



Haute-Loire
le DÉPARTEMENT

Chaque jour, avec vous

**Schéma départemental en
faveur des personnes âgées
2015 – 2020**

Département de la Haute-Loire

EDITORIAL

Mesdames, Messieurs,

Le Département de la Haute-Loire a adopté le 26 octobre 2015 les schémas 2015-2020 en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées après présentation au Comité départemental des retraités et des personnes âgées (CODERPA), au Conseil départemental consultatif des personnes en situation de handicap (CDCPH) et à la Commission de coordination dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux de l'Agence régionale de santé.

J'ai voulu que ces schémas soient le fruit d'un travail coordonné, d'une écoute mutuelle et d'une concertation avec tous les partenaires habituels du Département et qu'ils constituent une feuille de route cohérente et réaliste pour le Département et ses partenaires afin d'apporter des réponses concrètes aux besoins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Dans un contexte de raréfaction des ressources publiques sans précédent, j'avais appelé à privilégier un travail sur l'offre existante tout en essayant d'innover au service de prises en charge toujours plus adaptées.

Je suis très satisfait que ces objectifs aient été remplis. Je remercie tous les partenaires pour le temps qu'ils ont consacré à l'élaboration de ces schémas, ainsi que pour la richesse des échanges qui ont eu lieu à cette occasion.

Mon souhait est que les actions contenues dans ces schémas puissent apporter partout sur le territoire départemental une meilleure réponse aux besoins des personnes âgées et des personnes handicapées et contribuer à la réalisation de leur projet de vie.

Notre mobilisation collective est la clef de la réussite.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
I. Le contexte réglementaire.....	5
II. La méthodologie d'élaboration du schéma	10
PARTIE 1 : Diagnostic	12
I. Le cadre du diagnostic	13
II. L'évolution de la population en Haute-Loire	14
III. La prévention, la lutte contre l'isolement, l'adaptation du logement et l'accès aux droits	19
IV. Les EHPAD (qualité de prise en charge / qualité de gestion / encadrement- management).....	26
V. L'aide aux aidants.....	31
VI. L'articulation des interventions à domicile.....	34
VII. Administration digitale et numérique sur le champ des personnes âgées	41
VIII. L'organisation et la qualité du management des établissements et services	42
IX. L'accueil familial.....	47
PARTIE 2 : Plan d'actions 2015-2020	48
I. Orientation 1 : Structurer la gouvernance des politiques en faveur des personnes âgées	49
II. Orientation 2 : Mieux repérer les situations de fragilité et développer des réponses adéquates	55
III. Orientation 3 : Adapter l'offre de services et d'hébergement à destination des personnes âgées	59
GLOSSAIRE.....	63

INTRODUCTION

I. Le contexte réglementaire

A. Les principes d'un schéma d'organisation sociale et médico-sociale

Le Département, chef de file de l'action sociale et médico-sociale, a en charge l'élaboration du schéma relatif aux personnes âgées. Les objectifs assignés à ces schémas d'organisation sociale et médico-sociale sont précisés dans le code de l'action sociale et des familles (CASF) :

- Apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins du secteur ;
- Dresser le bilan qualitatif et quantitatif de l'offre existante ;
- Déterminer les perspectives et les objectifs de développement de cette offre ;
- Préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services sociaux et médico-sociaux ;
- Définir les critères d'évaluation des actions conduites.

Le schéma d'organisation sociale et médico-sociale est établi pour une période de cinq ans, en cohérence avec les schémas d'organisation sanitaire mentionnés aux articles L.6121-1 et 6121-3 du Code de la Santé Publique. Le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) visé à l'article L.312-5-1 du code de l'action sociale et des familles est ensuite actualisé sur la base de ce schéma départemental.

Enfin, il convient de rappeler que depuis la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, qui a introduit au sein du CASF l'article L.313-4, les schémas d'organisation sociale et médico-sociale sont devenus opposables : tout projet doit dorénavant être compatible avec les objectifs et répondre aux besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le schéma départemental. De même, le Code de l'action sociale et des familles prévoit que le schéma relatif aux personnes âgées est arrêté par le Président du Département, après concertation avec le représentant de l'Etat dans le département et avec l'Agence régionale de santé (ARS). Il est également prévu que les organisations professionnelles représentant les acteurs du secteur de la gérontologie, ainsi que les représentants des usagers, soient consultés, pour avis, sur le contenu de ces schémas.

B. Le contexte institutionnel, législatif et réglementaire

1) Un renouvellement du cadre réglementaire au service de la qualité et de la continuité des parcours des personnes âgées

Les dispositifs en faveur de l'autonomie des personnes âgées ont connu de profonds bouleversements ces dernières années. Les lois et les réglementations ont évolué dans le sens d'un accompagnement global et individualisé de la personne, faisant écho au respect de son projet de vie, à une prise en charge de qualité par des équipes pluridisciplinaires, au développement d'une offre accrue de services à destination des personnes souhaitant rester à leur domicile, etc.

C'est la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui modifie la perception de l'accompagnement des personnes âgées et/ou en situation de dépendance. Elle affirme un certain nombre de principes, concourant tous à améliorer le bien-être et l'épanouissement des personnes :

- L'évaluation continue des besoins et des attentes des personnes âgées rencontrant des difficultés, avec comme objectif d'aider la personne à conserver une autonomie et à conserver sa dignité malgré un état de santé fragilisé.
- L'exercice des droits et des libertés de toutes les personnes accompagnées par un établissement ou un service social et médico-social (ESSMS) ainsi que l'information sur ces droits fondamentaux. Cela implique la mise en place de plusieurs outils dans les ESSMS visant à garantir ces droits et à prévenir tout risque de maltraitance : la charte des droits et des libertés de la personne accueillie, le règlement de fonctionnement de la structure, le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge, le Conseil de la Vie Sociale...
- La qualité de la prise en charge, caractérisée par les conditions de confort matériel et la qualité des prestations, notamment en matière d'hébergement et le soin. L'objectif de qualité se traduit également par un bon niveau de qualification des professionnels et un recrutement en nombre suffisant des personnels, ainsi que par la conduite d'évaluations interne et externe.
- La coordination et le partenariat tant entre les établissements et services médico-sociaux qu'entre les ESSMS et les établissements de santé.

2) Des compétences partagées et évolutives

Depuis les lois de décentralisation de 1982, le Département a bénéficié de nombreux transferts de compétences en matière des politiques gérontologiques. Pour autant, de nombreux autres acteurs institutionnels concourent aux politiques de l'autonomie. Les communes – notamment à travers leurs Centres communaux d'action sociale – jouent un rôle de proximité important en termes d'accueil et d'information des usagers, d'accès aux droits et, de manière facultative, d'aides sociales. Les caisses nationales de Sécurité sociale assurent le paiement de certaines prestations sociales et mènent des actions collectives, en particulier sur le champ de la prévention.

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, un établissement public créé par la loi du 30 juin 2004, finance en partie les aides en faveur des personnes âgées dépendantes gérées par les Départements et joue un rôle d'expertise et d'appui technique. Dans ce cadre, elle suit notamment les plans nationaux dédiés aux personnes âgées (et aux personnes handicapées) : Plan Alzheimer, Plan Bien vieillir, Plan Cancer, Plan Solidarité grand âge, Plan d'action national AVC (accidents vasculaires cérébraux), Plan Maladie Neurodégénératives, ...

Par ailleurs, au niveau territorial, plusieurs services de l'Etat concourent à l'accompagnement de l'autonomie des personnes âgées :

- DIRECCTE - anciennement DDTEFP – pour l'agrément des services d'aide à la personne ;
- Agence Régionale de Santé (ARS) pour la gestion des établissements médico-sociaux médicalisés (dans le cadre d'une compétence partagée avec le Département, notamment pour les EHPAD) et des structures de soins concourant à l'accompagnement à domicile des usagers, telles que les SSIAD ou les réseaux de santé.

La création des ARS par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 a par ailleurs été à la source d'une véritable réorganisation territoriale pour le secteur médico-social. La compétence conjointe ARS / Département sur certains segments du dispositif en direction des personnes âgées exige de mener un travail partenarial le plus en amont possible. En effet, la place donnée au projet régional de santé renforce le poids des orientations régionales dans la planification médico-sociale.

Planification départementale et régionale : une articulation à rechercher

Si la loi du 2 janvier 2002 assigne au Département la responsabilité d'établir un schéma d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées pour une période de 5 ans, la loi HPST du 21 juillet 2009 confère aux Agence régionale de santé l'élaboration d'un schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS). Le but de ce document est « *de répondre aux besoins de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux de la population en perte d'autonomie* ». Il doit veiller à l'articulation au niveau régional de l'offre sanitaire et médico-sociale relevant de la compétence de l'ARS.

La place donnée au projet régional de santé et à ses différentes composantes – dont le SROSM – renforce le poids des orientations régionales dans la planification médico-sociale. Les schémas départementaux doivent dorénavant s'inscrire en cohérence avec ces orientations et le renouvellement du schéma départemental de la Haute-Loire intervient suite à la définition de ces orientations. En outre, les schémas départementaux doivent désormais être « examinés » par la Commission de coordination dédiée au secteur médico-social (décret n° 2010-346 du 31 mars 2010).

Par ailleurs, la loi de 2005 a créé un nouvel outil, le programme interdépartemental d'accompagnement de la perte d'autonomie (PRIAC). Son objectif est l'adaptation et l'évolution de l'offre d'accueil en établissements et services médico-social au sein de la région, pour garantir l'équité territoriale, avec une approche globale qui va de la prévention au dépistage précoce, à la scolarisation, la formation et l'insertion professionnelle, la vie sociale et l'accompagnement du vieillissement. Le PRIAC dresse chaque année les priorités régionales prévisionnelles par

département du financement de l'année en cours et à quatre ans de créations ou transformations d'établissements et de services.

Si les schémas départementaux et le SROMS ont un périmètre propre, de nombreux points de complémentarité et de partage sont à souligner. L'exigence d'accessibilité, de continuité des parcours, les besoins de prévention, d'accompagnement et de prise en charge médico-sociaux, les modalités d'évolution de l'offre médico-sociale sont posées aux deux schémas. Ces compétences partagées invitent à une complémentarité des réponses.

Le schéma départemental présenté ici s'articule de manière forte avec les objectifs du SROMS.

3) *Le projet de loi sur l'Adaptation de la Société au Vieillissement*

Enfin, le projet de loi sur l'Adaptation de la Société au Vieillissement va modifier en profondeur la politique publique en faveur des personnes âgées¹. Dans l'état actuel du projet de loi, les principales modifications apportées concernent :

- 1- L'installation de la Conférence des Financeurs de la prévention et de la perte d'autonomie. Présidée par le Président du Département et vice-présidée par le Directeur Général de l'ARS, cette instance regroupera des représentants du département, de collectivités territoriales, de l'Agence nationale de l'habitat, des régimes de base d'assurance vieillesse (Inter-Régime) et d'assurance maladie ainsi que des institutions de retraite complémentaire. Réunie deux fois par an, cette instance aura pour objectif :
 - D'établir un diagnostic des besoins des personnes âgées de soixante et plus résidant sur le territoire départemental ;
 - Recenser les initiatives locales ;
 - Définir un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention, en complément des prestations légales et réglementaires.

- 2- L'élaboration d'un programme départemental de prévention de la perte d'autonomie
A noter que l'aide aux aidants entre à ce jour dans le périmètre de la conférence des financeurs dans un objectif de coordination des financements. Cette thématique viendra s'ajouter à l'ordre du jour de cette instance.

- 3- La réforme de l'APA et le déplaçonnement des plans d'aide pour les personnes âgées les plus dépendantes

- 4- L'entrée en vigueur d'une nouvelle prestation d'aide aux aidants (maximum de 500 Euros / an) dont il conviendra d'en définir l'utilisation ;

- 5- La mise en place d'un forfait autonomie pour les EHPA ;

- 6- La création du Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA) par la fusion du CODERPA et du CDCPH.

¹ En cours de discussion au Parlement lors de la rédaction de ce schéma et dont l'entrée en vigueur est prévue pour le 1^{er} janvier 2016.

II. La méthodologie d'élaboration du schéma

L'élaboration de ce schéma a été réalisée au cours du premier semestre 2015, dans la continuité du travail entrepris ces dernières années par les services départementaux, et les différents partenaires.

Elle s'est déroulée en plusieurs étapes, dont la première a consisté en un diagnostic partagé avec l'ensemble des parties prenantes de la prise en charge des personnes âgées sur le territoire ailitigérien.

Dans ce cadre, plusieurs types d'outils ont été mobilisés et notamment :

- Des analyses quantitatives au niveau départemental et infra-départemental ;
- L'élaboration de cartes problématisées ;
- Des entretiens individuels et collectifs avec les responsables de services du Département et ses partenaires ;
- 4 réunions collectives thématiques avec les opérateurs, gestionnaires d'établissements et de services à destination des personnes âgées dans le département ;
- Deux enquêtes diffusées respectivement auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD) et auprès des Services d'Aide A Domicile (SAAD).

Puis, la démarche s'est poursuivie par une seconde phase de concertation très large autour de six thématiques identifiées comme nécessitant d'être approfondies à savoir :

1. La politique de prévention et repérage des situations de fragilité et de vulnérabilité (adaptation du logement)
2. Le guichet intégré (dans le cadre du dispositif MAIA)
3. L'aide aux aidants
4. La mutualisation des ressources en EHPAD au service de la qualité
5. Le parcours de la personne âgée, du domicile à l'établissement
6. Qualité de prise en charge à domicile (articulation des interventions/ loi 2002-2 / articulation avec AJ/HT)

Les travaux menés au cours de ces deux phases constituent une contribution essentielle dans l'élaboration de ce schéma et ont permis d'identifier les enjeux qui feront l'objet d'une action dédiée.

Le Département a souhaité associer le plus largement possible les acteurs tout au long de cette démarche.

L'élaboration du schéma a été suivie par :

- Un Comité de pilotage : cette instance décisionnelle, placée sous la Présidence de Michel DECOLIN vice-président en charge de la politique sociale départementale, a été chargée de valider les avancées des travaux et d'opérer les choix nécessaires au bon déroulement de la démarche. Le comité de pilotage était composé des partenaires institutionnels du

Département (Agence régionale de santé, Education nationale, services déconcentrés de l'Etat) et des représentants des usagers.

- Un comité de suivi : instance technique en charge de la gestion du projet et de la pré-validation des travaux, ce comité de suivi était composé des services du Département, de la Maison Départementale des Personnes Handicapées et des services de l'Agence régionale de santé.

Les modalités de consultation dans le cadre des schémas

Le décret n°2011-671 du 14 juin 2011 relatif aux modalités de consultation sur les schémas relatifs aux personnes en situation de handicap et aux personnes âgées impose au Président du Département de consulter pour avis les organisations représentatives. Dans le cadre des schémas en faveur des personnes âgées, il s'agit du Conseil départemental représentatif des personnes âgées (CODERPA), des organisations professionnelles représentant les acteurs du secteur du Grand Âge, des représentants d'usagers.

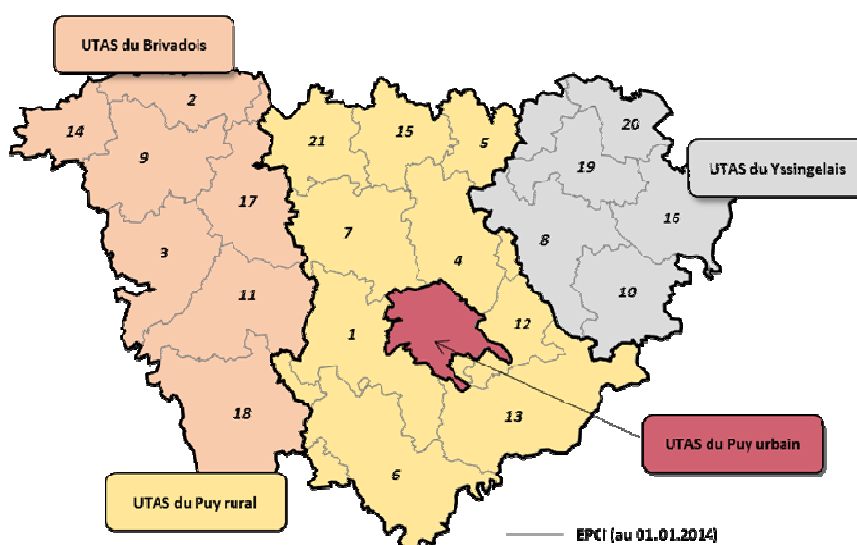
Ces derniers ont été consultés à deux reprises, lors de deux réunions plénières à l'Hôtel du Département au cours du premier et du second semestre 2015.

PARTIE 1 : Diagnostic

I. Le cadre du diagnostic

Le territoire altiligérien est composé de quatre Unités Territoriales d'Action Sociale (UTAS) : le Brivadois, le Puy rural, le Puy urbain et l'Yssingelais. Ces limites recourent en majeure partie celles des différents « pays » établis en 1995 soit, d'ouest en est, le Pays de Lafayette, le Pays du Velay et le Pays de la Jeune Loire et ses Rivières.

Délimitation des UTAS du Département et des EPCI



Les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) au 1^{er} janvier 2014 : communautés de communes (CC) et d'agglomération (CA)

1. CA du Puy en Velay	12. CC du Meygal
2. CC Auzon Communauté	13. CC du Mézenc et de la Loire Sauvage
3. CC de la Ribeyre, Chaliergue et Margeride	14. CC du Pays de Blesle
4. CC de l'Emblavez	15. CC du Pays de Craponne
5. CC de Rochebaron à Chalençon	16. CC du Pays de Montfaucon
6. CC des Pays de Cayres et de Pradelles	17. CC du Pays de Paulhaguet
7. CC des Portes d'Auvergne	18. CC du Pays de Saugues
8. CC des Sucs	19. CC les Marches du Velay
9. CC du Brivadois	20. CC Loire et Semène
10. CC du Haut Lignon	21. CC Plateau de la Chaise Dieu
11. CC du Langeadois	

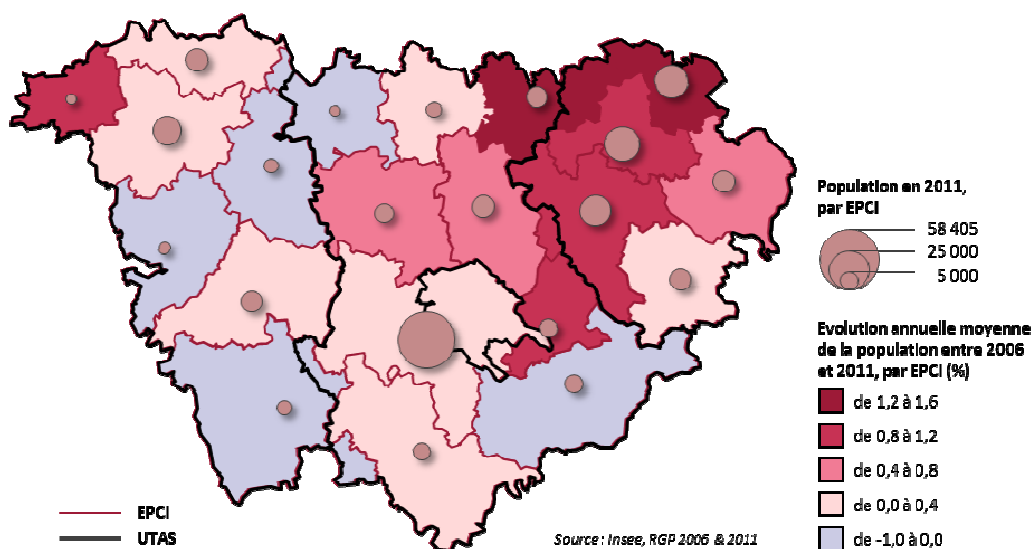
II. L'évolution de la population en Haute-Loire

A. Aperçu de l'évolution démographique globale

Entre 2008 et 2011, la démographie altiligérienne est la plus dynamique des départements auvergnats. En passant de 219 400 à 224 907 habitants, sa population a connu une augmentation de +3%. Cette évolution est notable à l'est du département, qui jouit de l'extension de la périurbanisation stéphanoise et du passage d'un axe routier national (N88). Notons à ce titre que Monistrol-sur-Loire, avec 8 717 habitants, est dorénavant la deuxième ville de Haute-Loire (dépassant ainsi Yssingaux et Brioude).

Cette croissance démographique gagne également l'est du Puy Rural (CC du Meygal). En effet, si le Puy en Velay perd, en moyenne, 0,9 % de ses habitants chaque année, la population des communes périphériques s'accroît régulièrement. Des projections de l'INSEE viennent confirmer les tendances démographiques des UTAS. D'ici 2040, la population de l'Yssingelais devrait augmenter de +32 %. Le Puy rural et le Puy urbain, bénéficiant du dynamisme oriental, verraient leur population s'accroître de +11%. L'évolution démographique du Brivadois, en augmentant de +8%, serait quant à elle conforme à l'évolution régionale.

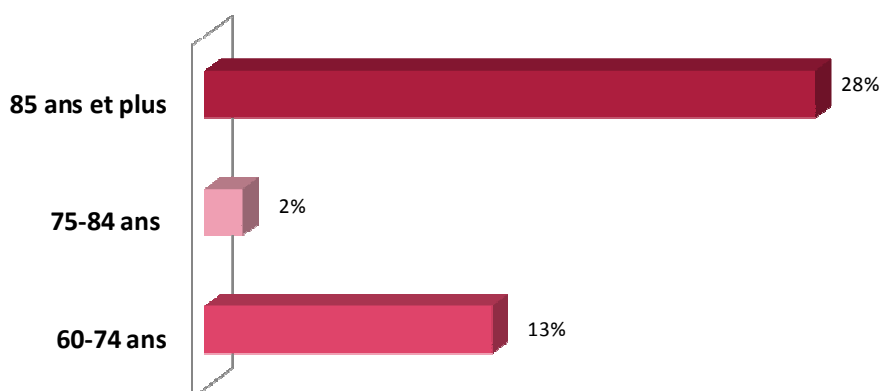
Population totale en 2011 et évolution entre 2006 et 2011



B. Aperçu de l'évolution de la population âgée

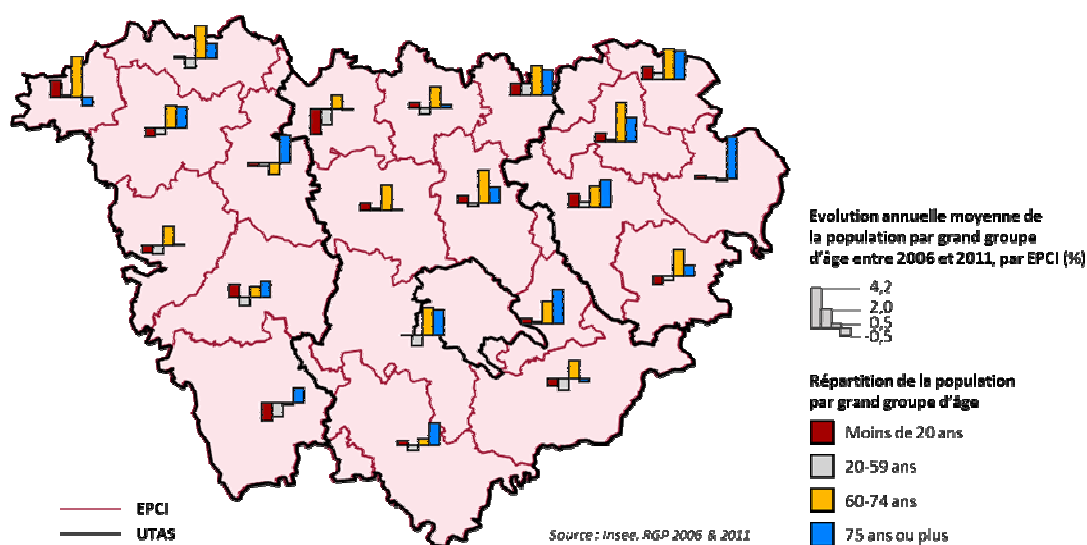
Dans le même temps, la population âgée de 60 ans et plus a augmenté de 11%. La part de cette population sur l'ensemble de la population altiligérienne était de 26% en 2008 et a augmenté de +2 points en 2011. Cette évolution s'explique par le vieillissement des « baby-boomers » nés après la guerre et par un solde migratoire positif, notamment de personnes âgées en provenance de l'aire urbaine stéphanoise. L'augmentation la plus importante concerne la population âgée de 85 ans et plus : celle-ci a augmenté de +28% entre 2008 et 2014.

Croissance du nombre de personnes âgées par tranche d'âge entre 2008 et 2014



Source : schéma 2009-2013, STATISS 2013

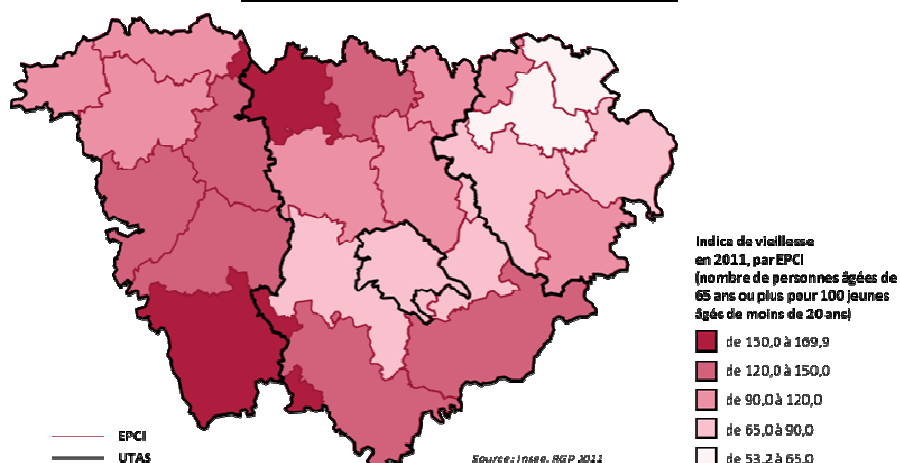
Evolution annuelle moyenne de la population par grand groupe d'âge entre 2006 et 2011



Le département de la Haute-Loire présente un indice de vieillissement de 20,8 points supérieur à l'indice de vieillissement national. En 2011, on compte en moyenne **88,39 personnes de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans** en Haute-Loire tandis qu'à l'échelle nationale, l'on compte 67,6 personnes âgées pour 100 jeunes. La cartographie de l'indice de vieillissement altiligérien (cf. carte ci-dessous) met en évidence des niveaux de vieillissement variables sur le territoire.

Les chiffres sont néanmoins **plus élevés dans le Puy rural et dans le Brivadois que dans l'Yssingelais**. Les territoires présentant le rapport le plus élevé entre personnes âgées de plus de 65 ans et jeunes de moins de 20 ans (en rouges foncés sur la carte) sont le Plateau de la Chaise Dieu (au nord du département) et le Pays de Saugues, au sud du département. Ils comptent chacun entre 150 et 170 personnes âgées de plus de 65 ans pour 100 jeunes de moins de 20 ans. Cet indice manifeste l'important vieillissement qui caractérise ces territoires montagneux et situés hors des périmètres d'influence des aires clermontoises et stéphanoises. Les apports migratoires y sont donc moindres et ne suffisent pas à compenser le déficit naturel.

Indice de vieillissement en 2011 par EPCI



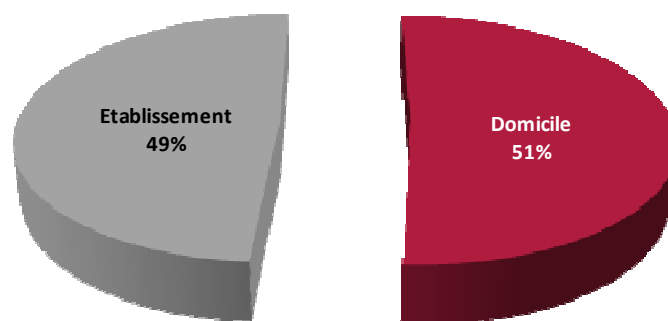
C. Aperçu de l'évolution des bénéficiaires de l'APA



L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) s'adresse à l'ensemble des personnes âgées dépendantes ou en perte d'autonomie. Elle a pour but de leur permettre de recourir aux aides aux personnes âgées dont elles ont besoin pour accomplir les actes de la vie courante (se déplacer, se nourrir, etc.). Elle permet également de veiller aux personnes ayant besoin d'une surveillance régulière.

En 2014, la Haute-Loire compte 6 961 bénéficiaires de l'APA : 3 584 vivent à domicile et 3 377 vivent en établissement.

Répartition des bénéficiaires de l'APA en 2014



Source : Département de la Haute-Loire, 2014

Le taux de bénéficiaires total s'élevait en 2008 à 305 bénéficiaires pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus. En 2014, il est d'environ de 275‰. Malgré cette diminution, ce taux reste nettement supérieur aux taux régionaux (224‰) et nationaux (203‰).

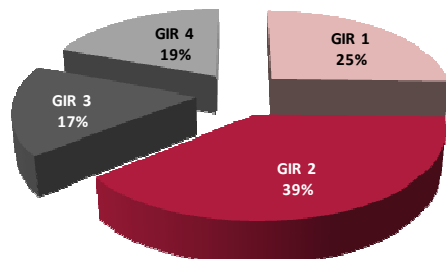
Le taux de bénéficiaires de l'APA vivant à domicile a diminué de 10 points en 6 ans (de 61% à 51%). Ce constat s'explique par la diminution du nombre de bénéficiaires à domicile et l'accroissement du nombre de résidents altiligériens en EHPAD résultant de l'augmentation du nombre de places et la moindre proportion de résidents extérieurs au département présents dans les EHPAD de la Haute-Loire. Ce constat témoigne d'un taux d'institutionnalisation relativement élevé des personnes âgées dépendantes dans le département (49% contre 41% en moyenne en France métropolitaine²).

Près de trois bénéficiaires de l'APA à domicile sur quatre présente un niveau de dépendance relativement faible (GIR 4) ; 15% sont en GIR 3. La grande dépendance à domicile est encore assez présente (13% de personnes en GIR 1 et 2).

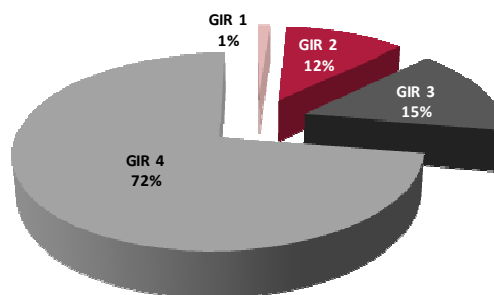
Les bénéficiaires de l'APA en établissement sont pour majorité classés en GIR 1 (25% des résidents bénéficiaires de l'APA) et GIR 2 (39% des résidents bénéficiaires de l'APA). Ce constat reflète le

niveau de dépendance élevé de la population accueillie en EHPAD dans le département et souligne les enjeux de la prise en charge, en particulier par les fonctions soins et animation (l'adaptation des activités à un public très dépendant étant plus difficile).

Répartition des bénéficiaires de l'APA en établissement par GIR



Répartition des bénéficiaires de l'APA à domicile par GIR



Source : Département de la Haute-Loire, 2014

A retenir :

- Une démographie croissante, en particulier au nord-est du département.
- Une population âgée de 60 ans et plus en augmentation de +11% entre 2008 et 2014.
- Une progression de l'institutionnalisation des personnes âgées dépendantes entre 2008 et 2014.
- Un niveau de dépendance des personnes âgées en établissement élevé (forte proportion de GIR 1 et 2).
- Une proportion encore élevée (72%) de personnes âgées à domicile classées en GIR 4.

² Données DREES, enquête annuelle « Aide Sociale », données recueillies pour l'année 2012.

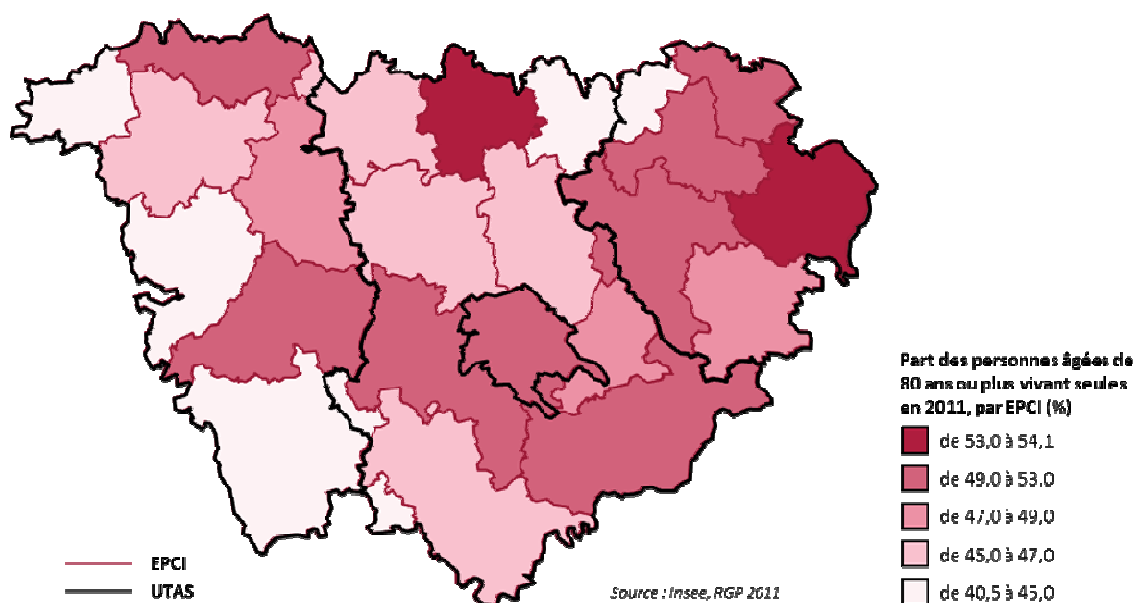
III. La prévention, la lutte contre l'isolement, l'adaptation du logement et l'accès aux droits

Le maintien à domicile (qui concerne 51% des bénéficiaires de l'APA) peut être proposé et encouragé à condition qu'il soit sécurisé. La sécurisation de la vie à domicile des personnes âgées passe par des actions de prévention (prévention des risques sanitaires liés à l'âge et des accidents domestiques en particulier), des mesures facilitant l'accès aux droits (accès à l'APA, accès aux soins médicaux, aux services sociaux si nécessaire, etc.).

A. Des personnes âgées isolées et plus pauvres qu'au niveau national et régional

En Haute-Loire, 49% des personnes âgées de 80 ans ou plus vivent seules. 6 000 personnes âgées sont concernées par cet isolement. Les deux territoires les plus touchés (les communautés de communes du Pays de Craonne et du Pays de Montfaucon) sont à la fois ruraux et à distance des axes routiers. L'isolement des personnes âgées de 80 ans et plus est également important dans les unités urbaines. Dans chacune d'entre elles (Le Puy-en-Velay, Monistrol-sur-Loire, Yssingeaux et Brioude), la part de la population de 80 ans et plus vivant seule est supérieure à 50% (au Puy en Velay, cette part s'élève à 58%).

Part des personnes âgées de 80 ans ou plus vivant seules en 2011

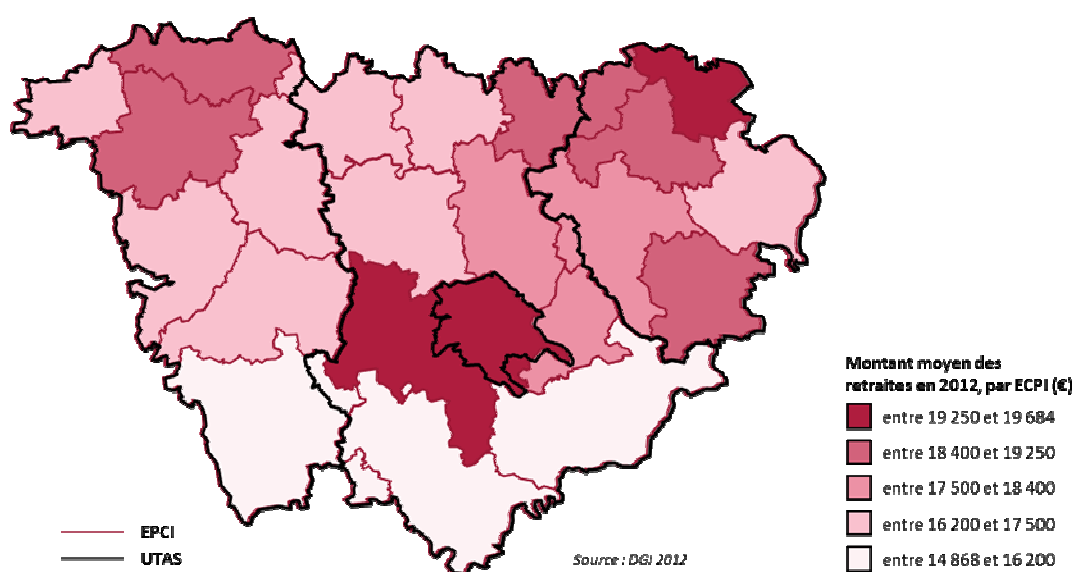


Les personnes âgées de Haute-Loire sont, en moyenne, également plus touchées par la pauvreté³ que les personnes âgées auvergnates et françaises. En 2010, la pauvreté touche 9% des Français de 65 ans et plus, 12% des Auvergnats de 65 ans et plus et 14% des Altiligériens de 65 ans et plus. Des disparités territoriales sont constatées : les habitants des EPCI du sud du département ont un niveau

³ Le taux de pauvreté (définition INSEE et Eurostat) correspond à la part de la population vivant avec moins de 60% du revenu médian de la population.

de vie moyen plus faible. Les territoires situés au sud du département (de l'ouest à l'est : communauté de communes du Pays de Saugues, des Pays de Cayres et de Pradelles, du Mézenc et de la Loire Sauvage) se caractérisent par un faible niveau de retraite et pâtissent à la fois d'un relief montagneux et d'un maillage routier peu dense impliquant une multiplication des problématiques pour les personnes âgées. Au contraire, l'agglomération du Puy en Velay et la communauté de communes de Loire et Semène (au nord-est du département), situées respectivement au cœur d'un nœud routier et proches de l'agglomération stéphanoise, sont caractérisées par des niveaux de retraite plus élevés. Dans l'ensemble du département, le montant moyen des retraites et des pensions en 2011 est de 1530 € par foyer fiscal contre 1710 € au niveau national⁴.

Montant moyen des retraites en 2012 par EPCI



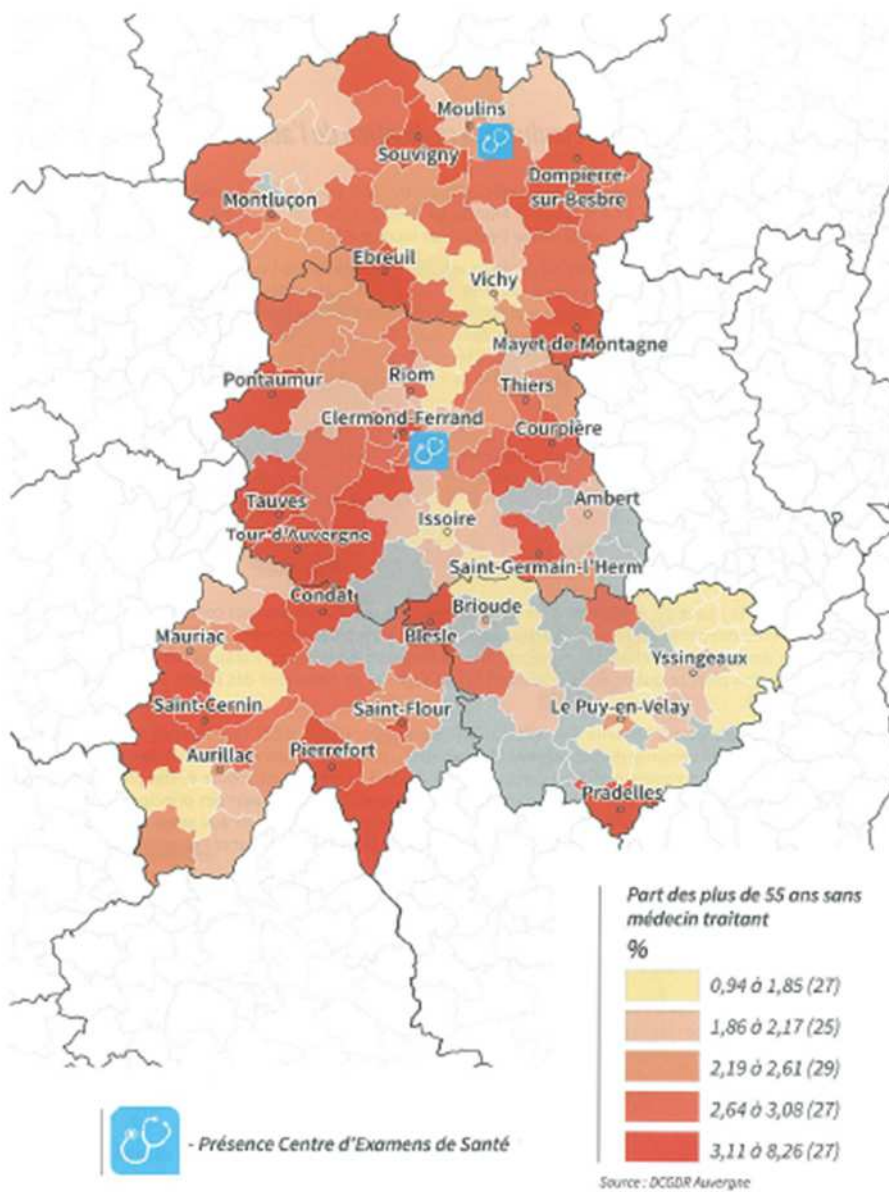
La situation d'isolement et de relative pauvreté que connaissent une partie des Altiligériens âgés vient s'ajouter au contexte de désertification médicale que subit le département de la Haute-Loire.

B. Des personnes âgées qui vivent dans un territoire marqué par la désertification médicale

Le département est marqué par le phénomène de désertification médicale. La carte ci-dessous montre que les habitants de Haute-Loire sont moins touchés que leurs voisins auvergnats par la raréfaction des médecins traitants. Néanmoins, quatre EPCI comprennent entre 2,64% et 8,26% de personnes âgées de plus de 55 ans qui n'ont pas de médecins traitants (communauté de communes de Pradelles, du Brivadois, du Pays de Blesle et du Pays de Craonne).

⁴ Site des impôts : <http://www2.impots.gouv.fr/documentation/statistiques/ircom2012/ir2012.htm>

Part des personnes âgées de plus de 55 ans sans médecin traitant en 2012



NB : La couleur grise signifie que la donnée est indisponible.

C. Les actions de prévention au domicile et l'adaptation du logement

Des actions de prévention ont été mises en place à l'échelle régionale. A titre d'exemple, en 2013, des ateliers agréés CARSAT et ARSEPT intitulés « L'équilibre, où en êtes-vous ? » ont réuni 530 participants autour d'un professeur d'activités physiques adaptées pour prévenir les risques de chute)⁵.

L'hébergement en foyer-logement peut constituer pour des personnes âgées une alternative au domicile personnel dans la mesure où il offre un cadre :

- qui demande un investissement moindre de la part de la personne âgée (les contraintes propres à la sécurité du bâtiment et à l'entretien des lieux par exemple sont prises en charge) ;
- dans lequel l'accès aux soins est facilité (les foyers-Logements sont en lien avec des médecins, des SSIAD, etc.) ;
- dans lequel les possibilités de socialisation sont plus grandes (des animations y sont proposées).

En 2014, la Haute-Loire ne compte pas à proprement parler de foyers-logements. L'EHPA Sainte-Monique au Puy-en-Velay et les MARPA de Loudes et de Lavoûtes-Chilhac dont le fonctionnement se rapproche de celui d'un foyer logement sont les seuls établissements d'hébergement permanent pour personnes âgées non médicalisés.

1) Les résidences adaptées

En matière de logement adapté, l'offre à destination des personnes âgées a évolué au cours du schéma 2009-2013. Notamment, à titre d'exemple :

- deux résidences seniors ont été créées sur le bassin du Puy. Ce dispositif où les logements sont adaptés fonctionne dès lors qu'il y a une présence jour et nuit.
- un dispositif similaire a été mis en place sur Polignac : l'accompagnement prévoit une aide administrative et quelques animations.

De nombreuses autres résidences adaptées existent sur le territoire. Il convient d'effectuer un recensement de l'offre existante (les localisations, les prestations proposées...) et de diffuser l'information.

2) L'adaptation des logements individuels

Beaucoup de logements individuels sont encore peu adaptés, tant en ville qu'à la campagne. Ceci peut s'expliquer par l'insuffisance des ressources financières et de la pénibilité des démarches à effectuer. Un travail est donc à conduire avec les propriétaires, les bailleurs, etc. pour encourager un aménagement anticipé du logement.

⁵ CNAV – référentiel national des actions collectives locales, 2014

Les dossiers de demande en matière d'aide à l'aménagement du logement sont complexes. Une simplification administrative (dossier unique) permettrait d'améliorer l'accessibilité de ces aides. A ce titre, deux initiatives sont à noter :

- Le CCAS de Paulhaguet a travaillé à l'accompagnement des démarches relativement complexes en vue de l'adaptation du logement (il s'agit d'un service gratuit).
- Une entreprise locale (ADAPT43) est spécialisée dans l'adaptation du logement et propose un bilan d'accessibilité ainsi qu'un plan d'aménagement et se charge ensuite de l'ensemble des démarches. Il s'agit néanmoins d'un opérateur privé dont les prestations ont un coût non négligeable pour les personnes y faisant appel.
- Par ailleurs, le Département confie au CAL PACT une mission d'information et de montage de dossiers.

3) Le relais gérontologique départemental

En raison du très faible nombre de visites et de la prééminence des demandes d'information par téléphone lors de la phase d'expérimentation, le relais gérontologique a été ouvert pour l'ensemble du département et est localisé au Puy en Velay. Le relais bénéficie d'un poste à temps plein de secrétariat partagé avec le dispositif MAIA ; un accueil physique est assuré tous les après-midi. La mission principale est de réaliser une première analyse de la situation de la personne afin de diffuser l'information adaptée à chaque personne. L'enjeu est par ailleurs de pouvoir assurer cette mission sur l'ensemble du territoire. La diversité de l'offre sur les différents territoires peut impliquer qu'un relais gérontologique soit implanté sur chaque territoire. Toutefois, la nécessité de mieux communiquer via internet est aujourd'hui plus à pointer que l'absence de relais physique sur tout le territoire.

Afin de pouvoir fournir une information adéquate et adaptée, le relais gérontologique doit disposer de sources fiables et actualisées sur l'offre du territoire. Le recensement de l'offre, tant en matière de prévention que d'offre de services, demeure donc un enjeu à traiter sur le département.

4) Les actions d'animation sur le territoire

L'animation locale à destination des personnes âgées demeure un outil intéressant de prévention et de lutte contre l'isolement. Les territoires sont relativement inégaux à ce sujet. La question du transport est souvent déterminante tant il est nécessaire d'accompagner les personnes vers les activités.

Plusieurs actions en lien avec la prévention ou l'animation ont cependant été organisées durant la période du précédent schéma :

- Dans le Pays de Lafayette, une action sur la mémoire a été menée dans le cadre de la charte de cohésion sociale.
- Dans les communes de l'Ouest du département, une action sur la mémoire (réalisée à partir de photographies) a bien fonctionné du fait que les acteurs sont inscrits sur le territoire depuis un certain temps. Une exposition finale a été organisée dans l'un des EHPAD du territoire.
- Dans la commune de Sainte Sigolène : l'assistante sociale du CCAS a organisé plusieurs ateliers mémoire et un séjour de vacances à destination des aînés.
- La Mutualité Française Auvergne agit également en faveur de la prévention (ateliers mémoires, etc.)
- La Bibliothèque départementale de Prêt souhaite réfléchir à des actions de lecture à destination des personnes âgées.


Les clubs du Troisième Âge sont des relais possibles de l'animation, mais peuvent parfois être difficiles à mobiliser sur de nouveaux projets. Les bénévoles avancent en âge et l'intégration de nouvelles personnes au sein des Clubs est moins fréquente qu'auparavant.

Les EHPAD peuvent également représenter des relais pertinents de l'animation locale au sein d'un territoire. Une action du précédent schéma prévoyait l'ouverture de l'animation des EHPAD à leur environnement. A ce titre, dans un EHPAD du territoire de Vorey, les animatrices ont été formées pour organiser des animations à l'extérieur. Par ailleurs, des actions intergénérationnelles ont été mises en place dans de nombreux EHPAD (par le partenariat entre un EHPAD et une crèche par exemple).

A retenir :

- La moitié des Altiligériens âgés de 80 ans ou plus vit seule.
- Le taux de pauvreté des personnes âgées de plus de 65 ans est supérieur de 2 points au taux de pauvreté régional et de 5 points au taux de pauvreté national.
- Le territoire est marqué par le phénomène de désertification médicale.
- Des offres en résidences adaptées ont été développées. Elles manquent encore de lisibilité et doivent être évaluées.
- Des logements individuels peu adaptés et des conditions d'accès aux aides à l'aménagement complexes.
- Un relais gérontologique sur le Puy-en-Velay permettant de diffuser l'information sur l'offre du département.
- Des actions d'animation à l'échelle locale à structurer et diffuser plus largement à travers le département.

IV. Les EHPAD (qualité de prise en charge / qualité de gestion / encadrement-management)

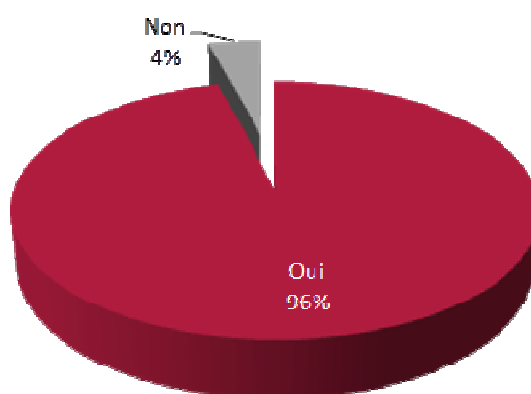
 Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes relève de la compétence conjointe de l'ARS et du Département. Leur financement comprend un volet soins (financé par l'ARS), un volet dépendance (financé par le Département) et un volet hébergement (financé par les résidents ou bien par le Département si le résident bénéficie de l'aide sociale à l'hébergement).

A. L'offre de places en EHPAD a augmenté

La Haute-Loire comptait 3 746 lits médicalisés (EHPAD et Unité de Soins Longue Durée - USLD) en 2008 et 3 847 en 2014. Aujourd'hui, le taux d'équipement en structures d'hébergement est 1,4 fois plus élevé que le taux d'équipement national (136 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus contre 94 places en France). Au regard des enquêtes adressées aux EHPAD du territoire⁶, il semble pourtant que l'offre en place demeure encore déficiente. Les graphiques ci-dessous montrent

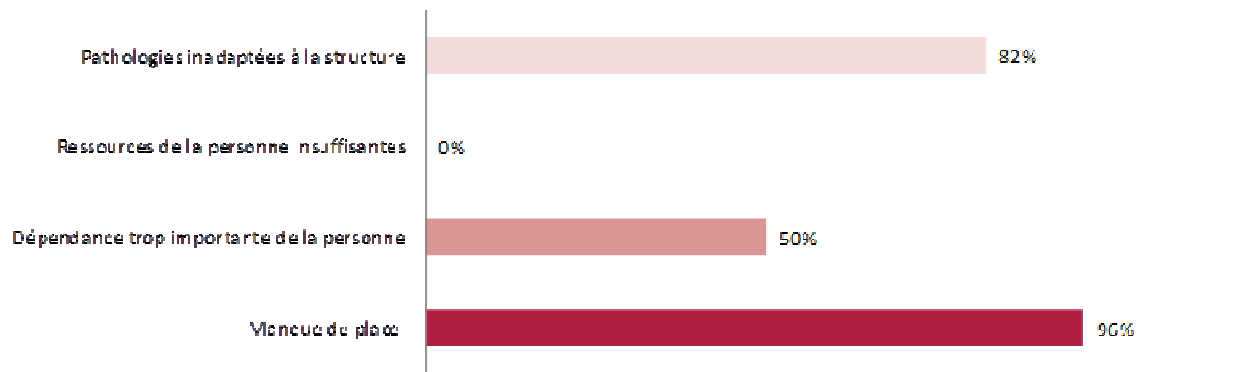
- que 96% des EHPAD ont refusé des admissions en 2014 ;
- que le manque de place constitue la première raison de refus.

Avez-vous refusé des admissions en 2014 ?



⁶ Enquête traitée par 28 EHPAD en janvier 2015 dans le cadre de l'élaboration du schéma

Raisons des refus pour l'ensemble des établissements en 2014



B. Le profil des EHPAD atiligiériens a évolué

1) Les publics accueillis

Parmi les 54 EHPAD et USLD existant en Haute-Loire, 30 sont des établissements publics, 23 sont des établissements privés associatifs à but non lucratif et un établissement est de statut privé à but lucratif. La population accueillie dans les structures d'hébergement de Haute-Loire est en moyenne légèrement plus dépendante que la population accueillie dans les structures d'hébergement à l'échelle nationale (comme évoqué précédemment dans la partie relative à l'analyse des évolutions des bénéficiaires de l'APA). En 2014, le Gir Moyen Pondéré (GMP) moyen des EHPAD et USLD du département est de 720⁷ (contre 611 en 2008) : il est légèrement supérieur au GMP moyen en EHPAD à l'échelle nationale situé à 683⁸. Par ailleurs, 17% des places sont occupées par des résidents qui bénéficient de l'aide sociale (bien que 97% des places d'EHPAD soient habilitées à l'aide sociale).

⁷ Source Département de la Haute-Loire, 2014.

⁸ Etude KPMG, Observatoire EHPAD, Premiers résultats, janvier 2014 (Ceci est la moyenne des GMP des EHPAD publics et privés non lucratifs. Ces données ne comprennent pas les USLD).

2) La capacité et le ratio d'encadrement

Les EHPAD altiligériens comptent en moyenne 71 lits chacun. Cette capacité moyenne, aujourd'hui identique à celle des EHPAD de France⁹, a augmenté de deux places par rapport à 2008.

	2008	→	2014
Nombre d'EHPAD et d'USLD	54	→0%	54
Nombre de places en EHPAD et USLD	3 746	↗13%	3 847
Nombre moyens de places par structure (EHPAD ou USLD)	69	↗13%	71

Source : Département de la Haute-Loire, 2014

Le ratio d'encadrement total moyen est de 0,61¹⁰ et en augmentation depuis 2008 (où il s'élevait à 0,567). Le taux d'occupation des places installées est aujourd'hui d'environ 95%.

Ces chiffres permettent d'établir un profil type de l'EHPAD altiligérien. Celui-ci :

- est de capacité moyenne ;
- bénéficie d'un taux d'encadrement légèrement plus faible que le taux d'encadrement moyen national situé à 0,64¹¹.
- est dirigé par un directeur à temps plein.
- présente un taux d'occupation relativement en tension.

A noter que l'EHPAD de 60 places rattaché au Centre hospitalier spécialisé de Sainte-Marie prévu par le précédent schéma a bien été autorisé. Néanmoins, des difficultés dans le lancement des travaux expliquent que l'établissement ne soit pas encore construit. Seul l'accueil de jour est aujourd'hui ouvert.

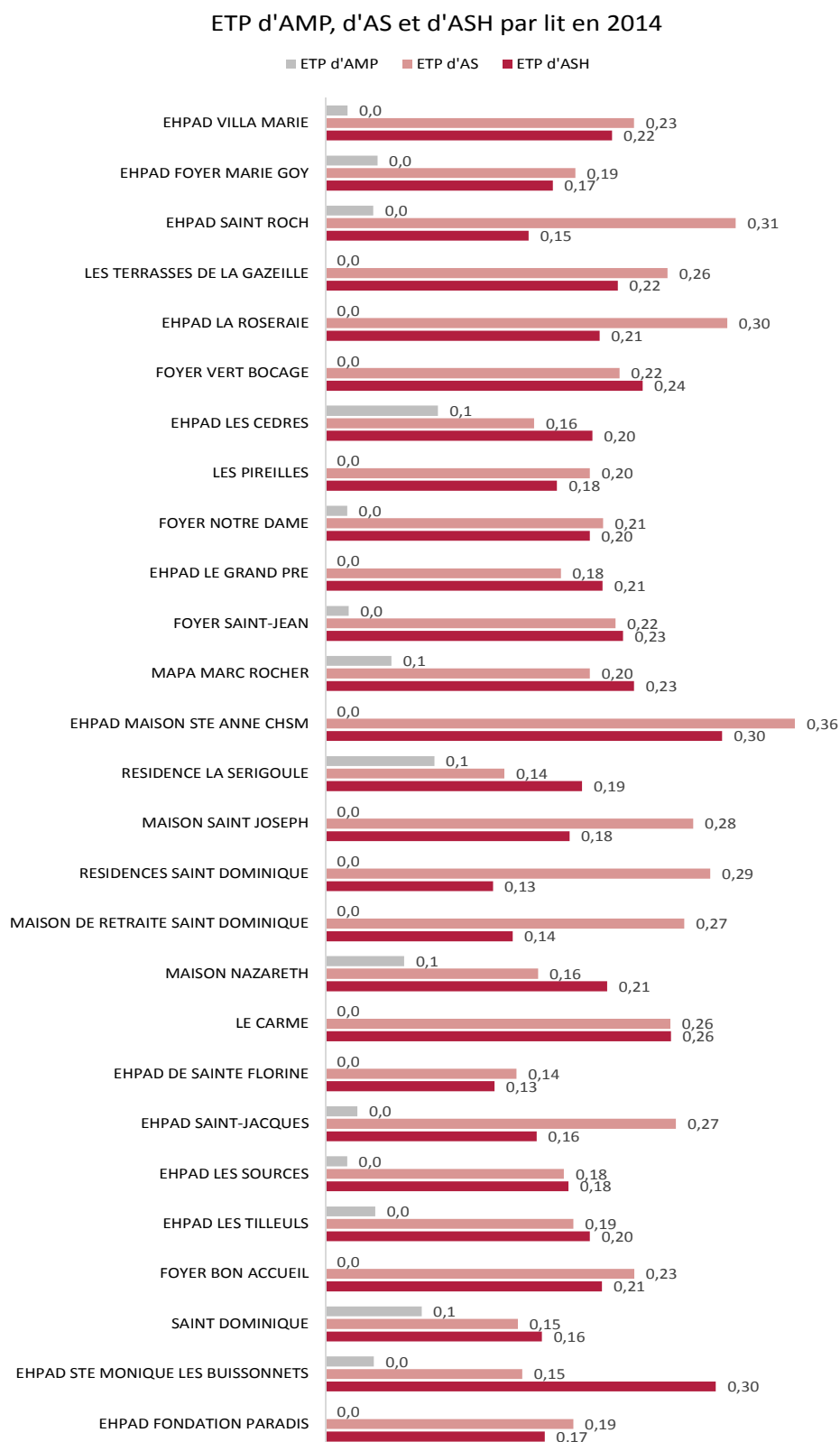
⁹ STATISS 2013

¹⁰ Source Département de la Haute-Loire, 2014.

¹¹ Ce chiffre est extrait de l'Observatoire des EHPAD, publié par KMPG, 2014. Il est la moyenne du taux d'encadrement moyen national dans les EHPAD privés non lucratifs, situé à 0,59 et dans les EHPAD publics, situé à 0,69.

3) La qualité des accompagnements en EHPAD

Le graphique ci-dessous illustre les ETP des postes d'AS, d'ASH et d'AMP par établissement et par résident en 2014. Les disparités existantes entre les établissements reflètent probablement des différences dans la professionnalisation des équipes et dans la qualité de l'accompagnement.



4) *L'accompagnement de la neuro-dégénérescence chez les personnes âgées*

En 2008, les places dédiées à l'hébergement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées représentait 194 lits en EHPAD et en USLD, soit plus de 8 lits pour mille habitants âgés de 75 ans et plus. Ce chiffre est passé à 14,5‰ en 2014, par une augmentation du nombre de place de +81% amenant le nombre de lits spécifiques à 367. Par ailleurs 110 places en Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) et une Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) de 14 places sont installés. Un projet de mise en place d'une seconde UHR est à l'étude.

La gestion des entrées et des sorties en unité Alzheimer constitue une difficulté majeure pour les EHPAD. En effet, les unités sont parfois embolisées par le fait que les personnes âgées ayant intégré l'unité fermée au stade de la déambulation ne sortent plus ensuite et ne permettent pas aux personnes extérieures d'intégrer ces unités.

A retenir :

- La capacité moyenne des structures d'hébergement a augmenté de 3%, passant de 69 places à 71 places en moyenne.
- La dépendance moyenne des Altiligériens en EHPAD est supérieure au niveau observé à l'échelle nationale.

V. L'aide aux aidants

A. Le développement de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire

Le précédent schéma départemental a œuvré en faveur de l'accroissement de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire. Par ailleurs, durant le précédent schéma ont été créés au Puy-en-Velay, une plateforme de répit (« L'Escale ») à l'EHPAD Nazareth et une Halte Répit Alzheimer (espace non médicalisé) ouverte par la Croix Rouge.

Le vieillissement de la population conjugué au vieillissement des aidants eux-mêmes donnent tout leur sens à ces solutions qui permettent aux aidants vieillissant, particulièrement soumis à la problématique de l'épuisement, de disposer de manière ponctuelle ou régulière d'un temps de répit. L'admission en accueil de jour peut également avoir des effets positifs sur l'évolution de la personne par la participation à des activités collectives et le contact avec des soignants formés.

Taux d'équipement en places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour

	Accueil de jour	Hébergement temporaire
Haute-Loire	3,28‰	3,6‰
Auvergne	1,67‰	2,1‰
France	2,6‰	1,6‰

Source : Département de la Haute-Loire, 2014

Ces deux types d'accueil ont respectivement augmenté de 63% et de 33% entre 2008 et 2014.

Evolution du nombre de places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour

	2008	→	2014
Nombre de places d'accueil de jour	51	↗63%	83
Nombre de places d'hébergement temporaire	48	↗92%	92

Source : Département de la Haute-Loire, 2014

Les places d'accueil de jour sont aujourd'hui différemment utilisées selon les projets d'établissements qui, par ailleurs, ne disposent pas toujours de projet spécifique pour leur accueil de jour / hébergement temporaire. La fonction de l'accueil de jour peut notamment varier selon le type et la localisation de l'établissement. L'offre est soit conçue comme une solution de répit (et une aide au maintien à domicile), soit comme un sas vers l'EHPAD.

L'accueil de jour gagnerait ainsi à tendre vers deux objectifs :

- constituer des groupes homogènes (il existe plusieurs freins : cela diminue provisoirement le taux d'occupation, allonge le délai d'attente pour certains usagers et ne peut se faire dans les

limites de l'enveloppe « transport » des établissements – en milieu urbain comme en milieu rural).

- mieux accompagner les usagers à l'accueil de jour en termes pratiques (transport).

Des initiatives permettent d'ores et déjà d'améliorer la représentation de l'accueil de jour auprès des usagers et ainsi de favoriser leur entrée. A Langeac, les assistants de soins en gérontologie de l'EHPAD sont aussi présents dans le SSIAD (donnant ainsi un taux d'occupation de 100% pour l'accueil de jour) ; à Saint Didier en Velay, les auxiliaires de vie du SAAD vont conduire les personnes âgées aux animations de l'EHPAD.

En parallèle de l'accueil de jour, le nombre de places d'hébergement temporaire a progressé dans le département. Les places du département affichent un taux d'occupation important. A noter que l'accueil temporaire est le plus souvent sollicité par les usagers comme un sas d'entrée vers un hébergement permanent.

B. L'information des aidants

Des initiatives régionales ont été prises pour soutenir les aidants familiaux. Un programme régional d'aide aux aidants familiaux a par exemple été mis en place en 2013 par le Service social de la CARSAT Auvergne et a réuni 47 aidants auvergnats¹².

Les aidants familiaux rencontrés par les professionnels de la plateforme d'accompagnement et de répit de la Maison Nazareth, déplorent un manque d'information sur les dispositifs d'aide aux aidants sur le territoire ainsi que des modalités de prise en charge existantes.

Ce manque d'information est également regretté par les aidants professionnels. Il est, dans certains cas, comblé par des formations de professionnels entre établissements et services. Ces temps de formation et d'information seraient à renforcer.

C. Les actions collectives et individuelles

Le précédent schéma prévoyait la mise en place de groupes de parole à destination des aidants. L'expérience de plusieurs acteurs (France Alzheimer, CARSAT et la Plateforme d'accompagnement et de répit) a laissé conclure que les aidants n'étaient pas en demande de groupes de parole mais plutôt de formation, d'information et de temps de rencontres collectifs et individuels. L'offre du territoire a donc évolué en ce sens :

- La plateforme de répit souhaite associer des temps de formation ou d'information suivi d'un temps d'échange avec les aidants.
- L'association France Alzheimer ne propose plus de groupes de paroles depuis 2014 (la demande est devenue insuffisante) mais propose toujours des formations gratuites (dans le cadre du Plan Alzheimer 2008-2012).

¹² Référentiel national des activités collectives locales, 2014

- La Plateforme de répit « L'escale » a mis en place un « Café Répit » en octobre 2013 au Puy-en-Velay (un second Café est en projet à Brioude) et réunit mensuellement des aidants, des aidés et des professionnels. Cette initiative pourrait être dupliquée dans d'autres zones du département.

D'autres initiatives, visant les aidants dans une dimension plus individuelle ont également été conduites :


- Des actions individuelles sont menées par France Alzheimer, la Plateforme de répit, l'Equipe Mobile Psychiatrique du sujet âgé ou par des acteurs du champ sanitaire. L'offre d'actions individuelles est néanmoins jugée faible au regard de la demande. Le développement d'une offre de consultation de psychologues avec les aidants apparaîtrait notamment intéressant.
- La MSA réalise des actions d'aide en faveur des aidants comme la « Charte de solidarité en faveur des aînés » qui porte en particulier sur les aidants. Elle a couvert le Pays de Lafayette (où des besoins avaient été préalablement identifiés par la MSA en lien avec les CCAS du Brivadois). Au même titre que le Café Répit, cette action pourrait être dupliquée dans les autres territoires du département.

A retenir :

- L'aide aux aidants en Haute-Loire se concrétise par :
 - le développement de l'accueil de jour et de l'accueil temporaire ;
 - des dispositifs expérimentaux d'information à destination des aidants.
 - Le développement d'actions collectives et individuelles devant être structurées et mieux diffusées sur le territoire.

VI. L'articulation des interventions à domicile

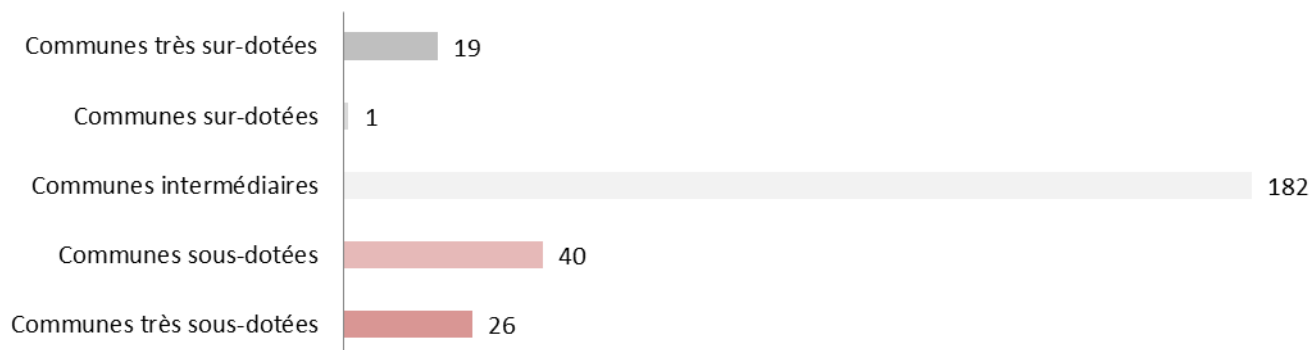
A. Les Services de Soins Infirmiers à Domicile

 Les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), interviennent auprès des personnes âgées dépendantes requérant des soins. Ils ont pour mission le maintien de l'autonomie des personnes en situation de dépendance ayant fait le choix de rester à leur domicile. Ils ont pour mission de contribuer à prévenir ou à différer l'entrée à l'hôpital ou dans un établissement d'hébergement.

En 2008, on comptait 20 places de SSIAD pour mille habitants âgés de 75 ans et plus. En 2014, ce taux est de 19 pour 1000¹³. Il est inférieur d'un point au taux national (situé à 20)¹⁴.

Toutefois, ce niveau d'équipement en places de SSIAD doit être mis en regard des difficultés en matière de démographie médicale que connaît le département. En effet 25% des communes de Haute-Loire sont concernées par une sous-dotation ou par une forte sous-dotation en infirmiers libéraux¹⁵.

Répartition des communes par niveau de dotation en infirmiers libéraux en 2014



Source : Assurance Maladie, 2014

NB : les couleurs des barres renvoient aux couleurs des cases du tableau ci-après.

¹³ Données CG 2014

¹⁴ Site du Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes : <http://www.social-sante.gouv.fr/espaces,770/personnes-agees-autonomie,776/dossiers,758/aide-a-domicile,886/aide-a-domicile,17581.html>

¹⁵ Carte du niveau de dotation en infirmiers libéraux – site de l'Assurance Maladie

Dotation des communes en infirmiers libéraux en 2014

ALLEYRAC	ARLET	PRADELLES	AZÉRAT	CHASPINHAC	LA BESSEYRE-SAINTE-MARY	MAZET-SAINTE-VOY	SAINTE-FERRÉOL-D'AUROURE	SAINTE-VÉNÉRAND	VÉZÉZOUX
BEAUNE-SUR-ARZON	AUBAZAT	PRADES	BAINS	CHASPUZAC	LA CHAPELLE-BERTIN	MERCOEUR	SAINTE-GENEYS-PRÈS-SAINTE-PAULIEN	SAINTE-VERT	VIEILLE-BRIOUDE
BOISSET	BERBEZIT	SAINTE-ARCONS-D'ALLIER	BARGES	CHASSAGNES	LA CHOMETTE	MÉZÈRES	SAINTE-GERMAIN-LAPRADE	SAINTE-VICTOR-MALESCOURS	VIELPRAT
CHADRON	BLOSSAC	SAINTE-AUSTREMOINE	BEAULIEU	CHASSIGNOLLES	LA SÉAUVÉ-SUR-SEMÈNE	MONISTROL-D'ALLIER	SAINTE-GÉRON	SAINTE-VIDAL	VILLENEUVE-D'ALLIER
CHOMELIX	BONNEVAL	SAINTE-BÉRAIN	BEAUMONT	CHENEREILLES	LAMOTHE	MONLET	SAINTE-HAON	SAINTE-VINCENT	VOREY
CRAPONNE-SUR-ARZON	CERZAT	SAINTE-CIRGUES	BEAUX	COHADE	LANDOS	MONTCLARD	SAINTE-HILAIRE	SAINTE-FLORENTINE	YSSINGEAUX
FÉLINES	CHANTEUGES	SAINTE-ÉTIENNE-DU-VIGAN	BELLEVUE-LA-MONTAGNE	COLLAT	LANTRIAZ	MONTUSCLAT	SAINTE-HOSTIEN	SAINTE-MARGUERITE	LE PUY-EN-VELAY
FREYCENET-LA-CUCHE	CHASTEL	SAINTE-GEORGES-D'AURAC	BESSAMOREL	COSTAROS	LAPTE	OUIDES	SAINTE-ILPIZE	SAINTE-SIGOLÈNE	BAS-EN-BASSET
FREYCENET-LA-TOUR	CHAVANAC-LAFAYETTE	SAINTE-JULIEN-DES-CHAZES	BLANZAC	COUBON	LAVAL-SUR-DOULON	PAULHAC	SAINTE-JEAN-DE-NAY	SALZUIT	BEAUZAC
GRENIER-MONTGON	CHAZELLES	SAINTE-EUGÉNIE-DE-VILLENEUVE	BLAVOZY	COUTEUGES	LAVAUDIEU	PAULHAGUET	SAINTE-JEAN-LACHALM	SANSSAC-L'ÉGLISE	CHAUDEYROLLES
JULLIANGES	CHILHAC	SEMBADEL	BLESLE	CROISANCES	LAVOÛTE-SUR-LOIRE	POLIGNAC	SAINTE-JEURES	SAUGUES	DUNIÈRES
LAUSSONNE	CISTRIBÈRES	SIAUGUES-SAINTE-MARIE	BORNE	CUBELLES	LE BOUCHET-SAINTE-NICOLAS	PONT-SALOMON	SAINTE-JULIEN-CHAPTEUIL	SÉNEUJOLS	FAY-SUR-LIGNON
LE MONASTIER-SUR-GAZEILLE	CONNANGLES	TAILHAC	BOURNONCLE-SAINTE-PIERRE	CUSSAC-SUR-LOIRE	LE BRIGNON	QUEYRIÈRES	SAINTE-JULIEN-DU-PINET	SOLIGNAC-SOUS-ROCHE	LA CHAPELLE-D'AUREC
LES ESTABLES	CRONCE	VISSAC-AUTEYRAC	BRIOUDE	DOMEYRAT	LE CHAMBON-SUR-LIGNON	RAURET	SAINTE-JUST-MALMONT	SOLIGNAC-SUR-LOIRE	LES VASTRES
MOUDEYRES	DESGES	AGNAT	BRIVES-CHARENSAC	ESPALEM	LE MAS-DE-TENCE	RETOURNAC	SAINTE-JUST-PRÈS-BRIOUDE	TENCE	LES VILLETES
PRÉSAILLES	FERRUSSAC	AIGUILHE	CAYRES	ESPALY-SAINTE-MARCEL	LE MONTEIL	ROCHE-EN-RÉGNIER	SAINTE-LAURENT-CHABREUGES	THORAS	MALVALETTE
SAINTE-ANDRÉ-DE-CHALENCON	JAX	ALLÈGRE	CÉAUX-D'ALLÈGRE	ESPLANTAS	LE PERTUIS	ROSIÈRES	SAINTE-MAURICE-DE-LIGNON	TORSIAC	MONISTROL-SUR-LOIRE
SAINTE-GEORGES-LAGRICOL	LA CHAISE-DIEU	ALLEYRAS	CEYSSAC	FIX-SAINTE-GENEYS	LE VERNET	SAINTE-ARCONS-DE-BARGES	SAINTE-PAL-DE-MONS	VALS-LE-CHASTEL	MONTFAUCON-EN-VELAY
SAINTE-JEAN-D'AUBRIGOUX	LA CHAPELLE-GENESTE	ALLY	CHADRAC	FONTANNES	LEMPDES-SUR-ALLAGNON	SAINTE-BEAUZIRE	SAINTE-PAL-DE-SENOUIRE	VALS-PRÈS-LE-PUY	MONTREGARD
SAINTE-JULIEN-D'ANCE	LAFARRE	ARAULES	CHAMALIÈRES-SUR-LOIRE	FRUGÈRES-LES-MINES	LÉOTOING	SAINTE-CHRISTOPHE-D'ALLIER	SAINTE-PAUL-DE-TARTAS	VARENNES-SAINTE-HONORAT	RAUCOULES
SAINTE-MARTIN-DE-FUGÈRES	LANGÉAC	ARLEMPDES	CHAMBEZON	FRUGÈRES-LE-PIN	LISSAC	SAINTE-CHRISTOPHE-SUR-DOLAISON	SAINTE-PAULIEN	VAZEILLES-LIMANDRE	RIOTORD
SAINTE-PAL-DE-CHALENCON	LAVOÛTE-CHILHAC	ARSAC-EN-VELAY	CHAMPAGNAC-LE-VIEUX	GOUDET	LORLANGES	SAINTE-DIDIER-D'ALLIER	SAINTE-PIERRE-EYNAC	VAZEILLES-PRÈS-SAUGUES	SAINTE-BONNET-LE-FROID
SAINTE-PIERRE-DU-CHAMP	MALVIÈRES	AUREC-SUR-LOIRE	CHAMPCLAUZE	GRAZAC	LOUDES	SAINTE-DIDIER-EN-VELAY	SAINTE-PRÉJET-ARMANDON	VENTEUGES	SAINTE-FRONT
SAINTE-VICTOR-SUR-ARLANC	MAZEYRAT-D'ALLIER	AUTRAC	CHANAILELLES	GRÈZES	LUBILHAC	SAINTE-DIDIER-SUR-DOULON	SAINTE-PRÉJET-D'ALLIER	VERGEZAC	SAINTE-JULIEN-MOLHESABAT
SALETTES	PÉBRAC	AUVERS	CHANIAT	JAVAUGUES	MALREVERS	SAINTE-ÉTIENNE-LARDEYROL	SAINTE-PRIVAT-D'ALLIER	VERGONGHEON	SAINTE-ROMAIN-LACHALM
TIRANGES	PINOLS	AUZON	CHARRAIX	JOSAT	MAZERAT-AUROUZE	SAINTE-ÉTIENNE-SUR-BLESLE	SAINTE-PRIVAT-DU-DRAGON	VERNASSAL	VALPRIVAS

Source : Assurance Maladie, 2014

B. Les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile



Les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD), assurent au domicile des personnes des prestations de services ménagers et des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires de la vie, en dehors des actes de soins réalisés sur prescription médicale, qui relèvent des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Fin 2014, le paysage de l'offre de services d'aide à domicile est structuré. Il compte 11 services prestataires : 4 services sont autorisés par le Département, 7 services bénéficient de l'agrément de la DIRECCTE.

Parmi les 4 services autorisés, 3 sont membres de l'UNA Haute-Loire et un service est porté par la fédération ADMR départementale :

- L'ADMR comprend 60 associations implantées en milieu rural et ont réalisés 937 000 heures en 2013 (toutes prises en charge confondues), soit environ 80% des heures réalisées dans tout le département.
- L'UNA compte trois associations au sein du département : UNA Brioude – Val d'Allier, CSF Brives et UNA Sainte Elizabeth. Celles-ci, implantées en milieu urbain ont réalisé 185 768 heures au total en 2013 (toutes prises en charge confondues).
- Les 7 services agréés (SARL ASAD, SARL A TOUT AGE SERVICES, SARL AADS 43, SARL IDEE SERVICE MAISON, SARL PRESENCE AU QUOTIDIEN, CIAS de Loudes, AAPI chez soi) se sont développés en dehors des deux fédérations nationales. Certains d'entre eux ont développé une spécialité comme le coucher à domicile par exemple.

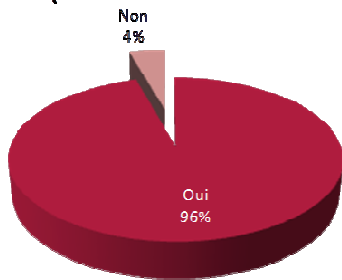
En 2009, la Haute-Loire a signé une convention avec la CNSA afin de moderniser et de professionnaliser ses services d'aide à domicile. D'un montant de 79 000 euros (cofinancement de 56% pour le Département et 44% pour la CNSA), cette convention a permis la réalisation d'un audit de 14 services d'aide à domicile agréés et autorisés (3 entreprises agréées, 3 associations autorisées de l'UNA et 8 associations locales autorisées de la Fédération de l'ADMR).

Les enquêtes diffusées dans le cadre de l'élaboration du présent schéma permettent d'esquisser le profil des services d'aide à domicile altiligériens¹⁶.

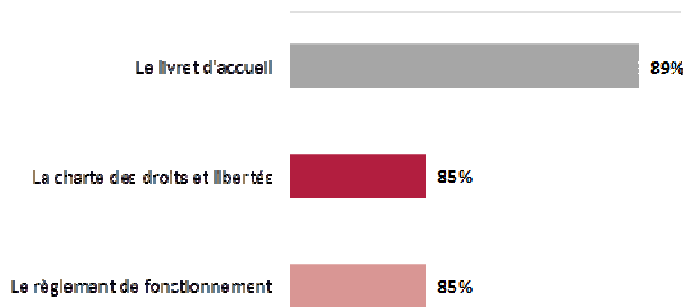
Tout d'abord, il ressort que la majorité des services applique les obligations de loi 2002-2.

¹⁶ Résultats graphiques de l'enquête adressée à 46 SAAD du département en janvier 2015

Un contrat de prise en charge est-il signé avec le bénéficiaire (et avec le tuteur en cas de tutelle)?

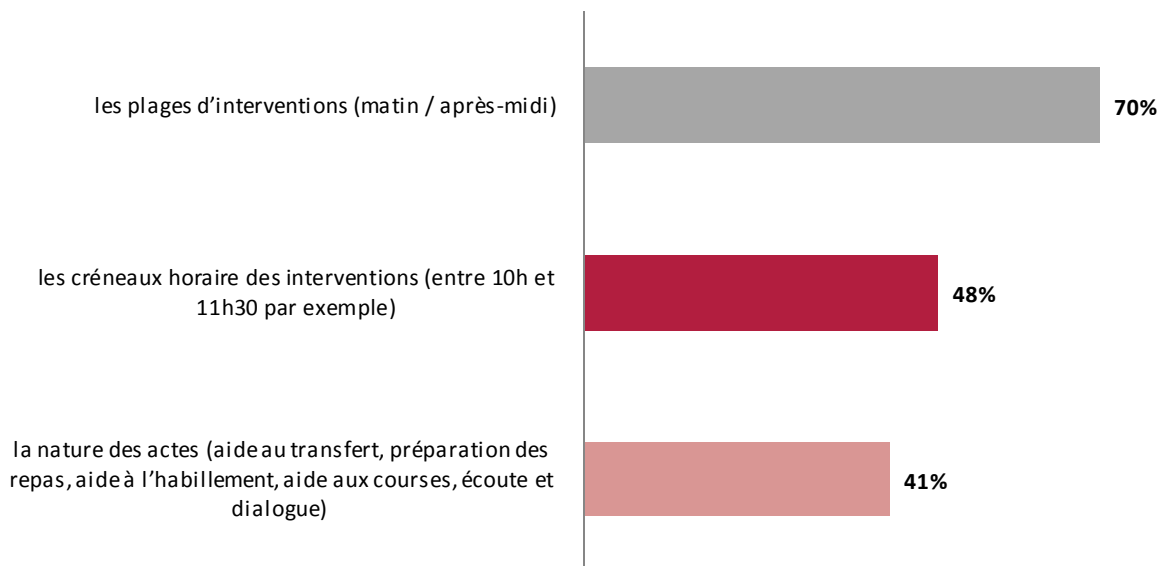


Part des services ayant formalisé



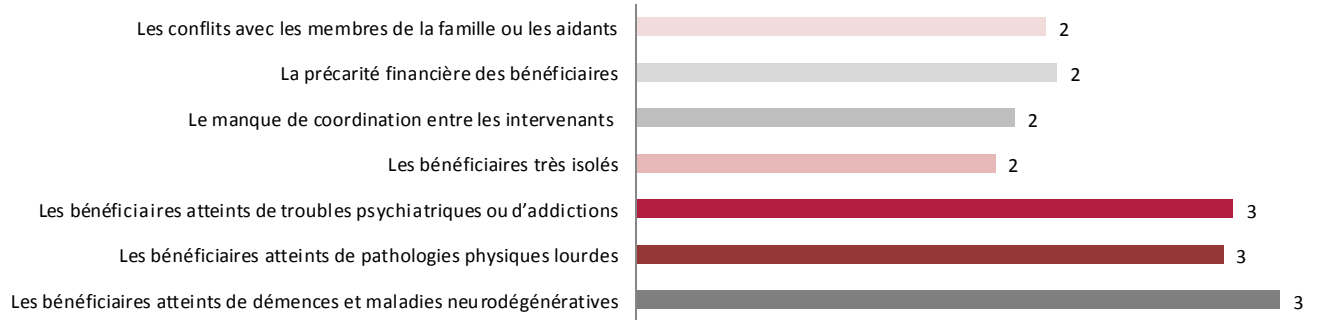
Si les services d'aides à domicile sont 96% à signer un contrat de prise en charge avec le bénéficiaire (et son tuteur en cas de tutelle), ce contrat révèle plusieurs imprécisions (graphique ci-dessous). L'imprécision de la nature des actes réalisés pénalise la bonne compréhension du métier de l'intervenant à domicile par l'utilisateur et par ses proches. Par ailleurs l'imprécision dans les horaires limite la mise en place d'une coordination efficace entre différents acteurs.

Part des services dont le planning d'intervention indique



Le maintien à domicile impose aux agents des SAAD de faire évoluer leur compétence dans le double objectif de proposer des prestations satisfaisantes à l'utilisateur et de maintenir la qualité du cadre de travail. Le graphique ci-dessous montre que de telles évolutions de compétences pourraient être envisagées notamment au sujet du traitement de la dégénérescence.

Parmi ces situations, lesquelles mettent les intervenants le plus en difficulté, sur une échelle de 1 à 4 (4 étant le niveau de difficulté maximal) ?



C. Le dispositif MAIA

Le dispositif MAIA (Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer qui devrait devenir Méthode d'action pour l'intégration des personnes malades d'Alzheimer avec l'adoption de la loi pour l'adaptation de la société au vieillissement) est implanté depuis 2009 en Haute-Loire. D'abord expérimental, le dispositif a été pérennisé en 2012. Dans le cadre de la généralisation du dispositif MAIA sur l'ensemble du territoire, le Département a répondu en 2014 à un nouvel appel à projet qui a permis de renforcer les moyens de la MAIA.

Si le dispositif MAIA apparaît relativement bien identifié dans le département, l'appréhension et la compréhension de ce qu'il recouvre restent encore à améliorer pour l'ensemble des acteurs (les principes d'intégration et de coresponsabilité sont notamment à préciser). Le « guichet intégré » reste donc à construire et le fonctionnement des instances de concertation peut être amélioré.

En revanche, le bon fonctionnement du mécanisme le plus visible de cette Méthode, la gestion de cas, est reconnu par l'ensemble des acteurs. Les gestionnaires de cas accompagnent à domicile des personnes âgées dont la situation est dite « complexe », c'est-à-dire des situations où il y a souvent une multiplicité d'interventions, un refus des aides proposées et/ou un aidant épuisé. Il évalue les besoins des personnes de manière globale et s'assure de la mise en place des aides. Les gestionnaires de cas étaient au nombre 3,5 ETP jusqu'en 2014. Ils sont 7 ETP depuis début 2015. La répartition des missions des différents acteurs gagnerait également à être plus lisible (entre RESOPAD et le dispositif MAIA par exemple) pour les professionnels comme pour les usagers.

D. La coordination au domicile

Dans le cadre du précédent schéma, une fiche annexe à la notification de la décision d'attribution de l'APA a été élaborée. Cette fiche qui détaille le plan d'aide des personnes accompagnées est transmise au SAAD prestataire choisi par le bénéficiaire. La création de cette fiche est perçue par les acteurs de l'aide à domicile comme une véritable avancée pour l'accompagnement des personnes âgées à domicile.

Un point de vigilance est cependant à noter : dans certains cas, les actions répertoriées sur la fiche annexe ne correspondent pas aux actions effectivement réalisées au domicile. C'est le cas lorsque :

- les usagers refusent une partie de leur plan d'aide (raison essentielle) ;
- les actions prévoient l'accès à des dispositifs qui sont parfois saturés (comme l'accueil de jour par exemple).

Le précédent schéma prévoyait la création d'un cahier de liaison commun à domicile. Les travaux qui avaient été entrepris en 2011 ne sont pas arrivés à leur terme. Le constat actuel est que la coordination n'est parfois pas satisfaisante : il existe parfois plusieurs cahiers au domicile, celui du SAAD, du SSIAD, etc. Cela peut être dommageable pour la personne âgée et son entourage.

Le projet de cahier unique sera donc à reprendre et devra s'accompagner notamment d'une réflexion au sujet du respect de la confidentialité.

A retenir :

- Un taux d'équipement en SSIAD inférieur à la moyenne nationale à mettre en parallèle d'une problématique de pénurie d'infirmiers libéraux sur certaines communes.
- Une offre en SAAD structurée autour de 11 services ou fédération.
- Un dispositif MAIA qui doit être soutenu et précisé auprès des acteurs.
- Une coordination à domicile à améliorer.

VII. Administration digitale et numérique sur le champ des personnes âgées

Via Trajectoire est accessible aux usagers et aux médecins libéraux du département depuis le 28 avril 2015. C'est un service en ligne qui aide la personne âgée et ses proches à trouver une place en établissement (EHPAD, EHPA et Unité de soins de longue durée) répondant à leurs besoins.

Toute personne qui cherche une place peut utiliser *Via Trajectoire* pour :

- Consulter l'annuaire détaillé des établissements des régions participantes,
- Faire sa recherche par critères géographiques, financiers, médicaux, et de confort,
- Compléter une demande d'inscription en ligne,
- Transmettre son dossier à son médecin traitant,
- Échanger directement avec les établissements.

Les établissements simplifient leur gestion des demandes d'admission grâce à *Via Trajectoire*. Chaque EHPAD accède, sur le site, à un tableau de bord des demandes en cours. Il est informé en temps réel des demandes rendues caduques à la suite d'une admission dans un autre EHPAD.

Les médecins libéraux sont donc amenés à se connecter à la plate-forme *Via Trajectoire* déclinée spécialement à leur attention, accessible uniquement sur connexion de la Carte Professionnelle de Santé (CPS). Ils ont la possibilité de compléter les volets santé et autonomie en présence ou non de l'utilisateur. Les données médicales, visibles uniquement par les médecins, sont modifiables à tout moment.

C'est aussi un outil de pilotage de l'offre de places en établissements médico-sociaux, un enjeu pour les autorités de planification du secteur – l'Agence régionale de santé d'Auvergne et le département de la Haute-Loire. C'est un observatoire statistique en temps réel des demandes d'admission en cours. Ces indicateurs chiffrés mettront en évidence les éventuelles carences par secteur géographique ou par prise en charge spécifique (troubles du comportement, soins médico-techniques importants, Alzheimer, etc.).

A retenir :

- L'outil *Via Trajectoire* facilite la démarche d'inscription en EHPAD, tant pour les usagers que pour les établissements et permet une meilleure traçabilité des informations médicales.
- L'outil *Via Trajectoire* est un outil d'observation et de planification pour le Département et l'ARS.

VIII. *L'organisation et la qualité du management des établissements et services*

A. Démarche qualité, management de la bientraitance et gestion des situations de maltraitance

Les établissements et services à destination des personnes âgées ont mis en place des processus de signalement des événements indésirables et des situations de maltraitance, conformément aux recommandations de l'ANESM (Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et médico-sociaux). Il demeure néanmoins que sur le domicile les processus peuvent être améliorés.

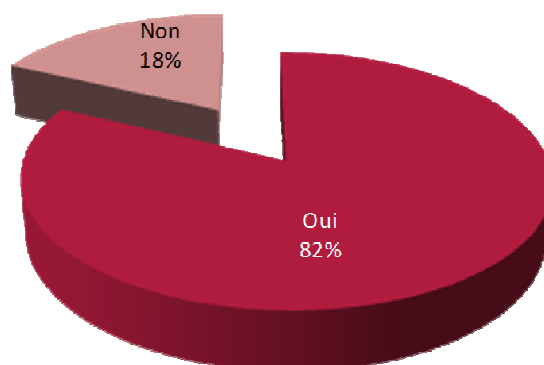
En matière de gestion et de promotion de la bientraitance dans les établissements, des indicateurs sont régulièrement suivis (chutes, réclamations, etc.). Depuis 2013, trois EHPAD (Saint-Julien-Chapteuil, Craponne-sur-Arzon, EHPAD du Centre Hospitalier Emile Roux), expérimentent une évaluation commune de la bientraitance sur la base d'une analyse des potentielles ruptures de parcours ou des phases sensibles dans le parcours de la personne de son entrée dans l'établissement jusqu'à sa sortie. Des indicateurs pertinents sont en cours de définition.

B. Les coopérations et mutualisations

1) *Les coopérations et mutualisations fonctionnelles*

Les coopérations et mutualisations inter-établissements sont peu lisibles pour le Département et l'ARS. Néanmoins, des partenariats existent comme en témoigne le graphique ci-dessous, élaboré à partir d'enquêtes diffusées auprès d'un échantillon d'EHPAD¹⁷.

Avez-vous mis en place des partenariats ou des actions de mutualisation avec d'autres EHPAD?



¹⁷ Enquête diffusée en janvier 2015 auprès de 47 EHPAD

A titre d'exemple, des coopérations entre établissements se sont développées pour le recrutement commun de certains professionnels (ergothérapeutes, psychologue, etc.). Dans ce cadre, les établissements pourraient aller plus loin. Afin de remédier à la pénurie de médecins et à l'accroissement des exigences en EHPAD (traçabilité notamment), le salariat d'un médecin entre plusieurs EHPAD ou ESSMS est une solution à étudier.

A noter que le partage de direction n'a pas toujours généré de bonnes expériences sur le territoire. Les expériences tentées l'étaient souvent par défaut (par exemple, mise en place d'une direction commune en raison d'une vacance de poste de directeur). L'histoire des établissements, les spécificités de chaque structure doivent être intégrées dans la réflexion sur les mutualisations.

Certaines mutualisations n'ont cependant pas été envisagées : les démarches qualité (évaluations interne et externe notamment) ont été menées par chaque structure, à leur échelle ou à celle du groupe auquel elles appartiennent.

Une des perspectives est de travailler sur chaque territoire à un projet visant au décloisonnement des parcours entre les secteurs du handicap, de la gérontologie et de la santé.

En parallèle de ces pistes de développement, il convient de faire perdurer les actions déjà conduites comme par exemple :

- la journée de rencontre organisée conjointement par le CODERPA et le Département. Celle-ci a permis la rencontre de nombreux acteurs du secteur gérontologique et pourrait être pérennisée.
- l'accord cadre autour du réseau de soins palliatifs qui constitue un succès. Il contribue à la qualité de fin de vie dans les EHPAD (possibilité de fin de vie à l'EHPAD). RESOPAD joue un rôle de soutien aux équipes en établissement pour accompagner ces situations complexes.

2) *Les mutualisations stratégiques*

Deux principales expériences de rapprochement stratégiques ont été développées au cours du précédent schéma :

- Une association a été créée au Puy (Associations de Maisons de Retraite Associatives Privées, AMRAP 43) avec quatre établissements fondateurs. L'objectif à terme est la gestion des quatre établissements.
- Un GCSMS a été créé en 2014. Il concerne trois EHPAD associatifs du département. Le rapprochement s'explique par une histoire congréganiste commune. Les objectifs poursuivis sont la formation en commun, éventuellement la mutualisation de postes mais surtout l'accès aux fonctions centralisées du réseau La Pierre Angulaire auquel appartient l'un des EHPAD.

C. La formation des professionnels

L'ensemble des structures (établissements et services) ont travaillé à la formation des professionnels sur la prise en charge des personnes présentant une maladie d'Alzheimer ou apparentée. Ce travail a permis une montée en compétence des professionnels dans l'ensemble du département.

L'ensemble des EHPAD a pu mener des actions de sensibilisation ou de formations internes (des professionnels référents ont été repérés dans plusieurs établissements et services). Néanmoins, l'atteinte de 100% de personnels formés (souhaitée par le précédent schéma) est limitée par le turn-over des professionnels et le montant de l'enveloppe budgétaire dédiée.

Au-delà de la maladie d'Alzheimer, une action d'envergure a été menée dans le département au sujet des soins palliatifs. Ceci a permis d'aborder plus largement les questions liées à la prise en charge de la personne dépendante. Une journée de formation a été organisée deux fois par an par le réseau de soins palliatifs. Environ trente établissements ont adhéré au projet et ont envoyé un à deux professionnels à chaque formation.

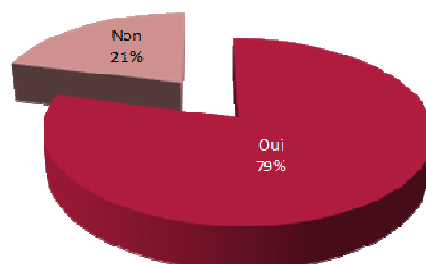
Certains établissements ont travaillé à la mutualisation des formations. A titre d'exemple, cinq ESSMS (du handicap et de la gérontologie) et un centre hospitalier mutualisent des formations depuis presque cinq ans. Cette mutualisation permet de faire appel à un organisme de formation qui se déplace en interne.

En parallèle de la formation, des réunions d'analyse de pratiques à destination des professionnels sont organisés dans la majorité des établissements et services. Certains ont également pu mettre en place un comité éthique. Ces dispositifs permettent d'identifier les situations d'épuisement en amont et d'échanger sur les situations complexes.

D. Les outils de la loi de 2002

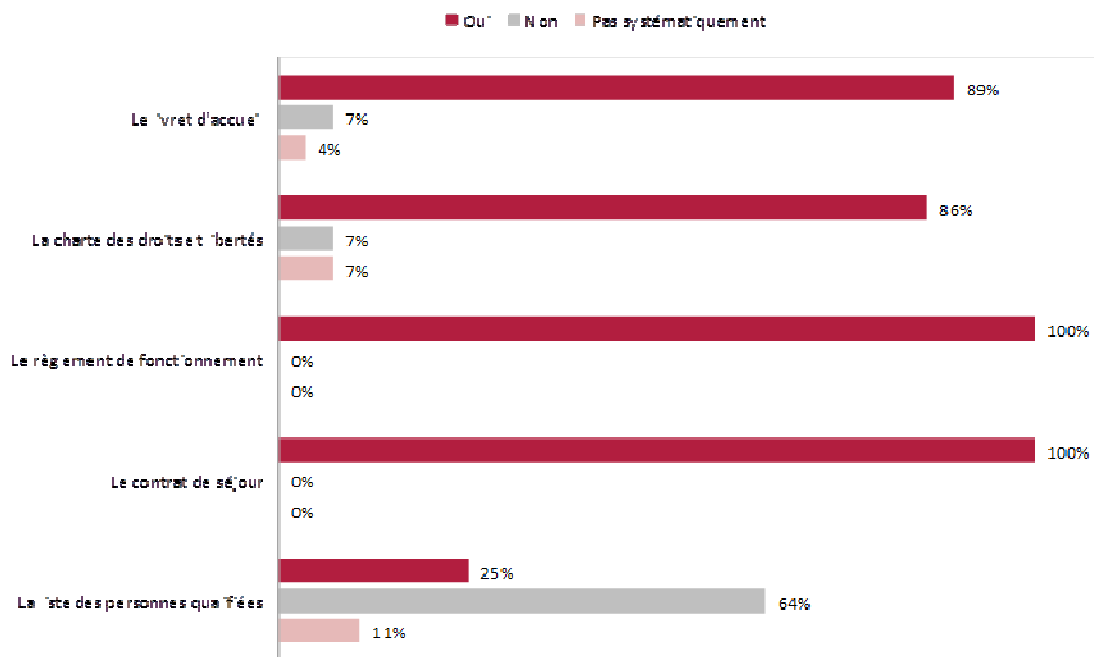
L'enquête adressée aux EHPAD dans le cadre de l'élaboration du schéma a permis d'évaluer la mise en application des obligations de la loi 2002-2. Le graphique ci-dessous montre que 79% des établissements ont réalisé un projet d'établissement conforme aux recommandations de l'ANESM en la matière.

**Avez-vous réalisé un projet d'établissement conforme à la
Recommandation de Bonnes Pratiques de l'ANESM?**



Sur les 5 outils devant être remis aux usagers à leur entrée dans l'établissement (livret d'accueil, charte des droits et libertés, règlement de fonctionnement, contrat de séjour et liste des personnes qualifiées), 4 sont remis dans au moins 85% des cas. La liste des personnes qualifiées est remise à un quart des usagers entrant.

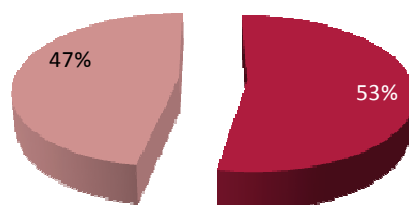
A leur entrée dans l'établissement, les résidents reçoivent-ils les documents suivants ?



Le graphique ci-dessous montre que dans les EHPAD, 53% des résidents disposent d'un projet personnalisé. Ce pourcentage est relativement faible et doit appeler à des mesures incitatives fortes auprès des structures.

Quelle est la part moyenne des résidents pour lesquels a été élaboré un projet personnalisé ?

■ Ont un projet personnalisé ■ N'ont pas de projet personnalisé



L'enquête montre enfin que la participation dans les CVS apparaît satisfaisante. Des enquêtes de satisfaction adaptées aux résidents (recours possible à des personnes extérieures, recueil de la satisfaction sur un événement ponctuel) sont conduites dans de nombreux établissements.

A retenir :

- Des indicateurs permettant d'évaluer et d'améliorer la bientraitance sont en cours de définition dans les établissements.
- Des partenariats existent entre les établissements mais leurs conditions de réussite restent à examiner et leur lisibilité à clarifier.
- Des démarches de formation ont permis de diversifier et de renforcer les compétences des professionnels accompagnant les personnes âgées en service ou en établissement.
- La mise en place des recommandations de la loi 2002-2 dans les établissements doit être poursuivie.

IX. L'accueil familial



L'Accueil Familial Social est un dispositif alternatif entre le tout domicile et le tout établissement. Il s'adresse aussi bien aux personnes handicapées qu'aux personnes âgées. Il offre un accompagnement individualisé aux personnes en manque d'autonomie et son objectif, au niveau national, s'inscrit dans la proximité.

Un des objectifs premiers de l'élaboration de réponses intermédiaires entre le domicile et l'accueil en établissement est la promotion de l'autonomie en milieu ordinaire des usagers. L'accueil familial est une réponse adaptée. Il convient néanmoins de sécuriser juridiquement l'accueil familial, notamment en accompagnant de façon rapprochée les accueillants (écoute, reconnaissance de leur statut, participation à des réflexions pluridisciplinaires, etc.).

Le nombre de personnes âgées accueillies en famille d'accueil a diminué depuis le précédent schéma. En 2008, il était de 31, il n'est plus que de 13 en 2014. Leur nombre a donc diminué de 58%. Cela s'explique par le progrès du maintien à domicile : les personnes restent plus longtemps dans leur propre domicile et lorsqu'elles envisagent une autre solution, leur niveau de dépendance est souvent trop important pour envisager un accueil familial.

Malgré la diminution du nombre de familles d'accueil, cette offre d'accueil alternative a fait l'objet d'efforts de la part du Département. En effet, dès 2010, l'offre de formation initiale ayant été inexistante depuis 2004 et le nombre d'accueillants familiaux ayant diminué, le Département a sollicité l'IREIS (Institut Régional et Européen des métiers de l'Intervention Sociale) pour organiser cinq journées de formation initiale (qui a réuni 14 accueillants familiaux) et 3 journées de formation continue (qui a réuni 12 accueillants familiaux) au sujet de thématiques juridiques, médicales, etc. Si cette action a répondu à de réelles attentes, les conclusions des participants (recueillies via un questionnaire diffusé à l'issue des formations) se sont avérées mitigées. La principale nuance concerne l'âge avancé de la plupart des accueillants, qui ne sont dès lors plus dans une logique de formation (dynamique d'arrêt proche de leur activité).

A retenir :

- Le nombre de personnes âgées accueillies en famille d'accueil a diminué depuis le précédent schéma. Toutefois dans la mesure où ce type d'accueil constitue une solution pertinente, elle fait l'objet d'une promotion certaine de la part du département.

PARTIE 2 : Plan d'actions 2015-2020

I. Orientation 1 : Structurer la gouvernance des politiques en faveur des personnes âgées

A. Installer la Conférence des Financeurs de la prévention et de la perte d'autonomie

Constats

- ✓ Des actions de prévention en augmentation sur la durée du dernier schéma (action mémoire, lecture, intergénérationnel, etc.)
- ✓ Le projet de loi sur l'Adaptation de la Société au Vieillessement institue une Conférence des financeurs de la prévention et de la perte d'autonomie dans chaque département (présidée par le Président du Conseil Départemental).
- ✓ 49% des personnes âgées de 80 ans ou plus vivent seules (les 2 communautés de communes les plus touchées sont celles du Pays de Craonne et du Pays de Montfaucon)

Objectif

- ✓ Assurer l'élaboration et le suivi d'un « programme coordonné des financements des actions individuelles et collectives de prévention » (cf. fiche 2.2)

Pilotes de l'action

- ✓ Département
- ✓ ARS

Partenaires participants à l'action

Membres règlementaires de la Conférence des financeurs : représentants du département, de collectivités territoriales, de l'Agence nationale de l'habitat, de l'ARS, des régimes de base d'assurance vieillesse (Inter-Régime) et d'assurance maladie ainsi que des fédérations des institutions de retraite complémentaire (CICAS)

Modalités de mise en œuvre

1. Mettre en place un agenda de la Conférence des financeurs → 2016
2. Assurer le fonctionnement effectif de la Conférence des Financeurs → 2016
 - ✓ Identifier au sein des services du Département une personne en charge du secrétariat de la Conférence des financeurs : rédaction et envoi des invitations, rédaction et diffusion des ordres du jour et des comptes-rendus, suivi du programme départemental de prévention (collation des informations des différents contributeurs)
3. Rédiger le rapport d'activité de la Conférence et transmettre les données nécessaires au suivi de l'activité de la conférence à la CNSA → 2016
 - ✓ Liste des données à transmettre :
 - Nombre de demandes et d'actions financées par les financeurs de la conférence, par type d'actions
 - Montant des dépenses par type d'action
 - Nombre et caractéristiques des bénéficiaires des actions
 - ✓ Identifier au sein des services du département une personne en charge :
 - De la rédaction du rapport d'activité
 - De la collation de l'ensemble des données à transmettre à la CNSA
 - ✓ Transmission au plus tard le 30 juin de chaque année à la CNSA

Frein ou contrainte à prendre en compte

- ✓ Articulation de la conférence des financeurs avec les tables stratégiques du dispositif MAIA (acteurs identiques)
- ✓ Prévoir 0,3 à 0,5 ETP pour le suivi de la conférence des financeurs

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

- ✓ Envoi du rapport d'activité au 30 juin de chaque année

B. Installer le Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA)

Constats

- ✓ *Le CODERPA (comité départemental des retraités et des personnes âgées) est un organisme consultatif placé auprès du Président du Conseil Départemental.*
- ✓ *Le CDCPH (comité départemental consultatif des personnes handicapées) est une instance consultative placée auprès du Préfet.*
- ✓ *Le projet de loi sur l'Adaptation de la Société au Vieillessement institue un Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) dans chaque département. Présidé par le Président du Conseil Départemental, le CDCA regroupera le CODERPA et le CDCPH dans une instance unique.*

Objectif

- ✓ *Assurer la mise en place d'une nouvelle instance représentative des usagers et des associations du secteur du grand âge et du handicap*

Pilote de l'action

- ✓ *Département*

Partenaires participants à l'action

Ensemble des acteurs du secteur du grand âge et du handicap

Modalités de mise en œuvre

1. Nommer les membres du CDCA.
2. Mettre en place un calendrier des réunions et définir une feuille de route pour cette nouvelle instance.
3. Inclure cette instance comme membre du comité de suivi du schéma départemental Personnes âgées et du schéma départemental Personnes handicapées.

Frein ou contrainte à prendre en compte

- ✓ Temps nécessaire à l'organisation de la mise en place du CDCA (nomination, invitation à la première réunion, accompagnement à la définition d'une feuille de route...)

Indicateur d'évaluation ou de suivi

- ✓ Nombre de réunions du CDCA

C. Faciliter la coopération des acteurs au niveau territorial

Constats

- ✓ *La coordination locale entre acteurs locaux demeure relativement faible du fait d'une méconnaissance des établissements entre eux (y compris des établissements situés en proximité les uns des autres).*
- ✓ *De fortes disparités sont constatées entre les différents territoires concernant la coopération*

Objectif

- ✓ *S'appuyer sur l'ensemble des ressources locales pour améliorer l'adaptation de l'offre de services aux personnes âgées*

Pilotes de l'action

- ✓ Département
- ✓ ARS

Partenaires participants à l'action

ESMS du secteur Personnes âgées
EPCI

Modalités de mise en œuvre

1. Etablir des territoires de coopération → 2017

- Définir des critères de rapprochement territorial (nombre d'établissements cibles, proximité géographique, échelon inférieur au bassin de santé intermédiaire...)
- Structurer l'organisation entre les opérateurs d'un même territoire (définir le rôle d'ESSMS référent)
→ Cf. fiche 3.3 sur l'expérimentation entre plusieurs EHPAD

2. Renforcer le partenariat entre le Département et les EPCI via les Pactes sociaux → 2016

- Définir les objectifs départementaux d'un pacte social signé entre le Conseil Départemental et un EPCI
- Cibler les territoires prioritaires avec lesquels engager un pacte social
- Déterminer avec chaque territoire ciblé le contenu du pacte
- Organiser une architecture permettant le suivi du pacte social (désigner le / la responsable du suivi local et du dialogue avec le Département)
- Elaborer des modalités de suivi du pacte social (types de bilans, fréquence, etc.)

Freins ou contraintes à prendre en compte

- ✓ Disponibilité des ressources
- ✓ Intégration des travaux du guichet intégré

Indicateur d'évaluation ou de suivie

- ✓ Elaboration de territoires de coopération

D. Améliorer le dialogue entre les opérateurs et les financeurs

Constats

- ✓ 54 EHPAD, plus d'une cinquantaine de directeurs.
- ✓ Des mutualisations déjà engagées (groupements d'achats, formations mutualisées entre établissements)
- ✓ Des disparités importantes de ressources entre établissements qui témoignent de la perfectibilité de l'allocation des ressources

Objectifs

- ✓ Assurer une qualité d'accompagnement homogène dans l'ensemble des ESMS accueillant un public âgé
- ✓ Répondre aux problématiques liées aux contraintes des ressources financières
- ✓ Sensibiliser les opérateurs à la nécessité d'engager une coopération renforcée au niveau territorial
- ✓ Améliorer le dialogue de gestion entre opérateurs et financeurs

Pilotes de l'action

- ✓ Département
- ✓ ARS

Partenaires participants à l'action

ESMS du secteur Personnes âgées

Modalités de mise en œuvre

1. Réunir les présidents d'association et de Conseils d'Administration ainsi que les directeurs d'établissement et de services pour partager les enjeux propres à chaque territoire → 2016
2. Promouvoir le rapprochement des directeurs d'EHPAD au niveau de chaque territoire pour faciliter le dialogue avec le Département et l'ARS → 2016

Freins ou contraintes à prendre en compte

- ✓ Prendre en compte les coopérations déjà effectives sur le département
- ✓ Identifier un porteur volontaire pour l'association des directeurs

Indicateur d'évaluation ou de suivi

- ✓ Animation d'une réunion des présidents d'association et de Conseils d'administration, de directeurs d'établissements pour partager les enjeux financiers du territoire

E. Assurer un pilotage efficient du schéma

Constats

- ✓ *L'action du précédent schéma portant sur ce point n'a pas été totalement réalisée.*
- ✓ *La dynamique engagée dans le cadre de l'élaboration du présent schéma nécessite d'être pérennisée.*

Objectif

- ✓ *Assurer la mise en œuvre des actions prévues dans le schéma et amender le contenu du schéma le cas échéant*

Pilote de l'action

- ✓ Département

Partenaires participants à l'action

ESMS, Caisses de retraite, ARS, Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA)

Modalités de mise en œuvre

1. Assurer le suivi de chaque fiche-action → 2015/2020

- Pour chaque fiche action, désigner une personne pilote pour le Département, et, où cela s'avère nécessaire, constituer des « groupes projet » en charge de la réflexion, de la mise en œuvre ou de la consolidation des travaux
 - Identifier et inviter les acteurs pertinents au regard de la thématique
 - Définir une feuille de route, des objectifs, des engagements et un calendrier au groupe
 - Prévoir des temps d'échanges et de présentation des travaux de groupe aux autres groupes, aux référents des travaux du schéma

2. Piloter le suivi des réalisations du schéma → 2016/2020

- Elaborer et renseigner régulièrement un outil synthétique de suivi du schéma
- Composer un comité de suivi à partir des pilotes d'action désignés dans le schéma
- Etablir les modalités de réunion du comité de suivi (fréquence, ordre du jour)
- Déterminer les modalités de production des bilans de réalisation des actions (formes, régularité)

3. Rendre compte au Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) de l'avancée du schéma -> 2016

4. Prévoir un point d'étape à mi-chemin avec les acteurs du département → 2018

Freins ou contraintes à prendre en compte

- ✓ Contraintes logistiques pour l'organisation et le suivi des groupes projets

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

- ✓ Nombre de comités de suivi du schéma
- ✓ Rédaction de bilans de réalisation

II. Orientation 2 : Mieux repérer les situations de fragilité et développer des réponses adéquates

A. Améliorer le repérage des situations de fragilité

Constats

- ✓ Des définitions non partagées entre acteurs du territoire concernant les situations de fragilité.
- ✓ Les situations de fragilité en établissement sont traitées par le personnel de l'établissement, possiblement en lien avec le tuteur de l'utilisateur. Les situations de fragilité à domicile sont plus difficiles à repérer et à traiter.

Objectif

- ✓ Réduire les situations de fragilité et prévenir les cas d'urgence

Pilotes de l'action

- ✓ Département

Partenaires participants à l'action

Caisses de retraite, ESMS, CCAS, professionnels libéraux, ARS

Modalités de mise en œuvre

1. Partager la définition de la fragilité avec les professionnels → 2016
 - S'appuyer sur le référentiel national de la CNAV
 - Elaborer un support d'information « grand public » présentant :
 - o les critères de fragilités définis (vieillesse et épuisement des aidants, refus d'aide, etc.)
 - o la conduite à tenir en cas de situation de fragilité
 - Diffuser ces supports d'information sur des supports papier et digitaux et *via* plusieurs canaux (partenaires, site du Conseil Départemental)
2. Structurer le traitement des Informations Préoccupantes de personnes âgées à domicile et communiquer auprès des professionnels → 2016/2017
 - Définir et partager la notion d'information préoccupante
 - Elaborer un référentiel de qualification de la gravité des situations : Rédiger le processus d'évaluation, de signalement et de traitement des informations préoccupantes
 - Communiquer aux partenaires le fonctionnement des processus d'évaluation, de signalement et de traitement des informations préoccupantes

Freins ou contraintes à prendre en compte

- ✓ Disponibilité des ressources
- ✓ Pratiques hétérogènes entre professionnels

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

- ✓ Nombre de situations de fragilité ayant fait l'objet d'un traitement
- ✓ Elaboration d'un référentiel de qualification commun au Conseil Départemental et à l'ARS

B. Elaborer le programme départemental de prévention de la perte d'autonomie

Constats

- ✓ *En 2015, de multiples acteurs agissent en faveur de la prévention : le Département, les CCAS, les caisses de retraite, les mutuelles. Ces actions ne sont pas coordonnées à l'échelle départementale.*
- ✓ *L'article 3 du projet de loi sur l'Adaptation de la Société au Vieillesse stipule que la Conférence des financeurs élabore un « programme coordonné des financements des actions individuelles et collectives de prévention »*

Objectifs

- ✓ *Un objectif fixé par le projet de loi : 40% des bénéficiaires des actions ne doivent pas présenter de situation de dépendance (= être non bénéficiaire de l'APA)*
- ✓ *Améliorer la prévention des effets du vieillissement auprès de la population âgée*

Pilotes de l'action

- ✓ Département

Partenaires participants à l'action

Membres règlementaires de la Conférence des financeurs : représentants du département, de collectivités territoriales, de l'Agence nationale de l'habitat, de l'ARS, des régimes de base d'assurance vieillesse (Inter-Régime) et d'assurance maladie ainsi que des fédérations des institutions de retraite complémentaire (CICAS)

Modalités de mise en œuvre

Etablir un programme d'actions en faveur de la prévention de la perte d'autonomie ☐ 2016

Pour l'ensemble des territoires :

- ✓ Elaborer un diagnostic de l'offre et des besoins en matière de prévention des effets du vieillissement
- ✓ Définir les besoins prioritaires en matière de prévention sur le territoire (prévention des chutes, adaptation du logement, prévention de l'isolement social...)
- ✓ Sensibiliser les personnes âgées sur l'adaptation du logement et l'apport de la domotique par des actions concrètes
- ✓ Etablir un plan d'action visant la prévention de la perte d'autonomie

Frein ou contrainte à prendre en compte

- ✓ Temps de travail nécessaire au suivi de ce programme

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

- ✓ Elaboration du diagnostic
- ✓ Atteinte de l'objectif de 40% de bénéficiaires ne devant pas présenter de situation de dépendance (= être non bénéficiaire de l'APA)

C. Renforcer le soutien apporté aux aidants

Constats

- ✓ Plusieurs dispositifs créés à destination des aidants rencontrent un succès certain comme par exemple la plateforme de répit départementale l'Escale, la halte-répit de la Croix Rouge, les Cafés-répit, etc.
- ✓ Toutefois, les missions de l'accueil temporaire / de jour (= aide au répit) ne sont pas toujours bien précisées par les établissements. Ces situations peuvent susciter des réticences de la part des aidants pour y avoir recours.
- ✓ En 2014, 51% des bénéficiaires de l'APA vivent à domicile. Les aidants doivent donc faire l'objet d'une attention toute particulière.

Objectif

- ✓ Prévenir les ruptures de parcours des personnes âgées aidées par un aidant

Pilotes de l'action

- ✓ Département
- ✓ CNSA
- ✓ ESSMS

Partenaires participants à l'action

ESMS, CCAS, mairies, professionnels libéraux, Caisses de retraites, Plateforme de répit, Halte-Répit, Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA)

Modalités de mise en œuvre

1. Elaborer un diagnostic territorial de l'offre et des besoins à destination des aidants → 2016
 - Intégrer les résultats au programme d'action de la Conférence des financeurs
2. Prévoir une utilisation partagée de l'outil d'évaluation des besoins des aidants entre les équipes du Département et des Caisses de retraites → 2016
3. Préciser les missions des dispositifs d'accueil temporaire / de jour dans chaque établissement → 2017
 - Intégrer dans les projets d'établissement des objectifs spécifiques pour 1) l'accueil temporaire et 2) l'accueil de jour
4. Travailler sur les critères d'attribution du forfait aidant
5. Réfléchir à la convention Section IV entre le Département et la CNSA → 2017

Frein ou contrainte à prendre en compte

- ✓ Temps de travail nécessaire à l'élaboration du diagnostic

Indicateur d'évaluation ou de suivi

- ✓ Elaboration du diagnostic

D. Améliorer l'information à destination des personnes âgées et de leur famille

Constats

- ✓ *Constat d'une confusion faite par les usagers et par certains opérateurs entre le dispositif MAIA et le relais gérontologique : le relais gérontologique est parfois contraint de traiter de situations qui relèveraient de cas complexes.*
- ✓ *Il est essentiel de fournir aux usagers un moyen simple de s'informer, voire de signaler une situation de fragilité*

Objectif

- ✓ *Permettre à chaque usager de disposer rapidement d'une réponse à la question qu'il se pose*

Pilote de l'action

- ✓ Département

Partenaires participants à l'action

Ensemble des acteurs du secteur Personnes âgées

Modalités de mise en œuvre

1. Déployer une stratégie de communication → 2016/2017

1-Accroître la lisibilité du relais gérontologique

- Affirmer le positionnement du relais (un dispositif distinct de la MAIA)
- Préciser les missions du relais : constituer un point d'entrée et assurer une orientation adéquate (et non traiter des cas complexes)

2-Accroître la visibilité du relais gérontologique

- Diffuser des supports papier et digitaux présentant les missions et le numéro d'appel du relais gérontologique
 - *via* les partenaires (sous format papier)
 - sur le site du Conseil Départemental
 - revoir la liste des offres de services sur le département

2. Communiquer auprès des mairies et des CCAS sur le rôle du relais pour aider les usagers → 2016

Frein ou contrainte à prendre en compte

- ✓ Accueil physique des usagers

Indicateur d'évaluation ou de suivi

- ✓ Suivi du nombre d'appels téléphoniques reçus

III. Orientation 3 : Adapter l'offre de services et d'hébergement à destination des personnes âgées

A. Favoriser l'articulation et la qualité des interventions à domicile

Constats

- ✓ *Le respect du plan d'aide faisant suite à une évaluation médico-sociale n'est pas toujours assuré.*
- ✓ *Le cahier de liaison a été préparé en lien avec les SAAD et visait deux objectifs :*
 - *mieux coordonner les parties prenantes du domicile en toute confidentialité.*
 - *permettre aux professionnels qui maîtrisent mal l'écrit de laisser une trace.**Le projet a débuté en 2011 mais le cahier n'a pas été finalisé.*
- ✓ *30% des services d'aide à domicile élaborent des plannings d'intervention sur lesquels ne figurent pas les plages horaires des interventions (matin/ après-midi).*
- ✓ *59% des services des services d'aide à domicile élaborent des plannings d'intervention sur lesquels ne figurent pas la nature des actes réalisés au domicile.*

Objectifs

- ✓ *Permettre à chaque usager de bénéficier d'un accompagnement à domicile de qualité, dans le respect des résultats de l'évaluation médico-sociale dont il a fait l'objet.*
- ✓ *Faciliter la procédure d'évaluation externe pour les SAAD*

Pilote de l'action

- ✓ Département

Partenaires participants à l'action

Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile – SAAD, SSIAD-ARS

Modalités de mise en œuvre

1. Assurer la bonne mise en place et le suivi des plans d'aide APA → 2016 2017
 - Mettre en place un référentiel départemental de l'aide à domicile (précisant certaines obligations)
 - Eviter les doubles évaluations de besoins des personnes (évaluation médico-sociale d'une part / évaluation par le SAAD d'autre part)
 - Conforter la mise en place des projets personnalisés des usagers dans le cadre des interventions
2. Assurer la mise en place et l'utilisation du cahier de liaison → 2016
 - Fournir des cahiers de liaison à l'ensemble des services SAAD-SSIAD (en y ajoutant une communication précise sur les modalités de mise en place et d'utilisation)
 - Faire un point tous les 6 mois avec les SAAD et SSIAD pour faire le bilan de son utilisation
3. Prévoir l'accompagnement des SAAD dans l'évaluation externe en vue du renouvellement des autorisations → 2016/2018
 - Définir un référentiel départemental partagé d'évaluation externe pour les SAAD → 2016

- Lancer un accord-cadre départemental pour présélectionner un panel de cabinets d'évaluation externe répondant aux exigences du référentiel défini → 2017
- Laisser les SAAD mettre en concurrence les cabinets retenus dans l'accord-cadre et assurer l'utilisation du référentiel défini → 2018

4. Evaluer les besoins en terme de professionnalisation des SAAD et identifier leurs impacts, notamment financier → 2017

Freins ou contraintes à prendre en compte

- ✓ Différences de culture professionnelle entre services relevant du champ sanitaire et ceux relevant du champ médico-social
- ✓ Ingénierie relative à la mise en place de l'accord-cadre

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

- ✓ Utilisation du cahier de liaison entre différents services intervenant au domicile ; harmonisation régionale (cf. étude ARS)
- ✓ Nombre de cabinets retenus
- ✓ Elaboration du référentiel d'évaluation

B. Améliorer le fonctionnement des accueils de jour et des hébergements temporaire

Constats

- ✓ 83 places d'accueil de jour existantes en 2014 (+63% par rapport à 2008).
- ✓ Les places d'accueil de jour sont aujourd'hui différemment utilisées : un nombre important de places demeure sous-occupé. Parallèlement, les besoins restent difficiles à évaluer.
- ✓ 92 places d'hébergement temporaire existantes en 2014 (+92% par rapport à 2008).
- ✓ Si les places d'hébergement temporaire peuvent afficher un taux d'occupation important, des besoins apparaissent sur certaines parties du territoire et une réflexion globale sur ce dispositif doit être conduite.
- ✓ Les projets d'établissements n'intègrent pas toujours de projet spécifique pour leur accueil de jour et l'hébergement temporaire.

Objectif

- ✓ Interroger la pertinence et la cohérence du fonctionnement des places d'accueils de jour / d'hébergement temporaire et de leur installation au niveau territorial

Pilotes de l'action

- ✓ Département
- ✓ ARS

Partenaires participants à l'action

EHPAD disposant de places d'accueil de jour

Modalités de mise en œuvre

1. Lancer un diagnostic départemental du fonctionnement des accueils de jour et des hébergements temporaire et identifier les causes de sous-utilisation + raisons de succès le cas échéant → 2015
2. Elaborer des préconisations et revoir le cas échéant la répartition territoriale des places d'accueil de jour et des places d'hébergement temporaire → 2016/2017

Frein ou contrainte à prendre en compte

- ✓ Temps de travail nécessaire pour l'élaboration du diagnostic

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

- ✓ Elaboration du diagnostic
- ✓ Evolution du nombre de places d'accueil de jour
- ✓ Evolution du nombre de places d'hébergement temporaire

C. Favoriser les mutualisations des ressources en EHPAD au service de la qualité des accompagnements

Constats

- ✓ *Peu de mutualisations effectives à ce jour.*
- ✓ *Or, des contraintes communes face auxquelles chacun réagit de manière isolée.*
- ✓ *Des initiatives peu valorisées et non évaluées à ce jour*
- ✓ *Des disparités importantes de ressources : 11% des établissements ne disposent pas de médecins coordonnateurs et 25% d'entre eux ne disposent pas d'infirmières coordinatrices*

Objectif

- ✓ *Assurer une qualité d'accompagnement homogène des résidents dans l'ensemble des EHPAD de Haute-Loire*

Pilotes de l'action

- ✓ Département
- ✓ ARS

Partenaires participants à l'action

EHPAD

Modalités de mise en œuvre

1. Expérimenter sur un ou deux territoires la mise en place d'une coopération entre plusieurs établissements → 2017
 - A partir d'un territoire identifié où une dynamique de coopération est engagée (recenser les coopérations existantes)
 - Identifier les points forts de chaque établissement du territoire retenu
 - Encourager la mise en place d'un programme de coopération
2. A l'issue de l'expérimentation, diffuser les outils facilitant les mutualisations → 2018
 - Identifier pour chaque type de mutualisations (personnel, matériel, fonctions) les choix possibles, les mesures à prendre, les conditions de réussites et les bénéfices attendus.
 - Diffuser les outils

Frein ou contrainte à prendre en compte

- ✓ Méconnaissance des acteurs entre eux sur un même territoire de proximité

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

- ✓ Evolution du nombre d'EHPAD de référence
- ✓ Elaboration d'un catalogue de mutualisations

GLOSSAIRE

A

AJ : Accueil de jour

AMP : Aide médico-psychologique

ANESM : Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et médico-sociaux

APA : Allocation personnalisée d'autonomie

ARS : Agence régionale de santé

ARSEPT : Association régionale santé éducation et prévention sur les territoires

AS : Aide-soignant

ASH : Agent de service hôtelier

C

CAF : Caisse d'allocations familiales

CAL PACT : Centre d'Amélioration du Logement Propagande et Action Contre les Taudis

CARSAT : Caisse d'assurance retraite et de santé au travail

CASF : Code de l'action sociale et des familles

CCAS : Centre communal d'action sociale

CDCA : Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie

CDCPH : Conseil départemental consultatif des personnes en situation de handicap

CH : Centre hospitalier

CLIC : Centre local d'information et de coordination

CNAV : Caisse nationale d'assurance vieillesse

CODERPA : Comité départemental des retraités et des personnes âgées

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CVS : Conseil de la vie sociale

D

DIRECCTE : Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi

E

EHPA : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EPCI : établissement public de coopération intercommunale

ETP : Equivalent temps-plein

ESMS : Etablissement social ou médico-social

ESSMS : Etablissement et service sociaux ou médico-sociaux

G

GIR : Groupe Iso-Ressource

GMP : Gir Moyen Pondéré

H

HAD : Hospitalisation à domicile

HT : Hébergement temporaire

I

IDE : Infirmier diplômé d'Etat

IREIS : Institut Régional et Européen des métiers de l'Intervention Sociale

M

MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des personnes malades d'Alzheimer

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

MSA : Mutualité sociale agricole

P

PASA : Pôle d'Activité et de Soins Adaptés

PDALPD : Plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées

PRIAC : Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

PRS : Programme régional de santé

S

SAAD : Service d'aide et d'accompagnement à domicile

SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale

SEGPA : Sections d'Enseignements Général et Professionnel Adapté

SROMS : Schéma régional d'organisation médico-sociale

SSEFIS : Service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

SSR : Service de soins de suite et de réadaptation

T

TAD : Transport à la Demande

U

UHR : Unité d'Hébergement Renforcé

USLD : Unité de soins de longue durée

UTAS : Unités Territoriales d'Action Sociales