

Ordre du jour :

- 1) Schéma départemental unique d'organisation sociale et médico-sociale (2015-2019) ;
- 2) Questions diverses.

Isabelle COZIC-GUILLAUME ouvre la 6^{ème} séance du Conseil cantonal en saluant la présence de M. Claude PETIT-LASSAY, Conseiller départemental du canton Le Mans 1.

M. PETIT-LASSAY est membre de la commission Solidarité – Autonomie – Démographie médicale avec trois autres collègues de la minorité : Mme Mélina ELSHOUD (canton Le Mans 2), Mme Isabelle LEMEUNIER (canton de Savigné l'Evêque) et Mme Nadine GRELET-CERTENAIS (canton de La Flèche).

M. PETIT-LASSAY présente le Schéma départemental unique d'organisation sociale et médico-sociale 2015-2019 en s'appuyant sur un diaporama projeté.

1°) Schéma départemental unique d'organisation sociale et médico-sociale 2015-2019

Ce Schéma départemental unique a été approuvé par le Conseil départemental lors de sa réunion du 10 mars 2016, il propose 15 orientations et 38 actions regroupées autour de 3 intentions.

Avec les collègues de la minorité départementale, nous effectuons un travail collectif en nous réunissons le plus souvent possible, nous interrogeons régulièrement les services et nous essayons de faire évoluer les choses.

■ **La Solidarité c'est trois grands domaines d'action**

- Aide sociale aux personnes âgées : aide importante car beaucoup de personnes concernées
- Aide sociale aux personnes handicapées : important également
- Aide sociale à la famille et à l'enfance : important pour aider dès le départ les populations et les enfants issus de milieux défavorisés, action directe sur l'avenir de certaines personnes

Avant ce schéma départemental, il existait un schéma par domaines d'action (enfance/famille – handicapés – personnes âgées). Les trois grands âges de l'homme ou de la femme étaient représentés et pouvaient être pris en charge. Cette politique permettait à chacun des schémas d'avoir des crédits propres. C'était parfois compliqué lors du passage d'un jeune ado à l'âge adulte et en particulier pour tout ce qui touchait le domaine du handicap. La prise en charge du handicap se fait de 0 à 16 ans alors que certains jeunes adultes devraient encore bénéficier de ces prestations.

Aujourd'hui, la solidarité est devenue une compétence majeure du Département, chef de file de l'action sociale. D'où l'élaboration de ce schéma départemental unique pour les années 2015 à 2019.

■ **Dans quel contexte a été créé ce schéma ?**

- Le rôle de la Loi NOTRe (Nouvelle Organisation Territoriale de la République) parue en 2015, et qui a repositionné le rôle des départements, des régions et des métropoles, elle a enlevé au Département la clause de compétence générale, elle a redistribué un certain nombre de compétences des Départements vers les régions, elle a mis en exergue que les départements avaient une vocation majeure à traiter tout ce qui était du champ de la solidarité.

- La crise économique avec l'intensification de la précarité et le vieillissement de la population (2 facteurs importants à l'origine de la sortie d'une loi, la loi ASV).
-
- La loi ASV (Adaptation de la Société au Vieillissement) parue en décembre 2015, cette loi permet le maintien à domicile des personnes âgées le plus longtemps possible en prenant en charge la perte d'autonomie de ces personnes. Les valorisations de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) varient en fonction du degré de dépendance de la personne, et le montant est fixé ainsi. La prestation de l'APA est liée au GIR (1 à 5), le GIR 1 signifie que la personne est complètement dépendante et le GIR 5 qu'elle a une autonomie encore importante.

☞ *Question* : pour l'APA, lorsque la personne décède est-elle systématiquement redevable ?

Quand la personne décède, il n'y a plus de versement de l'APA, par contre elle n'est pas remboursable par les enfants mais ce qui est remboursable par les enfants, ce sont les prestations extra légales (ce sont des prestations qui peuvent compléter l'APA), elles sont prises sur l'héritage ou ce sont les enfants qui paient. Il y a une différence entre le montant de l'APA selon que la personne se trouve à domicile ou en structure.

■ Les trois principales orientations de ce schéma

- Développer le partenariat institutionnel et l'observation partagée
- Développer l'accompagnement des personnes et promouvoir l'autonomie
- Contribuer au bien-être de la population en lien avec les territoires de vie

➤ Les actions liées à l'orientation A

A1 – Décloisonner et coordonner pour fluidifier les parcours.

Lorsque vous êtes bénéficiaire d'une prestation liée au handicap ou à l'âge, c'est un parcours du combattant pour avoir toutes les prestations auxquelles on a droit. On ne sait pas combien de prestations il existe ? Décloisonner et coordonner : oui si c'est pour mieux renseigner les personnes, faciliter le parcours de vie d'une personne.

A2 – C'est l'organisation de tous les services du Département qui est visé : jusqu'à présent il y avait un service pour les personnes âgées, un pour les personnes handicapées et un pour les prestations sociales à la petite enfance, l'enfance et la famille. Mutualiser signifie que l'on peut suivre quelqu'un depuis sa petite enfance à sa mort. L'idée de mutualiser est bien en soi mais comment cela peut se traduire pour une personne ?

A3 – Signifie qu'il faut que tous les agents du Département soient polyvalents.

➤ Les actions liées à l'orientation B

C'est tout le travail de prévention et d'évaluation des besoins

B1 – Accentuer les actions de sensibilisation pour mieux prévenir l'accompagnement de la personne.

B2 – Repérer les difficultés au domicile et améliorer l'évaluation des besoins.

B3 – Renforcer le soutien à la famille et aux aidants.

B4 – Renforcer l'accompagnement et la sensibilisation au handicap d'origine psychique.

B5 – Mieux repérer le public personnes handicapées vieillissantes.

B6 – Favoriser la souplesse et l'adaptabilité de l'offre d'accueil et d'accompagnement.

B7 – Optimiser l'offre en matière d'aides techniques.

On commence à s'interroger sur les besoins de la personne, à prendre en charge l'accompagnement familial, le soutien aux aidants.

C'est aussi essayer de prévenir au plus tôt le handicap d'origine psychique, c'est pouvoir adapter des structures aux personnes handicapées qui vieillissent.

Les personnes handicapées en ESAT, en ateliers protégés, lorsqu'elles arrivent à 60 ans, il n'y a plus rien pour elles, à part les EHPAD ou les Maisons de retraite. Il y a un travail à faire dans la création de structures pour ces personnes.

👉 *Question* : Existe-t-il des différences entre les familles d'accueil validées par le CD72, les familles reconnues par un Etablissement Public de Santé Mentale (psychiatrie) et celles payées par les personnes elles-mêmes ?

Il y a trois types de famille d'accueil

- Famille d'accueil labellisée et validée par le Conseil départemental après enquête sociale auprès du voisinage, de l'environnement, avec des critères qui sont ceux du Conseil départemental, c'est lui qui paie la famille. Registre d'accueil.
- Famille d'accueil labellisée et validée par l'hôpital psychiatrique : c'est le patient qui devient l'employeur de la famille
- Famille d'accueil thérapeutique (environ une trentaine de famille dans la Sarthe) : payée par l'hôpital psychiatrique. Les familles ne choisissent pas les patients, ce sont les médecins qui désignent le patient pour telle famille. Les familles sont formées à la prise en charge et sont suivies toutes les semaines par le personnel médical de l'hôpital et elles ont des comptes à rendre à l'hôpital. Registre de soins.

Il n'y a pas assez de structures d'accueil. Le Président de l'ADAPEI a chiffré à environ 100 personnes qui ne peuvent pas bénéficier d'une place en structure d'accueil médico-social sur le Département. Il y a pourtant eu des créations de faites, mais pas suffisantes.

B7 – lorsqu'une personne est malade, handicapée ou âgée et qu'elle doit bénéficier de matériel médical spécifique, soit elle l'achète ou le loue mais lorsque la personne décède on en a plus besoin, et il reste dans un coin.

Pourquoi ne pas mutualiser ? le matériel pourra être loué à une société qui va s'engager avec le Département pour fournir ce type de matériel, et quand la personne n'en a plus besoin, il est remis en circulation, il est réparé, rénové, pour aider d'autres personnes.

Le Département subventionne ce matériel et permet au distributeur de le réparer ou rénover et de le remettre en circulation. Volonté d'être dans une démarche de développement durable.

➤ Les actions liées à l'orientation C

C1 – Promouvoir l'habitat adapté : les bailleurs sociaux travaillent de plus en plus à adapter les appartements en fonction des besoins des personnes handicapées. Il existe des aides financières pour adapter son appartement. Faire en sorte que les personnes soient chez elles le plus longtemps possible. Il existe des aides financières (Allocation de Compensation du Handicap).

👉 *Question* : Quelle articulation entre le Département et l'ANAH ?

L'ANAH (Agence Nationale de l'Habitat) finance les travaux chez les personnes à revenus modestes et en situation de handicap. Aujourd'hui, le Département fait un travail de réflexion avec les bailleurs sociaux. La MDPH a des liens avec l'ANAH. Il y a un travail qui est fait actuellement autour de l'habitat indigne.

C2 – Accentuer les actions de prévention et de promotion de la santé.

C3 – Favoriser l'accès aux soins de premiers recours et spécialisés.

C4 – Développer les usages autour du numérique : toutes et tous concernés, besoin d'un renseignement, on se déplace vers le service compétent. Demain tout se fera via une plateforme numérique, toutes les demandes seront traitées informatiquement. La plateforme sera départementale. Création d'une MDPA (Maison Départementale de l'Autonomie) qui fera pratiquement tout.

C5 – Promouvoir la mobilité : action importante. Les personnes âgées doivent pouvoir subvenir à leurs besoins le plus facilement possible, elles doivent garder un lien social pour des activités.

■ Les regards, les constats et les critiques

➤ Les enjeux

- L'action sociale est le « cœur de métier » du Conseil départemental
→ Accompagnement des personnes à risque, en perte d'autonomie, des familles fragilisées et de la petite enfance.
- Le niveau élevé des besoins et la complexité des situations dans un contexte de ressources publiques contraintes. Les besoins de chacun sont différents.
- La mobilisation de tous les acteurs concernés. Ce qui est intéressant dans ce schéma unique, c'est la transversalité qui n'existait pas avant.
- Améliorer la fluidité des parcours pour tous les publics et éviter les ruptures brutales d'accompagnement.
- Renforcer le soutien à la famille, conforter la démarche de préparation à l'autonomie des jeunes sortants de la protection de l'enfance et diversifier l'offre éducative, d'accueil et d'accompagnement. L'accompagnement des mineurs étrangers et les jeunes cumulant les problématiques.
- Repérer au plus tôt les personnes en fragilité, renforcer le soutien aux aidants (dispositif répit), adapter l'offre et l'accompagnement, renforcer les coordinations entre les partenaires (handicap psychique) et faciliter les aides techniques.
- Faciliter l'accès aux soins : répondre au déficit démographique en personnel de santé.

➤ Les Risques

- Perte de souplesse et de cohérence avec des axes stratégiques plus actifs que d'autres. C'est compliqué d'être harmonieux dans la distribution des ressources.
- Certaines actions, existantes par le passé, peuvent disparaître comme, par exemple, les actions de prévention.
- Un schéma unique trace les grands axes politiques mais ceux-ci ne sont pas forcément déclinés concrètement et financièrement dans un calendrier prospectif.
- Les manques de coordination entre les partenaires peuvent entraîner pour nos concitoyens des dysfonctionnements qui leur seront préjudiciables.
- Le schéma pose le problème du travail centré sur les compétences et non plus sur le cœur des métiers, ce qui fait disparaître les liens entre les acteurs sociaux et médico-sociaux.
- Le schéma ne doit pas être seulement un catalogue de bonnes intentions sans moyens pour faire vivre toutes les actions définies en son sein. Par exemple, les MDA (Maisons Départementales d'Autonomie) ou de solidarité ne doivent pas être uniquement un guichet mais des lieux de développement des territoires, des lieux d'innovation, des lieux d'intervention auprès des populations en difficulté.
- Les appels d'offres sur les projets sociaux et médico-sociaux sont des risques avec des conséquences négatives pour certains acteurs sociaux en particuliers des associations en termes d'appauvrissement de leurs moyens financiers, voire en termes de disparition des associations.

- La contractualisation est une méthode plus pertinente.

☞ *Question* : le schéma social ne suit-il pas par rapport aux associations, le même schéma que l'insertion ?

C'est exactement le même mécanisme. Pour que les grosses associations (ANAI, APAJH, ADAPEI ...) qui prennent en charge 1000 à 1200 personnes, avec plusieurs milliers de personnel, puissent continuer à vivre, elles doivent recevoir de l'argent donc être prises dans l'appel d'offres. S'il s'agit d'une petite association, il est difficile de survivre.

■ Quelques chiffres du budget 2017

Dépenses de fonctionnement : 237 M€

Dépenses d'investissement : 2,3 M€

Recettes de fonctionnement : 53 M€

Recette d'investissement : 32 500 €

- Soutenir les parents et les jeunes : 8,2 M€
 - Favoriser l'autonomie des personnes âgées et handicapées : 160 M€
 - Protéger les plus vulnérables par une prévention et une protection renforcée : 49 M€
 - Garantir une offre de soins de proximité : 20 M€
 - Encourager l'innovation sociale : 30 000,00 €
 - Foyer de l'enfance : 3,2 M€ (budget séparé)
- Personnes âgées
 - 25,8 % de la population sarthoise a 60 ans et plus
 - 146 646 personnes de 60 ans et plus dont 18 885 de 85 ans et plus
 - 7 013 places en établissement d'hébergement pour personnes âgées
 - 4 797 bénéficiaires de l'APA à domicile et 6 017 bénéficiaires en établissement
 - 1 432 bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement
 - Personnes handicapées
 - 14 315 dossiers déposés à la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées)
 - 2 002 places en établissements et services pour personnes adultes
 - 2 274 bénéficiaires de la PCH (Prestation de Compensation du Handicap)
 - 198 accueillants familiaux
 - 394 places en famille d'accueil
 - Parentalité et enfance
 - 874 bénéficiaires de mesures d'AEMO (Assistance Educative en Milieu Ouvert)
 - 93 familles bénéficiaires de l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance)
 - 1538 visites à domicile prénatales et postnatales en 2016
 - 4633 visites à domicile par des puéricultrices
 - 123 contrats jeunes majeurs
 - 212 mineurs isolés étrangers pris en charge en mars 2017
 - Démographie médicale
 - 15 maisons de santé pluridisciplinaires financées ou en cours de financement par le Département (regroupement de médecins généralistes, de kiné, d'osthéo, d'infirmières). Ces maisons de santé « sortent de terre » car les jeunes professionnels de santé ne veulent plus travailler comme par le passé. Les regroupements de professionnels facilitent les liens, les échanges entre les professionnels, facilitent aussi un peu la venue d'autres professionnels.
 - 61 contrats d'engagement en médecine avec des personnes en cours d'étude
 - 73 contrats en odontologie
 - 6 contrats en masseurs-kinésithérapie
 - 17 contrats d'aide par le Département à la première installation de médecin. Il y a des installations et 6 mois – 1 an après les professionnels s'en vont..... Ils remboursent, mais ils sont partis quand même.

👉 *Question* : à quoi correspondent les aides extra légales ?

Il y a tout un catalogue d'aides possibles. Exemple : pour l'achat d'un fauteuil roulant estimé à 12 000,00 €, la MDPH qui a un barème, va financer 7 000,00 €, il y a donc un reste à charge. Soit vous pouvez le payer soit vous ne pouvez pas et vous allez bénéficier de ces aides extra-légales que vous allez devoir rembourser.

👉 *Question* : des contrôles sont faits ?

Oui le Département effectue ces contrôles, il ne finance pas comme ça ! Il y a beaucoup de contrôles et c'est une des tâches les plus importantes des assistantes sociales. Au-delà d'une certaine somme, il y a forcément une convention de signée entre les associations et le Département, avec dans cette convention, des modalités de rendre compte.

👉 *Question* : Etes-vous bien au courant de tous les programmes ?

Oui, toutes les sommes, lors du vote du budget, sont détaillées ; il y a une délibération assez conséquente, car cela représente la moitié du budget du département.

■ Point sur la démographie médicale

- En Sarthe (source CPAM) :
 - 443 médecins généralistes en 2009 contre 410 en 2015
 - 110 départs de médecins pour 77 installations entre 2009 et 2015
 - En 2015, 26 départs en retraite pour 12 installations
 - En mars 2016, 377 médecins généralistes libéraux, soit 6,3 médecins pour 10 000 habitants (7,7/10 000 en région Pays de la Loire)
 - 39 % des médecins généralistes sarthois ont plus de 60 ans

La situation d'aujourd'hui continue encore à baisser. Cela va s'aggraver. Certains quartiers du Mans sont en zone sensible mais ne sont pas reconnus comme tel ! Il faut se battre pour attirer les médecins en travaillant en partenariat, un jeune médecin ne veut plus travailler seul en cabinet. Les jeunes médecins veulent partager les horaires, les gardes, échanger sur des pathologies...

La Ville du Mans est en train de voir avec l'ARS pour dresser une cartographie des zones sensibles. Sur le Mans, seraient en zones sensibles les quartiers classés « politique de la ville », pour que les jeunes médecins puissent bénéficier des aides.

Pas de problème de médecins sur les côtes Atlantique, la côte Sud-Est et Paris. Il faut essayer de lutter à toutes les échelles.

- Plan départemental : aides aux professionnels
 - Contrats engagement médecine et dentistes : 54 médecins et 66 odontologues
 - Contrats masseurs-kinésithérapie : 5
 - Contrats d'aide à la réorientation : 1
 - Bourses de stage médecine : 331 externes
 - Bourses de stage odontologie : 9
 - Bourses de masseur-kiné : 64
 - Accompagnement financier Maison de santé pluridisciplinaire : 9 ouvertes et 5 en construction
 - Soutien association CAP Santé : 7 jeunes en 2014/2015 et 5 en 2015/2016
 - Perspectives d'installation 2016/2017 : 36 médecins et 40 dentistes

👉 *Question* : pourquoi ne pas rédiger un bail pour éviter que les médecins partent ?

Un contrat se rompt ! Rien ne peut les retenir. La loi ne dit rien à ce sujet. Il y a 25 % des médecins formés qui n'exercent pas. Il y a des communes ou des Départements qui avancent aux médecins la somme qu'ils doivent rembourser au Département, pour pouvoir les récupérer.

👉 *Question* : problème de départ d'un médecin d'une commune pour des personnes âgées, demande dans des cabinets limitrophes et refus ; donc obligés de faire des kilomètres.
Possibilité de saisir l'ARS qui va désigner d'office un médecin pour s'occuper de la personne demandeuse.

■ Projets d'avenir

- Création d'une MDA (Maison Départementale de l'Autonomie)
- Préconisation de la Loi ASV (Adaptation de la Société au Vieillissement)
- Rapprochement des équipes du département personnes âgées – personnes handicapées et de la MDPH pour la gestion APA, aide sociale en maison de retraite ou en établissement pour handicapés et PCH (Prestation de Compensation du Handicap)
- Création d'un guichet unique pour les usagers comprenant : la MDPH, le CIDPA (Centre d'Information Départementale pour l'Autonomie) et la Direction Autonomie du Département ainsi que les 13 CLICS départementaux (Centre Local d'Information et de Coordination).

Les CLIC étaient un lieu de coordination et d'accompagnement des personnes âgées, cela aidait beaucoup les familles à structurer les soins à domicile, les prises en charge, etc...

- MDA guichet unique
- Organisation avec une présence sur les territoires pour assurer une proximité avec les usagers. Il y aura des antennes sur tout le territoire avec des permanences
- Faire valoir ses droits, articulés autour des missions suivantes :
 - + Accueil, information, orientation de l'utilisateur.
 - + Instruction administrative des demandes APA et des droits à compensation.
 - + Evaluation des besoins des usagers et élaboration des plans d'aide et des plans personnalisés de compensation.
 - + Accompagner l'utilisateur avec l'utilisation d'outils et de référentiels liés à chacun des publics.

Tout le travail fait dans les CLIC va continuer et cela va permettre de pouvoir éviter d'aller à tel ou tel endroit pour les aides. Il faudra qu'il y ait suffisamment de personnel pour que tout fonctionne pour le mieux.

👉 *Question* : quelles sont les différentes aides qui existent ? Calcul du Revenu universel de base qui réunirait toutes les aides de l'enfance à la vieillesse ?

Il n'y a pas toutes les aides dans le revenu social. Cela part souvent à partir de 18 ans. Il y a des aides qui n'existent que parce que vous avez tel type de problème. Difficile d'intégrer ça dans un revenu universel. Dans le département de la Sarthe, il existe une aide spécifique pour la naissance de jumeaux ou de triplés ; cela ne sera jamais intégré dans un revenu universel.

■ Conclusion de Christophe COUNIL

Sur ces questions qui sont le cœur de métier du Département, on se rend compte que ces questions sont très complexes et c'est très bien de pouvoir s'appuyer sur des collègues qui font un gros travail de fond sur les dossiers.

2°) Questions diverses

Pas de questions diverses.

Fait au Mans, le 1^{er} juillet 2017.