



CONSEIL GÉNÉRAL Haute-Loire

Social et santé

Chaque jour, avec vous.



2009 - 2013

Le Schéma départemental
en faveur
des personnes âgées

Editorial

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Le Conseil général de la Haute-Loire a adopté le 2 février 2009 les schémas 2009-2013 en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap après l'avis favorable du Comité régional d'organisation sociale et médico-sociale d'Auvergne. A cette occasion, tous les élus ont tenu à souligner la qualité du travail réalisé avec l'ensemble des partenaires.

Ces documents sont en effet le fruit d'une année et demi de travail d'analyse, de réflexion concertée et de propositions à laquelle ont pris part, directement ou indirectement, près de 2.000 personnes. Une nouvelle fois je tiens à les en remercier.

J'ai personnellement tenu à ce que ce travail soit placé sous le signe de la sincérité et de la concertation et je suis très satisfait que ces objectifs aient été remplis.

Mon souhait est que tant les personnes âgées que les personnes en situation de handicap de Haute-Loire puissent, grâce aux actions prévues dans ces schémas, trouver partout sur notre territoire départemental une meilleure réponse à leurs besoins et d'organiser leur vie selon leurs aspirations.

Notre mobilisation collective est nécessaire pour atteindre cet objectif.

Gérard ROCHE
Président du Conseil général

Sommaire

<u>I.</u>	<u>Introduction</u>	4
<u>A.</u>	<u>Un schéma, pour quoi faire ?</u>	4
<u>B.</u>	<u>La méthodologie retenue pour l'élaboration du nouveau schéma</u>	5
<u>II.</u>	<u>Un état des lieux quantitatif du dispositif de prise en charge</u>	7
<u>A.</u>	<u>Une analyse démographique : la Haute-Loire un département vieillissant</u>	7
<u>B.</u>	<u>La prise en charge de ces personnes âgées : quels moyens en Haute-Loire ?</u>	9
<u>C.</u>	<u>Des caractéristiques différenciées sur les territoires de Haute-Loire</u>	15
<u>III.</u>	<u>Evaluation qualitative</u>	26
<u>A.</u>	<u>Une évaluation détaillée du dispositif</u>	26
1.	<u>Le soutien à domicile : une capacité de réponse à la montée en charge</u>	26
a)	<u>La prise en charge de l'augmentation de la demande d'aide à domicile</u>	26
b)	<u>L'amélioration de la qualité de la prise en charge à domicile</u>	28
c)	<u>L'aide aux aidants naturels</u>	29
d)	<u>L'adaptation du logement et de l'habitat des personnes âgées</u>	30
e)	<u>La diversité de la prise en charge des personnes âgées sur le territoire</u>	34
f)	<u>L'aide au transport des personnes âgées en Haute-Loire</u>	34
g)	<u>L'accueil familial</u>	35
h)	<u>Le cloisonnement entre le domicile et l'établissement</u>	36
2.	<u>La prise en charge en établissement</u>	37
a)	<u>La répartition et la diversité de l'offre sur le territoire</u>	37
b)	<u>La qualité de la prise en charge en établissement</u>	38
c)	<u>La professionnalisation de la prise en charge en établissement</u>	39
d)	<u>Le coût des structures d'accueil pour la personne âgée, sa famille et la collectivité</u>	40
e)	<u>La prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés sur le territoire</u>	41
f)	<u>La prévention de la maltraitance en établissement</u>	42
g)	<u>La prise en charge des personnes handicapées vieillissantes</u>	43
h)	<u>Le respect du rythme de vie de la personne âgée en établissement</u>	43
3.	<u>Information et coordination</u>	44
a)	<u>L'organisation de l'information et de la coordination gérontologique</u>	44
b)	<u>La cohérence des partenariats sur le territoire</u>	45
<u>B.</u>	<u>L'évaluation du précédent schéma</u>	47

<u>IV.</u>	<u>La programmation</u>	50
<u>A.</u>	<u>Les perspectives démographiques</u>	50
1.	<u>Précautions méthodologiques</u>	50
2.	<u>Les enseignements</u>	52
3.	<u>L'évolution de la population du département d'ici à 2028</u>	53
4.	<u>L'évolution de la population âgée de 60 ans et plus</u>	54
5.	<u>L'évolution de la population âgée de 75 ans et plus</u>	56
6.	<u>L'évolution de la population âgée entre 75 et 84 ans</u>	58
7.	<u>L'évolution de la population âgée de 85 ans et plus</u>	59
<u>B.</u>	<u>Les besoins de places en établissement</u>	61
1.	<u>Les hypothèses de départ</u>	61
2.	<u>La conjoncture départementale en matière d'hébergement pour personnes âgées</u>	61
3.	<u>Les projections départementales</u>	62
4.	<u>Déclinaison territoriale des projections départementales</u>	63
<u>V.</u>	<u>Les orientations du nouveau schéma</u>	64
1.	<u>Axe 1 : Répondre aux besoins des territoires</u>	65
2.	<u>Axe 2 : Mieux informer les familles et coordonner les prises en charge</u>	72
3.	<u>Axe 3 : Aider les aidants et lutter contre l'isolement</u>	77
4.	<u>Axe 4 : Améliorer la qualité de la prise en charge à domicile et en établissement</u>	80
<u>VI.</u>	<u>Annexes</u>	86
<u>A.</u>	<u>Les « cartes d'identité » territoriales</u>	86
<u>B.</u>	<u>Résultats des enquêtes</u>	89
1.	<u>Résultats de l'enquête menée auprès des personnes âgées à domicile</u>	89
2.	<u>Résultats de l'enquête menée auprès des structures d'accueil pour personnes âgées dépendantes</u> ..	103
<u>VII.</u>	<u>Glossaire</u>	109

I. Introduction

L'élaboration d'un schéma gérontologique est certes une obligation légale, qui incombe au Conseil général. Mais c'est surtout l'occasion pour l'ensemble des partenaires du secteur des personnes âgées de poser un diagnostic sur la prise en charge actuelle et pour le Conseil général de définir les grandes orientations de ses politiques pour les 5 prochaines années.

L'élaboration de ce schéma s'est déroulée sur 18 mois, qui ont permis de réaliser ce travail de fond, structurant pour les années à venir.

A. Un schéma, pour quoi faire ?

Prévus à l'article L. 113-2 du Code de l'action sociale et des familles, les schémas d'organisation sociale et médico-sociale sont établis pour une période de 5 ans. Ils sont élaborés au niveau départemental et adoptés par le Conseil général après concertation avec le représentant de l'Etat et avis du Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS).

Ils doivent être en cohérence avec les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) mentionnés aux articles L. 6121-1 et L. 6121-3 du Code de la santé publique¹.

Par ailleurs, il convient de rappeler que depuis la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, qui a introduit au sein du Code de l'action sociale et des familles l'article L.313-4, **les schémas 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.

Enfin, depuis 2005, le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (**PRIAC**) visé à l'article L.312-5-1 du Code l'action sociale et des familles doit quant à lui être actualisé sur la base de ce schéma départemental. Selon cet article, les priorités de financement de création ou extension d'établissements ou de services sont établies et actualisées notamment sur la base des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale. C'est dire l'importance stratégique du schéma départemental.

L'objectif général du schéma est :

- D'apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population ;
- De dresser le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante ;

¹ Le SROS actuellement en vigueur en Auvergne date de mars 2006.

- De déterminer les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale et, notamment, ceux nécessitant des interventions sous forme de création, transformation ou suppression d'établissements et services et, le cas échéant, d'accueils familiaux relevant du titre IV du livre IV ;
- De préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, à l'exception des structures expérimentales prévues au 12° du I de cet article, ainsi qu'avec les établissements de santé définis aux articles L. 6111-1 et L. 6111-2 du Code de la santé publique ou tout autre organisme public ou privé, afin de satisfaire tout ou partie des besoins mentionnés au premier point ;
- De définir les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre de ces schémas.

B. La méthodologie retenue pour l'élaboration du nouveau schéma

Le précédent schéma, élaboré en 2002, est venu à échéance en décembre 2007. Le chantier du nouveau schéma a été lancé en juin 2007. Il s'achève en février 2009.

Première caractéristique : ce schéma en faveur des personnes âgées a été **élaboré en parallèle de celui en faveur des personnes handicapées** (enfants, adolescents et adultes). Ces deux schémas présentent en effet des problématiques proches sur de nombreux points et certains dispositifs leur sont communs. Cette volonté de mener les deux schémas de manière parallèle répond également aux orientations de rapprochement posées dans la loi du 11 février 2005.

Gérard Roche, Président du Conseil général, a également annoncé de manière très forte qu'il souhaitait **un schéma « sincère »** : qui fasse l'état des besoins de la manière la plus objective possible et que les réalisations puissent ensuite être programmées dans le temps, en fonction des moyens du Conseil général, quitte à dépasser la période programmatique des 5 ans. Le Conseil général s'est appuyé dans ses travaux sur la collaboration d'un cabinet extérieur, Enéis Conseil.

La concertation a été le maître-mot de la réalisation du schéma, ceci dans un triple objectif :

- premièrement, associer le plus largement possible les services du Conseil général, de l'Etat et les professionnels à la définition de la politique publique ;
- deuxièmement, interroger les personnes âgées à la fois sur leur vision du dispositif mais également sur une définition de leurs besoins ;
- troisièmement, établir un recensement de données statistiques concernant les services et établissements sur l'ensemble du territoire.

Outre la **centaine d'entretiens** qui a été réalisée dans le cadre de l'évaluation du dispositif en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées, **plusieurs enquêtes** à l'échelle du département ont été menées :

- une enquête auprès des personnes âgées à domicile
- une enquête auprès des personnes âgées hébergées en structures d'accueil
- un questionnaire auprès des directeurs d'établissements hébergeant des personnes âgées.

Par ailleurs, **deux sessions de groupes de travail** ont réuni plus de 200 participants, permettant de réfléchir, ensemble, à des pistes d'actions.

Au total, **ce sont près de 2.000 personnes** qui ont pris part à la phase de diagnostic et/ou à celle d'élaboration des orientations.

Le présent schéma départemental 2009-2013 se compose de trois parties :

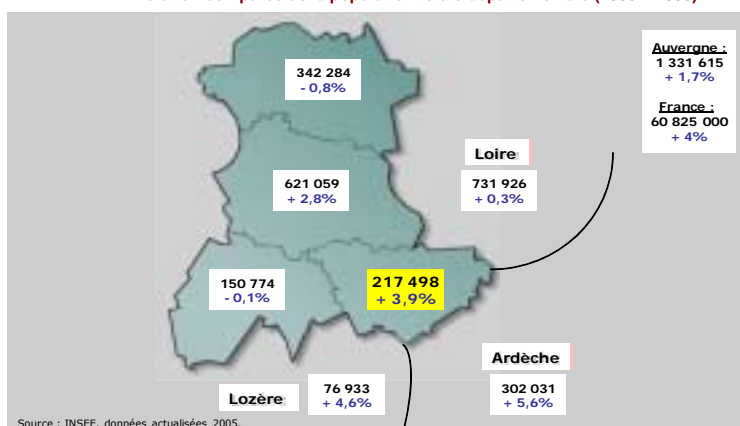
1. en premier lieu, une partie consacrée à l'évaluation du dispositif permet de positionner le département de la Haute-Loire par rapport aux moyennes régionales et nationales. Cette partie consacrée à l'évaluation s'attache également à décrire de façon précise la répartition des capacités (établissement/domicile) sur l'ensemble du territoire. Un diagnostic approfondi du dispositif, allant au-delà de la simple évaluation du précédent document directeur, est proposé. Il recouvre de manière exhaustive l'ensemble des éléments de la prise en charge, en étayant le bilan de quelques exemples observés sur le terrain.
2. dans une deuxième partie, des éléments de projections démographiques et de besoins en places d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sont présentés afin de permettre de planifier les besoins futurs et les réponses qui pourront y être apportées.
3. enfin, dans une troisième partie, les orientations du schéma et leurs déclinaisons en actions sont exposées. Les plans d'action sont élaborés de manière à entrer dans les détails de la mise en œuvre sans pour autant enfermer les acteurs dans des dispositifs trop contraignants.

II. Un état des lieux quantitatif du dispositif de prise en charge

A. Une analyse démographique : la Haute-Loire un département vieillissant

A dominante rurale, la Haute-Loire est le second département le moins peuplé de la région Auvergne. En 2005, le département comptait 217 418 habitants, l'Allier 342 284, le Cantal 150 774, et le Puy de Dôme 621 059 habitants. Selon les estimations INSEE de 2008, le département compte aujourd'hui un peu plus de 219 400 habitants. La Haute-Loire a connu la plus importante croissance démographique de la région depuis 1999 (+ 3,9 %), quasi équivalente à la moyenne nationale (+ 4 %).

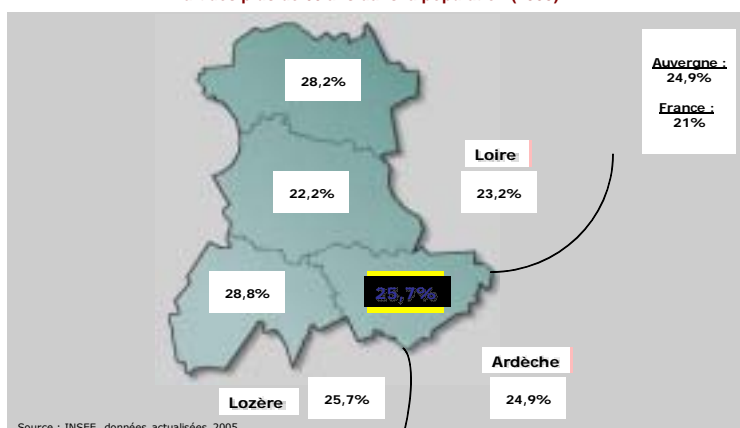
Évolution comparée de la population totale départementale (1999 – 2005)



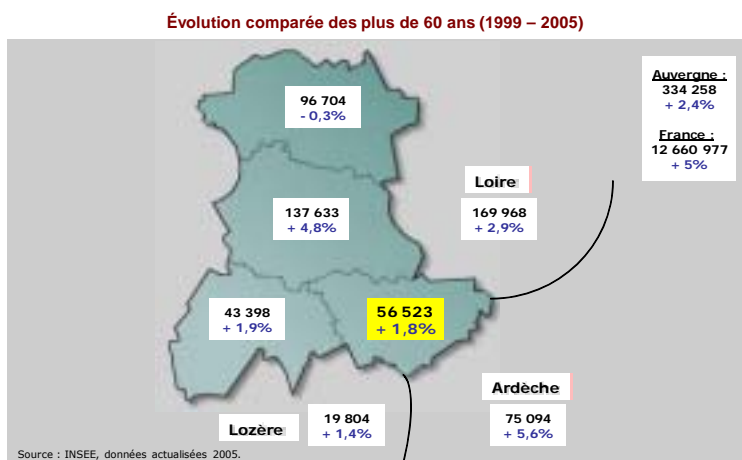
Aujourd'hui en Haute-Loire, plus d'une personne sur 4 a plus de 60 ans, plus d'une personne sur 10 a plus de 85 ans.

Le département de la Haute-Loire compte plus de 56.500 personnes âgées de 60 ans et plus. La part de cette classe d'âge dans la population totale reste sensiblement élevée (25,7 % en 2005), signe que le département de la Haute-Loire **est un département à population relativement âgée**. Ce taux dépasse de plus de 4 points la moyenne nationale, mais la moyenne régionale seulement d'un point.

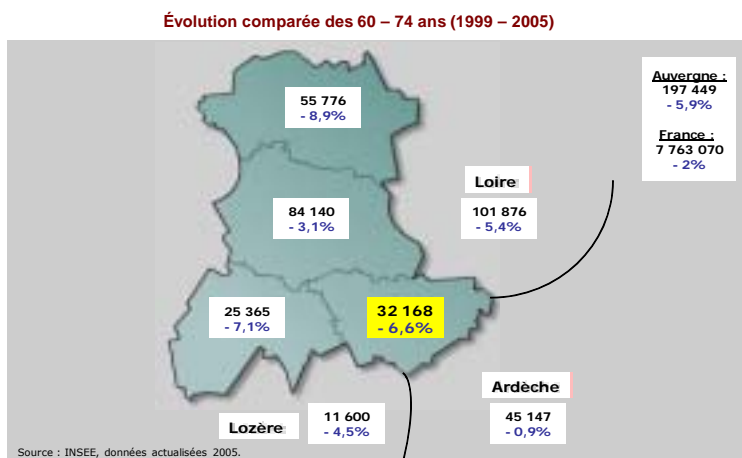
Part des plus de 60 ans dans la population (2005)



Toutefois, de 1999 à 2005, la croissance démographique de cette tranche d'âge (+ 1,8 %) a été près de trois fois moins rapide que la moyenne française de la même tranche d'âge (+ 5 %).

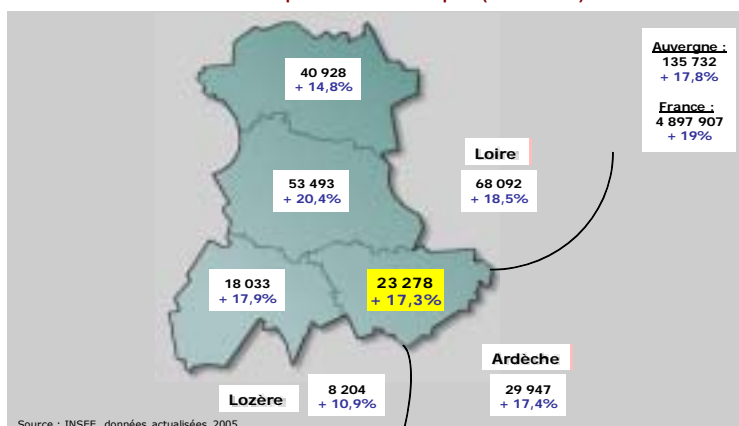


S'agissant des personnes âgées de 60 à 74 ans, la Haute-Loire compte plus 32 000 habitants situés dans cette tranche d'âge. En raison de l'arrivée à l'âge de la retraite des classes d'âge de l'Entre-Deux-Guerres leur nombre a diminué entre 1999 et 2005.



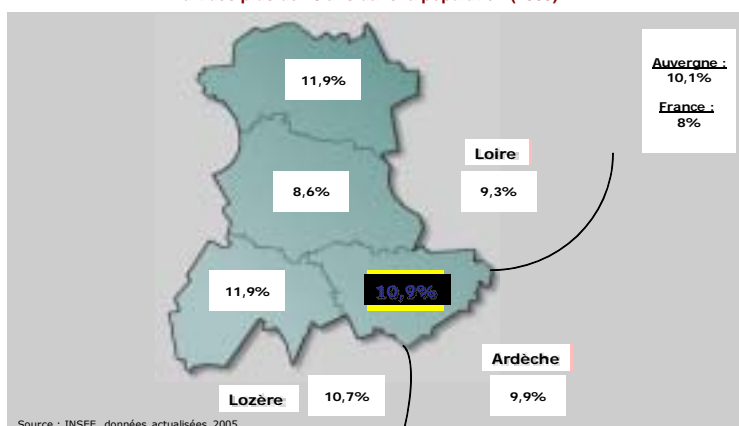
Près de 25 000 habitants de Haute-Loire sont âgés de 75 ans et plus. Entre 1999 et 2005, leur évolution est demeurée inférieure de près de deux points à la moyenne nationale, et elle fut similaire à la moyenne régionale.

Évolution comparée des 75 ans et plus (1999 – 2005)



Si elle n'est pas la plus élevée de la région, la part des personnes âgées de 75 ans et plus au sein de la population totale (10,9 %) est supérieure de plus de 25 % de la moyenne nationale, et de 0,9 point à la moyenne régionale. Toutefois, le département présente un ratio inférieur aux départements de l'Allier et du Cantal.

Part des plus de 75 ans dans la population (2005)

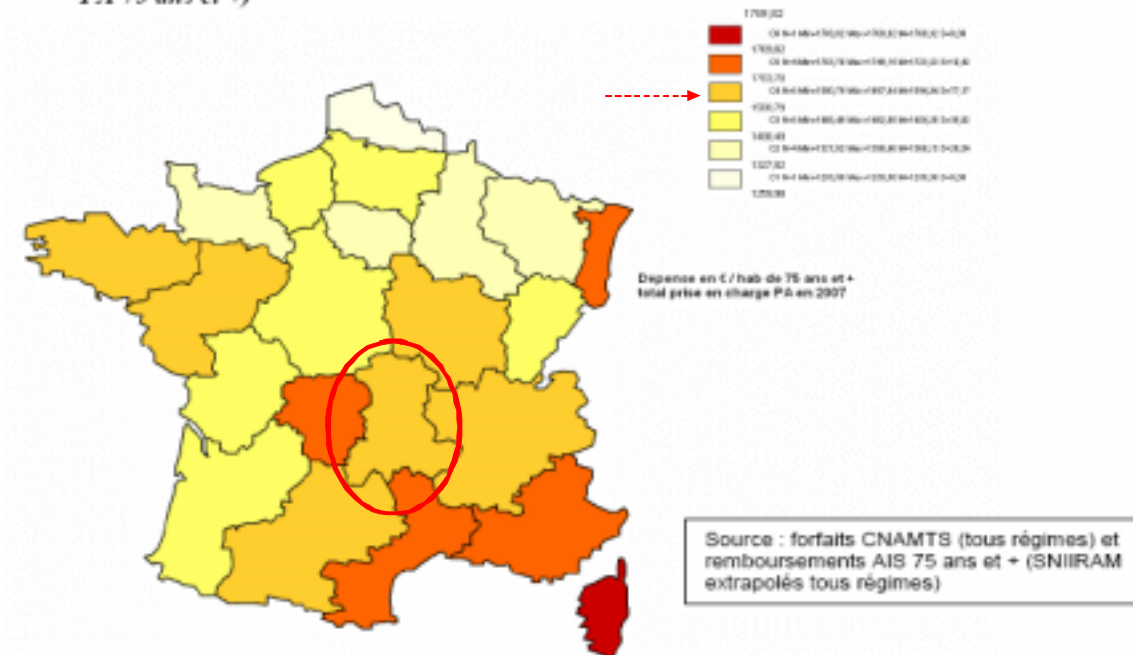


B. La prise en charge de ces personnes âgées : quels moyens en Haute-Loire ?

Des dépenses médico-sociales « dans la moyenne »

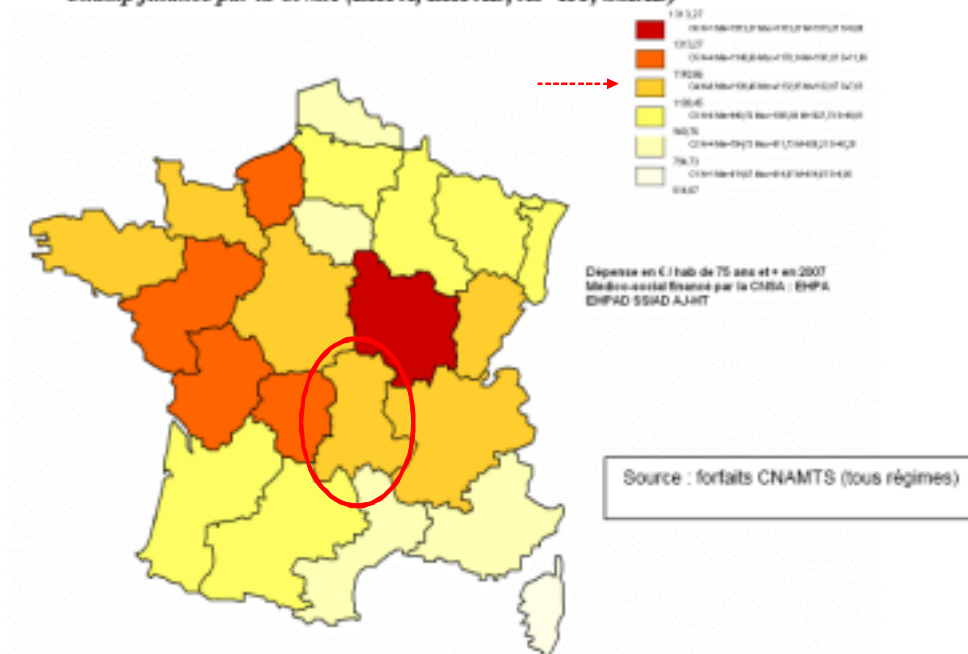
Au regard des dépenses médico-sociales en faveur des personnes âgées de 75 ans et plus, la région Auvergne se situait en 2007 dans la moyenne nationale avec une dépense de 1 703 € par personne.

- Dépenses médico -sociales en €/hab de 75 ans et + en 2007 par région**
- **Totalité prise en charge médico-sociale PA (EHPA, EHPAD, AJ- HT, SSIAD, USLD, AIS PA 75 ans et +)**



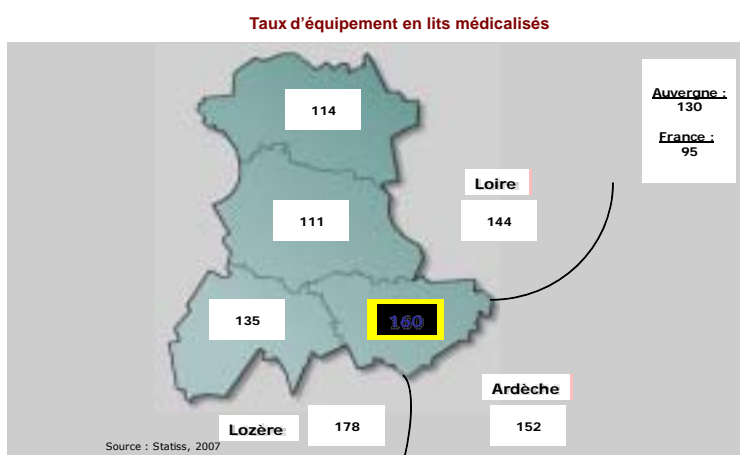
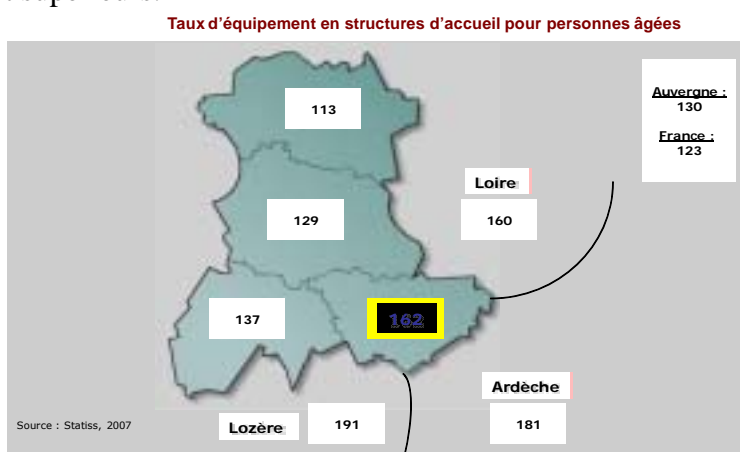
La part financée par la CNSA dans la région Auvergne s'élevait à 1 140 € par personne âgée de 75 ans et plus en 2007.

- Dépenses médico -sociales en €/hab de 75 ans et + en 2007 par région**
- **Champ financé par la CNSA (EHPA, EHPAD, AJ- HT, SSIAD)**



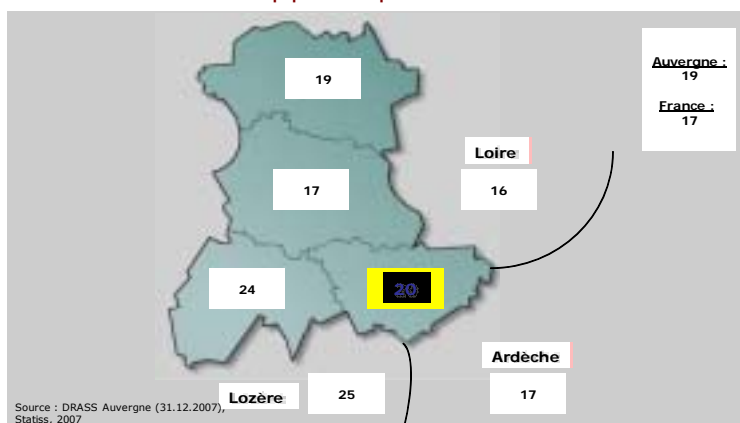
Afin de répondre aux enjeux du vieillissement de la population, le département dispose d'ores et déjà d'un équipement en structures d'hébergement et en services important.

Le dispositif de prise en charge en établissement des personnes âgées dépendantes de la Haute-Loire se caractérise par un **taux d'équipement en structures d'hébergement important, supérieur de 50 % à la moyenne nationale** (162 places pour mille habitants âgés de 75 ans et plus contre 123 places pour mille habitants en France). Des départements de la région et limitrophes, seuls les départements de la Lozère et de l'Ardèche présentent des taux d'équipement supérieurs.



En ce qui concerne les **places de SSIAD**, le département de la Haute-Loire présente le **second taux le plus élevé de la région Auvergne** (20 places de SSIAD pour mille habitants âgés de 75 ans et plus, soit un point de moins que le taux cible fixé par le Ministère de la Santé). Il est supérieur d'un point au taux moyen régional, et de 3 points au taux moyen français.

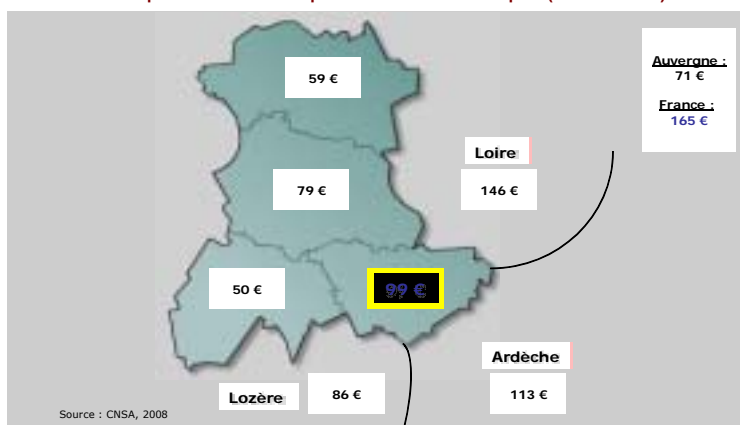
Taux d'équipement en places de SSIAD autorisées



Une démographie médicale peu favorable

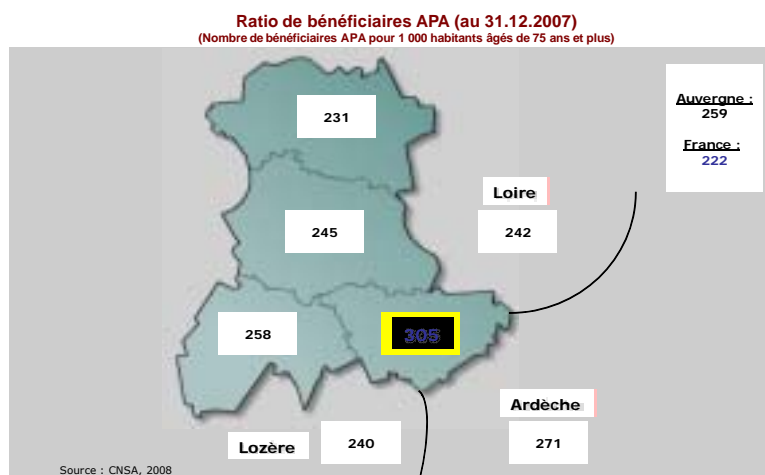
Toutefois, ce niveau d'équipement élevé en places de SSIAD doit être mis en regard des **difficultés en matière de démographie médicale** que connaît le département. Ainsi, les dépenses en actes infirmiers de soins par habitant de 75 ans et plus au 31 décembre 2006 s'élevaient à 99 € et étaient donc les plus élevées de la région tout en demeurant très inférieures à la moyenne nationale. Ce faible niveau de dépenses est également corrélé au manque d'infirmiers libéraux dans le département.

Dépenses en actes AIS par habitant de 75 ans et plus (au 31.12.2006)

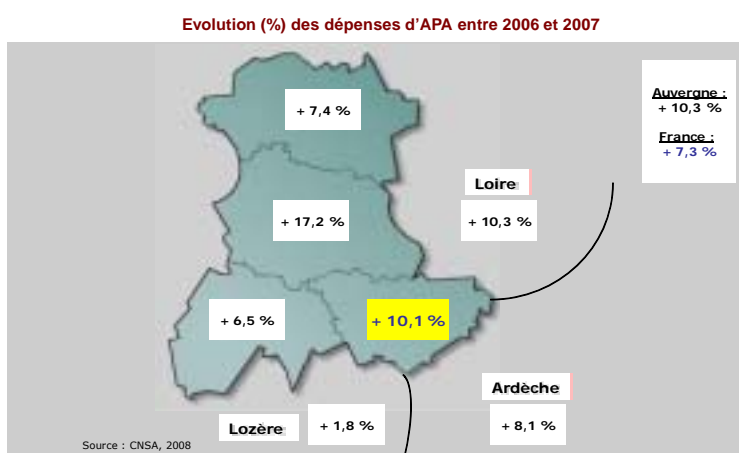


Beaucoup de bénéficiaires APA dans la population âgée

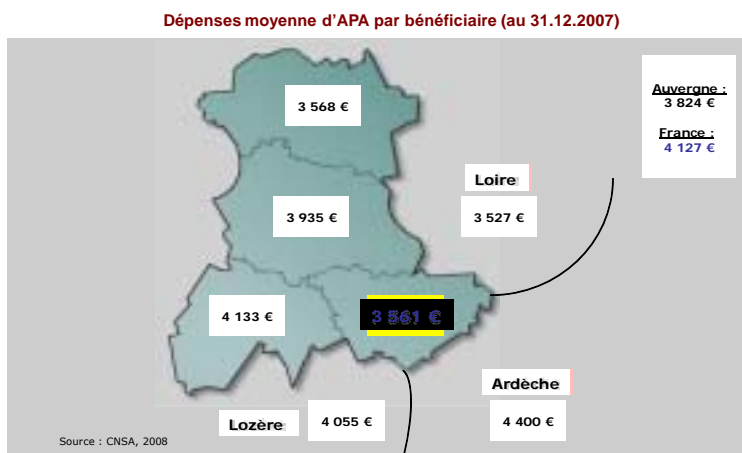
La Haute-Loire se démarque des autres départements par un ratio de bénéficiaires APA particulièrement élevé : 305 bénéficiaires pour mille habitants âgés de 75 ans et plus, soit le **ratio le plus élevé de la région, et supérieur de près de 80 points à la moyenne nationale.**



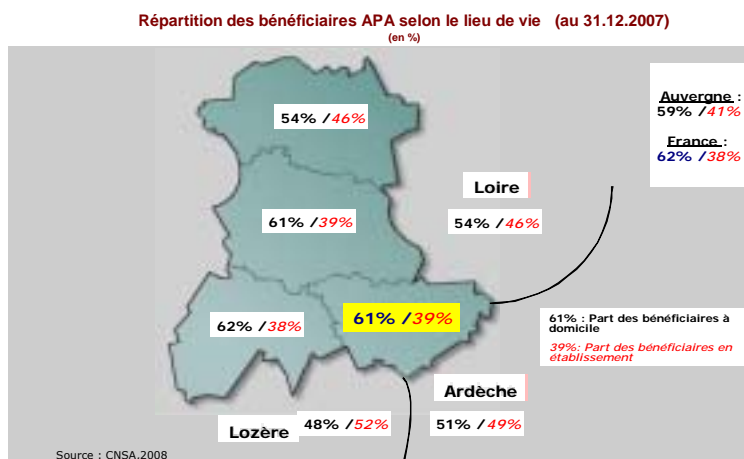
Par ailleurs, la progression des dépenses d'APA en Haute-Loire est très dynamique : ces dépenses ont augmenté de 10 % entre 2006 et 2007, soit 3 points de plus que le taux de croissance nationale.



Le Conseil général de la Haute-Loire verse en moyenne **3 561 € par bénéficiaire et par an au titre de l'APA**. Ce montant moyen est inférieur à celui observé dans d'autres départements en raison du poids très fort des personnes en GIR 4 en Haute-Loire (dont le plan moyen est plus bas).



La ventilation des dépenses APA entre les bénéficiaires à domicile et en établissement fait apparaître une **prédominance du domicile**, conforme aux moyennes tant nationale que régionale.

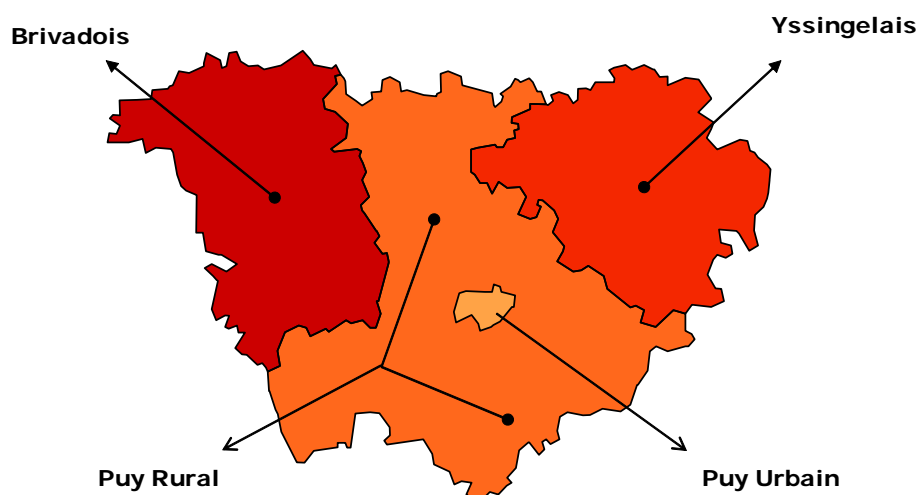


C. Des caractéristiques différenciées sur les territoires de Haute-Loire

Afin d'affiner l'analyse, nous avons réalisé des diagnostics au niveau de 4 sous-territoires du département qui correspondent aux territoires d'action sociale du Conseil général de la Haute-Loire :

- Territoire du Brivadois
- Territoire de l'Yssingelais
- Territoire du Puy Urbain
- Territoire du Puy Rural

Les territoires ne présentent en effet pas des caractéristiques uniformes et les pistes d'action proposées doivent tenir compte de ces différences territoriales.

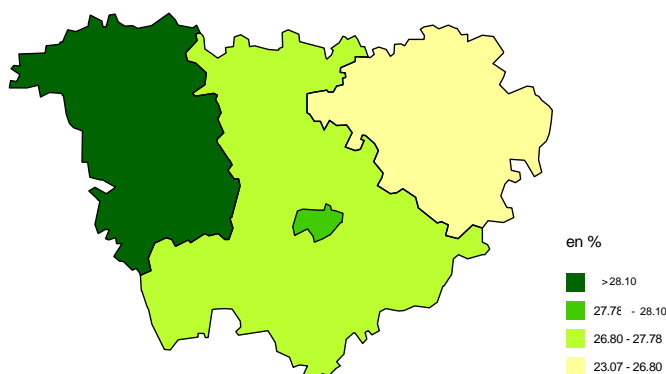


Des « fiches d'identité territoriale » chiffrées sont annexées au présent document pour donner une lecture synthétique de l'ensemble des indicateurs pertinents propres à chacun de ces territoires.

A l'image des départements de la Région Auvergne (hors Puy de Dôme), et plus largement de la partie méridionale de la France, la Haute-Loire connaît un vieillissement avancé de sa population. Selon l'INSEE, en 2008, le département compte un peu plus de 56 500 personnes âgées de 60 ans et plus, représentant 26 % de la population totale (soit 5 points de plus que la moyenne nationale). Plus d'un Altaligérien sur quatre est aujourd'hui âgé de plus de 60 ans.

Au sein du département, les personnes âgées sont particulièrement présentes dans les territoires du Brivadois (28 % de la population totale, soit 4 625 personnes) et du Puy Urbain (27 %, soit 4 443 personnes). L'Est du département, l'Yssingelais, orienté vers la région Rhône-Alpes, constitue le territoire le plus jeune du département : « seulement » 23 % de la population y est âgée de plus de 60 ans (soit 18 595 personnes).

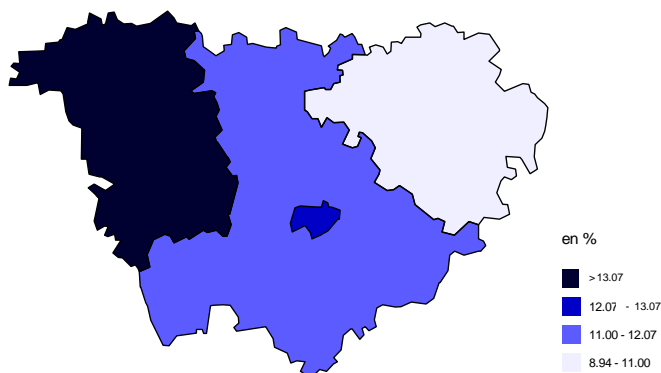
Part des personnes âgées de 60 ans et plus selon les territoires



Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent en Haute-Loire plus de 23 300 habitants et 11 % de la population départementale, alors qu'en France, ce niveau s'élève à 8 %. La part importante de cette tranche d'âge indique le caractère avancé du vieillissement de la population de la Haute-Loire.

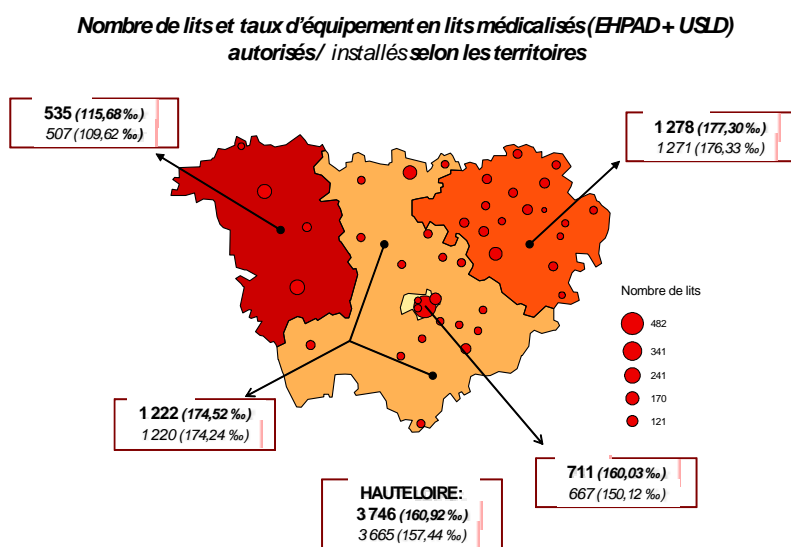
La répartition territoriale des personnes âgées de 75 ans et plus suit celle des plus de 60 ans. Le Brivadois, avec 4 625 habitants dans cette tranche d'âge, et le Puy Urbain (4 443 personnes) représentent les territoires les plus vieillissants au regard de leur population totale, suivis du Puy Rural (7 000 personnes) et de l'Yssingelais (7 200 personnes).

Part des personnes âgées de 75 ans et plus selon les territoires



L'une des forces de la Haute-Loire dans la prise en charge des personnes âgées réside dans le niveau d'équipement en lits médicalisés disponibles dans le département. La Haute-Loire compte ainsi 3 746 lits médicalisés (EHPAD et USLD) et un ratio s'élevant à 160 lits pour mille habitants âgés de 75 ans et plus, alors que le niveau français ne dépasse pas 95 ‰.

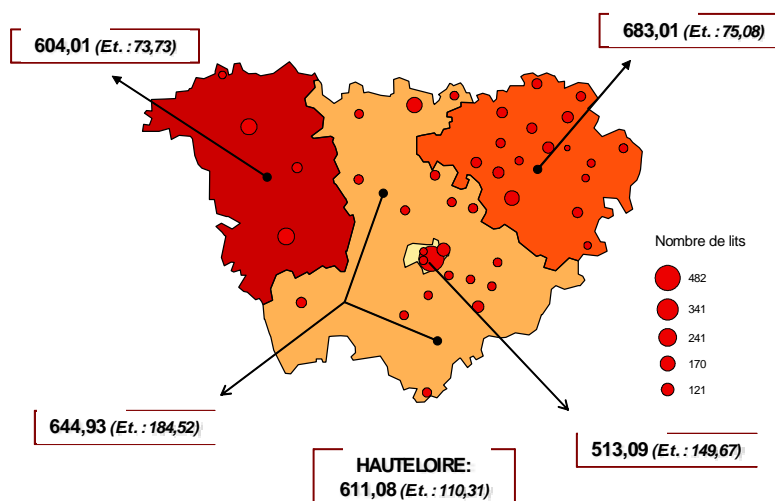
Les établissements se concentrent surtout dans l'Est et le centre du département : l'Yssingelais et le Puy Rural présentent des taux d'équipement supérieurs ou égaux au niveau départemental. En revanche, le Brivadois, secteur le plus vieillissant, ne compte que cinq établissements et un taux d'équipement inférieur de 45 points à la moyenne départementale. Le Puy urbain est également légèrement inférieur à la moyenne départementale



L'observation des niveaux de dépendance des résidents dans les EHPAD indique des GMP moyennement élevés. Toutefois, l'écart-type, supérieur à 100 en moyenne départementale, souligne des différences notables entre établissements au regard de la dépendance des résidents qu'ils accueillent.

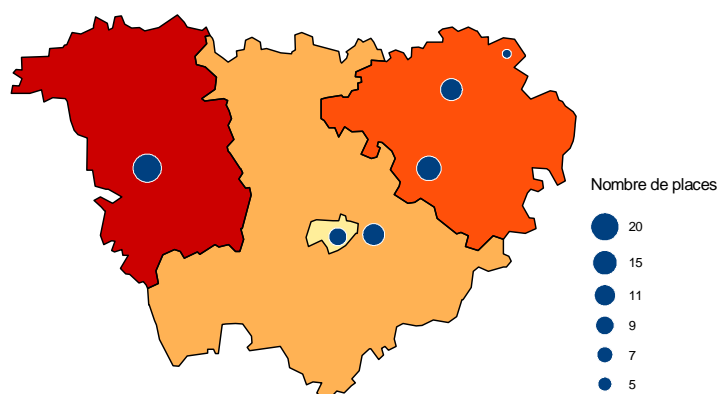
Les territoires les plus jeunes du département, également les mieux équipés en lits médicalisés, présentent des niveaux de GMP moyen en EHPAD supérieurs à ceux du Brivadois et du Puy Urbain. Par ailleurs, on constate des écarts importants dans les niveaux de dépendance des résidents accueillis : le Puy Urbain dispose du plus faible GMP moyen et de l'écart-type le plus important, montrant ainsi des modalités d'accueil et de prise en charge différentes entre EHPAD.

GMP moyen et écart-type des GMP (Et.) des EHPAD selon les territoires



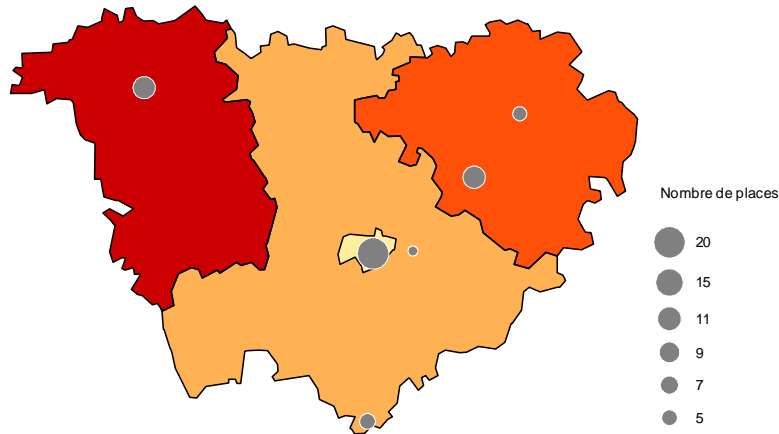
Le département présente un équipement en lits d'hébergement temporaire s'élevant à 69 lits autorisés, dont 48 sont effectivement installés. Toutefois, cet équipement souffre d'une couverture territoriale déséquilibrée. Ainsi, l'Yssingelais et le Brivadois sont chacun quatre fois plus dotés que le Puy Urbain, où seul un lit est en service.

Répartition des lits d'hébergement temporaire selon les territoires



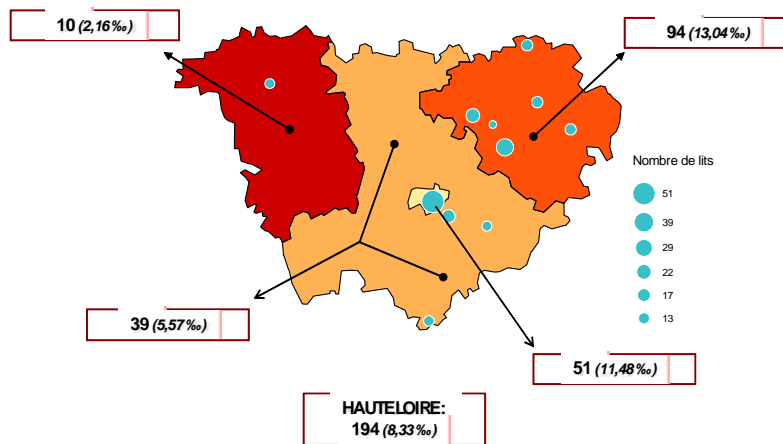
En matière de places d'accueil de jour, la quasi-totalité des 51 places autorisées sont installées et les niveaux d'équipement entre territoires sont relativement équilibrés. Cependant, le Nord et l'Ouest du département ne sont pas couverts.

Répartition des places d'accueil de jour selon les territoires



L'équipement destiné à l'hébergement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées représente 194 lits d'unités spécifiques en EHPAD et en USLD, soit plus de 8 lits pour mille habitants âgés de 75 ans et plus. Toutefois, ce niveau d'équipement n'est pas homogène dans le département : l'Yssingelais concentre à lui seul près de la moitié des 194 lits, et le Puy Urbain un tiers, tandis que le Brivadois, avec 10 lits dédiés, est six fois moins équipé que l'Yssingelais.

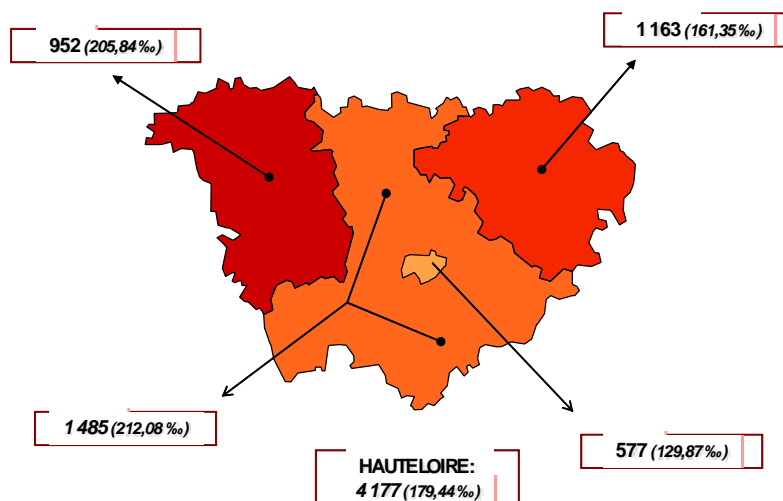
Nombre de lits et taux d'équipement en lits d'unités Alzheimer installés en EHPAD et en USLD selon les territoires



Concernant la prise en charge à domicile, qui se concrétise notamment à travers l'APA à domicile, le département compte un nombre de bénéficiaires très importants au regard de la population concernée (180 bénéficiaires à domicile pour mille personnes âgées de 75 ans et

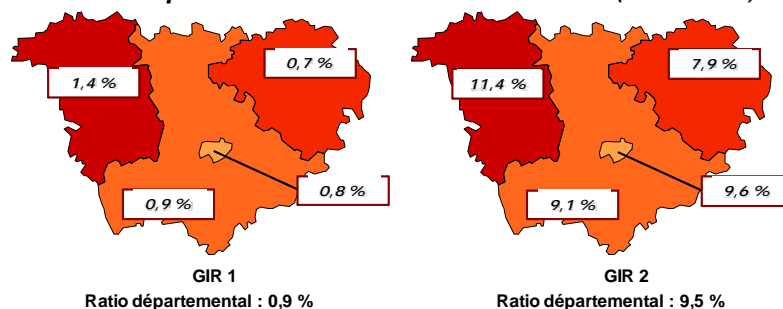
plus). Ceux-ci sont surtout présents dans l'Ouest du département, là où les équipements en matière d'hébergement pour personnes âgées sont les moins présents. Par ailleurs, le territoire du Puy Urbain, avec 577 bénéficiaires et un ratio de 130 bénéficiaires pour mille habitants âgés de 75 ans et plus, compte 40 % de bénéficiaires de moins que le niveau départemental, et 60 % de moins que dans le Puy Rural.

Répartition des bénéficiaires APA à domicile selon les territoires
(au 31.12.2007)



Les bénéficiaires APA à domicile très dépendants (GIR 1 et 2) représentent 10 % du total des bénéficiaires. En France, leur part moyenne s'élève à 18 %. Ils sont surtout présents dans le Centre et l'Ouest du département. L'Yssingelais constitue le territoire où les bénéficiaires très dépendants sont les moins représentés, notamment en raison de l'équipement important en structures d'accueil dont bénéficie ce territoire. A l'inverse, le Brivadois qui dispose de peu de lits en établissements, compte une très forte proportion de bénéficiaires APA à domicile très dépendants.

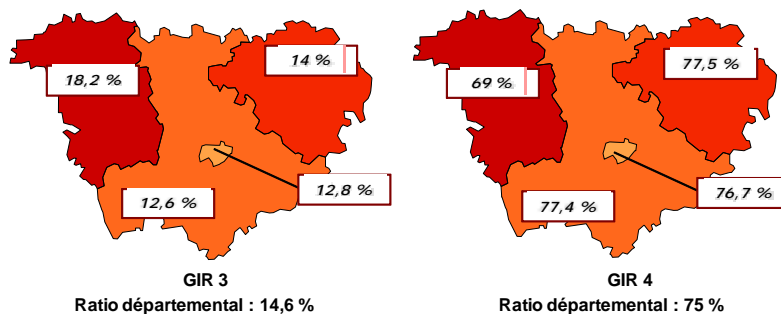
Taux de GIR pour l'APA à domicile selon les territoires (au 31.12.2007)



La spécificité de la Haute-Loire se traduit à travers la proportion de bénéficiaires APA moyennement dépendants. Si la part des bénéficiaires GIR 3 est sensiblement peu élevée (14,6 % en Haute-Loire contre 22 % en France), celle des GIR 4 est quant à elle très

importante. Ainsi, 75 % des bénéficiaires APA à domicile en Haute-Loire sont en GIR 4, alors que la moyenne nationale ne dépasse guère les 57 %.

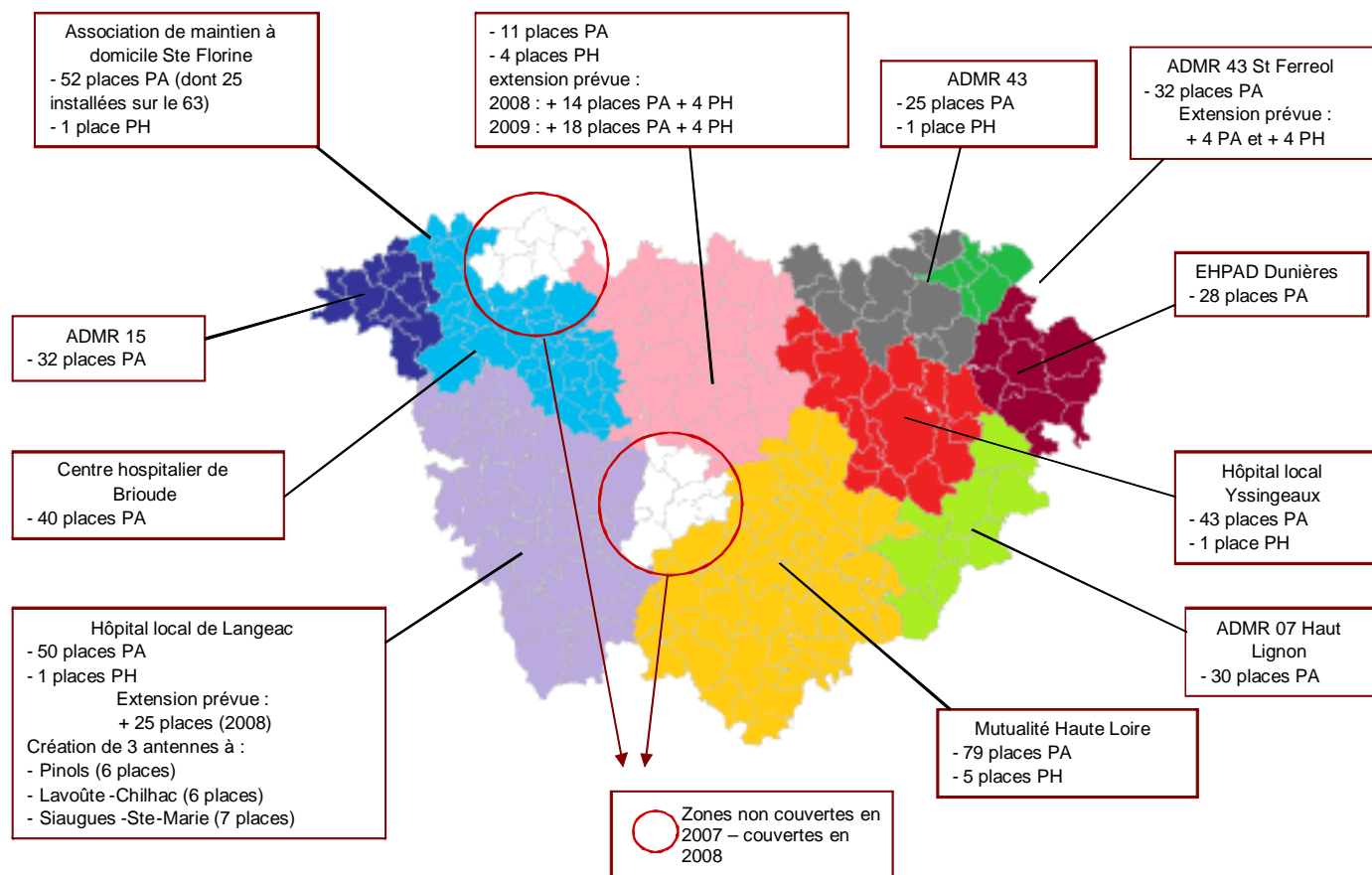
Taux de GIR pour l'APA à domicile selon les territoires (au 31.12.2007)



Au sein du département, ces bénéficiaires sont relativement plus présents dans la moitié Est (Yssingelais et Puy Rural).

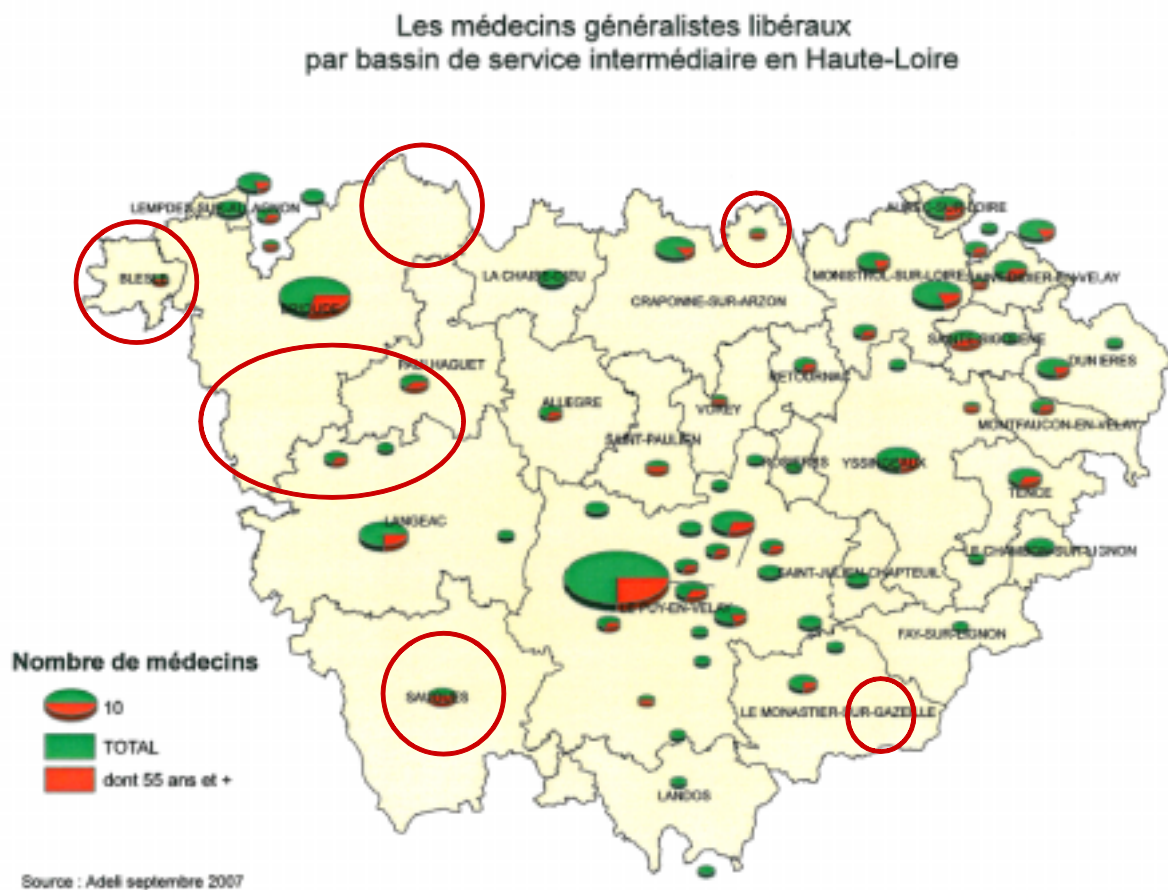
Autre composante du dispositif de prise en charge à domicile et non des moindres, l'équipement en places de SSIAD dans le département est important. Ainsi, le taux d'équipement altiligérien s'élève à 20 places de SSIAD pour mille habitants âgés de 75 ans et plus, quand le niveau national atteint 17 %. En 2007, le département comptait deux zones non couvertes, qui ont été résorbées fin 2008.

Nombre de places et zones de couverture des SSIAD

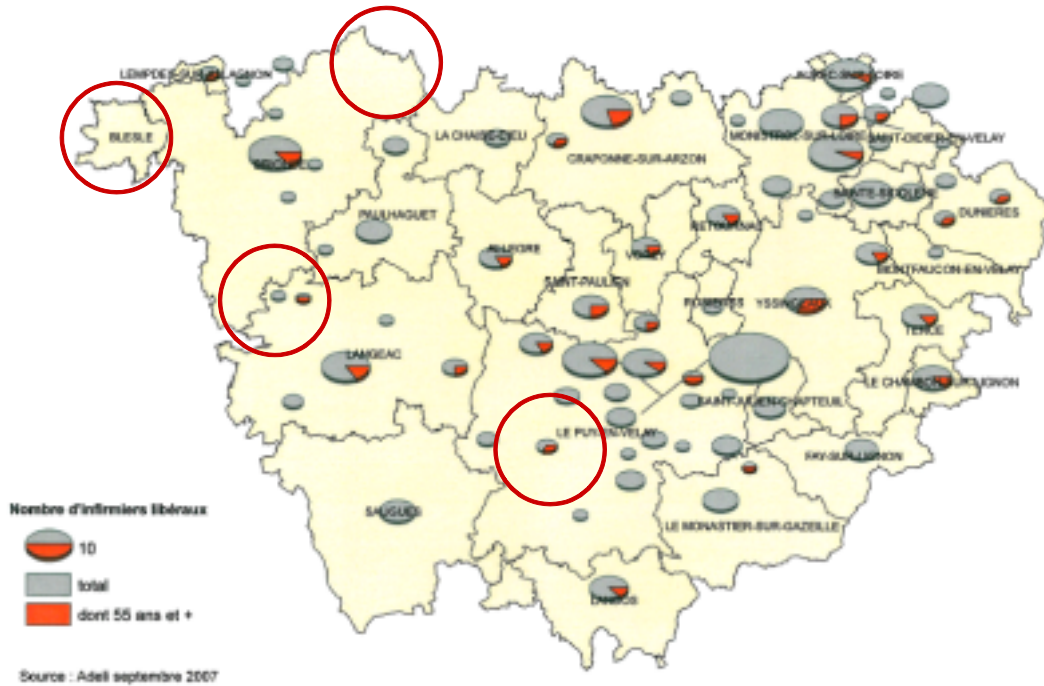


La démographie médicale représente un autre point crucial de la prise en charge à domicile des personnes âgées. Sur ce point, la Haute-Loire, comme les autres départements auvergnats, souffre de carences actuelles et à venir importantes, que ce soit en termes de médecins généralistes ou spécialistes, d'infirmiers libéraux ou de kinésithérapeutes.

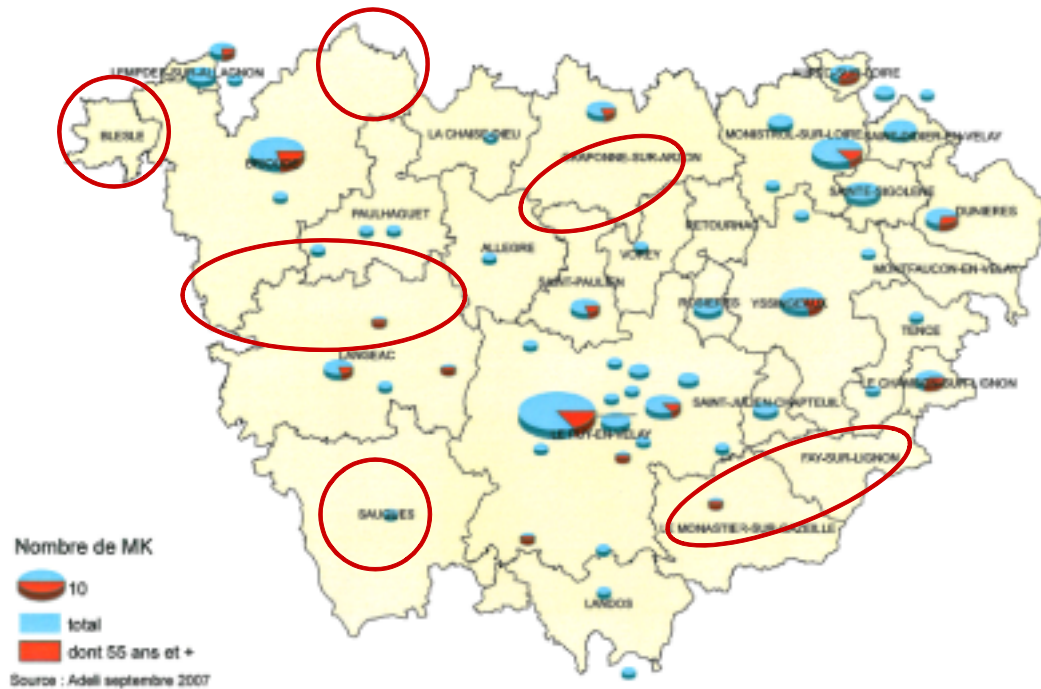
Les trois cartes qui suivent montrent l'état en septembre 2007 de la démographie médicale en Haute-Loire.



Les infirmiers libéraux
par bassin de service intermédiaire en Haute-Loire



Les masseurs kinésithérapeutes libéraux
par bassin de service intermédiaire en Haute-Loire



Au total, des caractéristiques propres à chacun des territoires apparaissent :

- **Le territoire du Brivadois** est le moins équipé en structures d'accueil pour personnes âgées, alors qu'il constitue le territoire dont le caractère vieillissant de la population est le plus accentué. Conséquence de cette situation, la part des bénéficiaires APA à domicile en situation de grande dépendance est très importante. En outre, des difficultés en matière de démographie médicale se font jour particulièrement dans ce secteur, et devraient s'accroître dans les années à venir.
- **Le territoire du Puy Rural**, le plus vaste, présente un équipement en structures d'accueil pour personnes âgées plus élevé que la moyenne départementale. Toutefois, des disparités fortes existent sur ce territoire, en termes d'équipement en structures d'accueil comme en termes de démographie médicale.
- **Le territoire du Puy Urbain**, second en termes de vieillissement après le Brivadois, présente un équipement sensiblement inférieur à la moyenne départementale, notamment en ce qui concerne les EHPAD. En revanche, le dispositif de prise en charge à domicile peut s'appuyer sur une démographie médicale plus dynamique qu'ailleurs dans le département.
- Enfin, **le territoire de l'Yssingelais**, orienté vers Saint-Etienne et la région Rhône-Alpes, constitue le territoire le mieux équipé en structures d'accueil pour personnes âgées. Concernant les bénéficiaires APA à domicile, l'Yssingelais se caractérise par une proportion très importante de personnes âgées moyennement dépendantes.

III. Evaluation qualitative

Au travers des entretiens conduits par le cabinet Enéis, sur la base de toute la documentation recueillie sur notre champ d'investigation et des informations recueillies par les questionnaires, il a été possible d'établir un diagnostic détaillé de la prise en charge des personnes âgées dépendantes sur notre territoire. Compte tenu du grand nombre des acteurs entendus, ce diagnostic apparaît comme **un diagnostic assez largement partagé**.

Les affirmations qui y figurent ne sont donc pas des assertions du Conseil général mais bien le compte-rendu de ce qui est « majoritairement ressorti » des entretiens menés. Par ailleurs, quelques établissements sont parfois cités à titre d'exemple, il s'agit d'établissements plus particulièrement étudiés par le cabinet qui n'a pu se rendre dans tous les établissements de la Haute-Loire : d'autres bonnes pratiques existent sur le territoire qui ne sont malheureusement pas citées dans ce diagnostic.

A. Une évaluation détaillée du dispositif

Plusieurs champs sont examinés tour à tour : le soutien à domicile, l'accueil en établissement et les problématiques d'information et de coordination.

1. Le soutien à domicile : une capacité de réponse à la montée en charge

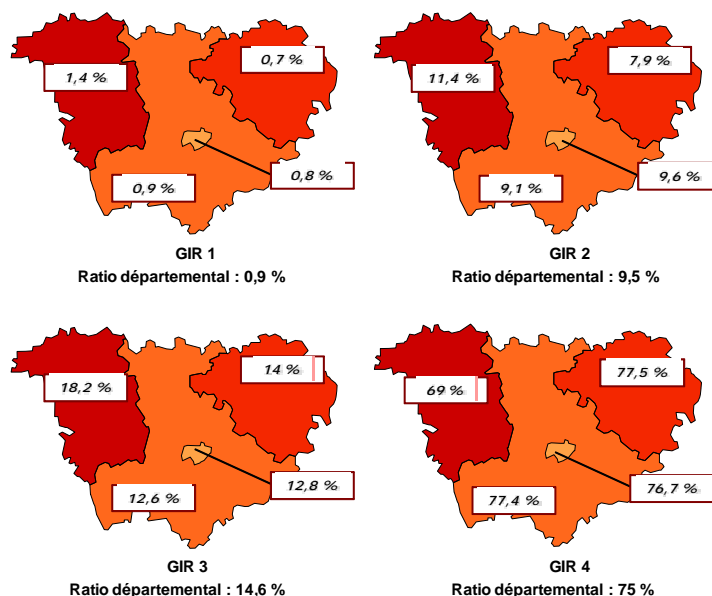
a) La prise en charge de l'augmentation de la demande d'aide à domicile

Le développement du dispositif de maintien à domicile, principalement à travers l'APA, a été **reconnu comme un succès** de manière unanime par les acteurs rencontrés. Si quelques difficultés ont pu émerger lors de sa mise en place, le système dans son ensemble a été initié rapidement et la situation est à présent équilibrée.

Aujourd'hui, le dispositif est jugé ainsi : les prestations offertes aux personnes âgées dans le cadre de l'APA répondent de manière adéquate à leurs besoins (SAAD, téléalarme, portage de repas). La coordination entre les équipes médico-sociales et les SAAD gagnerait toutefois à être renforcée, ces derniers ayant souvent souligné la non-communication du plan d'aide (même en cas d'APA d'urgence).

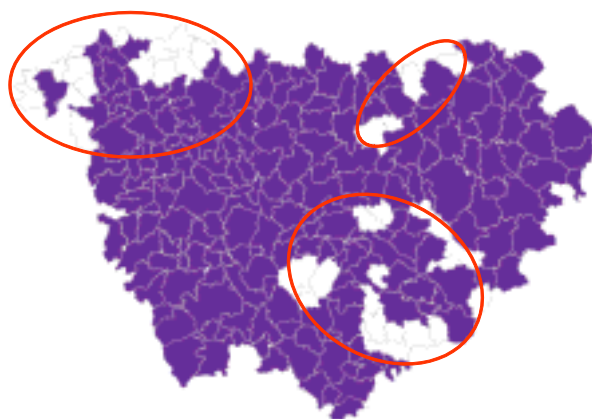
Le département de la Haute-Loire se caractérise par une **sur-représentation des GIR 4**, qui constituent 3 bénéficiaires APA à domicile sur 4, par rapport au niveau national.

Taux de GIR pour l'APA à domicile selon les territoires (au 31.12.2007)



On peut également souligner les corrélations existantes entre places d'EHPAD et nombre de bénéficiaires APA à domicile sur chaque territoire. En particulier, on peut observer un lien entre la forte proportion de GIR 1 et 2 sur le territoire de Brioude et une offre moindre en places d'établissement.

Communes non couvertes par un service de portage de repas



Quelques chiffres et exemples de réalisation

- 4 177 personnes bénéficiaient de l'APA à domicile au 31 décembre 2007, dont 75 % sont en catégorie GIR 4 (57 % au niveau national).
- 406 places de SSIAD « personnes âgées » sont installées en 2007, contre 291 en 2001.

Attentes des acteurs et points de vigilance

Si le système global de maintien à domicile est reconnu comme efficace, tous les acteurs s'accordent sur les difficultés qui lui sont liées : isolement de la personne, entrée de résidents très dépendants dans les EHPAD et les SSIAD. Si le développement de l'HAD peut s'avérer une des voies d'amélioration de la prise en charge, les difficultés liées à la démographie médicale doivent être prise en compte.

Par ailleurs, le renforcement des liens des équipes médico-sociales du Conseil général avec les SAD, notamment concernant la transmission des plans d'aide, permettrait d'affiner la réponse aux besoins des personnes âgées.

b) L'amélioration de la qualité de la prise en charge à domicile

La mise en place de l'APA a impliqué et exigé une amélioration de la qualité des prestations rendues par les services d'aide à domicile. Si certains d'entre eux ont entrepris diverses formations qualifiantes, principalement celle du DEAVS, ainsi que des formations d'adaptation à l'emploi, cet effort diffère d'un service à l'autre. Toutefois, le manque de formation des bénévoles à la gestion de structures de plus en plus importantes peut nuire à la qualité globale de la prestation.

Le Conseil général a signé des **conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens** avec les deux SAAD autorisés : ces conventions fixent les modalités d'intervention et d'amélioration de la qualité de la prise en charge.

Quelques chiffres et exemples de réalisation

- 46 % des salariés de l'UNA et 25% de l'ADMR sont diplômés du DEAVS.
- Convention d'objectifs et de moyens pour la qualité du service effectué signée entre le Conseil général, l'UNA et l'ADMR 2006-2008.
- Il n'existe pas d'antenne ALMA en Haute-Loire à ce jour.

Attentes des acteurs et points de vigilance

Une stratégie optimale demeure à définir quant à la qualification du personnel en fonction des besoins des personnes âgées, en veillant toutefois à ne pas entraîner une inflation des tarifs horaires. L'articulation entre les services du Conseil général et les services d'aide à domicile gagnerait à être renforcée, notamment lors de sorties d'hospitalisation et la mise en place de l'APA.

c) L'aide aux aidants naturels

Comme dans le secteur du handicap, le soutien des aidants est indissociable d'un dispositif de maintien à domicile. Mais il présente deux spécificités fortes qui ne peuvent être écartées : en premier lieu, il bouleverse singulièrement les rapports familiaux établis depuis toujours (parfois entre conjoints ou avec les enfants) ; en second lieu, les conjoints de personnes devenant dépendantes sont eux-mêmes très souvent fragilisés par leur propre vieillissement.

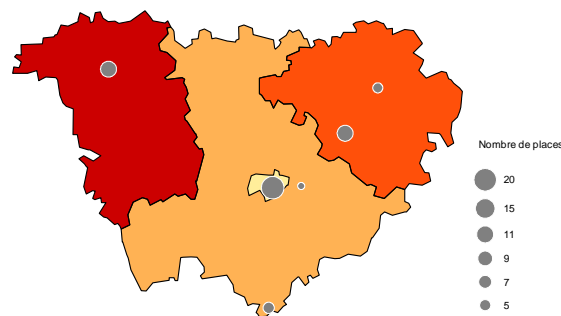
Les actions qui peuvent être le plus communément menées dans le cadre de l'aide aux aidants sont :

- a. le développement des groupes de parole ;
- b. la mise en place de solutions d'hébergement alternatif ;
- c. l'information à destination des aidants naturels.

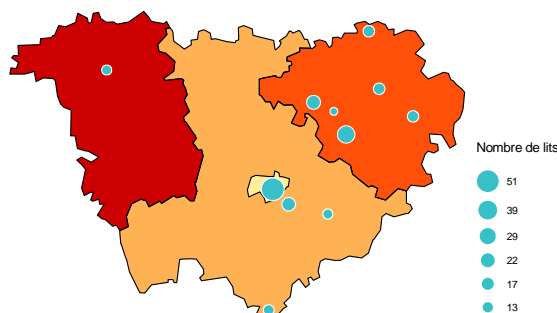
Même en nombre réduit, **les groupes de parole** constituent une étape importante vers la généralisation de l'aide aux aidants. Ils sont particulièrement importants pour les aidants de personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées, dont les symptômes sont souvent épuisants physiquement et psychologiquement.

L'hébergement alternatif souffre d'un maillage territorial discontinu et ne permet pas, sur l'ensemble du département, d'assurer de manière équivalente les périodes de répit indispensables aux aidants. Le souci de proximité doit présider au développement de nouvelles structures ou services.

Répartition des places d'accueil de jour selon les territoires



Répartition des unités Alzheimer selon les territoires



Enfin, l'information à destination des aidants naturels pourrait faire l'objet d'une réflexion spécifique dans la mesure où un certain nombre de structures (du grand âge comme du handicap) disposent de psychologues.

Quelques chiffres et exemples de réalisation

- En 2006 et 2007, organisation par la CRAM d'un groupe de soutien aux aidants naturels ; parallèlement, l'ADMR a également pris une initiative en ce sens.
- Mise en place depuis janvier 2007 par France Alzheimer 43 d'un groupe de parole mensuel auquel participe une psychologue et une auxiliaire de vie et où les familles viennent accompagnées des personnes malades.
- Le département de la Haute-Loire compte 48 places d'hébergement temporaire.
- 39 places d'accueil de jour sont autorisées et 34 effectivement installées.

Attentes des acteurs et points de vigilance

Beaucoup d'aidants sont aujourd'hui dépassés, voire eux-mêmes dépendants. L'extension des groupes de parole ainsi que leur continuité dans le temps, constitue une priorité et répond à une demande forte. L'hébergement temporaire semble insuffisamment développé dans le département. Quant à l'accueil de jour, une réflexion doit être engagée sur son organisation territoriale. Toutefois, l'accès aux solutions alternatives d'hébergement doit prendre en compte à la fois le coût que celui-ci représente pour les personnes ou les familles et le problème du transport entre le domicile et le lieu d'accueil. Le rôle du médecin comme l'acceptation par la famille des solutions disponibles doivent être pris en compte. Enfin, un accompagnement psychologique des familles demeure à développer.

d) L'adaptation du logement et de l'habitat des personnes âgées

La prise en charge à domicile induit un certain nombre d'adaptations, dont celle du logement, tant son inadaptation constitue un frein important au maintien à domicile.

Plusieurs organismes, et parmi ceux-ci le **CAL-PACT**, sont susceptibles d'intervenir pour favoriser son adaptation. Le Conseil général de la Haute-Loire a signé une convention avec cet organisme et finance également une mission d'information au sein du CAL-PACT.

Cette convention prévoit une rémunération à l'acte (275 € par dossier finalisé) : le CAL-PACT couvre ses frais en faisant payer la visite de diagnostic au domicile (130 €), qui est partiellement remboursée si la demande de financement aboutit. Ce prix de visite est mal compris par les autres acteurs (travailleurs sociaux de secteur, hospitaliers...) qui peuvent

ainsi dissuader de faire appel au CAL-PACT. De plus, le financement ne prenant pas en compte la difficulté du dossier, il se révèle souvent insuffisant lorsque des travaux lourds doivent être engagés.

Par ailleurs, le dispositif paraît peu lisible pour les personnes âgées. A cette difficulté s'ajoute le problème du relogement pendant les travaux, que ne peut pallier un séjour en hébergement temporaire ou en appartement adapté.

Outre le CAL-PACT, **les bailleurs sociaux** sont également de plus en plus sensibilisés à la problématique du logement des personnes à mobilité réduite. A titre d'illustration, l'OPAC de la Haute-Loire s'est ainsi engagé dans une démarche de réadaptation des logements pour les personnes âgées et handicapées et de construction de logements adaptés.

Enfin, **les caisses de retraite** proposent également des aides au logement, en complément des aides légales dont peut bénéficier la personne âgée. Par exemple, la MSA et la CRAM de la Haute-Loire participent à l'amélioration du logement pour l'adaptation au handicap ou aux problèmes liés à la dépendance en vue de leur maintien à domicile, le financement octroyé venant en complément des aides légales.

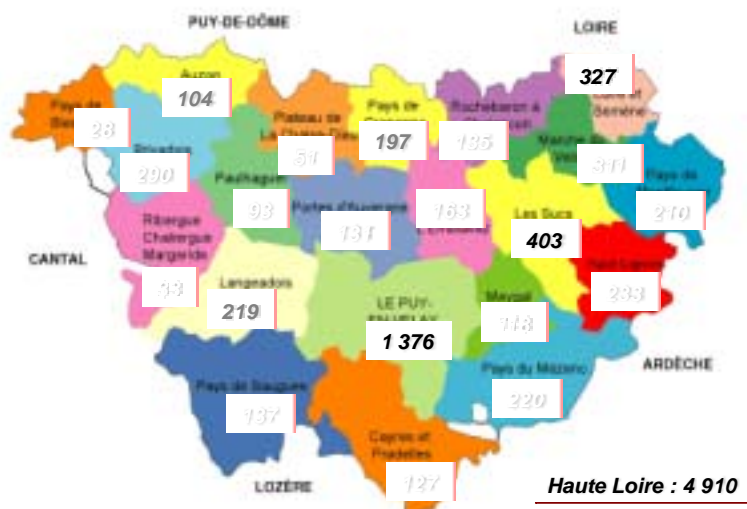
Quelques chiffres et exemples de réalisation

- En 2006, le CAL-PACT a réalisé 116 diagnostics techniques et financé l'adaptation de 203 logements de personnes âgées.
- La MSA va mettre en place un financement prenant en compte la difficulté d'instruction des dossiers les plus complexes.

Attentes des acteurs et points de vigilance

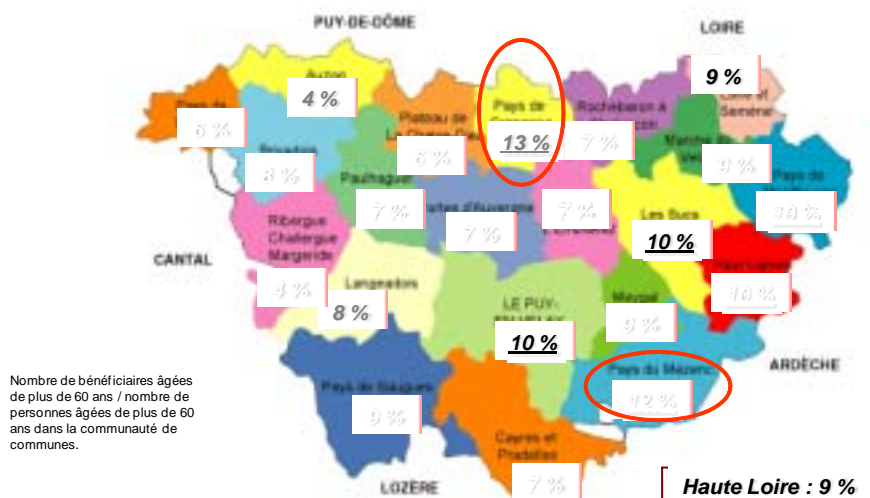
L'information relative aux possibilités d'adaptation du logement doit être généralisée. Si le moment de l'évaluation APA est souvent une opportunité de prévenir les risques de dépendance liés au logement, elle ne peut ni déceler, ni anticiper toutes les difficultés.

Nombre de personnes âgées de plus de 60 ans bénéficiant d'une aide au logement (ALS / APL)
(au 1er semestre 2007 par communauté de communes)



Source : CAF, MSA

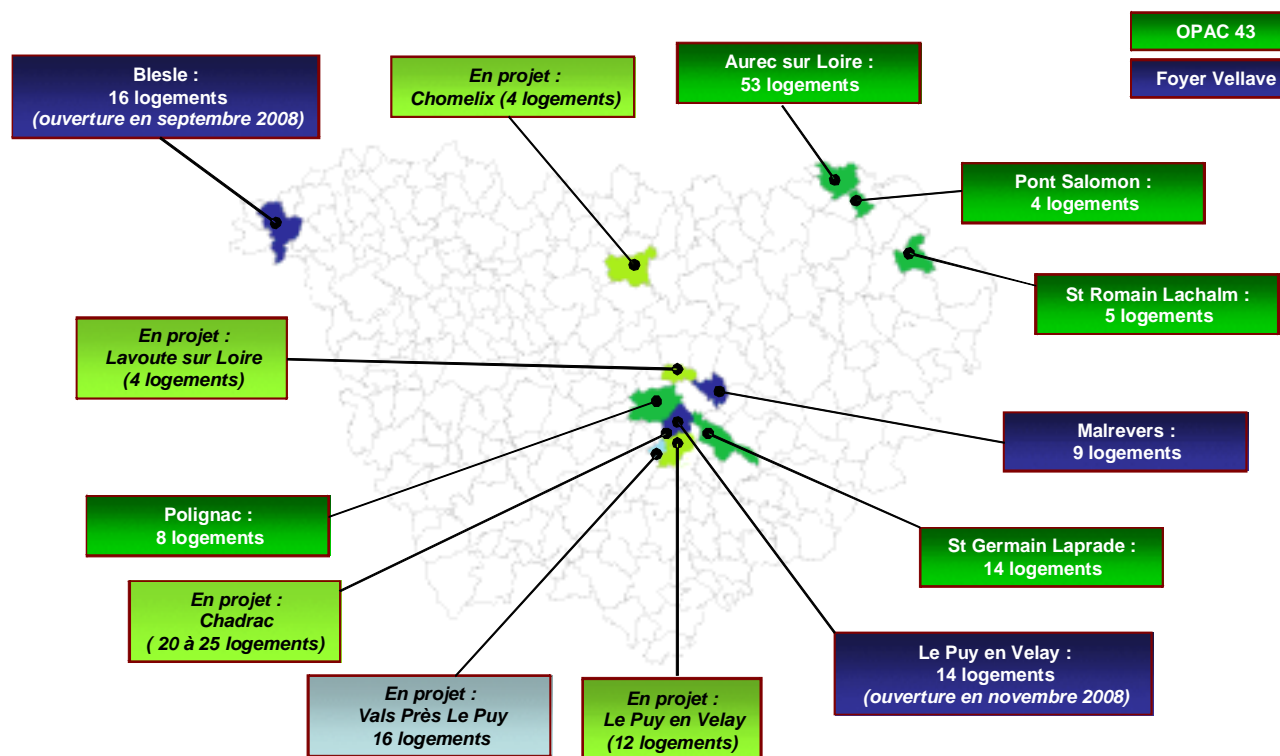
Proportion de personnes âgées de plus de 60 ans bénéficiant d'une aide au logement (ALS / APL)
(au 1er semestre 2007 par communauté de communes)



Nombre de bénéficiaires âgés de plus de 60 ans / nombre de personnes âgées de plus de 60 ans dans la communauté de communes.

Source : CAF, MSA

Résidences réservées aux personnes âgées (OPAC 43 et Foyer Vellave)



Source : OPAC 43, Foyer Vellave 2007

e) La diversité de la prise en charge des personnes âgées sur le territoire

Avec 406 places et un taux d'équipement de près de 20 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus (soit un niveau supérieur aux moyennes régionale et nationale), le département comptait encore en 2007 2 zones non couvertes par les SSIAD. Les communes concernées étaient d'une part Azérat, Saint-Hilaire, Chassignoles, Agnat, Champagnac-le-Vieux et Saint-Vert ; d'autre part, Loudes, Vazeilles-Limandre, Saint-Vidal, Chaspuzac, Sanssac-l'Eglise, Vergezac, Saint-Privat-d'Allier, Saint-Jean-de-Nay. La couverture de ces communes est devenue effective en 2008. Certaines zones comme l'ouest rural ont été renforcées afin de pouvoir mieux prendre en charge des populations de plus en plus dépendantes et de favoriser un maintien à domicile que l'APA est venue faciliter. Ce renforcement du nombre de places de SSIAD ne pourrait toutefois pallier le déficit en équipement que connaît cette zone

La présence des associations d'aide à domicile sur l'ensemble du territoire permet de répondre aux besoins émergents. Par ailleurs, des opérateurs agréés complètent l'offre (trois opérateurs disposent de l'agrément qualité). Enfin, des services de portage de repas existent sur une grande partie du département.

Toutefois, dans certaines situations, on touche aux limites du maintien à domicile (notamment en cas de difficulté voire d'impossibilité d'intervention des services).

Chiffres et exemples de réalisation

- Deux services d'aide à domicile couvrent l'ensemble du territoire : ADMR, UNA.
- Par ailleurs trois intervenants disposent d'un agrément qualité.
- Organisation par la MSA des ateliers du « Bien Vieillir » et déploiement du Pac Eurêka en partenariat avec les Aînés Ruraux.
- 190 personnes âgées bénéficient de la téléalarme dans le département.

Attentes des acteurs et points de vigilance :

L'ouverture de places de SSIAD sur le Nord du département demeure parmi les attentes soulevées par les acteurs. Si leur augmentation dans l'ouest du département a pu répondre aux besoins émergents dans ce secteur, les places de SSIAD ne peuvent, de manière générale, pallier le déficit des structures d'accueil.

f) L'aide au transport des personnes âgées en Haute-Loire

L'impossibilité d'être transportée constitue souvent un facteur important d'isolement de la personne âgée. Par ailleurs, le manque de réseaux de transport représente un frein important au développement du dispositif d'accueil de jour ou d'hébergement temporaire en établissement.

Si les villes du Puy en Velay ou d'Yssingeaux disposent de réseaux utilisables par la personne âgée, l'offre est en revanche très peu développée dans les autres secteurs urbains et ruraux, malgré une demande apparemment importante.

Par ailleurs, le coût élevé d'autres solutions, comme les tickets taxi, constitue un obstacle supplémentaire à leur développement pour une population dont les revenus sont faibles. Enfin, des services d'aide à domicile assurent parfois le transport sur le temps de travail des intervenants.

Toutefois, le **schéma directeur d'accessibilité des transports** adopté par le Conseil général en 2007 ouvre de nouvelles perspectives : il prévoit en effet la mise en place dès 2009 dans tout le département d'un système de transport à la demande.

Quelques chiffres et exemples de réalisation

- Le schéma d'accessibilité du Conseil général prévoit la mise en place d'un dispositif de transport à la demande dès 2009.
- Développement par l'ADMR de solutions de transport à la demande pour personnes âgées, baptisé SAPHYR (cantons de Langeac, Craponne, La Chaise Dieu, Allègre, Yssingeaux, Sainte Florine).

Attentes des acteurs et points de vigilance

Le manque actuel de solutions de transport constitue une limite au maintien à domicile. Outre qu'il favorise l'isolement de la personne âgée, il rend plus difficile l'effectivité des solutions d'hébergement intermédiaire. Toutefois, les difficultés liées à la viabilité financière et assurancielle des solutions de transport doivent être soulignées.

g) L'accueil familial

L'accueil familial est encore peu développé en Haute Loire : 56 accueillants familiaux sont agréés pour **91 places** en totalité dont 60 pour personnes handicapées et 31 pour personnes âgées.

Par ailleurs, le développement des familles d'accueil se heurte à certaines contraintes :

- a. la difficulté de la démarche d'agrément.
- b. le coût d'adaptation du logement.
- c. le remplacement de l'accueillant familial lors des congés.

Toutefois, le dispositif de l'accueil familial s'appuie sur un service dédié au Conseil général qui assure le suivi des personnes accueillies et des accueillants.

Un autre écueil concerne les demandes d'agrément pour l'accueil de personnes âgées. En effet, celles-ci diminuent, malgré des campagnes de communication qui n'ont semble-t-il pas encore apporté de résultats probants.

Quelques chiffres et exemples de réalisation

- En octobre 2007, 22 personnes âgées étaient accueillies en familles d'accueil ; 9 places demeuraient vacantes.
- Le service accueil familial du Conseil général dispose de deux travailleurs sociaux, d'un psychologue et d'un médecin.

Attentes des acteurs et points de vigilance

Même si le développement comme le renouvellement des accueillants familiaux semblent s'être inscrits dans une tendance à la baisse, le suivi des familles d'accueil, comme celui des personnes accueillies, fonctionne de manière satisfaisante. Toutefois, la question d'une campagne de recrutement ciblée de nouveaux accueillants familiaux peut se poser.

Nombre de places en familles d'accueil (janvier 2008)

Unités Territoriales	Nombre de familles agréées	Nombre de Places autorisées		Effectifs accueillis		Nombre de Places disponibles	
		Pers. Agées	Pers. Handi	Pers. Agées	Pers. Handi	Pers. Agées	Pers. Handi
LE PUY	15	8	18	8	15	0	3
BRIOUDE	18	9	16	8	15	1	1
YSSINGEAUX	21	11	19	6	11	5	8
Sous Total	54	28	53	22	41	6	12
TOTAL							
Nbre de Places Disponibles			81		63		18

Source : Conseil Général

h) Le cloisonnement entre le domicile et l'établissement

Les solutions d'hébergement intermédiaire, type **accueil de jour ou hébergement temporaire**, permettent de rompre avec une opposition traditionnelle et souvent radicale du « tout domicile » ou « tout établissement ».

Peu d'initiatives locales représentent un relais de cette vision originale de la prise en charge permettant aux personnes à domicile d'avoir accès à certaines prestations des maisons de retraite (bibliothèque, chorale ou autres animations communes, utilisation d'une salle pour le club du 3^{ème} âge). L'établissement est souvent le recours ultime pour des personnes dont l'état de dépendance ne permet plus d'envisager une autre solution

Les directeurs d'établissement rencontrés s'accordent tous sur **l'importance de décroisonner domicile et établissement**. L'existence de places d'accueil de jour ou de lits d'hébergement

temporaire est souvent perçue comme un premier pas pour la personne âgée vers l'établissement et permet de faciliter, le cas échéant, son intégration future en établissement.

Quelques chiffres et exemples de réalisation

- Existence de bibliothèques partagées, de temps de chorale au sein des établissements.

Attentes des acteurs et points de vigilance

La mutualisation de certains moyens entre établissements et services d'aide et d'accompagnement à domicile pourrait permettre la diversification des services proposés au domicile de la personne âgée (accueil temporaire par exemple), et favoriser une moindre appréhension de l'entrée en établissement. L'accueil de nuit, inexistant dans le département, peut également faire l'objet de réflexions nourries.

2. La prise en charge en établissement

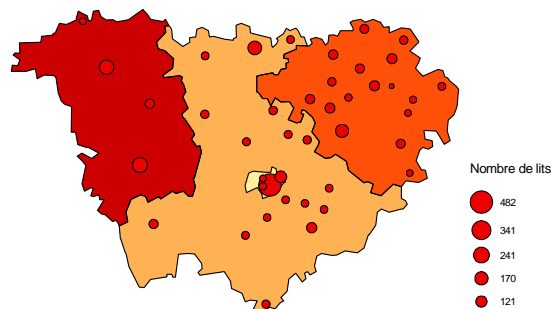
a) La répartition et la diversité de l'offre sur le territoire

Le département de la Haute-Loire présente un taux d'équipement en EHPAD supérieur aux niveaux national et régional.

Toutefois, **l'offre en structures est inégalement répartie** sur l'ensemble du territoire altiligérien et ne répond actuellement pas à une stratégie optimale de prise en charge de proximité. L'Ouest et le Sud-Ouest du département sont particulièrement sous-dotés alors qu'ils sont les plus vieillissants.

De nombreux acteurs ont souligné d'éventuels manques de places sur certaines zones du territoire (Le Puy-ville et le Brivadois notamment). A l'inverse, quelques établissements connaissent des difficultés de remplissage.

Répartition des EHPAD et USLD selon les territoires



La prise en compte des **personnes handicapées vieillissantes** amène les acteurs à s'interroger sur les opportunités de création d'unités spécialisées au sein des EHPAD ou d'un objectif de mixité des publics accueillis en établissement.

Chiffres et exemples de réalisation :

- 3 746 lits médicalisés sont autorisés en Haute-Loire : 3 386 lits en EHPAD et 360 lits en USLD.
- 1 983 places ont été médicalisées depuis 2001 dans le cadre de la transformation des maisons de retraite en EHPAD.

Attentes des acteurs et points de vigilance :

Malgré un taux d'équipement en EHPAD qui semble répondre aux besoins de manière adéquate, le succès du maintien à domicile et les limites qui lui sont inhérentes, ainsi que la croissance importante du nombre de personnes de 85 ans et plus, imposent d'identifier les besoins en lits pour les cinq prochaines années. La réflexion relative à la création d'unités spécialisées pour personnes handicapées vieillissantes ne fait pas encore l'objet d'un consensus entre les acteurs. L'incidence de la partition des longs séjours devra être prise en compte dans la prise en charge de la dépendance en EHPAD (moyens afférents et formation du personnel).

b) La qualité de la prise en charge en établissement

A travers une politique incitative et un plan de financement important, de **nombreuses réhabilitations / ré-humanisations** ont été effectuées, permettant la fermeture progressive de chambres à plusieurs lits, même si un établissement dispose encore de chambre à trois lits.

La signature des **conventions tripartites** entre les établissements, le Conseil général et la DDASS, a permis des modifications conséquentes en termes de qualité (temps d'animateur, de personnel soignant - infirmiers, aides soignants, AMP, médecin-coordonnateur -, de diététicien, de psychologue, d'ergothérapeute). Toutefois, une vision précise et globalisée de l'impact de ces conventions sur la qualité de la prise en charge est encore manquante.

De plus, la mise en place des **outils de la loi de 2002** (projet d'établissement, projet de soins, projet de vie individualisé, règlement de fonctionnement, etc.) demeure hétérogène entre établissements.

Quelques chiffres et exemples de réalisation

- 15 restructurations importantes et 11 plus modestes, sont à prévoir au cours des 5 prochaines années.
- L'EHPAD de Retournac a ouvert en 2006 « Les Vignes », un service « Snoezelen » de 10 places, pour grands dépendants : il s'agit d'une pratique hollandaise basée sur les sens (travail sur les couleurs, musicothérapie, massage).
- L'EHPAD d'Yssingaux dispose d'un qualicien depuis 6 ans et de 4 postes d'hôtellerie (préparation des plateaux, tenue de la salle à manger, service....) depuis 7 ans.

- Informatisation du dossier médicalisé dans les EHPAD de Retournac et de Rosières (La Roseaie).
- Mise en place d'une procédure qualité au sein de l'EHPAD « Les Cèdres » de Beaux depuis 1999.

Attentes des acteurs et points de vigilance

Le suivi des conventions et de leurs effets doit être mieux structuré, notamment par l'utilisation d'indicateurs nationaux ou l'élaboration d'une grille départementale sur le modèle du département voisin de la Loire. Les moyens et les projets en matière de prise en charge de la fin de vie et des soins palliatifs gagneraient à être renforcés.

c) La professionnalisation de la prise en charge en établissement

Deux mouvements ont incité les établissements à s'engager dans la voie de la **professionnalisation** de leur personnel :

- a. la dépendance de plus en plus importante de leurs résidents (actuels et accueillis)
- b. les conventions tripartites.

Dans une très grande majorité, ils ont et continuent de proposer de multiples formations à leurs personnels (douleur, fin de vie) mais aussi des formations qualifiantes (IDE, AS). Ce mouvement d'ensemble permet une amélioration constante de la qualité de la prise en charge en établissement.

Les réflexions doivent encore s'engager sur la **nature et la composition des effectifs** en fonction, notamment, du GMP, voire de la coupe Pathos, des établissements. La présence de personnels spécifiques (technicien qualité encadrant la démarche qualité, psychologues, diététiciens, kinésithérapeutes...) pourrait être systématisée par le recours à des GCSMS. Des personnels, comme les ergothérapeutes, pourraient être mutualisés entre les SAAD et les EHPAD.

Quelques chiffres et exemples de réalisation

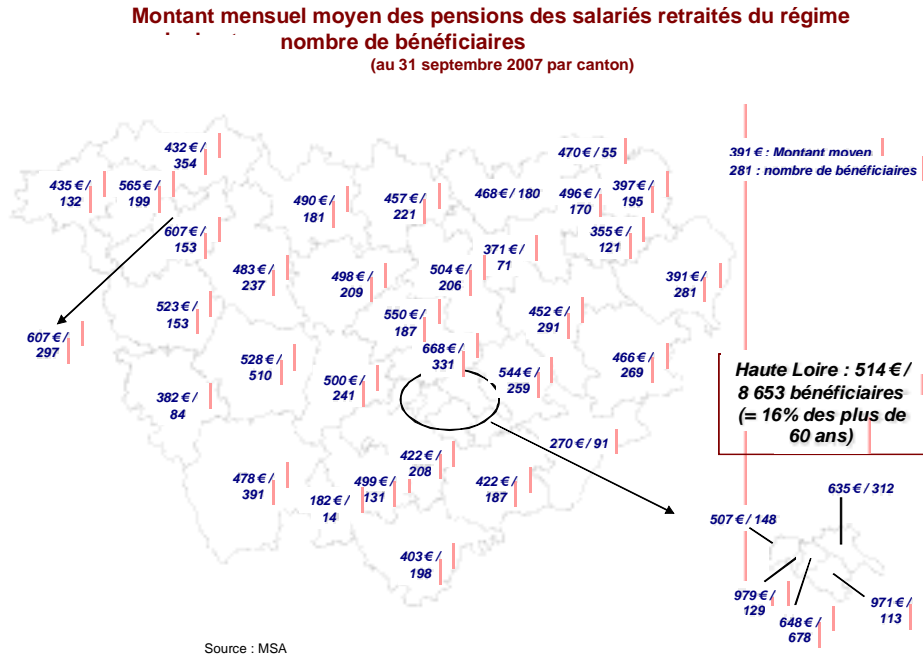
- Taux d'encadrement moyens pour 100 lits EHPAD/USLD : Aide-soignante 18,9 ETP - Agent de service 19,9 ETP - Total 56,7 ETP.

Attentes des acteurs et points de vigilance

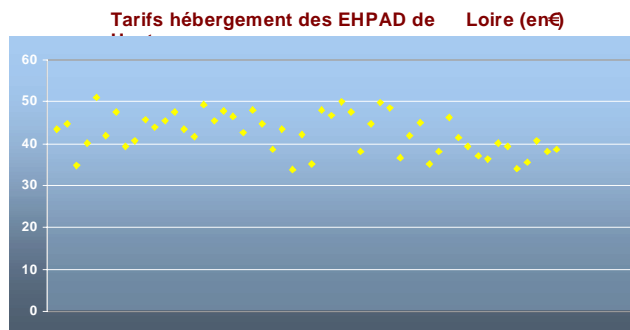
Dans un cadre réglementaire contraint, l'objectif d'un ratio de 1 pour 1 dans les établissements semble difficile à atteindre. Une politique spécifique de promotion des métiers liés à la gérontologie, ainsi que la multiplication de formations en interne, constituent des pistes à privilégier. Depuis la signature des conventions tripartites, le recours aux psychologues a émergé, mais cette dynamique gagnerait à être encouragée.

d) Le coût des structures d'accueil pour la personne âgée, sa famille et la collectivité

Le prix de journée constitue un champ de questionnement important, en particulier dans le contexte rural de la Haute-Loire, marqué par la faiblesse des retraites (notamment agricoles).



Dans ce contexte, les acteurs locaux ont réagi rapidement et se sont saisi de l'opportunité offerte par le décret de 2006 de créer des groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS). Plusieurs coopérations sont opérationnelles en Haute-Loire, faisant de notre département un département pilote en la matière. Ceux-ci permettent de mutualiser des moyens et représentent de nouvelles opportunités pour réduire les budgets de fonctionnement.



Quelques chiffres et exemples de réalisation

- Le prix de journée moyen pour 2008 est de 45 €. Environ 13 % des personnes hébergées font appel à l'aide sociale départementale, soit un budget annuel de 8,65 M€ pour le Conseil général.
- Les charges liées au personnel constituent en moyenne 70 % du prix de journée d'hébergement des EHPAD. Celles liées à l'amortissement des investissements engagés doivent également être prises en comptes.
- Mise en place d'un GCSMS entre l'EHPAD « Les Cèdres » de Beau, l'EHPAD de St Agrève (Ardèche) et l'EHPAD « Les Genêts » du Chambon sur Lignon.
- Mise en place d'un GCSMS entre l'EHPAD St Christophe, l'ITEP Jeanne de l'Estonnac, le FAM St Nicolas et la maison d'enfant à caractère social « La Renouée ».
- Fusion des EHPAD de Montfaucon, de Dunières et de Riotord au 01/01/2008.
- A Yssingeaux, l'EHPAD, l'USLD et l'accueil de jour Alzheimer sont adossés à l'hôpital local, permettant ainsi la mutualisation des formations des personnels.
- Sur 47 EHPAD, seuls 2 ne sont pas habilités à l'aide sociale départementale.

Attentes des acteurs et points de vigilance

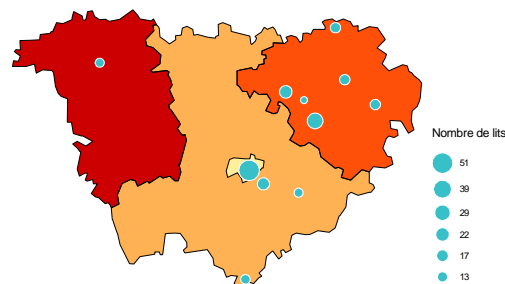
L'initiative locale demeure un atout considérable pour le département sur lequel ce dernier se doit de capitaliser. La mise en œuvre des GCSMS et les bonnes pratiques qu'elle recouvre doivent faire l'objet d'une diffusion auprès des acteurs.

e) La prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés sur le territoire

Le département de la Haute-Loire est soumis aux mêmes contraintes que les autres départements. L'évolution (récente et à venir) très importante du nombre de personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer ou par des pathologies apparentées constitue une préoccupation majeure des acteurs de terrain.

Peu d'unités Alzheimer sont actuellement installées dans le département et leur répartition géographique ne répond qu'imparfaitement aux besoins (34 établissements sont aujourd'hui dépourvus d'unité spécifique).

Nombre de lits et taux d'équipement en lits d'unités Alzheimer installés en EHPAD et en USLD selon les territoires



Par ailleurs, au commencement de la maladie, **peu de médecins généralistes informent et orientent** systématiquement les personnes vers les centres de consultation mémoire. Une action d'information à leur rencontre semble nécessaire.

Se pose également la question des coûts de **transport** et des **prix de journées** pour les accueils de jour que certaines caisses de retraite ne prennent plus en charge.

Quelques chiffres et exemples de réalisation

- 70 % des personnels en EHPAD sont formés à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées.
- Mise en place du Pac Eurêka en lien avec l'association des Aînés Ruraux.
- Définition d'un cahier des charges entre le Conseil général et la DDASS pour l'organisation des unités d'accueil de jour.
- 96 places de CANTOUS sont installées sur le département.

Attentes des acteurs et points de vigilance

La politique de développement des unités spécifiques doit être encouragée et les projets soutenus afin d'offrir aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de pathologies apparentées une proximité de prise en charge. L'implication des médecins généralistes, par des actions d'information, est indispensable au bon fonctionnement du dispositif.

f) La prévention de la maltraitance en établissement

S'il est difficile de définir suffisamment cette notion, de manière unanime, il n'en est pas moins vrai qu'elle appelle une certaine vigilance et des relais d'information. La signature des **conventions tripartites**, dans leurs volets formation et respect du rythme de vie de la personne accueillie, a permis des avancées conséquentes dans ce domaine et, à présent, la grande majorité des établissements a formé son personnel à la bientraitance.

Par ailleurs, le Conseil général et la DDASS ont le projet de créer une **commission de gestion des plaintes**.

Quelques chiffres et exemples de réalisation

- L'EHPAD de Retournac organise depuis 3 ans une demi-journée de formation une fois par an sur la bientraitance avec une psychologue.
- Mise en place d'une procédure de gestion des risques avec système de gestion des plaintes au sein de l'EHPAD « Les Cèdres » de Beaux.

Attentes des acteurs et points de vigilance

Un meilleur système de détection de la maltraitance en établissement doit être envisagé afin de mieux dépister les cas critiques. Toutefois, les difficultés liées à la terminologie maltraitance / bientraitance et à son évaluation doivent être prises en compte.

g) La prise en charge des personnes handicapées vieillissantes

La prise en charge des personnes handicapées vieillissantes constitue, avec d'autres thèmes, un des nouveaux enjeux majeurs des schémas médico-sociaux. Il n'existe pas à ce jour de doctrine claire en termes d'accompagnement de ce public. Si une **diversité des prises en charge** est aujourd'hui proposée, c'est parfois sans cohérence avec le projet de vie des personnes, ni formalisation approfondie des relations entre les acteurs du dispositif en faveur des personnes âgées et celui des personnes handicapées.

L'enjeu du dénombrement constitue par ailleurs un axe majeur. S'il est déjà difficile pour les personnes prises en charge dans les structures pour adultes handicapés, il est encore plus délicat à domicile. En effet, un élément d'amélioration de la prise en charge de ce public en établissement comme à domicile passe souvent par un rapprochement entre les personnels dédiés au handicap et ceux qui le sont à la gérontologie.

Chiffres et exemples de réalisation :

- L'établissement de Beaux Malataverne regroupe à la fois un FAM et EHPAD.

Attentes des acteurs et points de vigilance :

La prise en charge des personnes handicapées vieillissantes représente une spécificité soulevée par l'ensemble des acteurs, laquelle ne peut être entièrement assurée par le personnel des EHPAD. Le futur schéma devra donc clairement définir les priorités du département et déterminer les diverses modalités de prise en charge à l'attention des ces publics, en lien avec le schéma départemental en faveur des personnes handicapées. Par ailleurs, il conviendra de prendre en compte, dans le cadre des réformes des longs séjours, la disparition des conditions d'âge dans les USLD.

h) Le respect du rythme de vie de la personne âgée en établissement

Le respect de la personne âgée et de sa dignité passe par celui de son rythme de vie. En établissement, comme à domicile, cette contrainte peut être difficile à assumer. Certains abus ont pu être constatés, notamment **les levers** de très bonne heure des personnes dépendantes pour les petits déjeuners ou **les couchers** en fin d'après-midi.

Afin que les journées ne soient pas ponctuées que par les repas (petit-déjeuner, déjeuner, goûter, dîner), il est essentiel de proposer des **activités** aux personnes âgées. La signature des conventions tripartites a favorisé en partie l'organisation d'animations en imposant 1 ETP dédiée à l'animation. Plusieurs établissements proposent des programmes mensuels d'animation avec au moins une activité par jour.

Toutefois, les acteurs ont soulevé les lacunes existantes en matière d'animations proposées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées.

Quelques chiffres et exemples de réalisation

- Intervention de l'association Chanteroch au sein de l'hôpital local de Craponne sur Arzon : organisation de sorties pique-nique chaque 18 juin, sorties théâtre, etc.

Attentes des acteurs et points de vigilance :

Entrer dans un système de prise en charge ne doit pas impliquer une modification radicale de son rythme et de ses habitudes de vie. Les souhaits de la personne doivent être privilégiés et les bonnes pratiques diffusées.

3. Information et coordination

a) L'organisation de l'information et de la coordination gérontologique

Le département de la Haute-Loire a choisi de ne pas développer de structure spécifique de coordination de type CLIC. Cependant, force est de constater que l'absence de lieu d'information de proximité pour les personnes âgées conduit aujourd'hui à un manque d'information important à leur rencontre alors que le dispositif est très complexe.

Pour améliorer l'information à destination du public, le Conseil général et le CODERPA ont édité une **brochure de présentation des EHPAD**. Au sein du Conseil général, le service social spécialisé « Personnes Âgées – Personnes Handicapées » et son réseau sur le territoire constituent des relais dont la dimension « information / coordination » pourrait être développée.

Enfin, de manière générale, nombreux sont les acteurs à appeler la mise en place d'une structure ressource, pas nécessairement sous la forme de CLIC.

Quelques chiffres et exemples de réalisation

- Brochure du Conseil général et du CODERPA de présentation des EHPAD de la Haute-Loire.
- Existence du réseau de 13 assistants sociaux spécialisés du service « Personnes Âgées – Personnes Handicapées » du Conseil général.

Attentes des acteurs et points de vigilance

La création d'un lieu d'information et de coordination, de type CLIC ou autre, est une attente récurrente des acteurs rencontrés.

b) La cohérence des partenariats sur le territoire

Les intervenants des secteurs social, sanitaire et médico-social sont nombreux et répondent souvent à des logiques diversifiées. Pour les acteurs de terrain, il est souvent difficile d'identifier « qui fait quoi ». La difficulté est *a fortiori* renforcée pour les personnes âgées. Notamment à domicile, un référent semble faire défaut : manque de coordination autour de la personne âgée, éventuelle rupture de trajectoire, multiplicité d'intervenants en sont souvent les conséquences les plus immédiates.

Par ailleurs, l'absence de lieu ressource et de coordination obère cette action de relais. Plusieurs acteurs ont souhaité faire référence au manque de liens entre directeurs d'établissements, ou entre établissements et hôpitaux. Toutefois, si tous ont salué l'amélioration de leurs relations depuis quelques années avec le Conseil général, nombreux ont été ceux à demander une implication plus importante de ce dernier dans la construction de liens entre les acteurs.

D'une manière générale, les professionnels de terrain ont dénoncé le manque relatif d'informations dont ils étaient destinataires. De surcroît, les lieux et moments de rencontre entre eux sont encore limités. Dans leur grande majorité, les acteurs souhaiteraient que des orientations stratégiques puissent être identifiées au niveau du département, auxquelles ils souhaiteraient également être associés. Celles-ci devraient répondre à un objectif de long terme, pas suffisamment pris en compte selon eux.

Enfin, un réseau gérontologique est en cours de constitution.

Quelques chiffres et exemples de réalisation

- Les mutualisations de moyens sont aujourd'hui encore rares dans le secteur des personnes âgées (seuls 2 GCSMS ont été signés – 1 GIE existe – quelques opérations ponctuelles sur le domaine de la formation).
- Existence de réseaux de directeurs d'établissement.
- Aucune fédération départementale de type GAMS (comme dans le champ du handicap) n'existe à ce jour.
- Organisation d'une journée de réflexion partenariale en octobre 2005 par le Conseil général, qui s'est poursuivie à travers la mise en place de groupes de travail.

Attentes des acteurs et points de vigilance

De la même manière que les instances de coordination demeurent une attente répétée, l'ensemble des acteurs souhaite la mise en place d'une stratégie départementale qui définit les rôles de chacun et développe des outils communs.

Au total, le diagnostic sur le dispositif de prise en charge des personnes âgées dépendantes en Haute-Loire peut être synthétisé ainsi :

Les atouts :

- Un équipement très important en structures d'accueil
- Des bonnes pratiques en établissement qui gagneraient à être diffusées.
- Une capacité de réponse à la montée en charge du maintien à domicile.
- Une aide aux aidants existante qui doit être renforcée.
- L'existence de solidarités fortes.
- Des initiatives locales dynamiques et innovantes sur lesquelles le département peut capitaliser.

Les points d'amélioration :

- Une part importante des établissements nécessitant encore des restructurations.
- Un maillage territorial discontinu en matière d'établissements et un manque de places sur certains territoires.
- Une insuffisance des solutions d'hébergement intermédiaire du type hébergement temporaire ou accueil de jour/nuit.
- Un manque de places dédiées à la prise en charge des personnes désorientées.
- Une absence de lieu d'information et de coordination gérontologique.
- Des difficultés en matière de démographie médicale et paramédicale
- Un manque de solutions de transport et de lieux de rencontres provoquant souvent l'isolement de la personne âgée.
- Une stratégie départementale qui gagnerait à être plus lisible pour les acteurs.

B. L'évaluation du précédent schéma

Les textes régissant les schémas médico-sociaux imposent d'évaluer, avant toute rédaction d'un nouveau document directeur, les actions du schéma précédent.

Toutefois, depuis l'adoption de celui-ci en décembre 2002, les dispositifs appliqués en faveur des personnes âgées ont été modifiés en profondeur : montée en puissance de l'APA, mise en place progressive des outils de la loi 2002-2, adoption de la loi relative au développement des services à la personne, etc. Il est donc par nature un peu hasardeux d'évaluer les actions d'un document ancien de 5 ans sans écartier involontairement un pan très important du dispositif de prise en charge, mis en œuvre postérieurement au schéma directeur. Nous avons néanmoins procédé à cet exercice qui fait apparaître, au regard du diagnostic évoqué plus haut et que nous ne reprenons pas ci-dessous, un « degré de réalisation » pour chacune des 11 actions qui ont été définies en 2002.

Action 1	Bilan
Cerner les besoins et les attentes des personnes âgées afin d'adapter le dispositif	<p>Action non réalisée</p> <p>Le développement du dispositif de maintien à domicile a été reconnu comme un succès de manière unanime par les acteurs rencontrés. Les bénéficiaires de l'APA ont aujourd'hui un interlocuteur dédié (13 AS spécialisées sur le territoire). Les prestations offertes aux personnes âgées dans le cadre de l'APA répondent de manière adéquate à leurs besoins (3 957 personnes bénéficiaires de l'APA à domicile au 30 septembre 2007, dont 75% en GIR 4) : couverture intégrale du territoire pour les SAD, les SSIAD, la téléalarme et quasi intégralement le portage de repas. La centralisation de cette observation pourrait se développer.</p>

Action 2	Bilan
Dvelopper la prévention	<p>Action réalisée</p> <p>Des actions de prévention ont été mises en œuvre par la MSA (ateliers du « Bien Vieillir », déploiement du Pac Eurêka en partenariat avec les Aînés Ruraux) et par la CRAM dans le cadre du PAP (en 2006 et 2007, un groupe de soutien aux aidants naturels, composé de 10 personnes et animé par une psychologue, s'est réuni 7 fois tous les 15 jours).</p>

Action 3	Bilan
Mettre en place une réflexion sur les moyens de prévention pour permettre aux personnes âgées de vivre dans la dignité	<p>Action réalisée</p> <p>La DDASSa mis en place un dispositif de recueil et de traitement des informations, en relais avec les établissements et services et le Conseil général. Un projet de commission de gestion des plaintes en établissement est en cours de mise en place entre la DDASSet le Conseil général. Par ailleurs, les établissements et services ont fait d'importants efforts de formation de leur personnel à cette problématique.</p>

Action 4	Bilan
Prendre en compte les besoins des personnes désorientées	<p style="text-align: center;">Action réalisée</p> <ul style="list-style-type: none"> - Définition d'un cahier des charges entre le Conseil général et la DDASS pour encadrer la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en accueil de jour. - En 2008, 96 places de CANTOU et 45 places d'accueil de jour existent sur le territoire. - Mise en place depuis janvier 2007 par France Alzheimer 43 d'un groupe de parole mensuel auquel participent une psychologue et une auxiliaire de vie et où les familles viennent accompagnées des personnes malades. <p>Toutefois, l'évaluation du besoin tant sur le plan quantitatif que sur la répartition géographique reste à améliorer.</p>

Action 5	Bilan
Développer l'offre de soins au niveau territorial afin de répondre aux besoins de la population	<p style="text-align: center;">Action réalisée partiellement</p> <p>La Haute-Loire compte 115 places de SSIAD de plus qu'en 2001. Certaines zones comme l'ouest rural ont été renforcées afin de pouvoir mieux prendre en charge la population de plus en plus dépendante et de favoriser un maintien à domicile que l'APA est venue faciliter. La généralisation des indicateurs médico-sociaux aux SSIAD permet désormais une comparaison objective des différents services ; l'exploitation des rapports d'activité annuels qui constituent des documents d'évaluation interne permet de diagnostiquer des modalités de prise en charge non conformes. Le rendu d'activité des SSIAD, en termes de production d'AIM et d'AISe est assuré par l'assurance maladie. La sous consommation relative de la Haute-Loire en soins infirmiers, identifiée par la CNSA, explique grandement un rythme de création de places nouvelles soutenu depuis 3 ans. Enfin, le PRIAC qui conditionne le montant des moyens nouveaux nécessite une programmation ciblée sur des territoires défavorisés.</p>

Action 6	Bilan
Améliorer le maillage des services d'aide à domicile	<p style="text-align: center;">Action réalisée</p> <p>Comme lors de l'élaboration du précédent schéma, le département compte 2 services d'aide à domicile qui couvrent tout le territoire. Par ailleurs, on assiste depuis la loi Borloo de 2005 au développement de services à la personne agréés. Le maillage des services de portage de repas a été considérablement renforcé, même si quelques communes n'en sont pas encore pourvues. 190 personnes âgées bénéficient de la téléalarme dans le département.</p>

Action 7	Bilan
Innover par la création de passerelles entre le domicile et les établissements	<p style="text-align: center;">Action réalisée partiellement</p> <p>Sur certaines communes, les établissements pour personnes âgées participent à la fabrication de repas pour le domicile et parfois à la livraison : Bas en Basset, Beaulieu, Brives Charensac, Le Chambon sur Lignon, Dunières, Lantriac, Laussonne, Lavoûte Chilhac, Le Puy en Velay (Résidence Bel Horizon), Loudes, Pont Salomon, Pradelles, St Just Malmont, St Pal en Chalencon, Ste Sgolene, Saugues, Solignac, Tence. Il existe également des bibliothèques partagées, des temps de chorale au sein de certains établissements.</p>

Action 8	Bilan
Mettre en place la coordination locale : les CLIC	<p align="center">Action non réalisée</p> <p>Le département de la Haute Loire a choisi de ne pas développer de structure spécifique de coordination de type CLIC. L'absence de lieu d'information de proximité pour les personnes âgées conduit à un manque d'information important à leur encontre alors que le dispositif est très complexe. Pour améliorer l'information et la compréhension, le Conseil général et le CODERPA ont néanmoins édité une brochure de présentation des EHPAD.</p>

Action 9	Bilan
Mettre en place un livret de liaison	<p align="center">Action non réalisée</p> <p>Certains acteurs ont souligné le manque de coordination autour de la personne âgée : éventuelle rupture de trajectoire, multiplicité d'intervenants en sont souvent les conséquences les plus immédiates.</p>

Action 10	Bilan
Renforcer la place des hôpitaux comme lieux de bilan	<p align="center">Action non réalisée</p> <p>Aucun protocole d'élaboration d'un bilan gérontologique de la personne âgée n'a été mis en place par les hôpitaux de la Haute Loire</p>

Action 11	Bilan
Mettre en place la formation pour l'ensemble des personnes intervenant à domicile	<p align="center">Action réalisée partiellement</p> <p>La mise en place de l'APA a impliqué et exigé une amélioration de la qualité des prestations rendues par les services d'aide à domicile. Si certains d'entre eux ont entrepris diverses formations qualifiantes, principalement celle du DEAVS, ainsi que des formations d'adaptation à l'emploi, cet effort diffère d'un service à l'autre.</p> <p>Des conventions d'objectifs et de moyens pour la qualité du service effectué ont été signées entre le Conseil général et chacune des associations de services à domicile.</p>

IV. La programmation

Le schéma est -notamment- un outil de programmation des équipements sur les prochaines années. Cet exercice doit s'appuyer sur des projections démographiques les plus fines possibles.

A. Les perspectives démographiques

1. Précautions méthodologiques

- *Les projections de population présentées ci-dessous ont été réalisées à partir du modèle Omphale de l'INSEE. La base prospective de ce modèle repose sur le scénario médian de projection et les données actualisées du recensement 2005.*
- *La pertinence du modèle Omphale de l'INSEE dépend en grande partie du zonage de population retenue. Chaque zone ou territoire devant compter, en 1999, plus de 50 000 habitants, un redécoupage des territoires du département fut réalisé afin d'obtenir ces données prospectives.*
- *Les 3 territoires retenus sont l'aire Yssingelaise, l'aire du Puy en Velay et l'aire du Brivadois. Chacun agrège des communautés de communes, suivant un regroupement le plus pertinent et cohérent possible (voir ci-après la composition de chacune des aires).*
- *Si ce découpage ne reflète que partiellement les territoires d'action sociale (hormis dans le cas de l'Yssingelais où le découpage ici est identique à celui du territoire d'action sociale), il a le mérite de mettre en exergue les tendances de fond de chacune des catégories de population à partir d'un périmètre souvent peu retenu dans ce genre d'étude, celui des communautés de communes qui peuvent répondre aux besoins qui pourront apparaître concernant les personnes âgées.*

- **L'aire Yssingelaise :**

- Communauté de communes de Loire & Semène
- Communauté de communes Les Marches du Velay
- Communauté de communes des Sucz
- Communauté de communes du Pays de Montfaucon
- Communauté de communes du Haut Lignon
- Communauté de communes de Rochebaron à Chalencon



- **L'aire du Puy en Velay :**

- Communauté d'agglomération du Puy en Velay
- Communauté de communes des Portes d'Auvergne
- Communauté de communes de l'Emblavez
- Communauté de communes du Meygal
- Communauté de communes du Mezenc
- Communauté de communes de Craponne sur Arzon



- **L'aire du Brivadois :**

- Communauté de communes d'Auzon
- Communauté de communes de Ribeyre, Chaliergue et Margeride
- Communauté de communes du Brivadois
- Communauté de communes du Langeadois
- Communauté de communes du Pays de Blesle
- Communauté de communes de Paulhaguet
- Communauté de communes du Pays de Saugues
- Communauté de communes du Plateau de la Chaise Dieu
- Communauté de communes du Pays de Cayres et de Pradelles



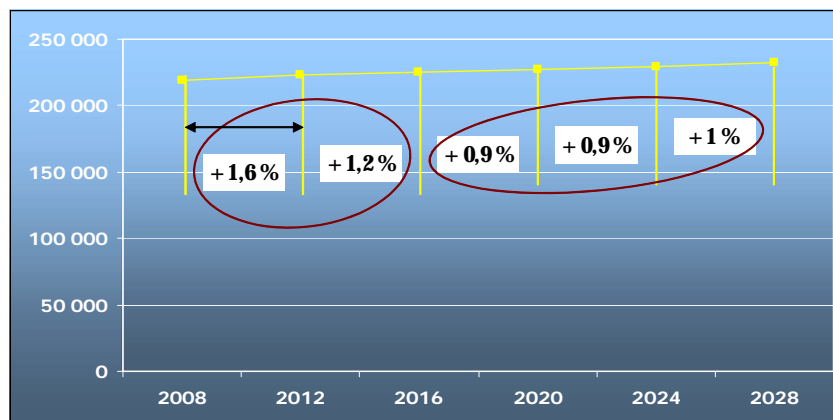
2. Les enseignements

- *Le département de la Haute-Loire connaîtra, comme tous les départements français, une croissance importante de sa population âgée et très âgée dans les prochaines années, conjuguée à une croissance faible de sa population totale.*
- *Toutefois, l'évolution départementale se distinguera par rapport à celle des autres départements auvergnats par une croissance plus importante 1) de sa population totale, 2) de sa population très jeune, et 3) de sa population âgée de plus de 60 ans.*
- *Tous les territoires seront touchés par ce phénomène, mais tous ne connaîtront pas les mêmes évolutions :*
 - *L'aire Yssingelaise agrègera les plus fortes croissances et sa population demeurera la plus jeune du département, alors que ce territoire connaîtra la plus forte augmentation, en valeur relative comme absolue, des plus de 60 ans.*
 - *L'aire du Puy en Velay connaîtra un phénomène de glissement de classe d'âge, à partir des 20-59 ans vers les plus de 60 ans, amorçant un phénomène de vieillissement.*
 - *Le vieillissement de la population de l'aire du Brivadois ira croissant.*

3. L'évolution de la population du département d'ici à 2028

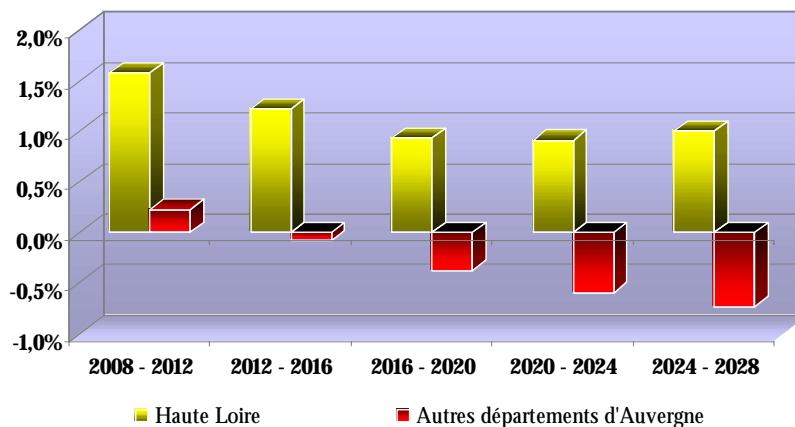
Selon l'INSEE, la Haute-Loire compte en 2008 un peu plus de 219 300 habitants. Le département verra sa population légèrement croître d'ici quatre ans et dépassera, autour de 2015 les 225 000 habitants. D'ici 10 ans, la population aura augmenté de 3 % par rapport à aujourd'hui. A partir de 2016, la croissance de la population sera continue : on comptera alors 230 500 habitants en Haute Loire en 2025.

Evolution de la population de la Haute Loire (2008 - 2028)



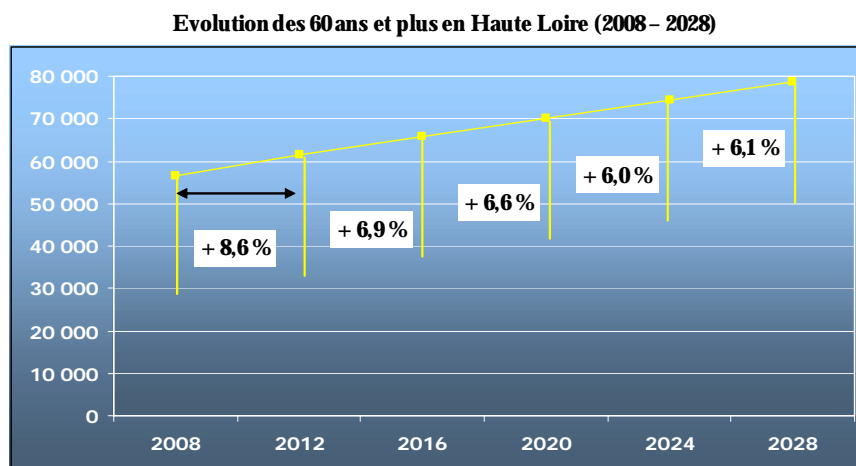
Au regard de l'évolution de la population des autres départements de la région Auvergne, la Haute Loire se distinguera, d'aujourd'hui à 2028, par une croissance continue et supérieure, tandis que l'Allier, le Puy de Dôme et le Cantal connaîtront un phénomène de stagnation jusqu'en 2016, puis de diminution de leur nombre d'habitants.

Evolution comparée des taux de croissance des populations de la Haute Loire et des autres départements de la région Auvergne (2008 - 2028)



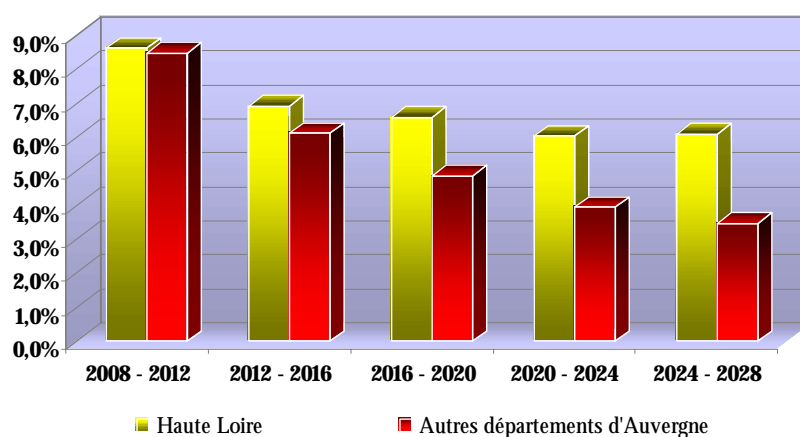
4. L'évolution de la population âgée de 60 ans et plus

Le nombre de personnes âgées dans le département augmentera de manière soutenue : + 8 % d'ici à 2012 (soit 4 870 personnes supplémentaires), et + 14 % d'ici à 2016 (soit 9 120 personnes supplémentaires). Après cette date, cette tendance se poursuivra : entre 2016 et 2028, le département verra sa population âgée augmenter d'environ 1 000 personnes chaque année.



La population âgée de plus de 60 ans augmentera plus rapidement en Haute Loire que dans les autres départements d'Auvergne.

Evolution comparée des taux de croissance des 60 ans et plus en Haute Loire et dans les autres départements de la région Auvergne (2008-2028)



L'aire Yssingelaise sera le territoire qui connaîtra dans les 10 prochaines années l'augmentation la plus rapide de sa population âgée, tandis que le Brivadois, dont la population est déjà très âgée, observera la croissance la plus faible de cette catégorie de population.

Haute Loire		2008	2012	2016	2020	2024	2028
Nbre des plus de 60 ans		56 575	61 447	65 699	70 004	74 211	78 713
Evolution / 2008	Nbre	--	4 872	9 124	13 429	17 636	22 138
	%	--	8,61%	16,13%	23,74%	31,17%	39,13%

Aire du Puy en Velay		2008	2012	2016	2020	2024	2028
Nbre des plus de 60 ans		23 047	24 982	26 664	28 266	29 531	30 804
Evolution / 2008	Nbre	--	1 935	3 617	5 219	6 484	7 757
	%	--	8,40%	15,69%	22,65%	28,13%	33,66%

Aire Yssingelaise		2008	2012	2016	2020	2024	2028
Nbre des plus de 60 ans		18 408	20 559	22 452	24 546	26 799	29 279
Evolution / 2008	Nbre	--	2 151	4 044	6 138	8 391	10 871
	%	--	11,69%	21,97%	33,34%	45,58%	59,06%

Aire du Brivadois		2008	2012	2016	2020	2024	2028
Nbre des plus de 60 ans		15 120	15 906	16 583	17 192	17 881	18 630
Evolution / 2008	Nbre	--	786	1 463	2 072	2 761	3 510
	%	--	5,20%	9,68%	13,70%	18,26%	23,21%

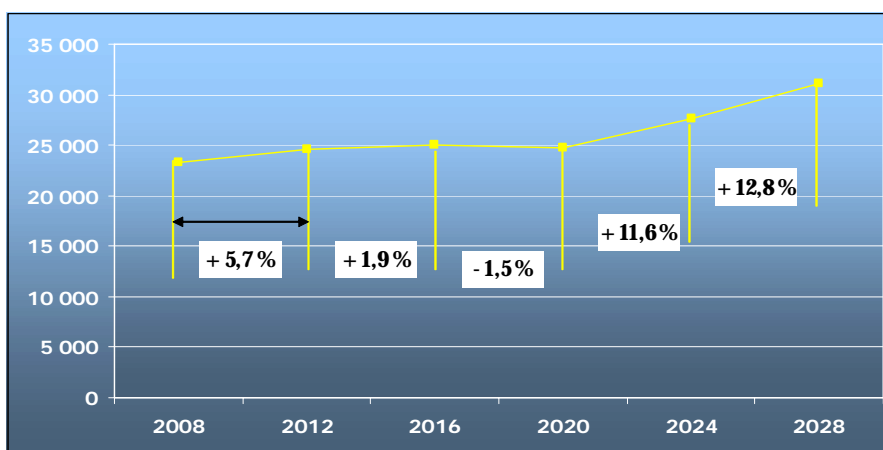
Dans le Brivadois, selon les projections de l'INSEE, 30 % de la population est actuellement âgée de plus de 60 ans, soit le 1^{er} rang départemental. D'ici 5 ans, une personne sur trois aura atteint l'âge de 60 ans. L'aire Yssingelaise conservera son rang de territoire le plus jeune de Haute Loire.

Part des 60 ans et plus dans la population totale	2008	2012	2016	2020	2024	2028
	26%	28%	29%	31%	32%	34%
Aire du Puy	2008	2012	2016	2020	2024	2028
Part des 60 ans et plus	26%	28%	29%	31%	33%	34%
Aire Yssingelaise	2008	2012	2016	2020	2024	2028
Part des 60 ans et plus	23%	25%	26%	28%	29%	31%
Aire du Brivadois	2008	2012	2016	2020	2024	2028
Part des 60 ans et plus	30%	32%	34%	35%	37%	39%

5. L'évolution de la population âgée de 75 ans et plus

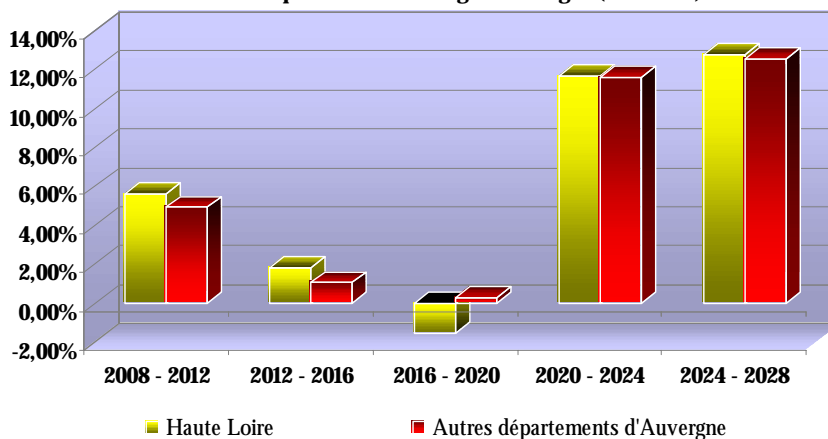
Le taux de croissance du nombre de personnes âgées de plus de 75 ans approchera les 6 % durant les 4 prochaines années, soit 1 340 personnes supplémentaires pour cette tranche d'âge. A partir de 2012, et surtout entre 2016 et 2020, leur nombre augmentera peu, voire diminuera, conséquence de l'entrée dans cette tranche d'âge des « classes creuses » de l'Entre-Deux-Guerres. Après 2020, l'arrivée progressive des cohortes du Baby Boom explique l'accélération rapide de leur augmentation

Evolution des 75 ans et plus en Haute Loire (2008 - 2028)



L'évolution altiligérienne sera sensiblement plus dynamique que celle de l'Auvergne.

Evolution comparée des taux de croissance des 75 ans et plus en Haute Loire et dans les autres départements de la région Auvergne (2008-2028)



L'aire Yssingelaise connaîtra la croissance la plus rapide du nombre des personnes âgées de 75 ans et plus (près de 4 fois celle du Brivadois).

Haute Loire		2008	2012	2016	2020	2024	2028
Nbre des plus de 75 ans		23 338	24 680	25 159	24 792	27 679	31 216
Evolution / 2008	Nbre	--	1 342	1 821	1 454	4 341	7 878
	%	--	5,75%	7,80%	6,23%	18,60%	33,76%

Aire du Puy en Velay		2008	2012	2016	2020	2024	2028
Nbre des plus de 75 ans		9 567	10 120	10 359	10 246	11 457	12 824
Evolution / 2008	Nbre	--	553	792	679	1 890	3 257
	%	--	5,78%	8,28%	7,10%	19,76%	34,04%

Aire Yssingelaise		2008	2012	2016	2020	2024	2028
Nbre des plus de 75 ans		7 180	7 818	8 175	8 241	9 447	10 919
Evolution / 2008	Nbre	--	638	995	1 061	2 267	3 739
	%	--	8,89%	13,86%	14,78%	31,57%	52,08%

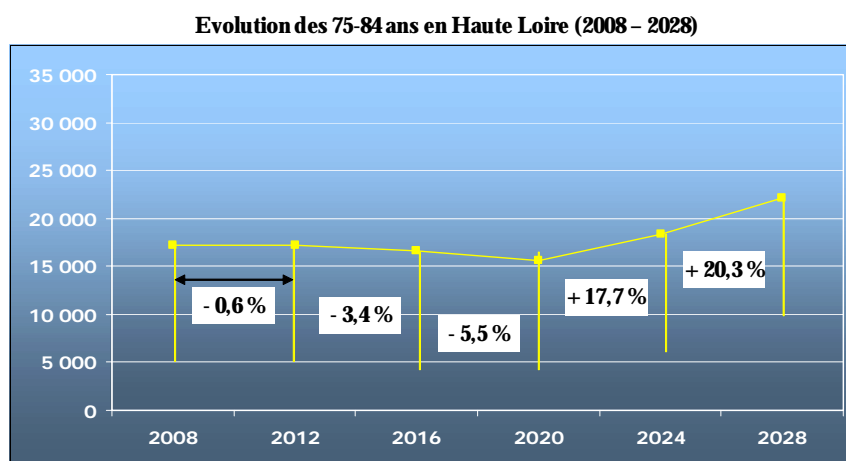
Aire du Brivadois		2008	2012	2016	2020	2024	2028
Nbre des plus de 75 ans		6 591	6 742	6 625	6 305	6 775	7 473
Evolution / 2008	Nbre	--	151	34	-286	184	882
	%	--	2,29%	0,52%	-4,34%	2,79%	13,38%

Seul le Brivadois présentera une proportion de personnes âgées de 75 ans et plus supérieure de 2 à 3 points à la moyenne départementale ; tous les autres territoires demeurant en deçà de ce niveau.

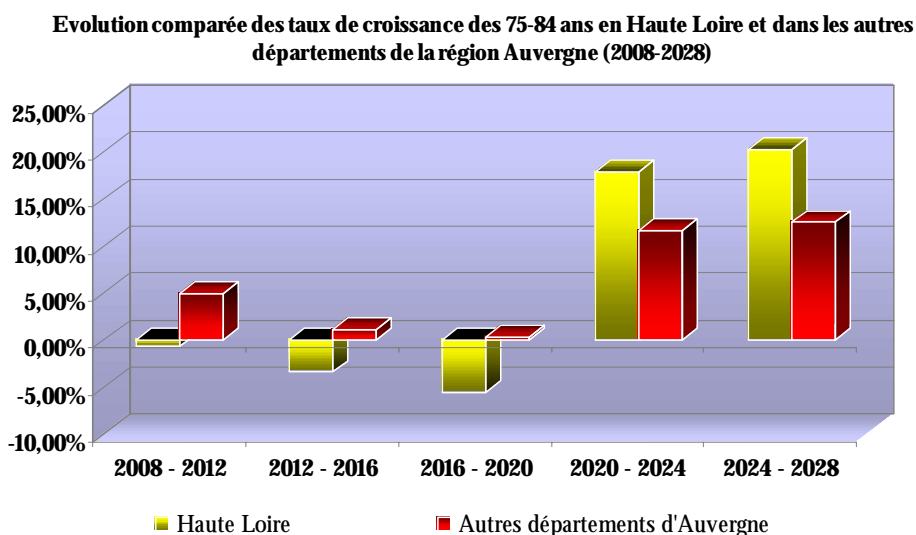
Part des 75 ans et plus dans la population totale	2008	2012	2016	2020	2024	2028
	11%	11%	11%	11%	12%	13%
Aire du Puy	2008	2012	2016	2020	2024	2028
	11%	11%	11%	11%	13%	14%
Aire Yssingelaise	2008	2012	2016	2020	2024	2028
	9%	9%	9%	9%	10%	11%
Aire du Brivadois	2008	2012	2016	2020	2024	2028
	13%	14%	13%	13%	14%	16%

6. L'évolution de la population âgée entre 75 et 84 ans

Parmi les personnes âgées de plus de 60 ans, celles âgées de 75 à 84 ans représenteront la seule tranche d'âge dont le nombre diminuera pendant les 10 prochaines années : en 2012, il y aura 100 personnes de moins par rapport à 2008 ; en 2016, 680 personnes de moins. Et en 2020, le département comptera 1 600 personnes âgées de 75 à 84 ans de moins qu'en 2008.



Contrairement à l'évolution des autres départements auvergnats, les 75-84 ans de Haute-Loire suivront jusqu'en 2020 une tendance inverse.



Au sein du département, cette diminution sera surtout visible dans le Brivadois.

Haute Loire		2008	2012	2016	2020	2024	2028
Nbre des 75 - 84 ans		17 317	17 211	16 633	15 710	18 493	22 253
Evolution / 2008	Nbre	--	-106	-684	-1 607	1 176	4 936
	%	--	-0,61%	-3,95%	-9,28%	6,79%	28,50%

Aire du Puy en Velay		2008	2012	2016	2020	2024	2028
Nbre des 75 - 84 ans		7 031	6 987	6 772	6 412	7 600	9 040
Evolution / 2008	Nbre	--	-44	-259	-619	569	2 009
	%	--	-0,63%	-3,68%	-8,80%	8,09%	28,57%

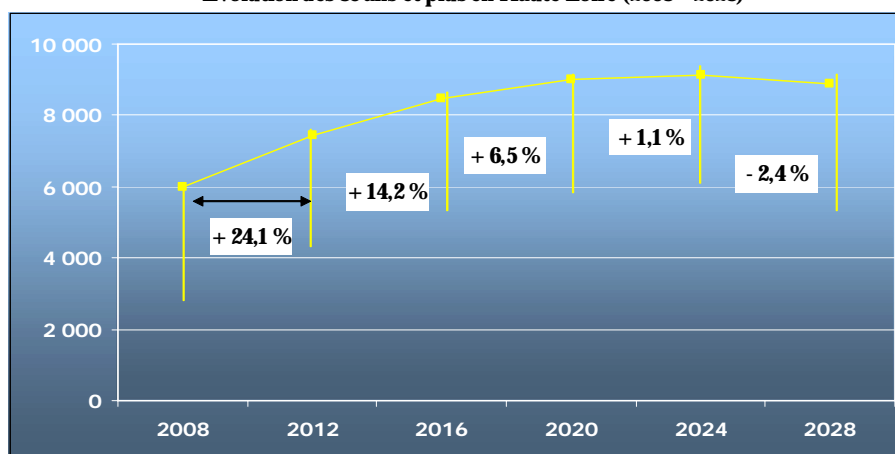
Aire du Brivadois		2008	2012	2016	2020	2024	2028
Nbre des 75 - 84 ans		4 920	4 682	4 331	3 958	4 514	5 319
Evolution / 2008	Nbre	--	-238	-589	-962	-406	399
	%	--	-4,84%	-11,97%	-19,55%	-8,25%	8,11%

Aire Yssingelaise		2008	2012	2016	2020	2024	2028
Nbre des 75- 84 ans		5 366	5 542	5 530	5 340	6 379	7 894
Evolution / 2008	Nbre	--	176	164	-26	1 013	2 528
	%	--	3,28%	3,06%	-0,48%	18,88%	47,11%

7. L'évolution de la population âgée de 85 ans et plus

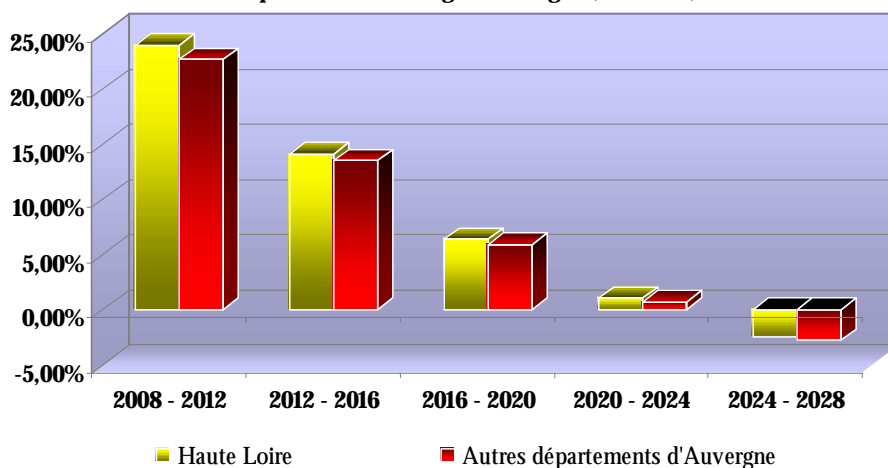
Le nombre des personnes âgées de 85 ans et plus augmentera très fortement d'ici à 2012 (+ 1 450 personnes, soit + 20 %), et ce mouvement se poursuivra jusqu'en 2024. Ainsi, en 2016, le département comptera 8 500 personnes âgées de plus de 85 ans, soit 2 500 de plus qu'en 2008.

Evolution des 85 ans et plus en Haute Loire (2008 - 2028)



A l'image des plus de 75 ans, l'évolution du nombre de personnes âgées de plus 85 ans sera sensiblement plus importante en Haute-Loire qu'en Auvergne pendant les dix prochaines années.

Evolution comparée des taux de croissance des 85 ans et plus en Haute Loire et dans les autres départements de la région Auvergne (2008-2028)



Tous les territoires seront touchés par l'augmentation de la population très âgée d'ici 4 ans : + 20 % dans l'aire Yssingelaise ; + 19 % dans l'aire du Puy en Velay et l'aire du Brivadois.

Haute Loire		2008	2012	2016	2020	2024	2028
Nbre des plus de 85 ans		6 021	7 469	8 526	9 082	9 186	8 963
Evolution / 2008	Nbre	--	1 448	2 505	3 061	3 165	2 942
	%	--	24,05%	41,60%	50,84%	52,57%	48,86%

Aire du Puy en Velay		2008	2012	2016	2020	2024	2028
Nbre des plus de 85 ans		2 536	3 133	3 587	3 834	3 857	3 784
Evolution / 2008	Nbre	--	597	1 051	1 298	1 321	1 248
	%	--	23,54%	41,44%	51,18%	52,09%	49,21%

Aire du Brivadois		2008	2012	2016	2020	2024	2028
Nbre des plus de 85 ans		1 671	2 060	2 294	2 347	2 261	2 154
Evolution / 2008	Nbre	--	389	623	676	590	483
	%	--	23,28%	37,28%	40,45%	35,31%	28,90%

Aire Yssingelaise		2008	2012	2016	2020	2024	2028
Nbre des plus de 85 ans		1 814	2 276	2 645	2 901	3 068	3 025
Evolution / 2008	Nbre	--	462	831	1 087	1 254	1 211
	%	--	25,47%	45,81%	59,92%	69,13%	66,76%

En dehors du Brivadois, dont la part de la population très âgée est la plus importante du département (et le restera pendant encore des années), la quasi-totalité des territoires comptera d'ici 4 ans plus de 3 % de leur population âgée de plus de 85 ans.

Part des 85 ans et plus dans la population totale	2008	2012	2016	2020	2024	2028
	3%	3%	4%	4%	4%	4%
Aire du Puy	2008	2012	2016	2020	2024	2028
Part des 85 ans et plus	3%	3%	4%	4%	4%	4%
Aire du Brivadois	2008	2012	2016	2020	2024	2028
Part des 85 ans et plus	3%	4%	5%	5%	5%	5%
Aire Yssingelaise	2008	2012	2016	2020	2024	2028
Part des 85 ans et plus	2%	3%	3%	3%	3%	3%

B. Les besoins de places en établissement

1. Les hypothèses de départ

Afin d'évaluer le plus précisément possible les besoins relatifs à la prise en charge en institution, nous avons cherché à évaluer le nombre de personnes âgées dépendantes qui entreront, ou seront susceptibles d'entrer en établissement sur les 12 prochaines années. Dans cette optique, les hypothèses retenues suivent celles émises par la DREES, l'INSEE et le Centre d'Analyse Stratégique, à savoir :

- ✓ La stabilisation du taux d'institutionnalisation des personnes âgées très dépendantes sur l'ensemble de la période ;
- ✓ Une réduction nette, au-delà de 2010, du taux d'institutionnalisation pour les personnes peu ou moyennement dépendantes ;
- ✓ La fixation du nombre de personnes âgées dépendantes selon l'hypothèse haute de l'étude du Centre d'Analyse stratégique².

2. La conjoncture départementale en matière d'hébergement pour personnes âgées

Avec 3 746 places autorisées en EHPAD et en USLD, le département de la Haute-Loire dispose d'un taux d'équipement en lits médicalisés s'élevant à 160,92 places pour 1 000 habitants âgés de 75 ans et plus. Ce niveau est nettement supérieur à la moyenne nationale qui s'élève à 95 lits pour mille.

² Centre d'Analyse Stratégique, *Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix*, Rapport de la mission « Prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes » conduite par Stéphane LE BOULDER, juin 2006.

2007	EHPAD	USLD	TOTAL	Taux d'équipement
Nombre de lits installés	3 305	360	3 665	157,44
Nombre de lits autorisés non installés	81	0	81	
Nombre total de lits autorisés	3 386	360	3 746	160,92

3. Les projections départementales

Le tableau ci-dessous présente les besoins en lits pour la période 2008 – 2020.

HAUTE LOIRE	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Gir 1 à 4 en EHPAD													
- originaires de Haute Loire	3 104	3 151	3 189	3 213	3 236	3 255	3 258	3 276	3 254	3 222	3 200	3 195	3 196
- originaires d'un autre département	295	323	350	377	403	430	431	434	432	428	426	426	426
Sous total	3 399	3 473	3 538	3 590	3 640	3 685	3 690	3 710	3 686	3 650	3 626	3 621	3 622
Gir 5 et 6 en EHPAD	514	491	466	437	407	362	326	290	252	213	176	148	122
Sous total	3 913	3 964	4 004	4 027	4 047	4 046	4 015	4 000	3 937	3 864	3 802	3 769	3 743
Taux d'occupation (98%)	78	79	80	81	81	81	80	80	79	77	76	75	75
Total lits nécessaires	3 991	4 044	4 084	4 107	4 128	4 127	4 096	4 080	4 016	3 941	3 878	3 845	3 818
Besoins par rapport aux lits installés	326	379	419	442	463	462	431	415	351	276	213	180	153
Besoins par rapport aux lits autorisés	245	298	338	361	382	381	350	334	270	195	132	99	72

Ces résultats agrègent différents paramètres :

- Le nombre de personnes dépendantes (GIR 1 à GIR 4) originaires du département a été obtenu par l'exploitation du modèle *Destinie* développé par l'INSEE et la DREES.
- Le nombre de personnes dépendantes (GIR 1 à GIR 4) originaires d'autres départements résulte des proportions observées en 2008 dans les EHPAD du département. Cette proportion, égale à 11 %, a été augmentée progressivement année après année afin de prendre en compte l'attractivité du département pour les personnes âgées. Ainsi, la proportion retenue est égale à 13,5 % pour l'année 2013.
- Le nombre de personnes non dépendantes (GIR 5 et GIR 6) accueillies dans les EHPAD de la Haute-Loire reprend également les proportions observées en 2008, soit 15 % des résidents. Selon les préconisations du Centre d'Analyse stratégique, la part des résidents en GIR 5-6 devrait diminuer dans les prochaines années. C'est pourquoi le taux retenu en 2008 a été diminué d'un point chaque année.

- Enfin, le taux d'occupation retenu est celui observé en 2008, soit 98 %. Le nombre de lits nécessaires doit donc se comprendre comme étant le nombre de lits qui assure un taux d'occupation des établissements de 98 %.

Ainsi, au vu de l'exploitation du modèle statistique, les besoins en lits supplémentaires seraient relativement importants : 338 lits en 2010, 381 en 2013, mais seulement 72 en 2020. Pour déterminer le nombre « juste » de places qu'il faudrait créer sur le département il convient également de prendre en compte 2 facteurs extrêmement importants :

- les places inoccupées ont un coût important pour la collectivité mais plus encore pour les autres résidents : il convient donc de limiter le risque de places inoccupées
- les investissements immobiliers liés à la création de places ont une durée de vie de 20 ou 30 ans : les créations de places ne peuvent donc pas être calées sur le « pic » du besoin mais sur un « besoin de moyen terme ».

C'est pourquoi les projets de création de places qui font partie des fiches actions ci-après restent prudentes par rapport aux besoins calculés par les modèles qui viennent d'être présentés.

4. Déclinaison territoriale des projections départementales

L'examen attentif des projections sur les territoires retenus fait apparaître des évolutions contrastées :

- l'**Yssingelais** semble **suffisamment équipé** pour faire face à l'augmentation de la population âgée dépendante,
- l'aire du **Brivadois présente des besoins importants** en termes de créations (mais qui iront en décroissant au cours des prochaines années),
- l'**aire du Puy** en Velay connaîtra, dans les toutes prochaines années, des **tensions importantes** avec cependant un fort contraste au sein même de cette aire entre l'agglomération du Puy-en-Velay (en déficit fort et croissant de places) et le reste de l'aire.

Besoins en lits EHPAD			Besoins par rapport aux places autorisées			
Territoires	Nombre de places autorisées (2008)	Nbre de places pour 1000 hab. 75 ans et +	2008	2013	2017	2020
PUY EN VELAY	1 608	168,08	12	87	12	-40
YSSINGELAIS	1 336	186,07	-48	57	27	-3
BRIVADOIS	802	121,68	281	238	156	116
HAUTE-LOIRE	3 746	160,92	245	381	195	72

V. Les orientations du nouveau schéma

4 axes déclinés en 17 fiches-actions structurent le schéma 2009-2013 en faveur des personnes âgées de la Haute-Loire :

- **Axe 1 : Répondre aux besoins des territoires (6 fiches-actions)**
- **Axe 2 : Mieux informer les familles et coordonner les prises en charge (4 fiches-actions)**
- **Axe 3 : Aider les aidants et lutter contre l'isolement (2 fiches-actions)**
- **Axe 4 : Améliorer la qualité de la prise en charge à domicile et en établissement (5 fiches-actions)**

1. Axe 1 : Répondre aux besoins des territoires

Action 1: Créer des places d'hébergement permanent sur les zones déficitaires du territoire départemental

Action 2 : Poursuivre le développement de l'accueil de jour

Action 3 : Développer les places d'hébergement temporaire sur l'ensemble du département

Action 4 : Développer des places spécifiques pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées

Action 5 : Créer un EHPAD psychiatrique à vocation départementale

Action 6 : Assurer une offre de logements pour personnes âgées sur chaque canton du département

Action 1 : Créer des places d'hébergement permanent sur les zones déficitaires du territoire départemental

Pilotes :

- Conseil général
- Etat (DDASS)

Partenaires :

- EHPAD existants

Constats :

- Aujourd'hui le taux de lits d'EHPAD ou d'USLD installés pour 1000 personnes de 75 ans et plus est de 160 sur l'ancien district du Puy, 115 sur le Brivadois, 175 sur le reste du Pays du Velay et de 178 sur l'Yssingelais (moyenne départementale 160 pour 1000)
- L'analyse de la démographie actuelle et de ses évolutions sur les 15 prochaines années font apparaître un déficit fort de places en EHPAD pour la population du Brivadois et de l'agglomération du Puy-en-Velay
- Ce constat est corroboré par les listes d'attente importantes des établissements du Brivadois et de l'agglomération du Puy-en-Velay

Objectif :

- Permettre un accès égalitaire aux EHPAD sur l'ensemble du territoire

Bénéfices attendus :

- Diminuer le temps d'attente pour entrer en EHPAD
- Offrir une prise en charge adaptée aux personnes âgées dépendantes du Brivadois et de l'agglomération du Puy-en-Velay

Modalités de mise en œuvre :

- Création d'une cinquantaine de places au plus sur le Brivadois au cours des 5 années du schéma par augmentation de la capacité d'établissements existants – par appel à projets
- Création d'une cinquantaine de places au plus sur l'agglomération du Puy-en-Velay au cours des 5 années du schéma par augmentation de la capacité d'établissements existants – par appel à projets

Indicateurs :

- Nombre de places créées chaque année sur la durée du schéma
- Listes d'attente des établissements
- Taux d'occupation des places

Coût et financements :

- Dotations assurance-maladie par le PRIAC
- Dotations dépendance par le Conseil général
- Prise en charge à l'aide sociale par le Conseil général

Action 2 : Poursuivre le développement de l'accueil de jour

Pilotes :

- Conseil général
- Etat (DDASS)

Partenaires :

- EHPAD existants

Constats :

- La Haute-Loire compte 51 places d'accueil de jour autorisées : 10 sur le Brivadois, 14 sur l'Yssingelais, 20 sur l'ancien district du Puy et 7 sur le reste du Pays du Velay
- Certaines parties du territoire départemental sont dépourvues d'offre en accueil de jour (Craponne – Saugues – extrême Est du département)
- Il faut toutefois être prudent dans le développement, car certains accueils de jour actuellement existants éprouvent des difficultés de fonctionnement
- Dans l'enquête menée pour le schéma auprès des personnes âgées à domicile, 17 % d'entre elles envisagent d'être accueillies en accueil de jour

Objectif :

- Organiser une offre harmonieuse d'accueil de jour sur le territoire départemental

Bénéfices attendus :

- Prise en charge précoce des troubles liés à la maladie d'Alzheimer
- Facilitation de la prise en charge à domicile

Modalités de mise en œuvre :

- Création d'une trentaine de places au plus sur la durée du schéma
- Sur la base du cahier des charges existant Conseil général – DDASS
- Dans le cadre d'un projet d'établissement (dans les établissements existants)
- Sur la base d'une étude fine des besoins par les porteurs de projets

Indicateurs :

- Nombre de places d'accueil de jour créées chaque année et sur la durée du schéma
- Taux d'occupation des places d'accueil de jour

Coût et financements :

- Crédits d'assurance maladie dans le PRIAC
- Plans APA financés par le Conseil général

Action 3 : Développer les places d'hébergement temporaire sur l'ensemble du département

Pilotes :

- Conseil général
- Etat (DDASS)

Partenaires :

- EHPAD existants

Constats :

- La Haute-Loire compte 48 places d'hébergement temporaire installées : 20 sur le Brivadois, 15 sur l'Yssingelais, 1 sur l'ancien district du Puy et 12 sur le reste du Pays du Velay
- Dans l'enquête menée pour le schéma auprès des personnes âgées à domicile, 30 % d'entre elles envisagent d'avoir recours à l'hébergement temporaire

Objectif :

- Garantir une offre harmonieuse d'accueil temporaire sur le territoire départemental

Bénéfices attendus :

- Facilitation du maintien à domicile
- Rupture de l'isolement

Modalités de mise en œuvre :

- Création d'une trentaine de places au maximum sur la durée du schéma
- En fonction du projet d'établissement

Indicateurs :

- Nombre de places créées chaque année et sur la durée du schéma
- Taux d'occupation des places d'hébergement temporaire

Coût et financements :

- Crédits d'assurance maladie dans le cadre du PRIAC
- Plans APA financés par le Conseil général

Action 4 : Développer des places spécifiques pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées

Pilotes :

- Conseil général
- Etat (DDASS)

Partenaires :

- EHPAD existants

Constats :

- On compte aujourd'hui 194 places Alzheimer autorisées : 10 sur le Brivadois, 94 sur l'Yssingelais, 51 sur l'ancien district du Puy et 39 sur le reste du Pays du Velay
- 34 établissements n'ont aujourd'hui pas d'unité spécifique
- On estime à près de 45 % la population de chaque EHPAD atteinte par cette maladie
- Dans l'enquête menée pour le schéma auprès des personnes âgées à domicile, le premier critère de choix d'un EHPAD est la proximité (3 répondants sur 5)

Objectif :

- Doter chaque établissement qui se restructure d'une unité « Alzheimer »

Bénéfices attendus :

- Réponse de proximité pour les malades
- Prise en charge adaptée à cette pathologie

Modalités de mise en œuvre :

- Création par redéploiement de l'existant d'unités Alzheimer au sein des établissements qui se restructurent.
- Appropriation et appui sur les référentiels nationaux

Indicateurs :

- Nombre de places Alzheimer créées chaque année et sur la durée du schéma
- Ratio établissements disposant d'une unité / ensemble des établissements
- Taux d'occupation des unités Alzheimer

Action 5 : Créer un EHPAD psychiatrique à vocation départementale

Pilotes :

- Conseil général
- Etat (DDASS)

Partenaire :

- Centre hospitalier spécialisé Sainte-Marie

Constat :

- Les EHPAD classiques connaissent beaucoup de difficultés pour la prise en charge des malades psychiatriques âgés ; cette situation conduit à des allers-retours entre les EHPAD et le Centre hospitalier spécialisé préjudiciables au bien-être de la personne et au fonctionnement général des établissements concernés

Objectif :

- Offrir une prise en charge adaptée aux malades psychiatriques âgés

Bénéfices attendus :

- Prise en charge adaptée
- Fonctionnement amélioré pour les EHPAD classiques et le Centre hospitalier spécialisé Sainte Marie

Modalités de mise en œuvre :

- Création d'un EHPAD de 60 places
- En lien fonctionnel fort avec le Centre hospitalier spécialisé Sainte Marie

Indicateur :

- Nombre de places créées

Coût et financements :

- Crédits d'assurance maladie par le PRIAC
- Dotations dépendance du Conseil général
- Aide sociale par le Conseil général

Action 6 : Assurer une offre de logements pour personnes âgées sur chaque canton du département

Pilote :

- Conseil général

Partenaires :

- Les communes ou communautés de communes sur un canton dépourvu d'établissement pour personnes âgées

Constats :

- 3 cantons du département ne disposent d'aucun établissement pour personnes âgées
- Les populations âgées de ces territoires connaissent donc un accès inégalitaire à des structures d'hébergement adaptées

Objectif :

- Assurer une égalité d'accès à des structures pour personnes âgées sur l'ensemble du territoire départemental

Bénéfices attendus :

- Organisation de solutions de proximité
- Maintien des liens sociaux existants

Modalités de mise en œuvre :

- Création d'une subvention forfaitaire de 40.000 € annuels
- Au bénéfice d'une commune ou communautés de communes par canton dépourvu d'établissement pour personnes âgées dépendantes (d'EHPAD) portant une structure d'habitation pour personnes âgées, à condition que la commune ou communauté de communes assure un financement à parité.

Coût et financement :

- 120.000 € annuels à la charge du Conseil général

2. Axe 2 : Mieux informer les familles et coordonner les prises en charge

Action 7: Créer 3 relais gérontologiques pour informer les familles sur les territoires

Action 8 : Expérimenter une Maison de l'intégration et de l'autonomie des malades Alzheimer (MAIA)

Action 9 : Créer et généraliser des outils de coordination

Action 10 : Coordonner les situations complexes

Action 7 : Créer 3 relais gérontologiques pour informer les familles sur les territoires

Pilote :

- Conseil général

Partenaires :

- Ensemble des acteurs de la politique gérontologique

Constat :

- Les travaux préparatoires au schéma ont fait remonter de manière très forte le besoin de points d'information bien identifiés auxquels les familles pourraient faire appel pour élaborer la meilleure prise en charge de la personne âgée

Objectif :

- Apporter une information de proximité, centralisée et fiable aux familles

Bénéfices attendus :

- Amélioration de l'orientation et de la prise en charge
- Réduction de l'inquiétude des familles

Modalités de mise en œuvre :

- Identifier 3 lieux d'accueil sur Le Puy, Yssingeaux et Brioude (2009)
- Recruter 0,5 ETP de travailleur social et 0,5 ETP de secrétaire pour chacun de ces lieux (2009)
- Recenser l'offre existante et garantir une actualisation régulière (2009)
- Diffuser les informations recensées (site internet, numéro vert) (2010)
- Acquérir et faire fonctionner ensuite un logiciel d'information sur les places disponibles en EHPAD alimenté par les EHPAD du territoire (2011)
- Constituer et animer un réseau de professionnels par territoire (2012)

Indicateurs :

- Nombre de relais sur le département
- Nombre de contacts (physique, téléphonique, courrier) établis avec chacun des relais

Coût et financements :

- Fonctionnement d'un local d'accueil : Conseil général avec demande de subventionnement au titre de la CNSA
- Personnel (3 ETP au total) : Conseil général avec demande de subventionnement au titre de la CNSA

Action 8 : Expérimenter une Maison de l'intégration et de l'autonomie des malades d'Alzheimer (MAIA)

Pilote :

- Conseil général

Partenaires :

- CCAS du Puy-en-Velay
- Centre hospitalier Emile Roux
- Centre hospitalier spécialisé Sainte Marie
- Hôpital local de Craponne

Constat :

- Les personnes à domicile atteintes de la maladie d'Alzheimer, leurs aidants et leurs familles ont beaucoup de difficultés à s'orienter dans le dispositif.

Objectif :

- Assurer une prise en charge adaptée aux malades Alzheimer

Bénéfices attendus :

- Prise en charge précoce
- Coordination du parcours

Modalités de mise en œuvre :

- Le Conseil général a déposé un dossier de candidature à l'expérimentation auprès de la CNSA en octobre 2008.
- L'expérimentation débutera en 2009.
- Elle s'achèverait à la fin de l'année 2010.

Indicateurs :

- Nombre de contacts (physiques, téléphoniques, courriers) de la MAIA
- Nombre de situations gérées par les gestionnaires de cas

Coût et financements :

- Budget de 180.000 € annuels
- Cofinancement Conseil général, CNSA, centres hospitaliers

Action 9 : Créer et généraliser des outils de coordination

Pilote :

- Conseil général

Partenaires :

- Services d'aide et d'accompagnement à domicile (fiche de liaison – cahier de liaison)
- SSIAD (cahier de liaison)
- Libéraux médicaux et paramédicaux (cahier de liaison)
- EHPAD (dossier d'inscription unique)

Constats :

- Les prises en charge à domicile pourraient être améliorées en favorisant l'information et la coordination des différents intervenants
- L'entrée en établissement pourrait être simplifiée en adoptant un dossier d'inscription unique

Objectif :

- Faciliter les prises en charge à domicile et l'entrée en établissement

Bénéfices attendus :

- Meilleure adéquation entre les besoins de la personne et la prise en charge (fiche de liaison)
- Meilleure coordination des intervenants et meilleure réactivité en cas de changement dans la situation de la personne (cahier de liaison unique)

Modalités de mise en œuvre :

- Actualiser la fiche de liaison déclinant le plan d'aide pour les personnes accompagnées par des services prestataires et généraliser son utilisation (2009)
- Mettre en place un groupe de travail sur le cahier de liaison unique chargé notamment recenser les bonnes pratiques existantes dans d'autres départements

Indicateurs :

- Ratio nombre de fiches de liaison / nombre de bénéficiaires de prestataires
- Ratio nombre de cahiers de liaison unique / nombre de bénéficiaires

Action 10 : Coordonner les situations complexes

Pilote :

- Conseil général

Partenaires :

- Service d'aide et d'accompagnement à domicile
- SSIAD
- Services sociaux
- EHPAD
- Médecins traitants

Constat :

- Dans certaines situations complexes, la coordination des intervenants est défailante

Objectif :

- Assurer une prise en charge adaptée aux personnes en situation complexe

Bénéfices attendus :

- Respect de la personne
- Prise en charge adaptée
- Soulagement des familles

Modalité de mise en œuvre :

- Nommer, dans certaines situations complexes faisant apparaître une multitude d'intervenants, un professionnel référent chargé d'organiser au mieux la prise en charge globale et d'être l'interlocuteur de la famille

Indicateur :

- Nombre de référents nommés

3. Axe 3 : Aider les aidants et lutter contre l'isolement

Action 11 : Développer les groupes de parole

Action 12 : Développer des micro-projets d'animation à l'attention des personnes âgées

Action 11 : Développer les groupes de parole

Pilotes :

- Conseil général
- Caisses de retraite

Partenaires :

- DDASS
- Services d'aide et d'accompagnement à domicile
- SSIAD
- Libéraux médicaux et paramédicaux
- Services sociaux

Constat :

- Quelques groupes de parole ont fonctionné ces dernières années, mais sont encore trop peu nombreux.

Objectif :

- Améliorer l'écoute, le soutien et l'information à l'attention des aidants naturels

Bénéfice attendu :

- Amélioration du dispositif de soutien à domicile

Modalités de mise en œuvre :

- Recenser l'offre existante
- Diffuser l'information sur cette offre
- Susciter de nouvelles offres
- Adosser, lorsque cela est possible, les groupes de paroles aux accueils de jour

Indicateurs :

- Nombre de groupes de parole réunis par territoire
- Nombre de participants moyen par groupe

Action 12 : Développer des micro-projets d'animation à l'attention des personnes âgées

Pilote :

- Conseil général

Partenaire :

- Ensemble des acteurs de la politique gérontologique

Constat :

- L'entrée en dépendance induit un isolement progressif de la personne âgée, à domicile comme en établissement.

Objectif :

- Rompre l'isolement des personnes âgées sur les territoires

Bénéfice attendu :

- Améliorer le dispositif de soutien à domicile

Modalités de mise en œuvre :

- Appels à projets pour des actions collectives organisées sur les territoires à partir du service social départemental
- Financement d'actions menées sur les territoires par des associations volontaires (bricolage, cuisine, jeux, lecture, etc.)
- Encouragement à l'ouverture des EHPAD aux non-résidents (ateliers, fêtes, manifestations intergénérationnelles, etc.)

Indicateurs :

- Nombre d'actions menées par territoire
- Nombre de participants
- Nombre d'EHPAD organisant des activités ouvertes à la population du bourg

Financements :

- Conseil général
- Caisses de retraite

4. Axe 4 : Améliorer la qualité de la prise en charge à domicile et en établissement

Action 13 : Promouvoir la bientraitance

Action 14 : Favoriser la formation des personnes au contact des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées

Action 15 : Encourager les mutualisations de moyens entre acteurs du secteur gériatrique

Action 16 : Poursuivre la réhabilitation architecturale des EHPAD

Action 17 : Structurer des réseaux de professionnels

Action 13 : Promouvoir la bientraitance

Pilotes :

- Conseil général
- Etat (DDASS)

Partenaires :

- EHPAD
- Services d'aide et d'accompagnement à domicile
- SSIAD
- Centre de réflexion gérontologique
- Justice

Constat :

- La maltraitance envers les personnes âgées est aujourd'hui mal évaluée, mal connue, vraisemblablement mal combattue

Objectif :

- Améliorer la bientraitance en faveur des personnes âgées

Bénéfices attendus :

- Améliorer le bien-être des personnes
- Favoriser le maintien à domicile

Modalités de mise en œuvre :

- Assurer la couverture ALMA sur le territoire (projet DDASS - 2009)
- Créer une « cellule de coordination bientraitance » DDASS-Conseil général chargée de recenser les signalements et de leur donner les suites adaptées en lien avec la Justice (2009)

Indicateurs :

- Nombre de signalements reçus à la cellule de coordination
- Nombre d'appels ALMA
- Nombre de signalements judiciaires

Action 14 : Favoriser la formation des personnes au contact des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées

Pilote :

- Conseil général

Partenaires :

- EHPAD
- Services d'aide et d'accompagnement à domicile
- SSIAD

Constat :

- 70 % des personnels en EHPAD sont formés à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées.

Objectif :

- Améliorer la prise en charge spécifique de ces personnes

Bénéfices attendus :

- Facilitation de la prise en charge à domicile comme en établissement pour le malade, la famille, les intervenants
- Prévention des risques de maltraitance

Modalités de mise en œuvre :

- Préciser dans la convention avec les services autorisés d'aide à domicile la mise en place de formations spécifiques
- Mettre en place un volet Alzheimer dans les formations pour les accueillants familiaux
- Préciser dans les contrats d'objectifs et de moyens signés avec les SSIAD le besoin de formations spécifiques
- Atteindre les 100 % de personnels formés en EHPAD

Indicateur :

- Ratios de personnels formés

Action 15 : Encourager les mutualisations de moyens entre acteurs du secteur gérontologique

Pilotes :

- Conseil général
- Etat (DDASS)

Partenaires :

- EHPAD
- Services d'aide et d'accompagnement à domicile
- SSIAD

Constat :

- Les mutualisations de moyens sont aujourd'hui encore rares dans le secteur des personnes âgées (seuls 2 GCSMS ont été signés – 1 GIE existe – quelques opérations ponctuelles sur le domaine de la formation).

Objectif :

- Faire plus et mieux avec les moyens disponibles

Bénéfices attendus :

- Amélioration de la qualité de la prise en charge
- Optimisation des moyens existants

Modalités de mise en œuvre :

- Exigence que tous les dossiers présentés détaillent les principes de mutualisation
- Accompagnement de directions communes à plusieurs établissements par le renforcement du pôle administratif des établissements

Indicateurs :

- Nombre de conventions de mises à disposition
- Nombre de GCSMS
- Nombre de formations communes
- Nombre de directions communes

Action 16 : Poursuivre la réhabilitation architecturale des EHPAD

Pilote :

- EHPAD

Partenaires :

- Conseil général
- Etat (DDASS)
- Communes et communautés de communes

Constats :

- 15 restructurations importantes et 11 plus modestes, sont à prévoir au cours des 5 prochaines années.
- Aujourd'hui, on estime qu'une restructuration architecturale conduit à une augmentation moyenne de 15 € sur le prix de journée.
- 30 % des personnes âgées à domicile interrogées dans l'enquête du schéma estiment que les EHPAD sont aujourd'hui peu ou pas accueillants

Objectif :

- Offrir un hébergement de qualité aux personnes âgées accueillies en EHPAD

Bénéfices attendus :

- Meilleur confort pour les résidents
- Facilitation de la prise en charge pour les personnels
- Amélioration de l'image et de l'attractivité des EHPAD

Modalités de mise en œuvre :

- Accompagnement des restructurations par le Conseil général et l'Etat (DDASS) sur la base de référentiels nationaux, de cahiers des charges (notamment accueil de jour et unités Alzheimer) et d'échanges de bonnes pratiques entre établissements
- Refonte du régime d'aide à l'investissement du Conseil général :
 - o Aide de 50.000 € pour les établissements privés (à parité avec la commune d'implantation – disponible dans un délai de 10 ans)
 - o Financement au travers du Contrat Global de Développement Durable (CG2D) pour les établissements publics

Indicateurs :

- Nombre de réhabilitations réalisées
- Evolution du prix de journée

Action 17 : Structurer des réseaux de professionnels

Pilotes :

- Conseil général
- Etat (DDASS)

Partenaires :

- EHPAD

Constat :

- Les établissements ne se connaissent pas encore suffisamment et fonctionnent encore assez peu en réseau

Objectif :

- Favoriser les échanges de bonnes pratiques et développer la prospective sur le département

Bénéfice attendu :

- Amélioration de la qualité de la prise en charge en établissement

Modalités de mise en œuvre :

- Recenser et organiser au niveau départemental des réseaux (directeurs d'EHPAD – accueils de jour par exemple)

Les réunir périodiquement pour aborder des problématiques communes avec parfois l'apport d'intervenants extérieurs (la maison de retraite de demain – la prise en charge des malades Alzheimer – la mesure de la satisfaction des résidents, etc.).

VI. Annexes

A. Les « cartes d'identité » territoriales

Haute Loire										
Nombre de personnes âgées de 75 ans et + 23 278										
			Pour 1000 habitants de 75 ans et plus		Nombre de bénéficiaires			Pour 1000 habitants de 75 ans et plus		
ETABLISSEMENTS				APA à domicile						
Nombre d'EHPAD	48		Nombre de bénéficiaires APA à domicile (31.12.2007)		4 177	179,44				
Nombre de lits :					Nbre	%du nombre de bénéficiaires				
autorisés	3 386	145,46	dont GIR 1		37	1%				
installés	3 305	141,98	dont GIR 2		410	10%				
GMP en EHPAD	611,08	E.t.: 110,31	dont GIR 3		623	15%				
Nombre d'USLD	5		dont GIR 4		3132	75%				
Nombre de lits :			Accueil de jour et hébergement temporaire							
autorisés	360	15,47	Nombre de lits et places		AJ		HT			
installés	360	15,47	autorisés en EHPAD		49	2,10	22	0,95		
GMP en USLD	887,57	E.t.: 65,19	installés en EHPAD		39	1,68	1	0,04		
Total lits EHPAD + USLD	3 746	160,92	autorisés en PUV		2	0,09	47	2,02		
Nbre de lits Alzheimer en EHPAD + USLD	194	8,33	installés en PUV		10	0,43	47	2,02		
Hébergement permanent PUV	130	5,58								

E.t. = écart type

Nom du territoire : Yssingelais										
Nombre de personnes âgées de 75 ans et + 7 208										
			Pour 1000 habitants de 75 ans et plus		Nombre de bénéficiaires			Pour 1000 habitants de 75 ans et plus		
ETABLISSEMENTS				APA à domicile						
Nombre d'EHPAD	17		Nombre de bénéficiaires APA à domicile (31.12.2007)		1 163	161,35				
Nombre de lits :					Nbre	%du nombre de bénéficiaires				
autorisés	1 218	168,98	dont GIR 1		7	1%				
installés	1 211	168,01	dont GIR 2		94	8%				
GMP en EHPAD	683,01	E.t.: 75,08	dont GIR 3		162	14%				
Nombre d'USLD	1		dont GIR 4		908	78%				
Nombre de lits :			Accueil de jour et hébergement temporaire							
autorisés	60	8,32	Nombre de lits et places		AJ		HT			
installés	60	8,32	autorisés en EHPAD		14	1,94	14	1,94		
GMP en USLD	930,51		installés en EHPAD		14	1,94	0	0,00		
Total lits EHPAD + USLD	1 278	177,30	autorisés en PUV		0	0,00	15	2,08		
Nbre de lits Alzheimer en EHPAD + USLD	94	13,04	installés en PUV		8	1,11	15	2,08		
Hébergement permanent PUV	0	0,00								

E.t. = écart type

Nom du territoire : Puy Rural							
Nombre de personnes âgées de 75 ans et + 7 002							
Pour 1000 habitants de 75 ans et plus			Nombre de bénéficiaires				Pour 1000 habitants de 75 ans et plus
ETABLISSEMENTS			APA à domicile				
Nombre d'EHPAD	19		Nombre de bénéficiaires APA à domicile (31.12.2007)		1 485	212,08	
Nombre de lits :					Nbre	%du nombre de bénéficiaires	
autorisés	1 222	174,52	dont GIR 1	14	1%		
installés	1 220	174,24	dont GIR 2	148	10%		
GMP en EHPAD	644,93	E.t: 184,52	dont GIR 3	204	14%		
Nombre d'USLD	0		dont GIR 4	1 130	76%		
Nombre de lits :			Accueil de jour et hébergement temporaire				
autorisés	0	0,00	Nombre de lits et places		AJ		HT
installés	0	0,00	autorisés en EHPAD	5	0,71	0	0,00
GMP en USLD	0,00		installés en EHPAD	5	0,71	0	0,00
Total lits EHPAD + USLD	1 222	174,52	autorisés en PUV	2	0,29	12	1,71
Nbre de lits Alzheimer en EHPAD + USLD	39	5,57	installés en PUV	2	0,29	12	1,71
Hébergement permanent PUV	44	6,28					

E.t. = écart type

Nom du territoire : Puy Urbain							
Nombre de personnes âgées de 75 ans et + 4 443							
Pour 1000 habitants de 75 ans et plus			Nombre de bénéficiaires				Pour 1000 habitants de 75 ans et plus
ETABLISSEMENTS			APA à domicile				
Nombre d'EHPAD	8		Nombre de bénéficiaires APA à domicile (31.12.2007)		577	129,87	
Nombre de lits :					Nbre	%du nombre de bénéficiaires	
autorisés	531	119,51	dont GIR 1	4	1%		
installés	487	109,61	dont GIR 2	60	10%		
GMP en EHPAD	513,09	E.t: 149,67	dont GIR 3	83	14%		
Nombre d'USLD	2		dont GIR 4	430	75%		
Nombre de lits :			Accueil de jour et hébergement temporaire				
autorisés	180	40,51	Nombre de lits et places		AJ		HT
installés	180	40,51	autorisés en EHPAD	20	4,50	8	1,80
GMP en USLD	849,88	E.t: 48,96	installés en EHPAD	15	3,38	1	0,23
Total lits EHPAD + USLD	711	160,03	autorisés en PUV	0	0,00	0	0,00
Nbre de lits Alzheimer en EHPAD + USLD	51	11,48	installés en PUV	0	0,00	0	0,00
Hébergement permanent PUV	23	5,18					

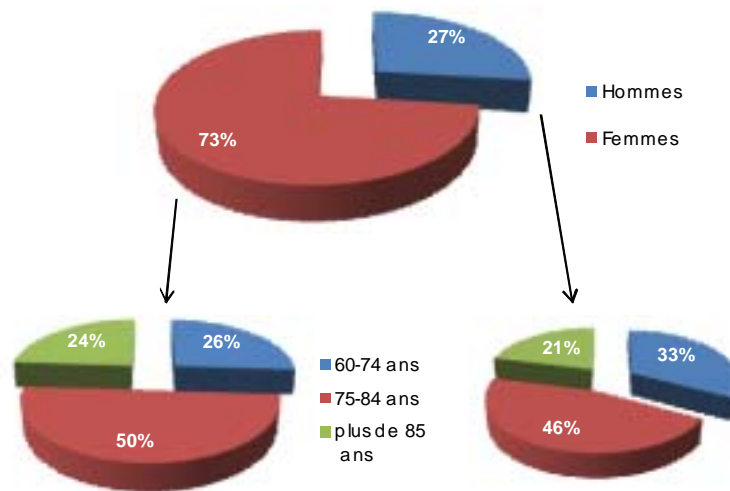
E.t. = écart type

Nom du territoire : Brivadois								
Nombre de personnes âgées de 75 ans et + 4 625								
Pour 1000 habitants de 75 ans et plus			Nombre de bénéficiaires					
Pour 1000 habitants de 75 ans et plus			Pour 1000 habitants de 75 ans et plus					
ETABLISSEMENTS			APA à domicile					
Nombre d'EHPAD	4		Nombre de bénéficiaires APA à domicile (31.12.2007)	952	205,84			
Nombre de lits :				Nbre	%du nombre de bénéficiaires			
autorisés	415	89,73	dont GIR 1	12	1%			
installés	387	83,68	dont GIR 2	108	11%			
GMP en EHPAD	604,01	E.t: 73,73	dont GIR 3	174	18%			
Nombre d'USLD	2		dont GIR 4	664	70%			
Nombre de lits :			Accueil de jour et hébergement temporaire					
autorisés	120	25,95						
installés	120	25,95						
GMP en USLD	966,33							
Total lits EHPAD + USLD	535	115,68						
Nbre de lits Alzheimer en EHPAD + USLD	10	2,16						
Hébergement permanent PUV	63	13,62						
			Nombre de lits et places		AJ		HT	
			autorisés en EHPAD		10	2,16	0	0,00
			installés en EHPAD		5	1,08	0	0,00
			autorisés en PUV		0	0,00	20	4,32
			installés en PUV		0	0,00	20	4,32

E.t. = écart type

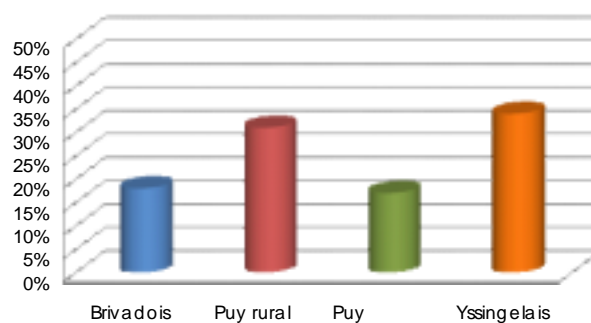
B. Résultats des enquêtes

1. Résultats de l'enquête menée auprès des personnes âgées à domicile



- ✓ **Le sexe féminin représente les trois-quarts de personnes interrogées**
- ✓ **La tranche d'âge la plus représentée est celle de 75-84 ans. La part des répondants les plus âgés est supérieure par le féminin (24%).**

Répartition géographique

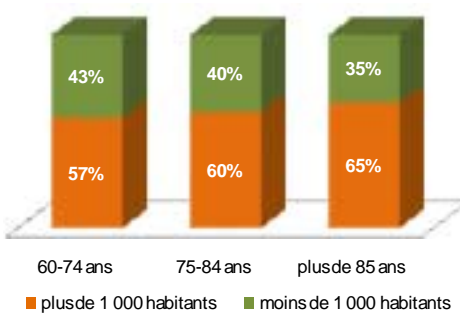


- ✓ **L'Yssingelais du Puy rural concentre plus de 60% de réponses**

Répartition des répondants selon la taille de la commune

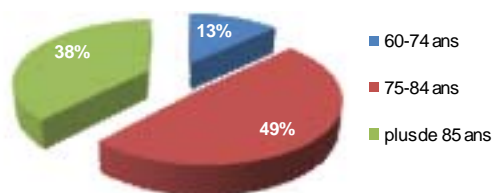


Répartition selon l'âge et la taille de la commune



- ✓ *Les répondants vivent majoritairement (60 %) dans des communes de plus de 1 000 habitants.*
- ✓ *Les répondants les plus jeunes habitent plus souvent dans les petites communes.*
- ✓ *41 % des répondants déclarent bénéficier de l'APA.*
- ✓ *Parmi eux, 62 % ont au moins 75 ans.*

Répartition des bénéficiaires APA selon l'âge

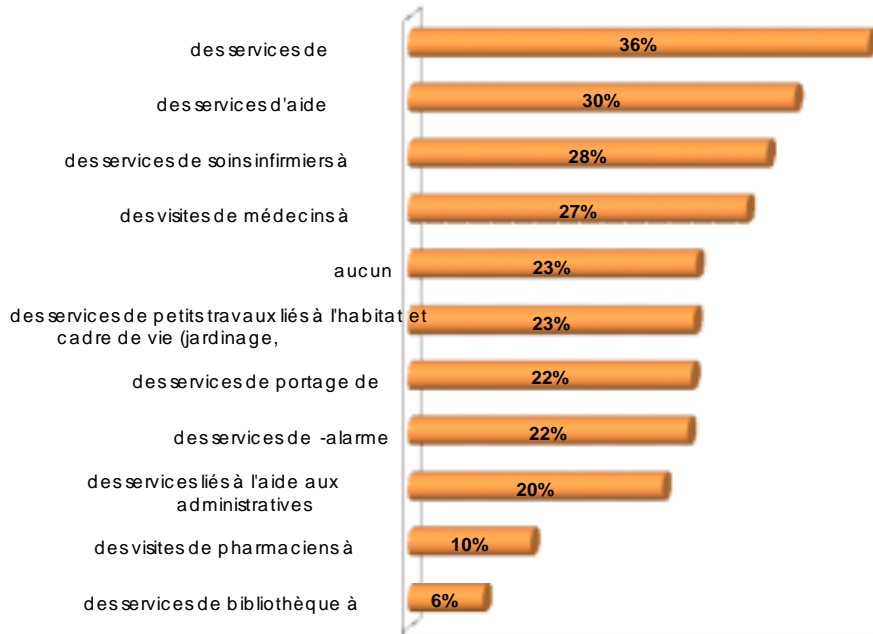


Part des répondants ayant recours à...



✓ **Le service à domicile le plus utilisé sont ceux liés à la santé (visites de médecins et d'infirmiers) et à l'aide au ménage qui concernent plus de 70% de répondants**

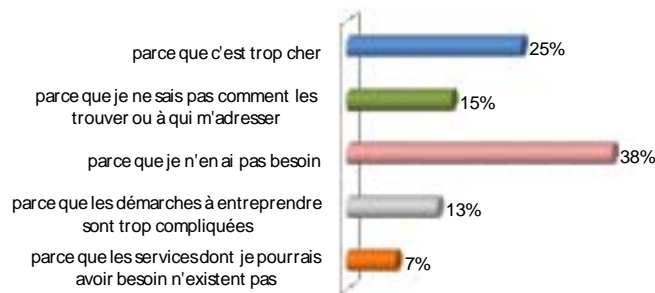
Part des répondants qui souhaiteraient avoir recours à...



✓ **La demande de service la plus fréquente concerne le transport 36 % des répondants souhaiteraient recourir à un service de transport. A noter que moins de 30 % déclarent vouloir recourir à l'heure actuelle.**

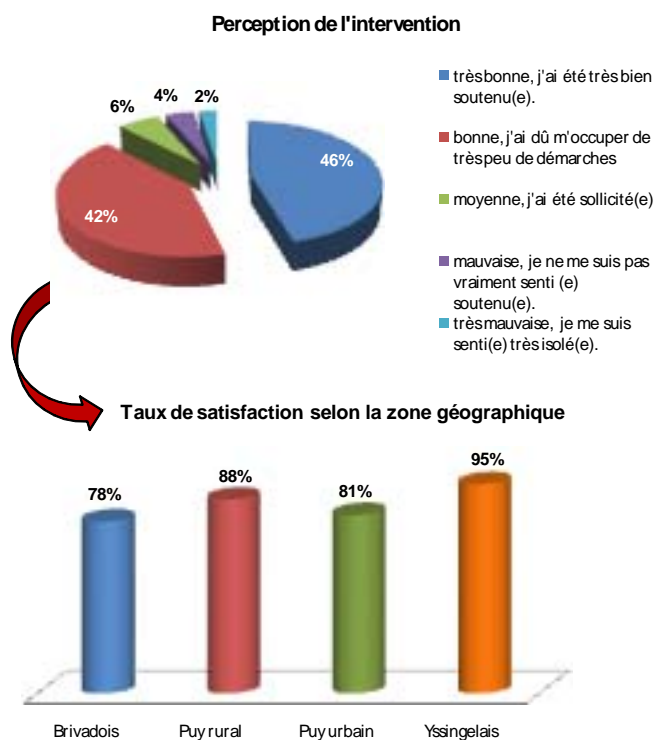
✓ **Le souhait de recevoir la visite de médecins ou d'infirmiers est exprimé par respectivement 27 % et 28 % de répondants, alors que celles-ci représentent déjà le type de service à domicile le plus répandu.**

Pour quelles raisons n'envisagez-vous pas d'avoir recours à ces services ?

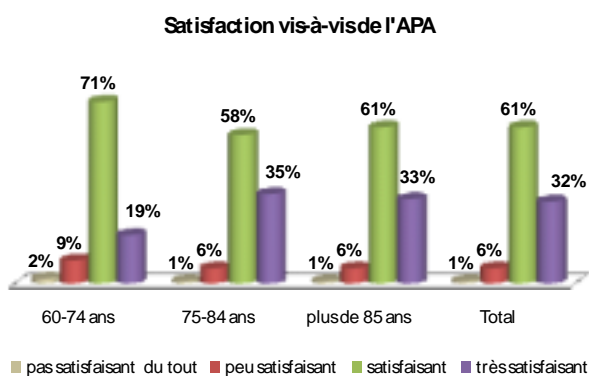


✓ **Le coût explique, dans un cas sur 4, pourquoi la personne n'a pas recours au service à domicile qu'elle souhaiterait utiliser.**

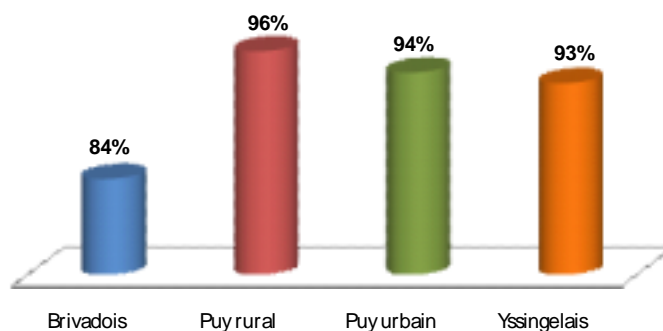
- ✓ Les personnes ayant déjà fait l'expérience d'une intervention à domicile représentent 47% des personnes interrogées.
- ✓ Elles se déclarent, dans leur très grande majorité (88 %), satisfaites voire très satisfaites par cette intervention (l'intervention est jugée bonne ou très bonne).
- ✓ Le taux de satisfaction le plus important (intervention jugée bonne ou très bonne) est enregistré dans l'Yssingelais; le plus faible dans le Brivadois.



- ✓ Le dispositif APA enregistre un bon taux de satisfaction chez les bénéficiaires interrogés : 83 % des bénéficiaires s'en disent satisfaits ou très satisfaits
- ✓ Ce taux de satisfaction varie entre 84 % (Brivadois) et 96 % (Puy urbain).

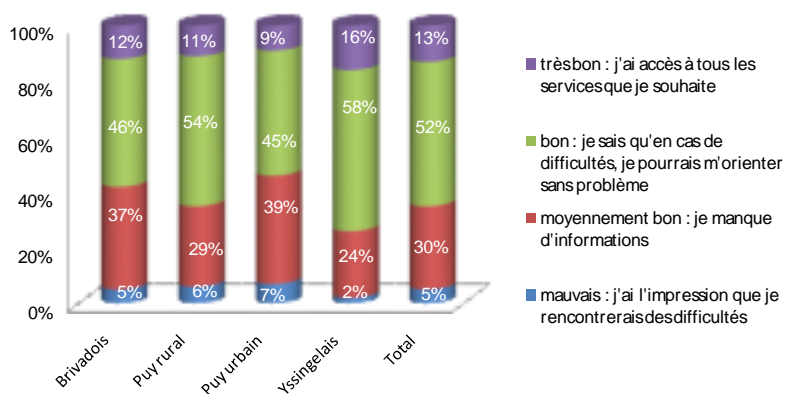


Satisfaction vis-à-vis de l'APA selon la zone géographique



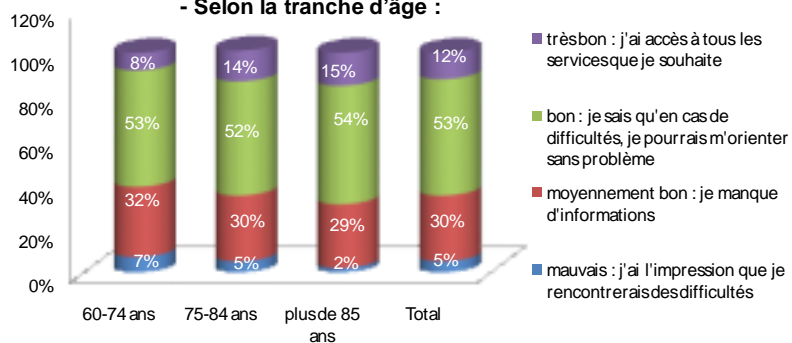
Satisfaction globale vis-à-vis des dispositifs en faveur des personnes âgées :

- Selon la zone géographique :

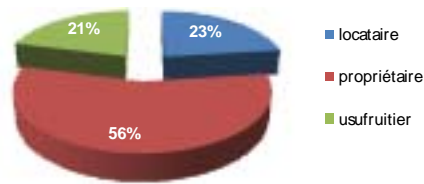


✓ **En moyenne, près de deux personnes interrogées sur trois jugent de manière satisfaisante, voire très satisfaisante, le dispositif en faveur des personnes âgées.**

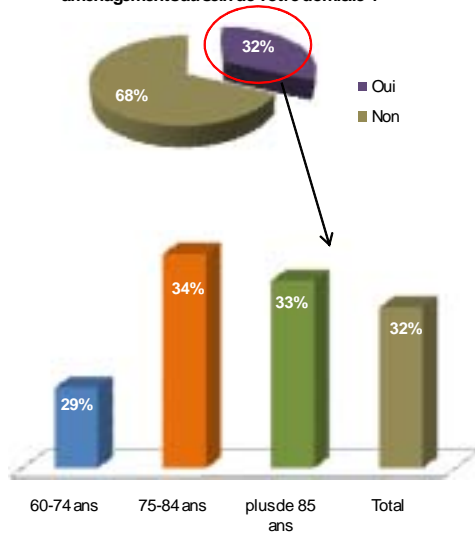
- Selon la tranche d'âge :



Répartition des répondants selon le statut



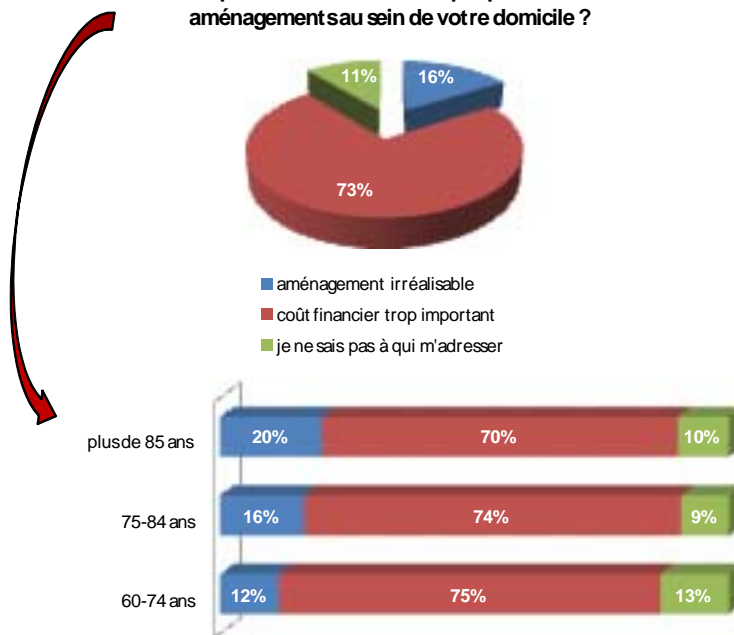
Avez-vous déjà procédé à des aménagements au sein de votre domicile ?



✓ Près d'un tiers des répondants déclare avoir déjà réalisé des aménagements au sein de leur logement.

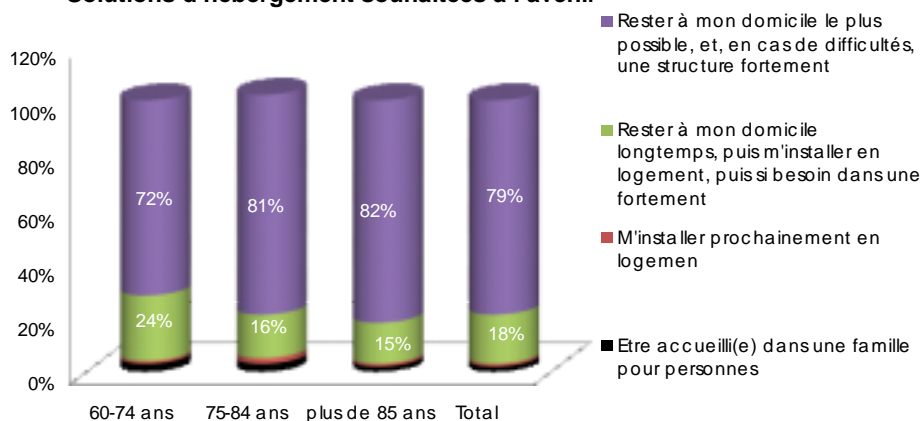
✓ Cette proportion s'élève avec l'âge : près de 34 % des répondants de plus de 75 ans ont déjà réalisé des travaux d'aménagement, contre environ 30 % des 60-74 ans.

Pour quelle raison n'avez-vous pas procédé à des aménagements au sein de votre domicile ?



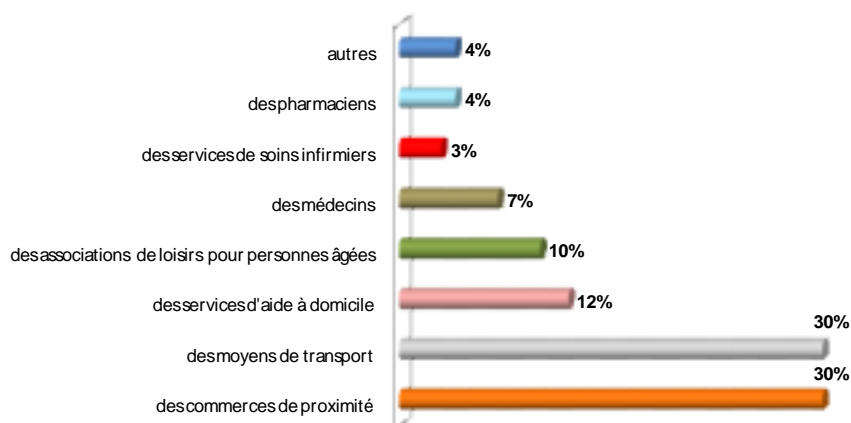
- ✓ *Dans près de trois cas sur quatre, l'obstacle à l'aménagement du domicile est d'ordre financier.*
- ✓ *La part des répondants pour qui l'aménagement paraît irréalisable s'élève avec l'âge : de 12 % pour la classe d'âge la plus jeune, à 20 % pour les plus âgés.*

- Solutions d'hébergement souhaitées à l'avenir



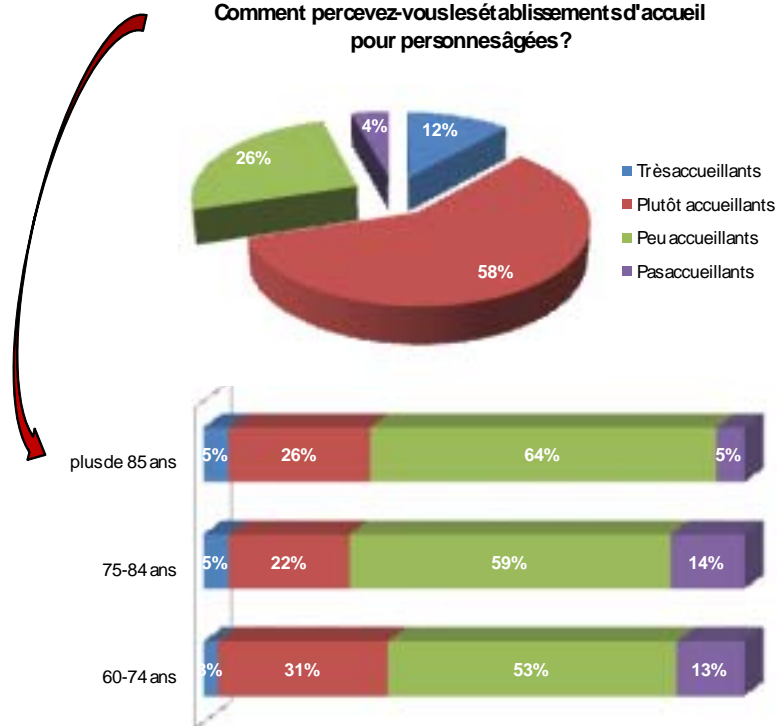
- ✓ **Plus de trois quarts de répondants privilégient la vie à leur domicile le plus longtemps possible**
- ✓ **Cette proportion s'éleva ve d'âge**
- ✓ **Si le maintien à domicile se révèle impossible les répondants envisagent en majorité d'intégrer une structure de type EHPAD, plutôt qu'un foyer logement**
- ✓ **La demande pour un hébergement en famille d'accueil est presque inexistante**

Qu'est-ce qui semble manquer près de chez vous afin que vous restiez le plus longtemps à domicile ?



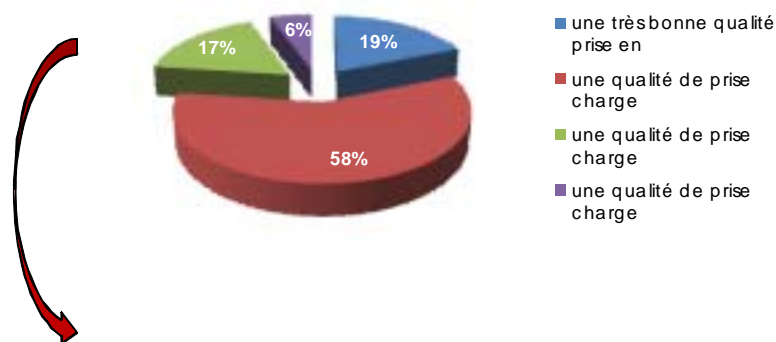
- ✓ **Le manque de commerces de proximité et systèmes de transports demeurent les principaux facteurs limitatif du maintien au domicile.**

Comment percevez-vous les établissements d'accueil pour personnes âgées?

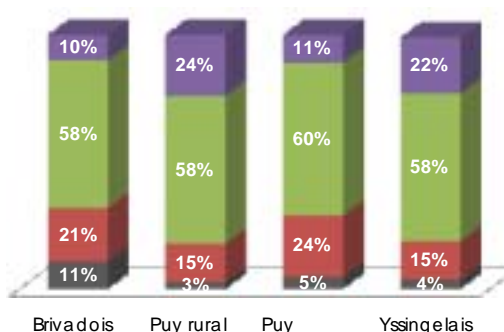


- ✓ *En moyenne, 7 répondants sur 10 considèrent les établissements pour personnes âgées comme plutôt accueillants, voire très accueillants.*
- ✓ *Cette proportion est plus importante chez les répondants âgés entre 75 et 84 ans (73%).*

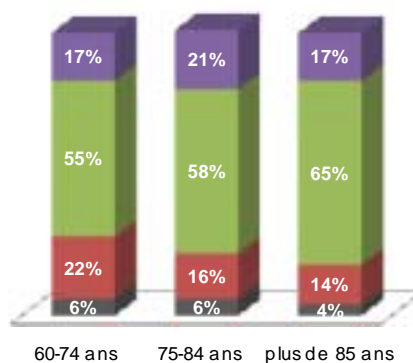
Comment percevez-vous la qualité de la prise en charge dans les établissements d'accueil pour personnes âgées ?



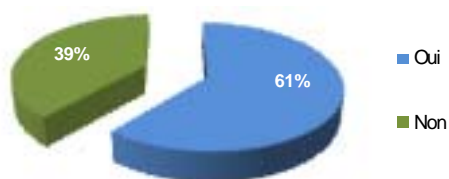
- Selon les zones



- Selon la tranche d'âge :



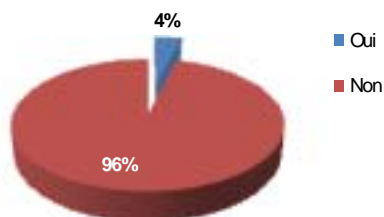
Envisagez-vous un jour d'aller en maison de retraite ?



✓ *On note que, parmi les personnes envisageant d'aller un jour en maison de retraite, 88% perçoivent la prise en charge comme de qualité moyenne ou très bonne, contre 77 % en moyenne.*

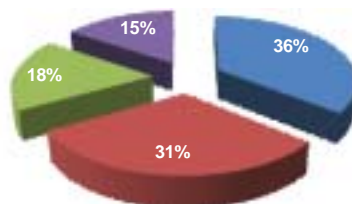
✓ *La proportion des répondants envisageant une institutionnalisation est constante selon les classes d'âge.*

Êtes-vous inscrit(e) sur une ou plusieurs listes d'attente pour entrer dans un établissement accueillant des personnes âgées ?:



Depuis combien de temps ?

■ depuis moins de 6 mois ■ entre 6 mois et un an
■ entre un an et 2 ans ■ depuis plus de 2 ans



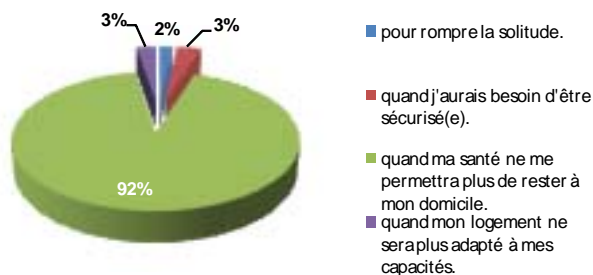
- ✓ **La quasi-totalité des répondants ne sont inscrits sur aucune liste d'attente pour entrer en établissement.**
- ✓ **Les 4 % figurant sur une liste d'attente se sont inscrits en majorité il y a moins d'un an.**

Type d'établissement que les personnes interrogées souhaiteraient intégrer



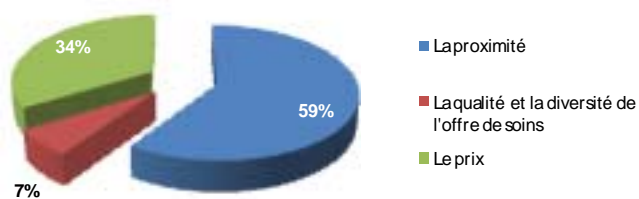
- ✓ **La moitié de répondeurs souhaiterait intégrer un établissement public. Un tiers de répondeurs souhaiterait intégrer un établissement privé, à condition qu'il soit maîtrisé.**

Pour quelles raisons envisageriez-vous un jour d'aller en maison de retraite ?



- ✓ **Pour la plupart des répondants, leur entrée en maison de retraite serait liée à une dégradation importante de leur état de santé.**

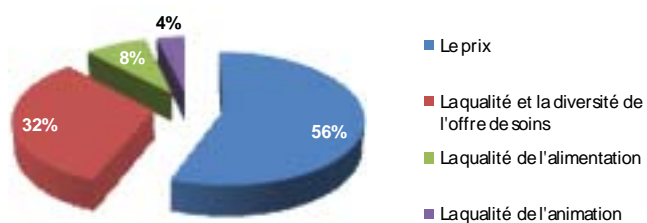
Premier critère recherché dans un établissement d'accueil



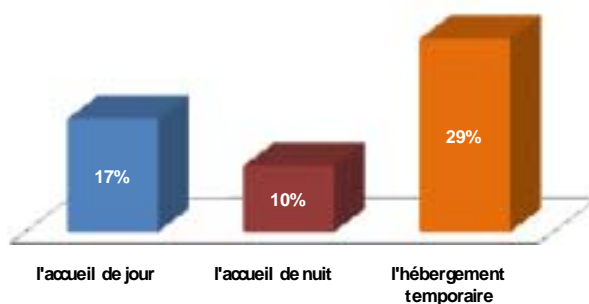
✓ *Trois répondants sur cinq recherchent en priorité la proximité. Un sur trois estime que le prix est un critère prioritaire.*

✓ *Le second critère le plus fréquemment cité est le prix, devant la qualité de l'offre de soin.*

Second critère recherché dans un établissement d'accueil

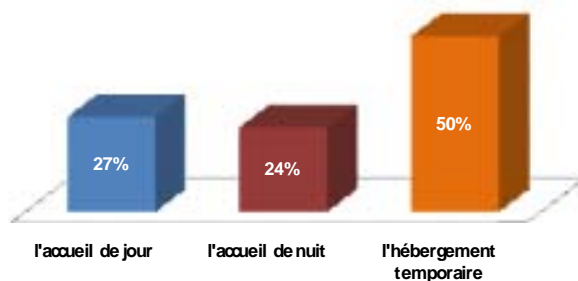


Part des personnes interrogées déclarant connaître :

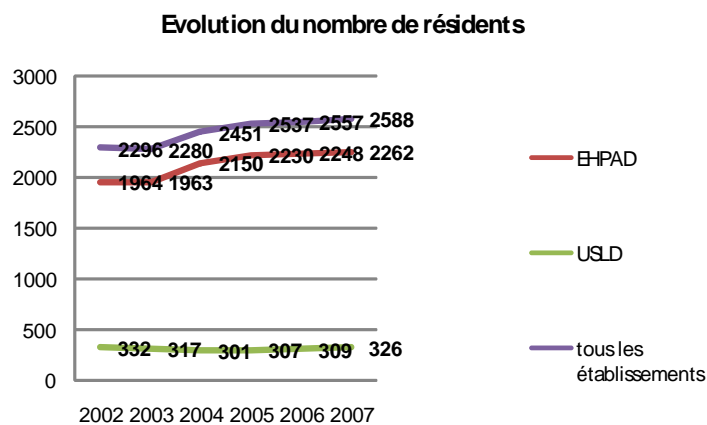


✓ *A l'instar de l'accueil de nuit (inexistant dans le département), l'hébergement temporaire demeure l'alternative la plus connue et la plus souhaitée par les personnes interrogées.*

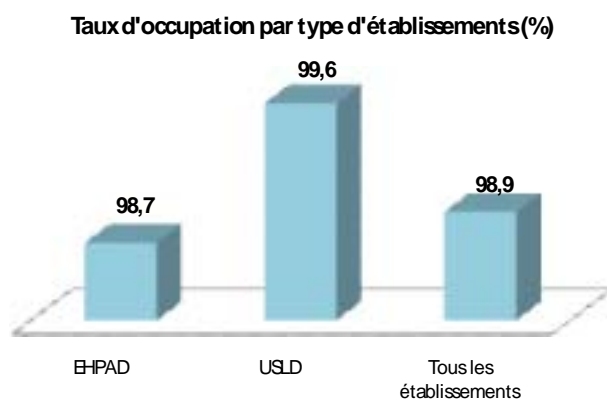
Part des personnes interrogées déclarant souhaiter un jour pouvoir bénéficier de :



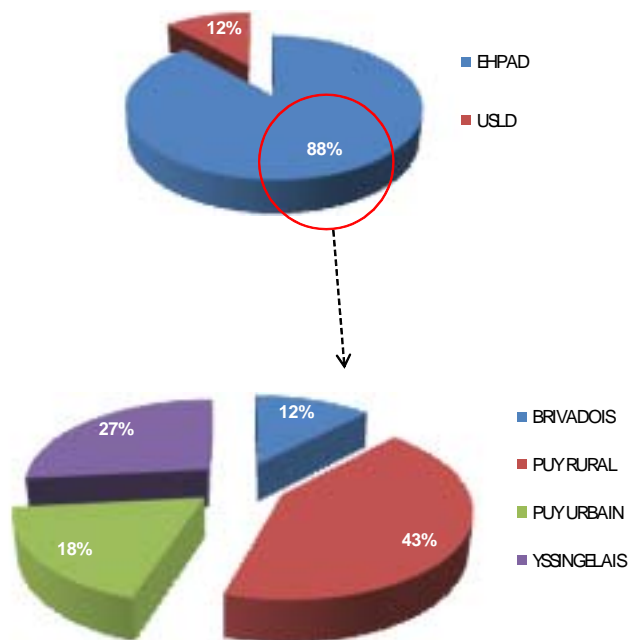
2. Résultats de l'enquête menée auprès des structures d'accueil pour personnes âgées dépendantes



✓ *La population accueillie connaît une constante augmentation depuis 2003 : + 13 % en moyenne, tous établissements confondus. Seule la population accueillie en USLD diminue.*



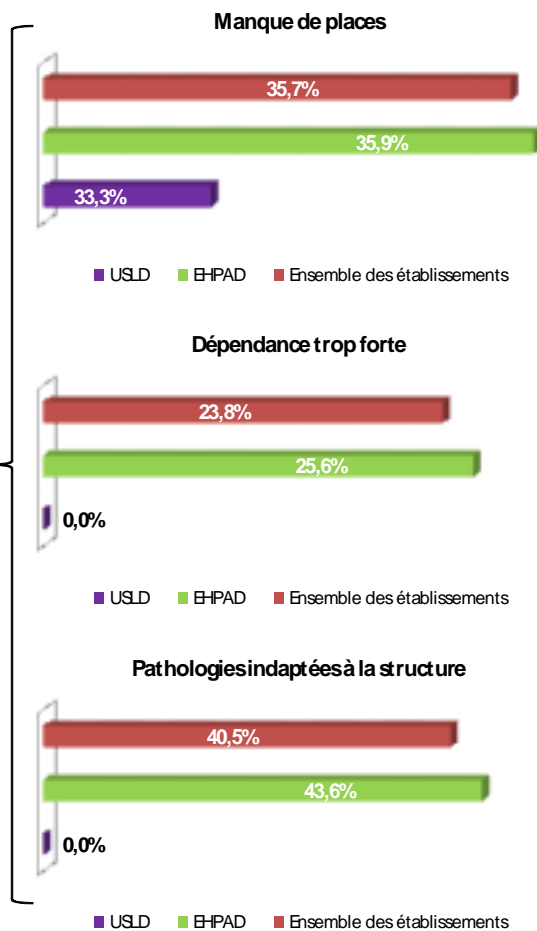
Répartition des personnes sur listes d'attente par type d'établissement



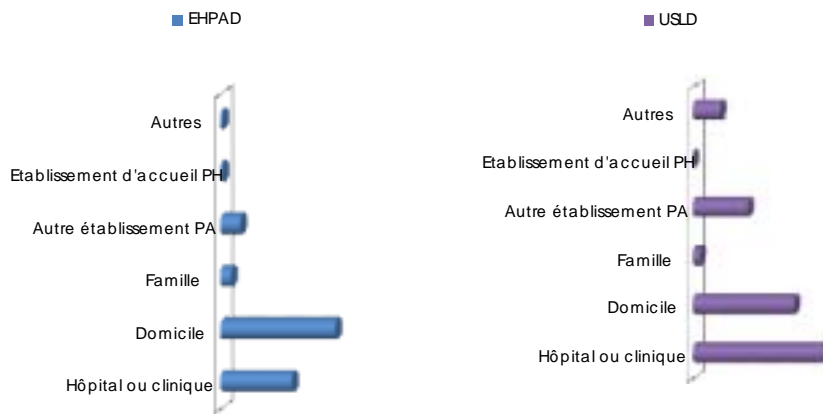
✓ La majorité des personnes sont sur les listes d'attente des EHPAD (représentant 626 personnes). Les EHPAD du Puy rural et de l'Yssingelais concentrent 60 % des personnes inscrites.

✓ Plus d'un établissement sur 3 en moyenne a refusé des admissions en 2006 et 2007.

✓ Le motif principal de ces refus réside soit dans le manque de places pour les USLD, soit dans les pathologies des personnes inadaptées à la structure (pour les EHPAD).



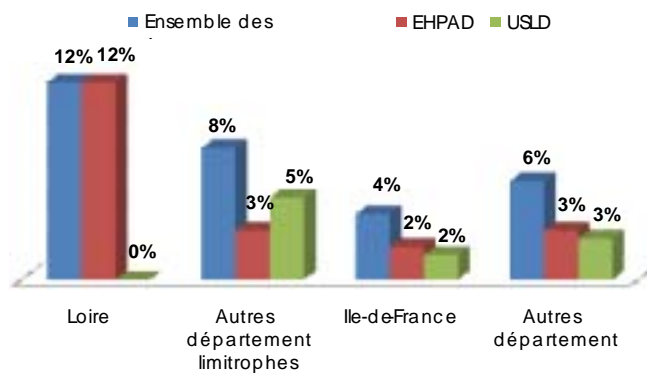
Origine des résidents par type d'établissement (%)



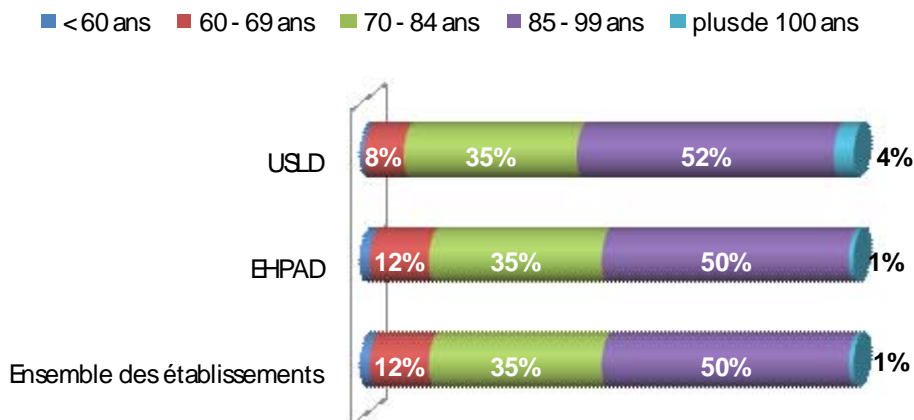
✓ *Près de 60 % des personnes hébergées en EHPAD résidaient auparavant à leur domicile ou auprès de leur famille. Un tiers des résidents a intégré l'EHPAD suite à une hospitalisation.*

✓ *L'entrée en USLD est, pour 71 % des personnes, la conséquence d'une hospitalisation.*

Origine géographique des résidents en établissements

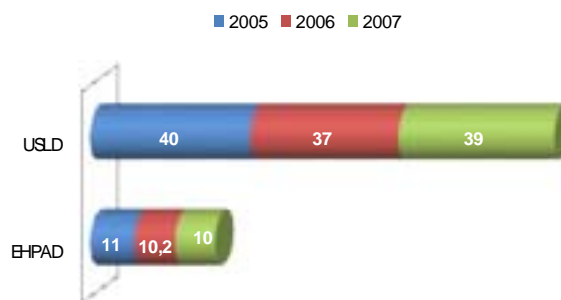


Répartition des résidents par âge (%)

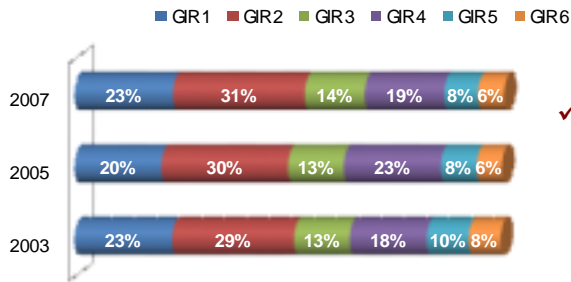


✓ **Quel que soit le type d'établissement, plus de la moitié des résidents sont âgés de plus de 85 ans. En EHPAD, 14% des résidents ont moins de 75 ans. La moitié des résidents de moins de moins de 60 ans réside dans un EHPAD de l'aire Yssingelaise.**

Nombre moyen de décès par établissement par an (décès dans l'établissement ou à l'hôpital)

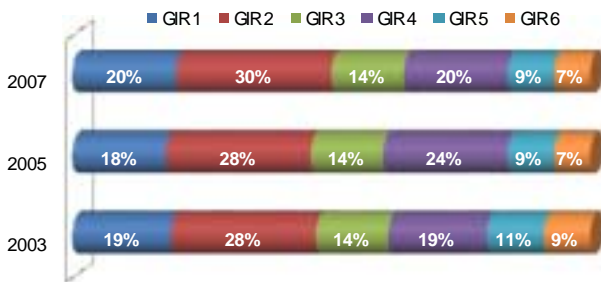


Répartition par GIR des résidents (ensemble des établissements)

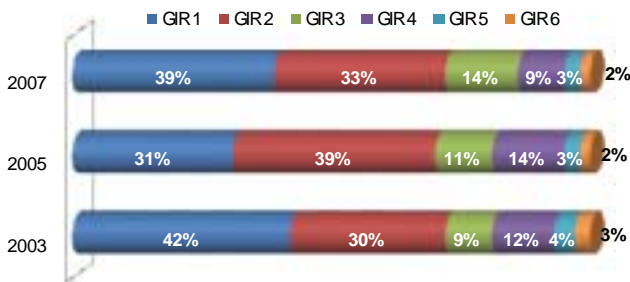


✓ *De manière générale, le niveau de dépendance a augmenté dans tous les établissements*

Répartition par GIR des résidents en EHPAD



Répartition par GIR des résidents en USLD



VII. Glossaire

A

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

C

CCAS : Centre Communal d'Action Social

CG2D : Contrat Global de Développement Durable

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CODERPA : COmité DEpartemental des Retraités et des Personnes Âgées

CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie

CROSMS : Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Médico-Sociale

D

DEAVS : Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DDTEFP : Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

E

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EHPA : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées

EPCI : Etablissement Public de Coopération Intercommunale

ETP : Equivalent Temps Plein

F

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

G

GCSMS : Groupement de Coopération Sanitaire et médico-sociale

GIE : Groupement d'Intérêt Economique

GIR : Groupe Iso-ressources

GMP : Gir Moyen Pondéré

H

HAD : Hospitalisation A Domicile

HT : Hébergement Temporaire

I

ITEP : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique

M

MAIA : Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades *Alzheimer*

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MSA : Mutualité Sociale Agricole

P

PA : Personne Âgée

PAP : Plan d'Accompagnement Personnalisé

PH : Personne Handicapée

PCH : Prestation de Compensation du Handicap

PRIAC : PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des personnes handicapées et de la perte d'autonomie.

S

SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

U

USLD : Unité de Soins Longue Durée

UT : Unité territoriale

V

VAE : Validation des Acquis de l'Expérience