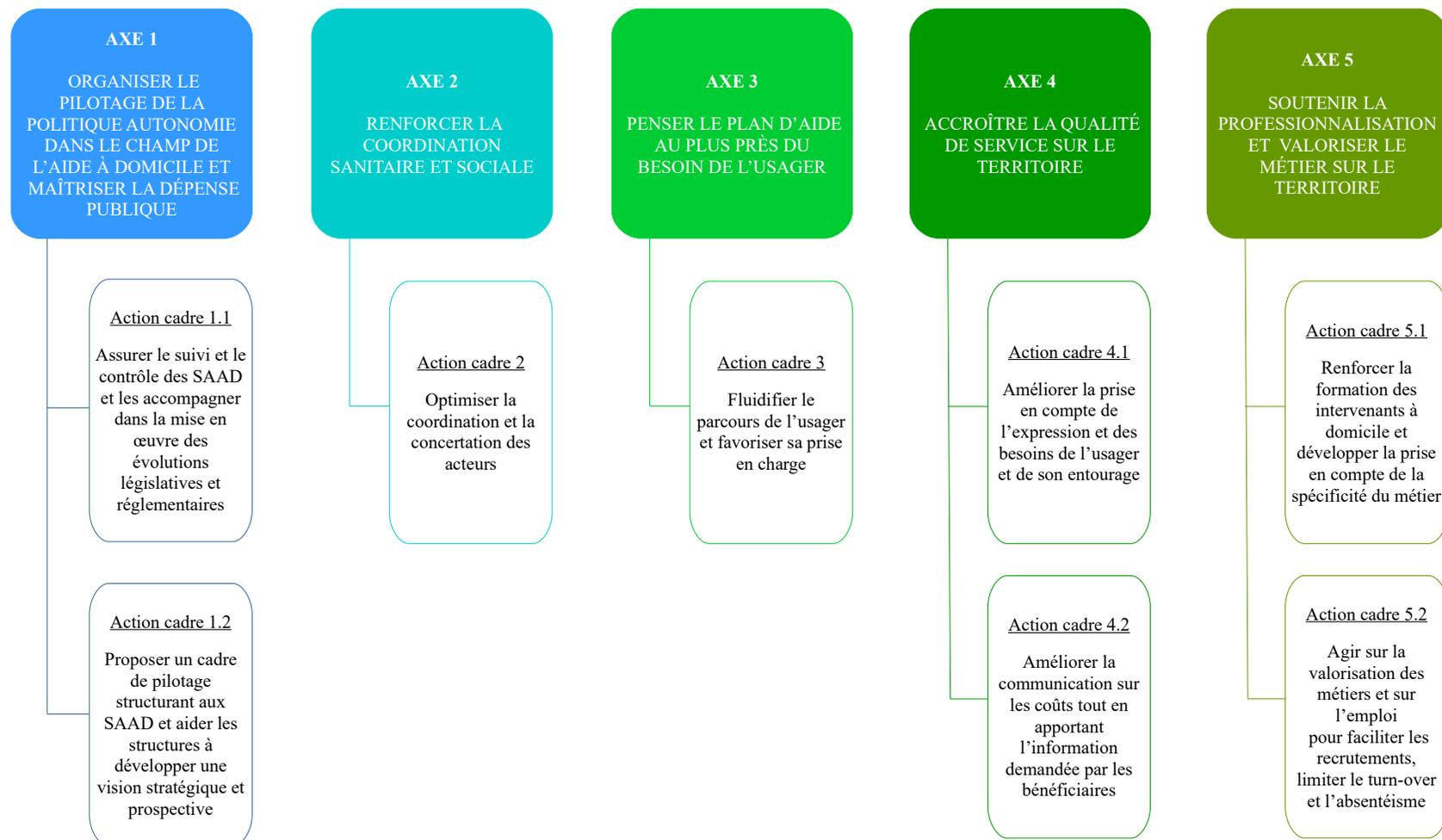
Au niveau national, suite au rapport Piveteau, l'expérimentation de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous », a été généralisée au 1<sup>er</sup> janvier 2018. Destinée à mettre en œuvre des solutions d'accompagnement d'un enfant ou d'un adulte en situation de handicap « sur mesure » partant des besoins de la personne afin d'éviter toute rupture dans son parcours, elle se décline dans un plan d'accompagnement global (PAG) : « Toute personne handicapée en difficulté du fait de l'absence d'un accompagnement médico-social adapté peut bénéficier d'un plan d'accompagnement global. Celui-ci détermine les mesures à mettre en œuvre afin de proposer une réponse immédiate, construite en fonction de l'offre locale sur laquelle toutes les parties prenantes s'engagent ». La mise en œuvre des PAG peut bénéficier de la dynamique des commissions des situations critiques notamment en termes de repérage de publics cibles et de partenariats qui évoluent vers des co-responsabilités.

En Tarn-et-Garonne, la commission des situations critiques a été mise en place fin 2014.

La démarche PAG doit être généralisée à compter de 2019 (expérimentation RAPT qui reste à engager en Tarn-et-Garonne). A ce jour il n'existe pas de suivi des orientations.

## ***Partie 2 – Constats partagés et orientations stratégiques du schéma départemental de l'aide à domicile pour 2018/2021***

La concertation autour de l'analyse du fonctionnement actuel du maintien à domicile et des besoins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap a conduit à retenir 5 axes stratégiques autour desquels articuler l'action du conseil départemental :



## 1. ORGANISER LE PILOTAGE DE LA POLITIQUE AUTONOMIE DANS LE CHAMP DE L'AIDE À DOMICILE ET MAÎTRISER LA DÉPENSE PUBLIQUE

Le premier axe stratégique vise à conforter les services du Département dans leur rôle majeur pour la mise en œuvre de la politique départementale à destination des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Il se décline en deux actions cadres :

***Action cadre 1.1 : Assurer le suivi et le contrôle des SAAD et les accompagner dans la mise en œuvre des évolutions législatives et réglementaires***

***Action cadre 1.2 : Proposer un cadre de pilotage structurant aux SAAD et aider les structures à développer une vision stratégique et prospective***

### CONSTATS PARTAGÉS :

- **La loi ASV** engage le conseil départemental dans de nouvelles responsabilités, notamment en terme d'animation territoriale, et induit une augmentation du nombre de SAAD à suivre et à contrôler suite au transfert de la DIRECCTE vers le conseil départemental des SAAD agréés. Ceci implique d'étoffer les moyens de la direction de l'autonomie pour accompagner la stratégie départementale de maintien à domicile.

Une réorganisation du pilotage doit ainsi permettre d'améliorer la communication entre le conseil départemental et les SAAD afin de pallier les temps de rencontre très réduits à ce jour et souvent limités à certains acteurs (associations ou CCAS).

Cette nouvelle responsabilité nécessite aussi de doter les services du conseil départemental d'outils de pilotage performants pour le suivi de l'activité et de la réalisation des plans d'aide.

- **La loi 2002-2** oblige les services d'aide à domicile à structurer leur action et à monter en compétences sur les questions de qualité de services. Si les services respectent globalement leurs obligations réglementaires sur l'existence des outils d'amélioration continue, l'actualisation de ceux-ci n'est pas toujours une priorité. L'étude conduite sur 16 SAAD montre que le positionnement des structures sur les enjeux qualité est inégal selon la taille. La réalisation des évaluations interne et externe devrait permettre d'apprécier la situation de chaque SAAD, mais à ce jour les SAAD de Tarn-et-Garonne engagent juste cette démarche.

- Les SAAD du Département connaissent les mêmes **problématiques de recrutement** que celles observées sur la branche professionnelle au niveau national et pour lesquelles les réponses qui s'imposent sont : valoriser l'attractivité du métier et les conditions d'exercice. Concrètement, cette situation met en difficulté la réalisation des plans d'aide.

• **Le taux d'absentéisme** exprimé dans l'étude réalisée auprès des 16 SAAD observés est en moyenne de 13,85 % (contre 10,5 % nationale). Il s'avère que plus le service d'aide à domicile réalise d'heures, plus le taux d'absentéisme est important. Aussi, il convient de sensibiliser les SAAD à l'observation de cet indicateur et de le corrélér à **la pénibilité du métier**. En effet, les intervenant(e)s à domicile rencontrent des problématiques de troubles musculo-squelettiques, d'usure, de fragilités sociales, d'accidents du travail et évoquent fréquemment la pénibilité ressentie au travail. Des groupes d'analyse de pratiques ou autres initiatives sont déployés principalement dans les structures qui réalisent plus de 50 000 heures. Aussi, l'ensemble des gestionnaires doit être appuyé pour investir les démarches de prévention des risques psycho-sociaux et de qualité de vie au travail plus largement.

• Globalement, la part d'activité des structures liée aux **financements APA** versés aux bénéficiaires est importante. Dans l'échantillon des 16 SAAD observés, les trois SAAD qui sont porteurs du plus grand nombre d'heures de l'activité prestataire (environ 61 %) totalisent 55,3 % d'heures APA.

• **Les heures PCH** représentent 8 % du nombre d'heures total. Or, la proportion est plutôt de 20 % au niveau national. Les pratiques font état d'un usage du mode mandataire ou emploi direct et non du mode prestataire lorsque les heures d'intervention sont nombreuses ou sur des prestations atypiques.

- Comme pour le niveau national, le statut juridique des SAAD semble en Tarn-et-Garonne également influencer le choix des autres activités :
  - Aide aux personnes âgées et entretien du linge plutôt porté par les associations.
  - Les autres heures (essentiellement ménage simple) : plutôt développées par les structures privées.
  - Le portage de repas : plutôt porté par les CCAS et associations.

Les activités complémentaires sont peu mobilisées par les services étudiés, alors même qu'elles sont identifiées comme des facteurs potentiels de développement qualitatif pour les bénéficiaires et d'équilibre financier pour les services. Les structures sont souvent plus enclines à utiliser les dispositifs fiscaux qu'une véritable réflexion de diversification.

Les activités de mobilité sont effectuées par uniquement 4 SAAD et génèrent peu d'heures. La demande de prestation de portage de repas reste importante et impacte fortement l'activité des SAAD publics et associatifs.

• **La couverture du territoire** est assurée par les SAAD par extension et non par sectorisation, ce qui engendre des coûts supplémentaires, de la fatigue et des accidents. Certains SAAD font état de déficits et sont fragilisés par cette situation. Une réflexion partagée sur ces aspects de seuil de rentabilité, de taille critique et de dépendance économique semble nécessaire à engager pour la consolidation du modèle économique et la pérennisation des SAAD.

Si la couverture du territoire permet de délivrer une **prestation en toutes localisations**, l'analyse de la réalité conduit à constater des ajustements des plans d'aide au profit des SAAD : les temps de déplacements sur certains territoires sont compensés, soit par une réduction du nombre

de déplacements (exemple : 1h en continue à la place de 2 fois 30 minutes), soit par une modification des prescriptions du référent (pas d'aide au lever, pas d'aide au coucher, pas d'intervention le soir ou le week-end).

Envoyé en préfecture le 13/07/2020  
Reçu en préfecture le 13/07/2020  
Affiché le 13/07/2020  
ID : 082-228200010-20200626-CD20200626\_16-DE



La délivrance d'une aide et d'un accompagnement à domicile la nuit, les week-ends ou pendant les périodes de congés est souvent contournée et repose sur l'intervention de dispositifs d'urgence, ce qui peut aboutir à une hospitalisation faute d'alternative. De fait, les acteurs institutionnels privilégient une organisation en mode « mandataire » pour traiter les horaires atypiques. Il y a peu de permanences téléphoniques organisées les week-end et jours fériés.

## Axe 1 : ORGANISER LE PILOTAGE DE LA POLITIQUE AUTONOMIE DANS LE CHAMP DE L'AIDE À DOMICILE DÉPENSE PUBLIQUE

### Action cadre 1.1 : Assurer le suivi et le contrôle des SAAD et les accompagner dans la mise en œuvre des évolutions législatives et réglementaires

<b>Contexte</b>	<p>La loi ASV implique de nouvelles responsabilités pour le conseil départemental notamment au niveau de l'animation territoriale avec une augmentation du nombre de SAAD à suivre et à contrôler. Ces nouvelles responsabilités nécessitent d'<b>étouffer les moyens de la direction de l'autonomie</b> pour accompagner la stratégie départementale de maintien à domicile et les SAAD et de <b>se doter d'outils de pilotage performants</b> sur l'activité, la réalisation des plans d'aide.</p> <p>La loi 2002-2 oblige les services à structurer leur action et à monter en compétences sur les questions de qualité de services. Pour accompagner les SAAD à <b>structurer une démarche qualité au plus tôt</b> il est essentiel de <b>favoriser la formation</b> tant au niveau de ses dirigeants que de la structure elle-même.</p>	
<b>Objectif</b>	<p>Assurer le suivi et le contrôle de tous les SAAD suite au transfert de la DIRECCTE vers le conseil départemental (22 services au lieu de 6) et les accompagner dans la mise en œuvre des évolutions législatives et réglementaires.</p>	
<b>Pilote</b>	<p>Conseil départemental</p>	
<b>Partenaires concernés</b>	<p>SAAD</p>	
<b>Modalité de mise en œuvre</b>	Action 1.1.1	<p>Doter le service de moyens humains supplémentaires permettant un suivi de l'ensemble des SAAD et un accompagnement dans les différentes actions envisagées dans le cadre du schéma directeur (recruter 1 ETP).</p>
	Action 1.1.2	<p>Acquérir un logiciel de tarification et de contrôle permettant la synthèse de l'activité générale</p>
	Action 1.1.3	<p>Favoriser l'information et la formation des dirigeants (CA et directeurs SAAD) aux obligations légales et à leurs évolutions</p>
	Action 1.1.4	<p>Favoriser la formation de tous les SAAD à l'évaluation interne et externe et inciter les services à engager et structurer une démarche qualité au plus tôt.</p>
	Action 1.1.5	<p>Encourager le développement d'une démarche de qualité de vie au travail (amélioration des conditions de travail, lutte contre l'absentéisme, le turn-over et les accidents de travail...).</p>
<b>Indicateurs de suivi et d'évaluation</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recrutement d'une ressource</li> <li>2. Acquisition d'un logiciel de tarification</li> <li>3. Nbres de dirigeants formés aux obligations légales</li> <li>4. Evolution de la qualité des évaluations internes et externes</li> <li>5. Evolution taux absentéisme, turn-over, accidents du travail...</li> </ol>	

## Action cadre 1.2 : Proposer un cadre de pilotage structurant aux SAAD et aider les structures à développer une vision

<b>Contexte</b>	<p><b>La part d'activité des SAAD liée aux financements APA est importante. Les heures PCH, pour leur part, ne représentent que 8 % du nombre d'heures. Les activités complémentaires sont peu mobilisées par les services étudiés, alors même qu'elles sont identifiées comme des facteurs potentiels de développement qualitatifs pour les bénéficiaires et d'équilibre financier pour les services.</b> Une réflexion stratégique sur les aspects de seuil de rentabilité, de taille critique et de dépendance économique doit être engagée afin de consolider le modèle économique et la pérennisation des SAAD.</p> <p><b>Si la couverture des interventions permet de délivrer une prestation sur l'ensemble du territoire, la situation des SAAD est fragile. L'analyse de la réalité conduit à constater des ajustements des plans d'aide par les SAAD pour réduire les coûts d'intervention.</b></p>	
<b>Objectif</b>	<p>Stabiliser la situation des SAAD implantés dans le département. Il s'agit de proposer un cadre de pilotage structurant et une régulation pluriannuelle de l'offre existante, d'aider les structures à développer une vision stratégique et prospective tout en favorisant l'amélioration de l'offre par une démarche qualité et de progrès.</p>	
<b>Pilote</b>	<p>Conseil départemental</p>	
<b>Partenaires concernés</b>	<p>SAAD</p>	
<b>Modalité de mise en œuvre</b>	<p>Action 1.2.1</p>	<p>Encourager les SAAD à engager une réflexion sur le modèle économique optimum permettant de sécuriser la viabilité du service (analyse stratégique et prospective régulière) :</p> <p>1.2.1.1 - Instaurer des réunions de coordination et de réflexion stratégique entre SAAD et conseil départemental.</p> <p>1.2.1.2 - Favoriser l'information et la formation des dirigeants des SAAD sur les aspects stratégiques et prospectifs.</p> <p>1.2.1.3 - Développer l'usage, par les SAAD, des programmes d'accompagnement ou de soutien à l'activité et à la formation (DLA-FDVA).</p> <p>1.2.1.4 - Optimiser et/ou limiter les coûts de fonctionnement en maîtrisant la taille du service et en se dotant d'indicateurs pour suivre l'équilibre financier (2 indicateurs majeurs : masse salariale et frais de structure). Rationaliser les plannings. Renforcer la sectorisation pour limiter les déplacements (zone de recrutement locale).</p> <p>1.2.1.5 - Encourager les SAAD à analyser les pistes de diversification de leurs activités (réponse appels d'offres conférence des financeurs par exemple).</p> <p>1.2.1.6 - Encourager la mutualisation des fonctions support.</p> <p>1.2.1.7 - Encourager la mutualisation de la gestion des astreintes et réserve de personnels mobilisable 7j/7 et 24h/24</p>
	<p>Action 1.2.2</p>	<p>Sécuriser la politique tarifaire :</p> <p>1.2.2.1 - Suivre les travaux de la CNSA sur la tarification.</p> <p>1.2.2.2 - Étudier le paiement direct aux services plutôt qu'aux usagers.</p>
<b>Indicateurs de suivi et d'évaluation</b>	<p>1. Nbres de formations réalisées sur les aspects stratégiques et prospectifs</p> <p>2. Nbres et types de dispositions prises par les SAAD sur les actions 1.2.1.3 à 1.2.1.7</p> <p>3. Décisions / Dispositions mises en place quant à la tarification</p>	

## 2. RENFORCER LA COORDINATION SANITAIRE ET SOCIALE

Cet axe se décline en une seule action cadre :

### Action cadre 2 : Optimiser la coordination et la concertation des acteurs

#### **CONSTATS PARTAGÉS :**

- La notion de projet pluridisciplinaire pose la question de la coordination des interventions, coordination qui s'établit selon les différents modes de fonctionnement de chacun des acteurs. Si le concept est globalement bien compris et que la majorité des structures sont en cours de mise en place des obligations de la loi 2002-2, la mise en œuvre du projet individualisé reste un point sensible et l'informatisation des dossiers usagers très en retrait. De plus, chaque SAAD doit réaliser le travail de maillage avec les partenaires en jeu, dont les pratiques, contours et structuration ne sont pas homogènes.

- Après établissement du plan d'aide, le SAAD est bien souvent le seul à se déplacer au domicile des personnes, dans leur milieu de vie quotidien, et donc en mesure de repérer de façon précoce les besoins et les dysfonctionnements d'une situation. Cette capacité d'observation et d'anticipation n'est aujourd'hui cependant pas suffisamment exploitée, dans la mesure où la remontée d'informations n'est pas organisée.

- Lors des concertations réalisées dans le cadre de cette étude, les acteurs ont fait remonter des difficultés sur la coordination entre les SAAD/SSIAD et les infirmières libérales autour du plan d'aide. Il en ressort que des hospitalisations pourraient être évitées par un renforcement du maillage infirmier et la mise en place d'une surveillance régulière en amont au domicile. De même, les SAAD ont repéré des « glissements de prestations » comme par exemple les toilettes.

- Le manque de liens avec les services d'hospitalisation à domicile (HAD) a aussi été relevé. De même, il est pointé un besoin de progresser sur l'accompagnement des sorties d'hospitalisation et des fins de vie.

- L'évolution vers une meilleure culture du partenariat constitue un axe majeur de la démarche à engager. L'interconnaissance des dispositifs est une première étape pour améliorer la coordination entre les acteurs. Deux SPASAD sont en cours d'expérimentation et l'évaluation de ce dispositif permettra de tirer les enseignements sur l'opportunité de leur déploiement et, au-delà, de déployer de nouveaux modes de coordination.

- La conférence des financeurs est constituée mais reste pour le moment en retrait sur les actions de coordination des moyens. Elle finance les actions de prévention de perte d'autonomie cependant sans avoir véritablement intégré les SAAD dans le périmètre des acteurs disponibles et sans que les SAAD eux-même ne s'en soient saisis.

## Axe 2 : RENFORCER LA COORDINATION SANITAIRE ET SOCIALE

### Action cadre 2 : Optimiser la coordination et la concertation des acteurs

<b>Contexte</b>	L'évolution vers une meilleure culture du partenariat constitue un axe majeur de la démarche à engager. L'interconnaissance des dispositifs est une première étape pour améliorer la coordination entre les acteurs, coconstruire leurs moyens d'action, leurs outils collaboratifs, et in fine partager les actions elles-mêmes et la responsabilité de leur conduite. Cette approche doit permettre d' <b>apporter une réponse décloisonnée, harmonisée, complète et adaptée aux besoins de la personne âgée et/ou en situation de handicap</b> (accueil, information, orientation et mise en place de soins, d'aides ou de prestations), quelle que soit la structure à laquelle elle s'adresse.	
<b>Objectif</b>	Améliorer la procédure de prise en charge des usagers et la coordination entre les différents acteurs afin de favoriser le maintien à domicile dans les meilleures conditions.	
<b>Pilote</b>	Conseil départemental / ARS	
<b>Partenaires concernés</b>	SAAD / SIAD / HAD / SPASAD / RAPT / MAIA / ARS	
<b>Modalité de mise en œuvre</b>	Action 2.1.1	Développer l'information auprès des SAAD sur les dispositifs d'accompagnement spécifique de type SPASAD, RAPT, MAIA, HAD...
	Action 2.1.2	Améliorer la coordination SAAD / SIAD / HAD notamment sur les sorties d'hospitalisation.
	Action 2.1.3	Analyser les expérimentations SPASAD : évaluer leur pertinence ainsi que l'opportunité d'un déploiement à l'échelle du département.
	Action 2.1.4	Créer une articulation pour les fins de vie avec les équipes de soins palliatifs.
	Action 2.1.5	Développer l'offre de soins sur les territoires (notamment les toilettes) et les partenariats avec les soignants pour améliorer la coordination des interventions.
<b>Indicateurs de suivi et d'évaluation</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Nbre de réunions d'information ou de coordination organisées</li> <li>Qualité des échanges sur la coordination</li> </ol>	

### 3. PENSER LE PLAN D'AIDE AU PLUS PRÈS DU BESOIN DE L'USAGER

Cet axe stratégique se décline en une seule action cadre :

#### ***Action cadre 3 : Fluidifier le parcours de l'usager et favoriser sa prise en charge***

#### **CONSTATS PARTAGÉS :**

- Au niveau de l'APA, le contenu du plan d'aide est peu précisé par les services évaluateurs, et le niveau de qualification requis de l'intervenante à domicile n'est pas mentionné. Le SAAD dans son échange avec l'usager ne peut pas s'appuyer sur un cadre précis. Cela offre de la souplesse au service d'aide ainsi qu'à l'usager et sa famille, mais avec le risque de ne pas répondre de manière satisfaisante aux besoins identifiés par le service évaluateur (heures de ménage privilégiées en lieu et place de l'accompagnement à la vie sociale par exemple). Il convient de renforcer le contenu du plan d'aide pour permettre au SAAD de décliner un projet individualisé en phase avec le diagnostic initial.

- Il convient aussi de formaliser les procédures de prise en charge en cas d'urgence et de sorties d'hospitalisation pour mieux préparer l'intervention d'un SAAD.

- Le suivi par le Département de la réalisation du plan d'aide n'est pas assuré aujourd'hui, quant à son contenu. Là aussi, la coordination entre le Département et le SAAD est à renforcer pour accroître la qualité du plan d'aide et l'adapter à l'évolution de la situation et l'environnement de l'usager.

Outre le besoin de conforter les articulations Département/SAAD, renforcer l'implication des SAAD dans les coordinations autour des situations complexes ne peut qu'accroître la qualité (MAIA, ...).

- Le développement de l'offre de services des SAAD en direction des personnes handicapées (lien avec les établissements médico sociaux) ainsi que sa « labellisation » sont des objectifs souhaités qui ressortent des concertations.

La PCH qui est conçue pour rembourser les dépenses liées à la perte ou limitation d'autonomie de la personne en situation de handicap ne prend pas en charge l'entretien du logement, ce qui entraîne des dysfonctionnements :

- un glissement des interventions : une partie des heures PCH est affectée à l'entretien par les SAAD (soit par logique, soit par ignorance),
- l'apparition de situations de vie complexes pour les bénéficiaires qui n'ont pas d'aidants à leurs côtés,
- des aidants sur-sollicités.

L'étude d'une prise en charge extra légale serait à réfléchir pour répondre aux besoins qui ne sont pas couverts par la PCH mais sont importants pour l'accompagnement au domicile de la personne en situation de handicap.

### Axe 3 : PENSER LE PLAN D'AIDE AU PLUS PRÈS DU BESOIN DE L'USAGER

#### Action cadre 3 : Fluidifier le parcours de l'utilisateur et favoriser sa prise en charge

<b>Contexte</b>	Les procédures de prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap sont existantes et aboutissent notamment à la rédaction d'un plan d'aide ou un plan d'accompagnement – néanmoins, actuellement, elles ne traitent pas toutes les situations (complexes, d'urgence, de sortie d'hospitalisation...) et selon les SAAD ne sont pas réalisées de manière homogène. De plus, les procédures de communication établies à ce jour entre le CD et les SAAD s'avèrent insuffisantes pour traiter ces situations complexes.	
<b>Objectif</b>	Renforcer les procédures de prise en charge et de communication et les outils ad'hoc, afin d'améliorer la prise en charge globale de l'utilisateur, dans toutes situations	
<b>Pilote</b>	Conseil départemental	
<b>Partenaires concernés</b>	SAAD	
<b>Modalité de mise en œuvre</b>	Action 3.1.1	Améliorer la rédaction du plan d'aide : mieux définir les besoins et les attendus
	Action 3.1.2	Mettre en place une procédure de communication entre SAAD et conseil départemental pour : - Favoriser la transmission du plan d'aide aux SAAD et faciliter une mise en place au plus près du besoin, - Améliorer la remontée des informations des SAAD vers le conseil départemental pour accroître la qualité du suivi du plan d'aide (modalités de mise en œuvre, difficultés rencontrées, évolution de l'environnement familial ou de l'état du bénéficiaire ...) et l'articulation avec le projet individualisé d'aide et d'accompagnement des usagers.
	Action 3.1.3	Formaliser les procédures de prise en charge des situations d'urgence et de sortie d'hospitalisation avec les SAAD.
	Action 3.1.4	Favoriser la coordination des dirigeants des SAAD avec les dispositifs de coordination, notamment dans le cadre des situations complexes (MAIA).
	Action 3.1.5	Développer l'offre de service des SAAD dans le domaine du handicap au regard des besoins des usagers et réfléchir à une démarche qualité.
	Action 3.1.6	Engager une réflexion sur les moyens de réponse aux besoins exprimés d'accompagnement à la vie quotidienne des personnes en situation de handicap pour réaliser les tâches liées à l'hygiène et à l'entretien du logement.
<b>Indicateurs de suivi et d'évaluation</b>	1. Outils élaborés	

## 4. ACCROÎTRE LA QUALITÉ DE SERVICE SUR LE TERRITOIRE

Cet axe stratégique se décline en deux actions cadres :

***Action cadre 4.1 : Améliorer la prise en compte de l'expression et des besoins de l'usager et de son entourage.***

***Action cadre 4.2 : Améliorer la communication sur les coûts tout en apportant l'information demandée par les bénéficiaires.***

### **CONSTATS PARTAGÉS :**

- La loi 2002-2 oblige les services à structurer leur action et à monter en compétences sur les questions de qualité de services. La loi ASV a introduit de nouvelles obligations en termes d'évaluation pour les services qui étaient agréés. Un décret du 2 mai 2017 précise les règles applicables en matière d'évaluations interne et externe des services d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant auprès des personnes âgées, des personnes en situation de handicap anciennement agréés et réputés autorisés par la loi vieillissement.

- Si les services respectent globalement leurs obligations réglementaires sur l'existence des outils d'amélioration continue, l'actualisation de ceux-ci n'est pas toujours une priorité.

Globalement, les rapports d'activités, quand ils sont rédigés, sont assez pauvres et le projet de service n'est pas toujours bien formalisé et rarement à jour. Cependant, l'échantillon des SAAD analysés semble être dans une démarche plus favorable que celle du niveau national.

- Les SAAD anciennement agréés, habitués à l'outil de téléprocédure et de pilotage Nova et aux évaluations, sont davantage dans une démarche qualité, voire portés vers une démarche de labellisation ou de certification.

- L'engagement des SAAD vers une démarche d'amélioration de la qualité s'établit généralement en lien avec la taille du service au regard des procédures et moyens qui restent lourds.

- Au niveau des SAAD Tarn-et-Garonnais étudiés, les enquêtes en direction des usagers sont généralement mises en place. Cependant, la qualité d'administration et surtout d'analyse de ces enquêtes s'avère décevante. En effet, il s'agit souvent d'un exercice «de justification» des SAAD qui aboutit rarement à une réflexion et à une démarche d'amélioration continue, des dysfonctionnements et points faibles remontés par les usagers.

• Il est à noter que la mise en place de conseil de la vie sociale (CVS) ou autre instance de concertation des usagers reste inexistante dans les structures d'aide du territoire, du fait de son caractère facultatif. Ces dispositifs sont pourtant essentiels pour l'évolution des pratiques, même si leurs mises en œuvre demeurent complexes.

• Les suivis des réclamations au sein des SAAD ne sont pas consolidés par le département : les motifs de réclamations ne sont pas remontés et le contrôle sur la bonne résolution des situations conflictuelles n'est pas mis en œuvre.

• Les SAAD, de par leur intervention au quotidien auprès des personnes fragilisées, assurent de fait un rôle de prévention, mais aussi de veille et d'identification des facteurs déterminants de la fragilité des usagers. Cependant, leurs observations ne sont pas valorisées et consolidées. Cette remontée d'information des SAAD doit être organisée afin d'adapter l'offre de maintien au domicile et faire progresser sa qualité.

• Le libre choix des usagers est un principe obligatoire du maintien à domicile et dans ce cadre, la liste des SAAD du département 82 est transmise par les services du Département aux usagers. Cependant, chaque SAAD a la possibilité de proposer une tarification avec des modes de calculs différents (frais de dossier, remboursement kilométrique, ...) qu'il serait souhaitable de mettre en perspective pour que l'utilisateur fasse un choix « éclairé » au regard du coût global et de sa participation.

Il semblerait donc pertinent de renforcer l'information auprès des usagers tout en respectant le principe de neutralité du Département sur les différents coûts liés à l'intervention et sur le reste à charge.

## Axe 4 : ACCROÎTRE LA QUALITÉ DE SERVICE SUR LE TERRITOIRE

### Action cadre 4.1 : Améliorer la prise en compte de l'expression et des besoins de l'utilisateur et de son entourage.

<b>Contexte</b>	<p>A ce jour, le conseil départemental dispose d'une information très partielle et non formalisée sur les méthodes mises en œuvre par les SAAD pour recueillir les besoins et réclamations des usagers.</p> <p>Cette action doit aboutir à la réalisation d'un suivi tant sur les besoins repérés par les SAAD (équipement, situation des aidants) que sur le suivi des réclamations en lien avec le maintien à domicile.</p>	
<b>Objectif</b>	<p>Favoriser une remontée d'information en provenance des SAAD favorisant la visibilité sur les situations de vie des personnes au domicile et les réclamations exprimées suite aux services délivrés par les SAAD.</p>	
<b>Pilote</b>	<p>Conseil départemental</p>	
<b>Partenaires concernés</b>	<p>SAAD</p>	
<b>Modalité de mise en œuvre</b>	Action 4.1.1	<p>Structurer au niveau du Département les remontées de réclamations de toutes natures en lien avec le maintien à domicile et assurer le recueil des attentes et besoins des usagers afin d'apporter une réponse adaptée à chaque situation.</p>
	Action 4.1.2	<p>Structurer au niveau du Département les remontées d'information par les SAAD des besoins repérés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- en matière d'équipement ou d'aménagement du domicile,</li> <li>- sur la situation des proches aidants et des risques d'usure.</li> </ul>
<b>Indicateurs de suivi et d'évaluation</b>	<p>1. Outils mis en place</p>	

## Axe 4 : ACCROÎTRE LA QUALITÉ DE SERVICE SUR LE TERRITOIRE

### Action cadre 4.2 : Améliorer la communication sur les coûts tout en apportant l'information demandée par les bénéficiaires.

<b>Contexte</b>	<p>A ce jour, le conseil départemental dispose d'une information très partielle et non formalisée sur les SAAD : lieux d'intervention, types d'intervention, tarification proposée...</p> <p>Cette action doit aboutir à la réalisation d'un outil lui permettant d'informer les usagers, selon le principe de libre choix des usagers et, en respectant le principe de neutralité du département en particulier sur les différents coûts liés à l'intervention et sur son reste à charge.</p>	
<b>Objectif</b>	<p>Doter le conseil départemental d'un outil d'information sur l'offre et l'organisation des SAAD afin d'améliorer l'information et le libre choix des usagers tout en respectant la neutralité.</p>	
<b>Pilote</b>	<p>Conseil départemental</p>	
<b>Partenaires concernés</b>	<p>SAAD</p>	
<b>Modalité de mise en œuvre</b>	<p>Action 4.2.1</p>	<p>Créer un outil permettant de répertorier et actualiser, en temps réel, les services d'aide et d'accompagnement à domicile, leur territoire d'intervention, leurs lieux d'accueil, les tarifs pratiqués ainsi que le montant de prise en charge au titre des aides existantes afin de permettre à l'utilisateur de connaître son reste à charge.</p>
<b>Indicateurs de suivi et d'évaluation</b>	<p>1. Outils mis en place</p>	

## 5. SOUTENIR LA PROFESSIONNALISATION ET VALORISER LE MÉTIER SUR LE TERRITOIRE

Cet axe stratégique se décline en deux actions cadres :

***Action cadre 5.1 : Renforcer la formation des intervenants à domicile et développer la prise en compte de la spécificité du métier.***

***Action cadre 5.2 : Agir sur la valorisation des métiers et sur l'emploi pour faciliter les recrutements, limiter le turn-over et l'absentéisme.***

### **CONSTATS PARTAGES :**

- Les conditions d'emploi atypiques du secteur d'aide à domicile restent peu attractives et le Tarn-et-Garonne rencontre les mêmes problématiques que le niveau national : temps partiels, horaires, rémunérations faibles, mobilité et accès à un véhicule, évolutions de carrières peu nombreuses. Le temps partiel crée une multiplicité d'employeurs, les interventions sont morcelées.
- Les métiers du sanitaire et du social constituent l'un des principaux viviers d'activité et d'emploi en Occitanie. Le secteur est en majorité féminin et la gestion des âges des professionnels est une préoccupation importante.
- La qualification des personnels et leur professionnalisation bien qu'encouragées par les instances nationales et locales n'ont pas d'impact sur la rémunération des prestations réalisées. En Occitanie, ce métier enregistre des difficultés de recrutement supérieures à la moyenne nationale (respectivement 48 % contre 30 %), avec des taux particulièrement élevés pour les aides à domicile et les professionnels paramédicaux.
- Les acteurs s'entendent pour considérer que la formation peut « permettre aux aides à domicile de donner un sens à leur action et donc de valoriser leurs actions ». Elle est donc indispensable pour soutenir et encourager les intervenants, avec l'exigence que les plans de formation prennent bien en compte les spécificités du métier et les contraintes sur l'organisation des équipes. Les formations devraient viser en particulier une meilleure compréhension du mode de fonctionnement et d'expression des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, l'apport de conseils sur les attitudes à adopter, une bonne identification de ce qui est attendu des interventions. La formation doit aussi se donner comme objectif d'apprendre à travailler en lien notamment avec les partenaires du soin, à réfléchir de façon concertée au projet d'intervention.
- Les intervenants sont souvent seuls au domicile du client et ne peuvent bénéficier de l'aide ou du soutien de collègues. Le parcours d'intégration dans l'emploi est rare car il est complexe à organiser et généralement non financé : prise en charge des coûts, environnement du domicile.

Les responsables de secteurs (ou la direction), en charge des plannings, doivent assurer la stabilité et la qualité des interventions et c'est donc sur eux que repose la tension. Ces personnels ont peu accès à des formations spécifiques, et ils doivent dans le même temps souvent assurer les activités de pilotage et la coordination des ressources humaines.

- Les acteurs concertés lors de l'étude soulignent l'importance d'accompagner le volet des ressources humaines : il s'agit de renforcer l'attractivité du métier de l'aide à domicile, intégrer et accompagner les compétences au plus près des spécificités du métier, des publics accompagnés, l'environnement de travail et partenarial (coordination avec le volet soins notamment).

**Axe 5 : SOUTENIR LA PROFESSIONNALISATION ET VALORISER LE MÉTIER SUR LE TERRITOIRE**

**Action cadre 5.1 : Renforcer la formation des intervenants à domicile et développer la prise en compte de la spécificité du métier.**

<b>Contexte</b>	Plusieurs études relient les attitudes inadaptées des intervenants à domicile au manque de formation et de compétence dans le champ du handicap. Ainsi favoriser la mise en place d'une formation tout au long de la carrière reste essentiel. Outre la qualification il convient de développer des actions de professionnalisation et d'aide à l'intégration dans l'emploi, pas encore assez fréquentes dans cette branche d'activité.	
<b>Objectif</b>	Renforcer la formation des intervenant(e)s dès la phase de recrutement et sur des prestations spécifiques	
<b>Pilote</b>	Conseil départemental	
<b>Partenaires concernés</b>	SAAD / organismes de formation	
<b>Modalité de mise en œuvre</b>	Action 5.1.1	Développer le soutien aux nouveaux salariés par le biais du tutorat.
	Action 5.1.2	Mettre en place des stages croisés ou des stages d'immersion pour les professionnels des SAAD et autres intervenants en lien avec la dépendance et/ou le maintien à domicile.
	Action 5.1.3	Renforcer la formation des intervenants sur la particularité des personnes handicapées vieillissantes.
	Action 5.1.4	Renforcer la formation de l'encadrement intermédiaire en matière de management afin de faciliter l'intégration, dans les services, des nouveaux intervenants, prévenir l'absentéisme et mieux soutenir les équipes d'intervention (gestion RH, gestion des plannings, management...)
	Action 5.1.5	Mettre en place des référents « relais métier » au sein des services. Accroître des compétences spécifiques susceptibles d'être relayées (en matière de handicap, de pathologies spécifiques...) auprès d'autres salariés.
<b>Indicateurs de suivi et d'évaluation</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Actions de formalisation mises en place</li> <li>2. Nbre de SAAD ayant développé des actions de tutorat ou des stages croisés</li> <li>3. Nbre de SAAD ayant mis en place des référents « relais métier »</li> </ol>	

**Axe 5 : SOUTENIR LA PROFESSIONNALISATION ET VALORISER LE MÉTIER SUR LE TERRITOIRE**

**Action cadre 5.2 : Agir sur la valorisation des métiers et sur l'emploi pour faciliter les recrutements, limiter le turn-over et l'absentéisme**

<b>Contexte</b>	<p>Favoriser le recrutement dans le secteur d'activité devient primordial. Cela passera par une meilleure information sur les métiers du secteur, par la mise en place d'échanges entre les SAAD et les structures de soutien à l'emploi, mais aussi par une revalorisation de l'image des métiers de service à domicile.</p> <p>La revalorisation se fera également au regard de l'intérêt porté par les employeurs à valoriser leurs salariés. L'encadrement intermédiaire sera particulièrement visé, notamment par un accompagnement au management.</p>	
<b>Objectif</b>	Faciliter les recrutements et agir sur la requalification des métiers et sur l'emploi	
<b>Pilote</b>	Conseil départemental	
<b>Partenaires concernés</b>	Pôle emploi / DIRECCTE / SAAD	
<b>Modalité de mise en œuvre</b>	Action 5.2.1	Organiser des POE (préparation opérationnelle à l'emploi) aboutissant sur des qualifications.
	Action 5.2.2	Faire connaître les métiers de service à domicile dans le cursus du « prendre soin » pour faire évoluer l'image de la profession et favoriser les coopérations entre les différents acteurs.
	Action 5.2.3	Renforcer les liens avec pôle emploi pour des opérations spécifiques : organiser des rencontres autour des métiers de l'aide à domicile en associant les salariés des SAAD.
	Action 5.2.4	Permettre à un public en recherche d'emploi d'accéder à un premier niveau de qualification et lui proposer un parcours d'accès aux métiers de la dépendance (PRAMED),
	Action 5.2.5	Mettre en place des actions de développement de l'emploi et des compétences (ADEC) en partenariat avec les branches professionnelles pour encourager et soutenir des démarches pour l'emploi et la formation et optimiser les possibilités d'emploi.
	Action 5.2.6	<p>Établir des conventions avec des établissements de formation (CFA, MFR) pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- adapter les formations au terrain du service à domicile,</li> <li>- une contribution des SAAD à la formation,</li> <li>- un accueil de stagiaires au sein des SAAD.</li> </ul>
<b>Indicateurs de suivi et d'évaluation</b>	1. Actions développées en partenariat avec la DIRECCTE, Pôle emploi et autres acteurs du champ concerné.	

## **EN CONCLUSION**

Les enjeux stratégiques du plan d'action du schéma directeur visent à **développer et promouvoir sur les bassins de vie du département, une offre de maintien à domicile de qualité** qui répond à plusieurs exigences :

- Une optimisation de la couverture des différents bassins de vie en proposant une réponse qualitative sur l'ensemble des communes même excentrées.
- Une amplitude d'intervention des aides à domicile en adéquation avec les réels besoins intégrant le 7/7j - 24/24 h dans une logique de mutualisation entre les structures.
- Une articulation plus étroite entre les services du Département de Tarn-et-Garonne et les SAAD dans la mise en œuvre, la réalisation et le suivi des plans d'aide permettant de garantir une meilleure personnalisation et optimisation du service rendu.
- Des coordinations plus resserrées autour des prises en charge des usagers entre SAAD et autres intervenants à domicile, notamment avec les soignants et pour les sorties d'hospitalisation en lien avec l'ARS.
- La formalisation de procédures et de temps de concertation autour des situations les plus complexes, tant sur le champ des personnes âgées que du handicap.
- Une implication plus importante des SAAD dans les dispositifs de prévention du vieillissement de la perte d'autonomie et de repérage des risques pour les aidants.
- Une réflexion sur la prise en charge des besoins de la vie quotidienne et d'entretien du domicile pour les personnes en situation de handicap.

Pour répondre à ces enjeux de qualité, la **rationalisation et l'optimisation des coûts** recherchées visent à :

- Une recherche d'équilibre financier des SAAD qui s'appuie sur :
  - La diversification de leurs activités en vue d'économies d'échelle.
  - La « sectorisation » des interventions au plus près des usagers, pour gérer au mieux les déplacements, en veillant à respecter le libre choix.
  - La mutualisation de moyens entre SAAD (ressources humaines) pour couvrir : les interventions les week-ends et jours fériés, les astreintes, les interventions au plus près des usagers.

- Un ajustement de la tarification aux évolutions législatives et réglementaires.
- Un pilotage du Département à travers une interface et des temps d'échange avec les SAAD sur les enjeux stratégiques et financiers à long terme et sur l'évolution de leur modèle économique.

Pour accompagner ces évolutions, **la mobilisation de différents dispositifs** sera étudiée par le conseil départemental et les autres acteurs (Directe, Région, Unions Nationales, ...) en vue :

- d'accompagner le recrutement, la qualification et la formation des acteurs du secteur ;
- de développer les démarches qualité au sein des services et l'expression collective des usagers ;
- d'accompagner les dirigeants des services à développer leur capacité de pilotage et de prospective.

## GLOSSAIRE

- **AAH** : allocation pour adulte handicapé
- **ACTP** : allocation compensatrice pour tierce personne
- **ADEC** : action de développement de l'emploi et des compétences
- **AEEH** : allocation d'éducation de l'enfant handicapé
- **AGGIR** : autonomie, gérontologie, groupe iso-ressources
- **APA** : allocation personnalisée pour l'autonomie
- **ARS** : agence régionale de santé
- **ASPA** : allocation de solidarité aux personnes âgées
- **ASV** : adaptation de la société au vieillissement
- **CAF** : caisse d'allocations familiales
- **CARSAT** : caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
- **CASF** : code de l'action sociale et des familles
- **CCAS** : centre communal d'action sociale
- **CA** : conseil d'administration
- **CD** : conseil départemental
- **CDA** : commission des droits et de l'autonomie
- **CDAPH** : commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
- **CLIC** : centre local d'information et de coordination
- **CFA** : centre de formation d'apprentis
- **CNSA** : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
- **COMEX** : commission exécutive
- **CPAM** : caisse primaire d'assurance maladie
- **CPOM** : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- **CRAM** : caisse régionale d'assurance maladie
- **CSG** : contribution sociale généralisée
- **CVS** : conseil de la vie sociale
- **DDCSPP** : direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations
- **DIRECCTE** : direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
- **DLA** : dispositif local d'accompagnement
- **EHPAD** : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- **ESSMS** : établissement ou service social et médico-social
- **ETP** : équivalent temps plein
- **FDCH** : fonds départemental de compensation du handicap
- **FDVA** : fonds de développement de la vie associative
- **GIP** : groupement d'intérêt public
- **GIR** : groupe iso-ressources
- **HAD** : hospitalisation à domicile
- **IEM** : institut d'éducation motrice
- **IME** : institut médico éducatif
- **ILCG** : instance locale de coordination gérontologique
- **INSEE** : institut national de la statistique et des études économiques
- **MAIA** : méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
- **MDPH** : maison départementale des personnes handicapées
- **MFR** : maison familiale rurale
- **MSA** : mutualité sociale agricole
- **PAG** : plan d'accompagnement global
- **PCH** : prestation de compensation du handicap
- **POE** : préparation opérationnelle à l'emploi
- **PRAMED** : parcours d'accès aux métiers de la dépendance
- **RAPT** : réponse accompagnée pour tous
- **RH** : ressources humaines
- **RQTH** : reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
- **SAAD** : service d'aide et d'accompagnement à domicile
- **SESSAD** : service d'éducation spéciale et de soins à domicile
- **SPASAD** : service polyvalent d'aide et de soins à domicile
- **SSIAD** : service de soins infirmiers à domicile
- **TED** : troubles envahissants du développement

## **RESSOURCES**

### **Éléments constitutifs du diagnostic :**

- Entretiens de concertation avec les groupes
- Concertation des SAAD le 22/11/2017
- Concertation des acteurs de terrain le 24/11/2017
- Concertation des acteurs institutionnels le 29/11/2017
- Enquête sur les SAAD de Tarn-et-Garonne (16 répondants / 20 structures)
- Entretiens avec différentes fédérations du secteur domicile

### **Études consultées :**

- Enquête tarifs SAAD – CNSA 2016
- Projet régional de santé Occitanie et contribution du Tarn-et-Garonne – PRS2
- Diagnostic amont de la conférence des financeurs – 2016
- Étude DIRECCTE démarche de branche SAP sur les freins à l’emploi – 2016
- IGAS-IGA – Rapport sur l’évaluation de la mise en œuvre de la loi d’adaptation de la société au vieillissement pour le volet domicile – sept 2017
- Étude cour des comptes – Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d’autonomie – juillet 2016
- État des lieux national des services CLIC et autres structures d’information et de coordination de l’ANC – 2017
- Étude Dares – Les services à la personne en 2015 – février 2017
- Schéma départemental gérontologique – Présentation 8 juillet 2016
- Schéma départemental – Adultes handicapés – document de travail 29 septembre 2017
- Rapport public Cour des comptes – Synthèse – Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d’autonomie – 2017
- Analyse du cabinet Adjuvance en 2017 sur les aides aux usagers
- Synthèse régionale CREA-ORS – Réponse accompagnée en Région Occitanie – juin 2017
- Étude sur l’accompagnement à domicile des personnes adultes en situation de handicap psychique – ANCREAI, DGE, APICIL, CNSA – mars 2016
- Évaluation des besoins des personnes handicapées et élaboration des réponses au sein des MDPH – 2015

## Département de Tarn-et-Garonne

### Liste des 22 SADD autorisés ou réputés autorisés au 31/12/2017

Nom de la structure	Siège administratif
<b>AD Quotidien 82</b>	Campsas
<b>ADHAP Services</b>	Montauban
<b>ADMR Fédération Tarn-et-Garonne</b>	Montauban + 11 antennes
<b>ADOM 82</b>	Castelsarrasin
<b>ADPA</b>	Montaigu de Quercy
<b>AFLAH / ADPSH</b>	Moissac
<b>APAS 82</b>	Montauban
	Castelsarrasin
<b>AXEO Services</b>	Montauban
<b>ONELA (ex Bien à la maison)</b>	Montauban
<b>Bonjour Services</b>	Montauban
<b>CCAS Castelsarrasin</b>	Castelsarrasin

Nom de la structure	Siège administratif
<b>CCAS de Moissac</b>	Moissac
<b>CIAS des deux Rives</b>	Valence d'Agen
<b>Domconfort</b>	Verdun s/Garonne
<b>Mutualité Française 82</b>	Lafrançaise
	Caylus + antenne Campsas
	Beaumont de Lomagne
<b>SAMAD Communauté de communes Quercy-Vert-Aveyron</b>	Nègrepelisse
<b>SMAD 82</b>	Montauban
<b>Sous mon toit</b>	Montauban
<b>SAS Amabilis</b>	Autorisé mais non ouvert