

Département de la Loire

Schéma 2001 - 2006
en faveur des personnes âgées

Avertissement au lecteur

La démarche de travail autour de ce schéma a été conduite en 2000 et 2001.

Le schéma a été adopté par l'Assemblée départementale en 2001.

Les délais de parution des décrets d'application de la loi du 2 janvier 2002 ont retardé sa présentation au CROSMS Rhône-Alpes et donc sa parution, ce qui explique par exemple la présence de données financières en francs et non en euros.

SOMMAIRE

PREAMBULE

PARTIE I

Données démographiques de la Loire

Preliminaire

1. Données sur la population et le vieillissement démographique

- 1.1. Analyse globale
- 1.2. Comparaison avec la région Rhône-Alpes et la France Métropolitaine

2. Analyse par secteur géographique et par tranches d'âge

- 2.1. La situation démographique par cantons en 1999
- 2.2. Analyse par tranches d'âge (migrations exclues)

3

3. Quelques indicateurs sur les conditions de vie de la population âgée de la Loire

- 3.1. L'espérance de vie
- 3.2. L'indice de vieillissement
- 3.3. Le nombre de titulaires de l'allocation vieillesse supplémentaire

PARTIE II

L'offre existante sur le département

CHAPITRE I :

Le dispositif de maintien à domicile

1. Le rôle des partenaires

- 1.1. L'engagement du Conseil général

SOMMAIRE

- 1.2. Le rôle des partenaires institutionnels
- 1.3. Le rôle du secteur associatif et du bénévolat

2. Un ensemble de services classiques

- 2.1. Les services d'aide ménagère
- 2.2. La garde à domicile
- 2.3. Les services de soins infirmiers
- 2.4. Les services de télé-assistance
- 2.5. Les foyers restaurants et le portage des repas

3. Les autres services contribuant au maintien à domicile

- 3.1. L'accueil temporaire et l'accueil de jour
- 3.2. L'accueil familial
- 3.3. Le soutien aux aidants familiaux

4. La coordination de ces services : les CLIC

4

CHAPITRE II :

Le dispositif d'hébergement collectif

1. Les principes généraux de l'hébergement collectif

- 1.1. Définitions et principes essentiels de l'hébergement
- 1.2. Un domaine aux compétences partagées

2. Les caractéristiques de l'offre

- 2.1. L'approche régionale de l'existant
- 2.2. La couverture quantitative des besoins dans le Département de la Loire
- 2.3. La capacité d'accueil habilitée à l'aide sociale

3. Les places médicalisées en établissement

- 3.1. La capacité d'accueil autorisée en section de cure médicale

SOMMAIRE

- 4. Le fonctionnement des structures d'hébergement
- 5. Activité des structures, conditions d'accueil et services offerts

CHAPITRE III

Le dispositif sanitaire gériatrique

- 1. Une prise en charge dans les services de court séjour
- 2. Une prise en charge dans les services spécialisés
- 3. Le travail en réseau
- 4. Les structures de prise en charge des troubles de la mémoire

5

PARTIE III

Les orientations d'actions pour les cinq prochaines années

Preliminaire

CHAPITRE I

Organiser la coordination et construire une observation sociale partagée

- 1. Les objectifs de la coordination
- 2. Poursuivre et développer la coordination institutionnelle au niveau départemental
 - 2.1. Rappel de l'existant
 - 2.2. L'instance départementale de coordination gérontologique
- 3. Développer et organiser une coordination locale

SOMMAIRE

- 3.1. Impulser une coordination gérontologique dans un cadre intercommunal
- 3.2. Les centres locaux d'information et de coordination gérontologique

CHAPITRE II

Renforcer la politique de maintien à domicile

- 1. Mieux couvrir le territoire en services de soins à domicile

- 2. Développer les prestations contribuant à la sécurité et à la lutte contre l'isolement
 - 2.1. Développer les services d'aide à domicile
 - 2.2. Promouvoir la télé-assistance
 - 2.3. Développer l'information et l'accompagnement des personnes âgées et de leurs proches
 - 2.4. Soutenir les initiatives locales

- 3. Promouvoir des services de qualité
 - 3.1. Développer la souplesse et l'adaptation des services à la demande
 - 3.2. Développer la professionnalisation des intervenants

6

CHAPITRE III

Adapter l'hébergement collectif

- 1. L'hébergement en établissement : une prise en charge complexe qui nécessite des adaptations permanentes
 - 1.1. Favoriser les adaptations qualitatives de l'accueil en établissement
 - 1.2. Les adaptations démographiques selon le territoire
 - 1.3. L'adaptation des conditions d'accueil à la dépendance
 - 1.4. Les adaptations qualitatives à prescrire à tous les établissements

- 2. Le Comité Départemental pour l'amélioration de la qualité dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes
 - 2.1. Historique et composition
 - 2.2. Objectif
 - 2.3. Le référentiel Loire

SOMMAIRE

CHAPITRE IV

Développer la prévention

1. Préserver le rôle et la place des personnes âgées

1.1. Adapter les lieux de vie et l'espace public

1.1.1. Adapter les lieux de vie

1.1.2. Adapter l'espace public

1.2. Favoriser la création d'ateliers

1.3. Prévenir la maltraitance

1.4. Favoriser l'aide aux aidants

CHAPITRE V

Les évolutions sanitaires

1. Les évolutions envisagées par le schéma régional d'organisation sanitaire

2. Les projets dans le département de la Loire

7

CONCLUSION

LES PARTICIPANTS

ANNEXES



PREAMBULE

Tout département se doit de construire, avec l'ensemble de ses partenaires institutionnels et de terrain, un schéma départemental de l'action sociale et médico-sociale en direction des personnes âgées. Ce document doit être un véritable outil de diagnostic et d'orientation de la politique sociale du département.

En effet, toute personne âgée, quel que soit son degré d'autonomie ou de dépendance, doit pouvoir :

Conserver sa dignité, être respectée et reconnue,

Faire reconnaître sa citoyenneté par l'exercice de ses droits, devoirs et libertés,

Vivre dans un environnement lui apportant le bien être physique et moral, la sécurité physique et psychologique,

Etre intégrée et participer à la vie sociale.

Cadre général d'intervention

Le schéma départemental est issu des dispositions législatives de la loi n°83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n°83-8 du 7 janvier 1983, relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat et la loi n°86-17 du 16 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé.

Le cadre d'intervention a été complété plus récemment par la Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Il doit préciser :

- **La nature des besoins sociaux** et notamment ceux nécessitant des interventions sous forme de création d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux,

- **Les perspectives de développement ou de redéploiement de ces établissements et services** compte tenu des éléments précédents, des ressources disponibles et des possibilités offertes par les départements voisins,

- **Les critères d'évaluation des actions conduites,**

- **Les modalités de la collaboration ou de la coordination** susceptibles d'être établies ou recherchées avec d'autres collectivités afin de satisfaire tout ou partie des besoins recensés, mais aussi avec l'Etat pour les services qui le concernent et notamment ceux relatifs aux soins infirmiers et services hospitaliers de gérontologie.

A cet effet, il est indispensable de veiller à la mise en place d'une telle coordination institutionnelle, construite à partir du terrain, en associant l'ensemble des C.C.A.S. dont le rôle moteur est reconnu en matière de coordination locale.

PREAMBULE

Le Conseil général, qui a en charge la responsabilité de l'action sociale dans ce secteur, veillera à apporter une réponse équilibrée et adaptée aux besoins de chacun afin d'éviter que certains secteurs soient défavorisés.

Il s'assurera surtout que les conditions de prise en charge et les réponses apportées aux besoins des personnes âgées permettent une correction des inégalités grâce à des actions prioritaires à destination des populations les plus en difficulté.

Enfin, son action de coordination devra permettre la création d'un observatoire partagé de l'action sociale regroupant l'ensemble des acteurs institutionnels. Ce rapport d'orientation proposé aujourd'hui a fait l'objet d'un premier travail de recueil d'informations nécessaires au recensement des besoins sociaux auprès des services de l'Etat, du département, de la sécurité sociale, des communes, des associations et de certains organismes de recherche tel que l'Institut national des statistiques des études économiques (INSEE).

Le premier schéma d'organisation sociale et médico-sociale en direction des personnes âgées dans le département de la Loire a été réalisé en février 1993, avec une période de validité de cinq ans.

Il se voulait être un instrument de cohérence, de référence et d'acquisition d'une vision globale partagée des autorités publiques à l'échelle du département.

Aussi, une révision de ce schéma, réalisée conjointement avec l'Etat au cours de l'année 2000, a-t-elle pour objectif d'analyser la situation existante et de proposer de nouvelles orientations avec notamment les incidences de la loi instituant l'Allocation Personnalisée d'Autonomie qui est venue modifier l'organisation de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie, tant à domicile qu'en établissement.

Mais aussi, d'examiner la réforme de la tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Il est également, et avant tout, l'aboutissement d'une concertation dépassant les clivages institutionnels, vers la recherche d'un consensus à maxima sur l'existant et les priorités.

Pour tenter de l'appréhender d'une manière aussi complète que possible, le partenariat et la concertation se sont traduits par une mobilisation de tous les acteurs du secteur personnes âgées dans la Loire : services d'Aide à domicile, établissements, centres communaux d'action sociale, membres du CODERPA, professionnels du secteur gérontologique, retraités...

PREAMBULE

Ce travail de concertation, réalisé au cours des trois premiers trimestres 2000, a concerné près de 100 personnes réparties dans quatre groupes de travail thématiques, représentant au total 25 réunions, hors étude préparatoire menée par la Direction de la Protection Sociale.

Groupe 1 - «*Organiser la coordination et construire une observation sociale partagée*»

Groupe 2 - «*Renforcer le maintien à domicile*»

Groupe 3 - «*Adapter l'hébergement collectif*»

Groupe 4 - «*Développer la prévention*»

Les groupes de travail ont réalisé leur contribution écrite entre mars et septembre 2000 avec un rythme soutenu.

Le suivi et la cohérence de la démarche ont été assurés par un Comité de pilotage composé de l'Etat, du Conseil général, de la M.S.A., de la Mutualité de la Loire, de la C.R.A.M., de la C.P.A.M., des représentants des maires, des gestionnaires d'établissements et de services, et des représentants des usagers.

Cette dynamique illustre au-delà d'une volonté de planification incitatrice, un processus qui dépasse le strict cadre des objectifs fixés par le schéma et une démarche qui guidera des principes d'organisation des services et établissements œuvrant dans la prise en charge de la personne âgée.

Ces objectifs s'inscrivent dans une dimension de conception départementale des besoins et des réponses à apporter,

chacun dans leur domaine de compétences par l'Etat et le Conseil Général.

Cette réflexion se veut également être le maillon local d'un dispositif opérationnel plus large s'inscrivant en complémentarité du schéma régional de l'organisation sanitaire (S.R.O.S.) de deuxième génération Rhône-Alpes 1999-2004 et de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Les promoteurs d'opérations devront ainsi veiller, en application de la loi du 2 janvier 2002, à la compatibilité de leurs projets aux orientations définies dans le présent schéma.

Les diagnostics poursuivis tout au long des travaux ont été les suivants :

- une reconnaissance des populations âgées à domicile ou en établissement,
- une analyse des dispositifs existants,
- les insuffisances et les dysfonctionnements des dispositifs d'offre afin de dégager des priorités et des orientations.

PREAMBULE

Tous ces points seront développés dans le cadre de ce schéma que je vous propose d'aborder selon le plan suivant :

I - Données démographiques de la Loire

- Données sur la population et le vieillissement démographique,
- Analyse par secteur géographique et par tranches d'âge
- Quelques indicateurs sur les conditions de vie de la population âgée de la Loire

II - L'offre existante sur le département

- **Le dispositif de soutien à domicile**
Le rôle des partenaires
Un ensemble de services classiques
Les autres services contribuant au maintien à domicile
- **Le dispositif d'hébergement collectif**
Les principes généraux de l'hébergement collectif
Les caractéristiques de l'offre
Les places médicalisées en établissement
Le fonctionnement des structures d'hébergement
Activité des structures, conditions d'accueil et services offerts
- **Le dispositif sanitaire gériatrique**

III - Les orientations d'actions pour les cinq prochaines années

- **Organiser la coordination et construire une observation sociale partagée**
Les objectifs de la coordination
Poursuivre et développer la coordination institutionnelle au niveau départemental
Développer et organiser une coordination locale.
- **Renforcer la politique de maintien à domicile**
Mieux couvrir le territoire en services de soins à domicile
Développer les prestations contribuant à la sécurité et à la lutte contre l'isolement
Promouvoir des services de qualité
- **Adapter l'hébergement collectif**
L'hébergement en établissement : une prise en charge complexe qui nécessite des adaptations permanentes
Le Comité Départemental pour l'amélioration de la qualité dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes
- **Développer la prévention**
- **Les évolutions sanitaires**

1ère partie

13

Données démographiques de la Loire

(Caractéristiques de la population âgée ligérienne)

Données démographiques de la Loire

La première partie de ce schéma départemental en faveur des personnes âgées est plus particulièrement consacrée au bilan de l'existant dans la Loire mettant ainsi l'accent sur des données de cadrage en matière :

- **De démographie**, notamment sur le département, mais aussi sur les départements limitrophes, tout en rapportant ces chiffres aux données nationales ayant trait à cette population et à son vieillissement ;

- **De conditions de vie des populations ligériennes**. Il est en effet indispensable d'étudier la situation actuelle dans laquelle vivent les populations âgées de ce département avant d'émettre toute proposition.

Le département de la Loire a, par ailleurs, une particularité qui lui est propre par rapport aux autres départements ; celle d'associer des sites urbains à forte densité de population et des sites ruraux à population et équipements moindres.

Données démographiques de la Loire

Données de cadrage

Remarques préalables :

Le recensement général de la population a été entrepris par l'INSEE en mars 1999. En conséquence, pour établir le schéma départemental de la Loire mis en chantier en février 2000, il sera fait appel aux données de recensement de 1999, complétées par des projections de l'INSEE, modèle OMPHALE.

La plupart des problèmes de santé, notamment ceux liés à la dépendance, surgissent pour la majorité des personnes bien après 60 ans. C'est pourquoi les ratios utilisés pour mesurer les taux d'équipement se rapportent aux personnes âgées de 75 ans et plus. Mais chaque fois qu'il sera question des personnes âgées sans autre précision, il s'agira de la catégorie de population âgée de 60 ans et plus.

Section 1

Données sur la population et le vieillissement démographique

1.1. Analyse globale

Les observations qui suivent s'appuient sur les derniers recensements de la population, datant de 1982, 1990, et 1999. Elles font également appel aux projections de l'INSEE sur l'évolution

démographique de la Loire entre 1999 et 2010. Le tableau indique le nombre de ligériens de trois tranches d'âge caractéristiques et le poids représenté par ce nombre en terme d'impact par rapport à la population totale des trois derniers recensements, et en 2010.

	1982		1990		1999		2010	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
moins de 20 ans	216798	29,29	200357	26,83	177074	24,29	178201	24,11
60 ans et +	140832	19,02	159080	21,3	171179	23,48	189777	25,67
dont 75 ans et +	49865	6,73	57295	7,67	62801	8,61	77297	10,45
Population totale	740088	100	746506	100	728870	100	739052	100

Projection (INSEE - OMPHALE)

Source : INSEE

15

La catégorie de personnes âgées de 60 ans et plus, est passée de 140832 en 1982, à 171179 en 1999, soit 30347 de plus en dix sept ans, et cette croissance se poursuit. Les personnes âgées devraient représenter, en l'an 2010, plus de 25 % de la population totale. L'explication de ce phénomène réside dans la structure très particulière de la population ligérienne.

La croissance du nombre des personnes âgées de 60 ans et plus, conjuguée à la diminution de la population totale de la Loire, conduit à un vieillissement accéléré du département de la Loire.

En effet, alors que la population totale diminue entre 1990 et 1999 de près de 18 000 personnes, soit 2,36 %, celle des personnes âgées de 60 ans et plus augmente de 7,60 %, et celle des personnes âgées de 75 ans et plus, de 9,60%.

Données démographiques de la Loire

24% des habitants de la Loire sont âgés de 60 ans ou plus

Population par âge et par sexe en 1990 et 1999

Age	1990			1999		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
De 0* à 24 ans	131 166	125 009	256 175	113 648	108 626	222 274
De 25 à 39 ans	76 881	77 605	154 486	73 488	73 258	146 746
De 40 à 59 ans	88 092	88 673	176 765	93 521	95 150	188 671
De 60 à 74 ans	46 103	55 682	101 785	49 026	59 352	108 378
75 ans et plus	19 079	38 216	57 295	22 007	40 964	62 971
Total	361 321	385 185	746 506	351 664	377 206	728 870

* L'âge 0 ne comprend que les enfants nés entre le 1er janvier et la date du recensement.

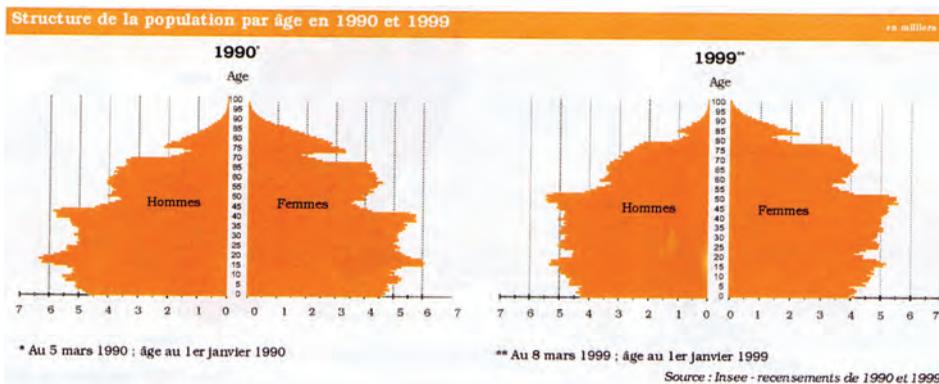
Source : INSEE - recensement de 1990 et 1999

16

Avant l'âge de 35 ans, les hommes sont plus nombreux que les femmes. A partir de 35 ans, au contraire, les femmes deviennent majoritaires, en particulier aux âges élevés : quatorze femmes pour dix hommes après 59 ans, et dix neuf femmes pour dix hommes au-delà de 75 ans. Aux âges très élevés, cet écart a toutefois tendance à se réduire, du fait de la disparition de la génération des

combattants de la première guerre mondiale.

De cette évolution contrastée des effectifs des différentes classes d'âge, il résulte que la part des jeunes se réduit au profit de celle des personnes âgées : les ligériens de 60 ans et plus sont, en 1999, presque aussi nombreux que ceux de moins de 20 ans.



Département de la Loire - Schéma 2001 - 2006 en faveur des personnes âgées

Données démographiques de la Loire

1.2. Comparaison avec la région Rhône-Alpes et la France métropolitaine

La population des personnes âgées de plus de 75 ans représente actuellement en Rhône-Alpes plus de 400 000 personnes.

Le recensement de 1999 et les projections qui en découlent permettent de mettre en évidence une augmentation prévisible de 28 %, d'ici 2010, pour cette tranche de population qui devrait atteindre le nombre de 508 000 personnes dont plus de 125 000 auront plus de 85 ans.

Le recensement de 1999 dénombre pour le département de la Loire 171 179 personnes âgées de 60 ans et plus, soit 23,48 % de la population départementale, dont 62 801 sont âgées de plus de 75 ans.

La Loire apparaît comme un département relativement vieux, comme l'indique la comparaison avec les taux régionaux et nationaux :

Proportion de personnes âgées dans la population totale selon le recensement définitif de mars 1999 :

Recensement 1999	France (Métropole)		Rhône-Alpes		Loire	
60 ans et plus	12 478 127	21,32%	1 131 635	20,04%	171 179	23,48%
dont 75 ans et plus	4 504 911	7,70%	400 739	7,09%	62 801	8,61%
Population totale	58 520 688		5 645 847		728 870	

Source : INSEE - recensement 1999

Département de la Loire - Schéma 2001 - 2006 en faveur des personnes âgées

Données démographiques de la Loire

Section 2

Analyse par secteur géographique et par tranches d'âges

2.1. La situation démographique par cantons en 1999

Voir tableau ci-après

Données démographiques de la Loire

Part des personnes âgées dans la population totale en 1999

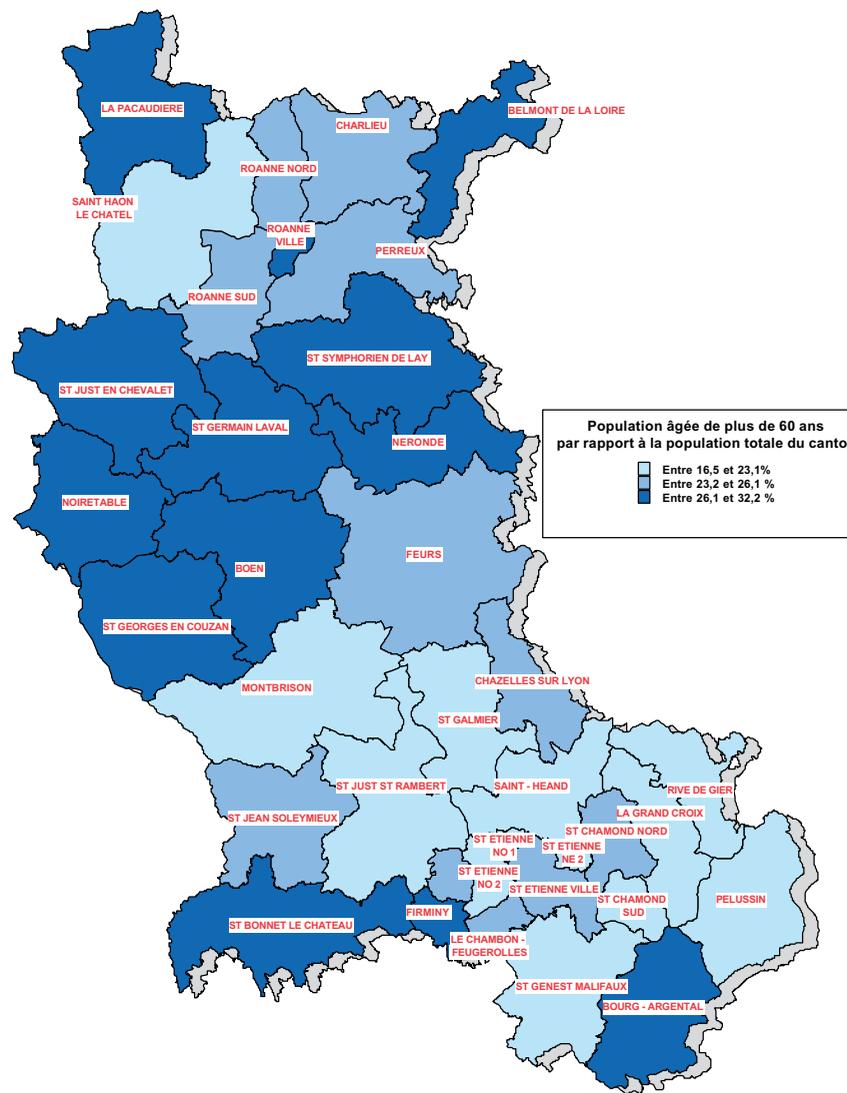
	Canton	60 ans et plus	%	75 ans et plus	%	plus de 85 ans	%	Population
Montbrison	Boën	2 945	26,4 %	1 063	9,5 %	322	2,9 %	11 170
	Chazelles / Lyon	2 184	23,1 %	824	8,7 %	279	3 %	9 446
	Feurs	5 176	24,9 %	2 020	8,8 %	699	3 %	22 965
	Montbrison	5 628	21,8 %	1 908	7,2 %	612	2,3 %	26 563
	Noiretable	1 226	30,6 %	426	10,6 %	130	3,2 %	4 009
	St-Bonnet le Ch ^{aux}	2 058	29,5 %	794	11,3 %	284	4,1 %	6 985
	St-Galmier	6 169	17,7 %	2 186	6,3 %	762	2,2 %	34 877
	St-Ges. en couzan	1 127	29,5 %	356	9,3 %	99	2,6 %	3 817
	St-Jean Soleymieux	1 347	23,2 %	468	8 %	152	2,6 %	5 814
	St-Just St-Rambert	7 128	20,6 %	2 454	7,1 %	786	2,3 %	34 665
	Roanne	(partiel) Roanne N hors Roanne	2286	23,4 %	757	7,7 %	235	2,4 %
(partiel) Roanne sud hors Roanne		5 051	23,8 %	1 572	7,4 %	424	2 %	21 179
Belmont de la Loire		1 406	27,8 %	525	10,4 %	169	3,3 %	5 066
Charlieu		3 560	23,8 %	1 319	8,8 %	441	2,9 %	14 972
Néronde		2 183	27,0 %	842	10,4 %	300	3,7 %	8 095
La Pacaudière		1 311	29,7 %	486	11 %	152	3,4 %	4 409
Perreux		3 836	23,2 %	1 415	8,5 %	562	3,4 %	16 556
Roanne		10 720	27,6 %	4 381	11,3 %	1 384	3,6 %	38 880
St-Germain Laval		1 477	28,1 %	545	10,4 %	158	3 %	5 249
St-Haon le chatel		2 678	22,2 %	882	7,3 %	262	2,2 %	12 047
St-Just en Chevalet		1 505	32,2 %	536	11,5 %	144	3,1 %	4 681
St-Symph. de Lay		3 111	26,4 %	1 205	10,2 %	461	3,9 %	11 778

Données démographiques de la Loire

	Canton	60 ans et plus	%	75 ans et plus	%	plus de 85 ans	%	Population
St-Etienne	St-Chamond Sud hors St-Chamond	134	18,1 %	43	5,8 %	15	2 %	741
	St-Etienne N- E 2 hors St-Etienne	2 482	20,8 %	884	7,4 %	326	2,7 %	11 908
	St-Etienne N-O 1 hors St-Etienne	1 409	16,6 %	393	4,6 %	121	1,4 %	8 496
	St-Etienne N-O 2 hors St-Etienne	3 424	21,7 %	1 227	7,8 %	301	1,9 %	15 761
	Bourg-Argental	1 711	27,5 %	736	11,8 %	306	4,9 %	6 226
	Ch.-Feugerolles	5 500	24,4 %	2 037	9 %	553	2,5 %	22 535
	Firminy	8 645	26,1 %	3 124	9,4 %	958	2,9 %	33 156
	La Grand Croix	4 528	19,3 %	1 570	6,7 %	484	2,1 %	23 440
	Pelussin	2 938	22,2 %	1 050	7,9 %	331	2,5 %	13 229
	Rive de Gier	5 474	20,6 %	1 932	7,3 %	574	2,2 %	26 536
	St-Chamond	8 790	23,5 %	3 268	8,7 %	989	2,6 %	37 361
	St-Etienne	44 069	24,4 %	17 230	9,5 %	5 364	3 %	180 438
	St-Genest Malifaux	1 547	19,7 %	549	7 %	213	2,7 %	7 866
	St-Heand	5 876	20,8 %	1 794	6,4 %	627	2,2 %	28 184
	TOTAL DEPARTEMENT		171 179	23,5 %	62 801	8,6 %	19 979	2,7 %

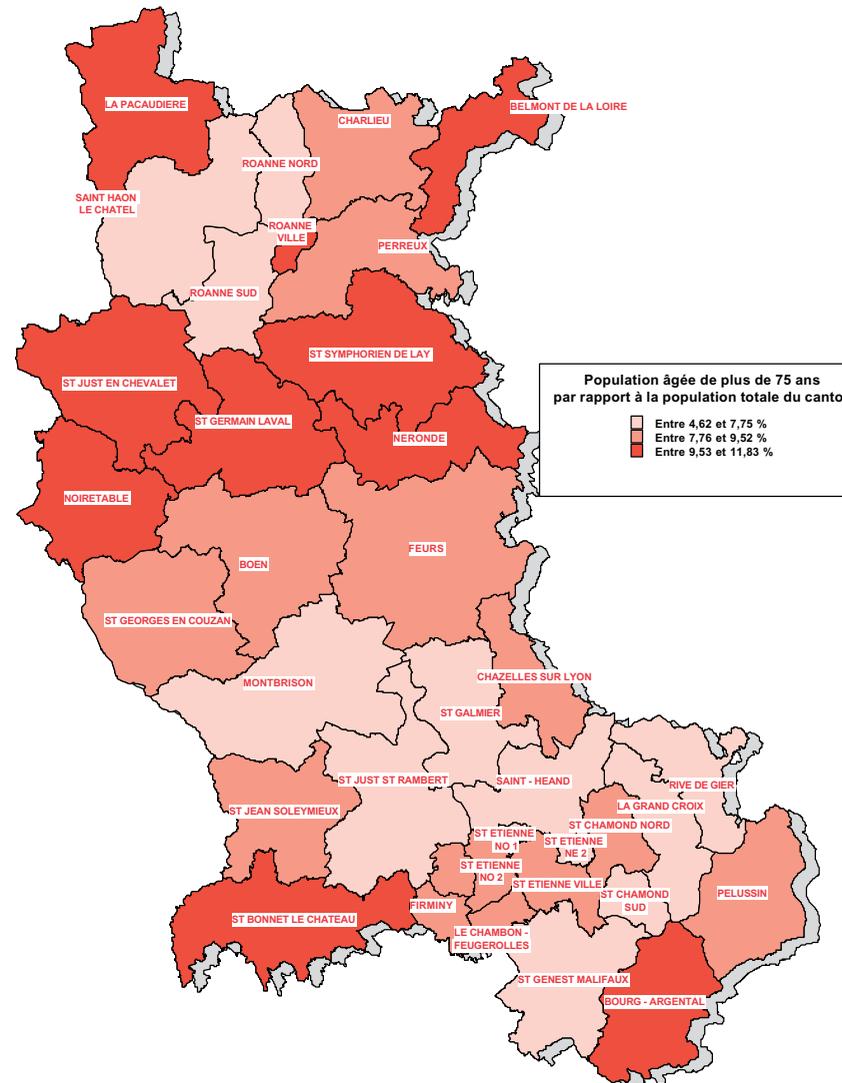
Données démographiques de la Loire

Répartition de la population âgée de plus de 60 ans dans la Loire en 1999



Source: INSEE RGP 1999

Données démographiques de la Loire

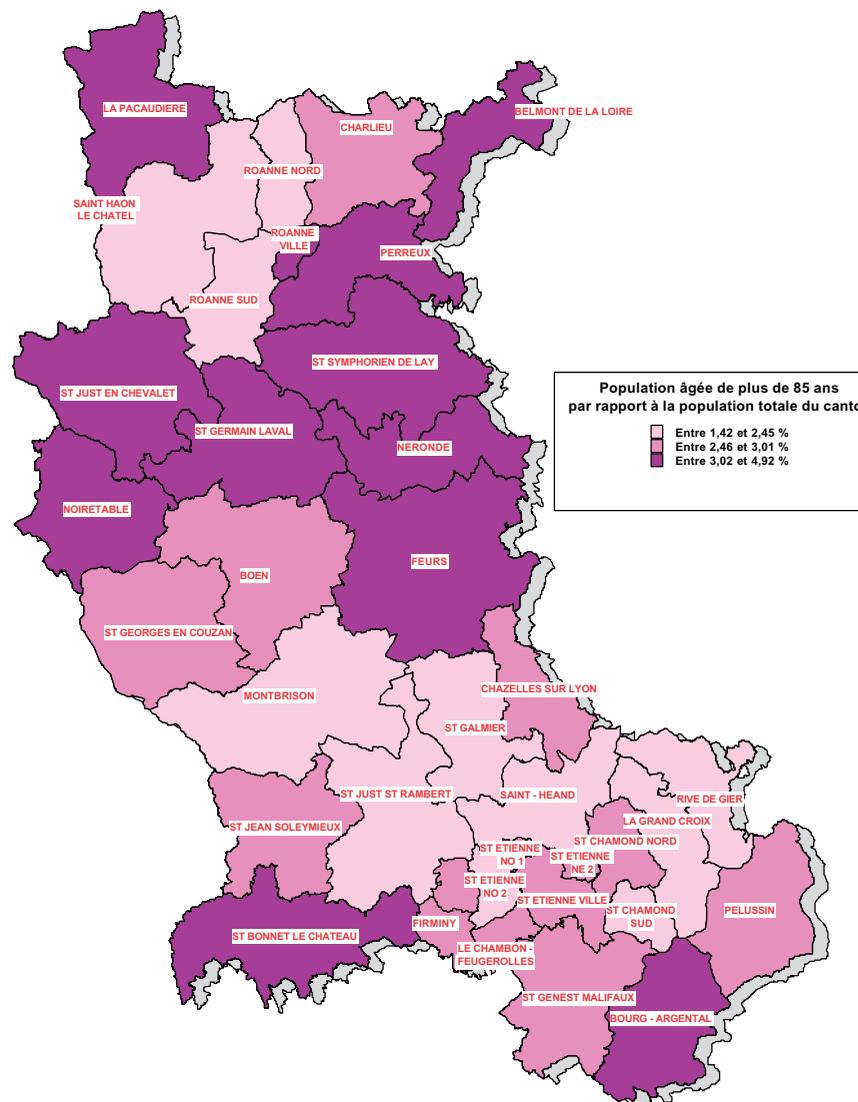


Répartition de la population âgée de plus de 75 ans et plus dans la Loire en 1999

Source: INSEE RGP 1999

Données démographiques de la Loire

Répartition de la population âgée de plus de 85 ans et plus dans la Loire en 1999



Source: INSEE RGP 1999

Données démographiques de la Loire

2.2. Analyse par tranche d'âge (migration exclue)

Il est nécessaire d'observer les caractéristiques de la croissance du nombre des personnes âgées, entre 1999 et 2005.

Les personnes âgées de 60 ans et plus

Les personnes âgées de 60 ans et plus sont très majoritairement des retraités d'âge compris entre 60 et 75 ans, qui ne sont pas encore confrontés aux problèmes liés au vieillissement. Ces jeunes retraités représentent au dernier recensement 1999 environ 63 % de l'effectif des personnes âgées. L'observation de leur évolution démographique est intéressante en ce qu'elle permet d'anticiper les mesures appropriées à l'horizon de 5 ans.

Entre 1999 et 2005, l'effectif des ligériens âgés de 60 ans et plus évoluera de 171 179 à 173 416, soit 1,30 %.

	Recensement définitif mars 1999	Projection 2005	Evolution
Population âgée de 60 ans et plus	171 179	173 416	+ 2237

Source : INSEE 1999 – Projection modèle OMPHALE

Les personnes âgées de 75 ans et plus

S'agissant de l'effectif des personnes âgées de 75 ans et plus, on observe une forte croissance. En moyenne, elle est de 11 % entre 1999 et 2005 sur l'ensemble du département.

	Recensement définitif mars 1999	Projection 2005	Evolution
Population âgée de 75 ans et plus	62 801	69 724	+ 6923

Source : INSEE 1999 – Projection modèle OMPHALE

Les personnes âgées de 85 ans et plus

On sait que l'âge moyen d'entrée en institutions se situe aujourd'hui autour de 83 ans. S'agissant de cette dernière tranche d'âge, la baisse des effectifs se confirme sur le département au cours de la période 1999-2005. Elle s'explique en partie par l'arrivée des «générations creuses» de 1914-1918. A partir de 2005, une augmentation du nombre de ligériens âgés de 85 ans et plus est envisagée, en 2010 cette tranche d'âge devrait atteindre 21 135 personnes.

	Recensement mars 1999	Projection 2005	Evolution 1999-2005	Projection 2010	Evolution 2005-2010
Population âgée de 85 ans et plus	19 979	15 091	- 24,5 %	21 135	+ 6044

Source : INSEE 1999 – Projection modèle OMPHALE

En conséquence, la pression à l'entrée en institution reste aujourd'hui assez modérée, dans la mesure où la capacité actuelle peut faire face aux besoins jusqu'en 2005. Toutefois, il conviendra d'anticiper les évolutions estimées à l'horizon 2010.

Données démographiques de la Loire

Section 3

Quelques indicateurs sur les conditions de vie de la population âgée de la Loire

D'une façon générale, les conditions de vie des personnes âgées du département de la Loire vivant à domicile ne peuvent actuellement être correctement repérées dans la mesure où ce travail pourrait émaner d'un observatoire social départemental inexistant à ce jour, qui serait capable d'apporter les indicateurs pertinents et les analyses nécessaires à la mise en œuvre d'une politique sociale départementale en phase avec les besoins du terrain.

Outre les données démographiques précitées concernant la population âgée de la Loire, il est apparu important de disposer de quelques indicateurs permettant d'évaluer les conditions de vie de cette population.

Il convient de souligner que les données ici présentées ne visent pas à dresser un état exhaustif des conditions de vie des personnes âgées dans le département mais ont seulement pour objet de pointer quelques caractéristiques.

3.1. L'espérance de vie

Depuis la fin de la deuxième guerre mondiale, sous l'effet conjugué de l'augmentation du niveau de vie, des progrès de la prévention médicale et de la généralisation de la couverture sociale, on assiste à une nette augmentation de l'état de santé de la population

française qui se traduit par un allongement de l'espérance de vie.

L'espérance de vie à la naissance en 1996 dans le département de la Loire s'élève à **77,9 années**, à comparer à la moyenne nationale qui s'élève à **78,1 années** et à la moyenne de la Région Rhône-Alpes qui s'élève à **78,8 années**.

	France	Rhône-Alpes	Loire
<i>Espérance de vie à la naissance</i>	78,1*	78,8	77,9
<i>Espérance de vie homme</i>	74,2	75,2	73,8
<i>Espérance de vie femme</i>	82,0	82,5	82,0

* années
source : INSEE-1996

L'espérance de vie va s'allonger ; en 1996, elle était de 78 ans, en 2010 elle devrait frôler les 80 ans. La baisse continue de la mortalité explique aussi l'allongement de la durée de vie.

3.2. L'indice de vieillissement

L'indice de vieillissement représente la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans.

Indicateur	Rhône-Alpes	Loire	France métropolitaine
Indice de vieillissement 1.01.99	54,10	67,62	60,63

Données démographiques de la Loire

Ce vieillissement entraînera par voie de conséquence une progression du nombre de personnes âgées dépendantes et nécessitera la mise en œuvre d'actions adaptées, tant pour les prises en charge individuelles que pour l'aménagement des logements et des espaces publics.

3.3. Nombre de titulaires de l'allocation vieillesse supplémentaire (anciennement «Fonds national de solidarité vieillesse»)

Créée en 1974 au bénéfice de toutes les personnes âgées n'ayant jamais cotisé à une caisse de retraite, afin que ces personnes perçoivent un fonds mensuel vieillesse, l'allocation vieillesse supplémentaire subit aujourd'hui une certaine évolution. En effet, entre 1995 et 1999, le nombre de titulaires de l'allocation supplémentaire vieillesse dans le département de la Loire est passé de 4 160 à 3 842, soit une diminution en cinq ans de plus de 7,6 %.

27

Titulaires de l'allocation supplémentaire vieillesse dans la région Rhône-Alpes

Département	1995	% *	1996	% *	1997	% *	1998	% *	1999	% *
Ain	2 172	7,90	2 106	8,01	2 013	7,94	1 981	7,82	2 021	7,73
Ardèche	2 454	8,93	2 356	8,96	2 271	8,95	2 188	8,64	2 127	8,13
Drôme	2 892	10,52	2 779	10,56	2 660	10,49	2 577	10,17	2 596	9,92
Isère	4 845	17,63	4 689	17,83	4 629	18,25	4 688	18,50	4 713	18,02
Loire	4 160	15,13	3 985	15,15	3 853	15,19	3 811	15,04	3 842	14,69
Rhône	7 205	26,21	6 823	25,94	6 486	25,57	6 596	26,04	7 282	27,84
Savoie	1 589	5,78	1 494	5,68	1 450	5,72	1 510	6,96	1 571	6,01
Haute Savoie	2 171	7,90	2 073	7,88	2 001	7,89	1 983	7,83	2 006	7,67
Total Région	27 488	100	26 305	100	25 363	100	25 334	100	26 158	100

* Pourcentage du département par rapport à la région.

Source : CRAM Rhône-Alpes

Données démographiques de la Loire

La baisse du nombre de titulaires de l'allocation vieillesse supplémentaire est une tendance nationale qui correspond à «la résorption des poches de pauvreté».

S'agissant plus particulièrement du département de la Loire, comparé à la région Rhône-Alpes, on constate qu'en 1999, les titulaires de l'allocation vieillesse supplémentaire ligériens représentaient 14,69 % de l'ensemble des bénéficiaires de l'allocation supplémentaire vieillesse de Rhône-Alpes. Ce taux correspond au poids de la population âgée ligérienne de 60 ans et plus rapporté à la population rhônalpine âgée de 60 ans et plus, soit 15 %.

28

En conclusion, les résultats du recensement de 1999 ont montré une tendance nationale au vieillissement de la population âgée, accentuée par l'allongement de la durée de vie. En effet, avec les effets conjugués du vieillissement et de la dépendance, l'action sociale en faveur des personnes âgées constitue aujourd'hui pour les départements un enjeu très important.

Si nous subissons encore le creux démographique lié à la guerre de 1914-1918, il faut cependant d'ores et déjà se préparer au vieillissement de la population avec l'arrivée de classes d'âge beaucoup plus nombreuses, dont les besoins à satisfaire, tant en établissements qu'en aides à domicile, seront plus importants.



2ème partie

29

L'offre existante sur le Département





Chapitre 1

31

Le dispositif de maintien à domicile



L'offre existante sur le département

Vieillir chez soi, dans son cadre familial et entouré de ses proches, c'est le souhait bien naturel d'une majorité des personnes âgées.

Toutefois, lorsque survient le handicap ou la dépendance, un dispositif de maintien à domicile doit être mis en place afin d'épauler, de seconder les personnes âgées et leur famille dans les actes ordinaires de la vie quotidienne.

Il existe aujourd'hui de nombreuses formes d'aide pour permettre aux personnes qui le souhaitent de rester à domicile le plus longtemps possible. La nature de ces aides varie en fonction des besoins et des capacités financières des personnes âgées. Les personnes les plus dépendantes, ou dont l'état de santé le nécessite, peuvent faire appel à des dispositifs spécifiques : aides ménagères, garde à domicile, soins infirmiers ou hospitaliers à domicile...

Grâce à un large partenariat, la plupart des aides sont accessibles dans tout le département. Le plus souvent, la participation financière des personnes âgées tient compte du montant de leurs ressources. L'effort financier du Conseil général est associé à celui d'autres financeurs, en particulier les caisses de retraite et d'assurance maladie qui, toutefois, se voient confier d'autres priorités. Il s'ajoute aux contributions des familles, des bénévoles et de nombreuses associations.

Section 1

Le rôle des partenaires

1.1. L'engagement du Conseil général en faveur du maintien à domicile

Le Conseil général de la Loire est un des financeurs essentiels du maintien à domicile. Cet engagement constitue sa priorité en matière d'aide aux personnes âgées. Son action se situe à la fois dans le cadre de l'aide sociale légale et dans celui d'une politique volontariste (aide sociale facultative).

Dans le cadre de l'aide sociale légale

L'aide ménagère ou l'allocation représentative des services ménagers : Le financement est déclenché lorsque les personnes âgées ont des ressources inférieures ou égales au minimum vieillesse. Le montant engagé en 1999 correspond à 12 460 997 francs, pour 1011 bénéficiaires.

Les foyers-restaurants et le portage de repas : La participation aux frais de repas s'effectue en fonction des revenus. Le plafond de ressources retenu pour un bénéficiaire de l'aide sociale est le minimum vieillesse. Les dépenses engagées en 1999 correspondent à 354 621 francs, pour 26 bénéficiaires.

La Prestation Spécifique Dépendance : Courant 1999, 800 prestations spécifiques dépendance à domicile ont été payées pour un montant total de 15 656 761 francs. Le coût moyen par personne correspond à 1 631 francs par mois.

L'offre existante sur le département

Une organisation déconcentrée avec des équipes de proximité

Dans le département de la Loire, le traitement des demandes de P.S.D. à domicile s'effectue : par quatre équipes médico-sociales, réparties sur chaque territoire d'action sociale. Le délai d'instruction imposé par la loi de deux mois maximum est toujours respecté. Les contrôles de l'effectivité des aides apportées se font grâce au travail en partenariat avec les organismes de sécurité sociale.

Un plan d'aide personnalisé proposé à la personne âgée

Un plan d'aide est établi et proposé à la personne âgée susceptible de bénéficier de la P.S.D. La valorisation des aides est la suivante pour l'année 2000:

- aide à domicile par un service prestataire : 70,70 francs de l'heure
- aide à domicile par un service mandataire : 56,10 francs de l'heure
- aide à domicile de gré à gré : 46,90 francs de l'heure
- portage de repas : une aide de 12 francs par repas porté
- téléalarme : une participation maximum de 350 francs aux frais d'installation

A ces aides peuvent s'ajouter les fournitures pour incontinence, jusqu'à concurrence de 500 francs par mois, et une participation aux frais d'hébergement en accueil temporaire en établissement ou en famille d'accueil, selon le tarif journalier pratiqué pendant 30 jours répartis sur une année dans le cadre d'une P.S.D. versée à domicile.

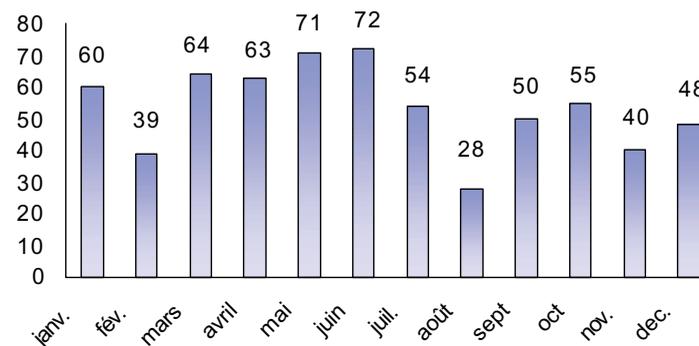
Une montée en charge régulière

Au total, 800 personnes âgées ont pu bénéficier de la P.S.D. à leur domicile en 1999, soit 33 % du nombre total de bénéficiaires de la P.S.D (domicile et établissements regroupés).

On compte en moyenne 54 nouveaux droits ouverts à la P.S.D. à domicile par mois. Ce chiffre comprend à la fois les bénéficiaires de l'Allocation compensatrice de plus de 60 ans ayant basculé en P.S.D. et les nouvelles demandes

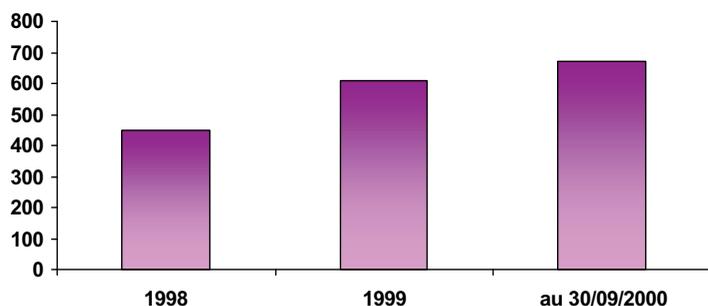
Au cours du premier semestre 2000, le nombre de bénéficiaires de la P.S.D. à domicile a augmenté de 3,7 %.

Nombre de demandes reçues par mois de la P.S.D à domicile en 1999



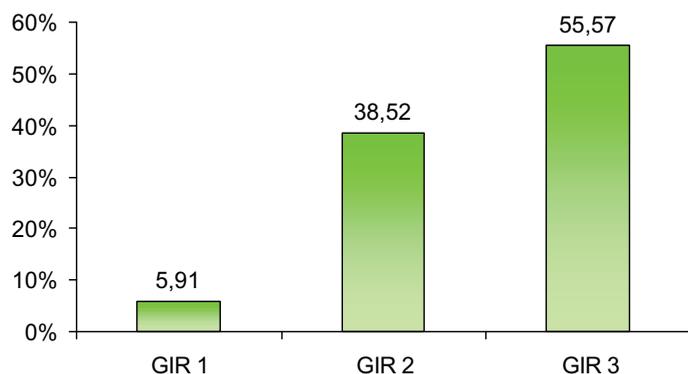
L'offre existante sur le département

Evolution du nombre de bénéficiaires de la P.S.D entre 1998 et au 30/09/2000



Pour des raisons essentiellement démographiques, la P.S.D est versée majoritairement à des femmes. Près de la moitié des bénéficiaires présentent une dépendance physique ou psychique lourde.

Répartition des bénéficiaires de la P.S.D. en fonction de leur degré de dépendance (grille AGGIR)



La P.S.D. à domicile a permis le maintien ou la création d'emplois. En 1999, cette prestation a généré l'ouverture de 336 276 heures de travail, soit la création de 210 équivalents temps plein représentant plus de 300 salariés.

Dans le cadre de l'action sociale facultative

Outre l'obligation légale, le Conseil général tend à développer une action sociale facultative en direction des personnes âgées. Elle passe par l'amélioration de l'habitat, la télé-assistance, l'information des personnes âgées.

Dépenses engagées par le Conseil général de la Loire en 1999 en matière de maintien à domicile

Aides légales

*Dépenses nettes
en francs*

Aide ménagère	12 460 997
Foyer-restaurant, portage de repas, loyer	354 621
Prestation spécifique dépendance à domicile	25 255 752
Allocation compensatrice tierce personne	22 481 510
TOTAL :	60 552 880

L'offre existante sur le département

Actions facultatives

*Subventions attribuées
en francs TTC*

Amélioration de l'habitat	640 000
Téléalarme	192 000
Information	45 000
Les secours	65 000
Subventions aux associations oeuvrant dans le secteur du maintien à domicile	290 000
TOTAL :	1 232 000

Source : Conseil général 42

36

1.2 Le rôle des partenaires institutionnels

Les actions développées par les différents partenaires institutionnels sont essentielles dans la réalisation et la réponse aux besoins des personnes âgées au domicile.

A- L'Etat

La compétence de l'Etat, en matière de maintien à domicile, concerne essentiellement l'autorisation d'ouverture de services et la reconnaissance des prestations offertes. Il apporte également son concours aux opérations d'amélioration de l'habitat.

• Les soins infirmiers à domicile :

En ce qui concerne les services de soins infirmiers à domicile, l'Etat détient une compétence d'autorisation, de création et d'extension de service.

• L'agrément des services :

Depuis 1996, un agrément particulier dit «agrément qualité» est prévu pour les associations et les entreprises dont les services portent sur l'assistance des personnes âgées, handicapées ou dépendantes.

L'agrément qualité est délivré par le Préfet de chaque département sur proposition du directeur départemental du travail et vaut pour ce seul département.

L'agrément constitue la reconnaissance des services offerts et permet de solliciter les aides de l'Etat.

Il ouvre droit à des avantages fiscaux au profit des associations, des entreprises et des particuliers qui y ont recours.

(Voir tableau ci-après)

L'offre existante sur le département

Dénomination	Adresse	N° Tél. (04 77) N° fax (04 77)	Nom	Date agrément		N° agrément		Activité	
				simple	qualité	simple	qualité	Prestataire	Mandataire
ADAFAD	11 place de l'hôtel de ville - 42000 Saint-Etienne	Tél. : 41 99 77 Fax : 21 07 68	Mme POBLE (présidente) Mme LAURENSEN (directrice)	13/02/97	19/03/97	1/RHO/663	2/42/RHO/663	X	
ADEF	16 rue de la Badouillère - 42000 Saint-Etienne	Tél. : 38 64 84 Fax : 37 20 59	Mme JOUVE (présidente) Mme MENETTRIER (directrice)	13/02/97	19/03/97	1/RHO/513	2/42/RHO/513	X	X
AGFR	18 Quai Cdt l'Herminier - 42300 Roanne	Tél. : 70 46 47 Fax : 72 34 88	M. BOAILLON (présidente) Mme BOAILLON (directrice)	13/02/97	19/03/97	1/RHO/515	2/42/RHO/515	X	X
Aide au quotidien (ex CSCV)	11 place de l'hôtel de ville - 42000 Saint-Etienne	Tél. : 41 47 36 Fax : 25 29 39	Mme FRAPEAUX (présidente) Mme MAY (directrice)	13/02/97	19/03/97	1/RHO/662	2/42/RHO/662	X	X
AIMV	30 rue de la Résistance - 42004 Saint-Etienne cedex 01	Tél. : 43 26 26 Fax : 25 71 29	M. SKARNIAK (président) M. SAPHY (directeur)	13/02/97	19/03/97	1/RHO/511	2/42/RHO/511	X	X
ARCADIA	11 rue Benoit Malon - 42300 Roanne	Tél. : 23 25 27 Fax : 23 25 25	M. AUROUX (président) Mme FRULEUX (directrice)	13/02/97	19/03/97	1/RHO/521	2/42/RHO/521	X	X
Association aide aux mères et aux familles à domicile	16 rue de la Badouillère - 42000 Saint-Etienne	Tél. : 32 30 73 Fax : 37 20 59	M. VIELFAURE (président) Mme MENETTRIER (directrice)	13/02/97	19/03/97	1/RHO/514	2/42/RHO/514	X	X
Association aides et services à domicile (centre S ^{al} Valbenoite)	17 rue des Teinturiers - 42100 Saint-Etienne	Tél. : 81 80 70 Fax : 81 80 79	M. MALOCHET (président) Mme MALEY (directrice)	05/07/00	21/07/00	1/RHO/824	2/42/RHO/824	X	X

L'offre existante sur le département

Dénomination	Adresse	N° Tél. (04 77) N° fax (04 77)	Nom	Date agrément		N° agrément		Activité	
				simple	qualité	simple	qualité	Prestataire	Mandataire
Association AVENIR (1)	10 rue Barrouin - 42100 Saint-Etienne	Tél. : 92 07 14 Fax : 92 07 13	M. FAZEKAS (Président) M. BROCHET (Directeur)	10/12/98		1/RHO/771		X	
Association Croix- Rouge Française	24 rue Michel Rondet - 42000 Saint-Etienne	Tél. : 54 45 77 Fax : 94 57 92	M. HERGOTT (Prési- dent) M. MATHERN (Direc- teur)	13/02/97	19/03/97	1/RHO/516	2/42/RHO/516	X	X
Association familles rurales	BP 14 Montrond les Bains	Tél. : 54 45 77 Fax : 94 57 92	M. BOUTHEON (Président) M. BERNARD (Directeur)	10/12/98	20/11/98	1/RHO/774	2/42/RHO/774	X	X
Association HANDI SITTING Services	29 rue de la république - 42000 Saint-Etienne	Tél. : 41 47 36 Fax : 25 29 39	Mme HANDJIAN (prési- dente)	10/12/98	20/11/98	1/RHO/776	2/42/RHO/776		X
Fédér. Départ. d'aide à domicile en milieu rural	12 place de la répu- blique - 42210 Mon- trond les bains	Tél. : 36 16 99 Fax : 94 50 58	M. GARNIER (président) M. MIOCHE (directeur)	13/02/97	19/03/97	1/RHO/417	2/42/RHO/417	X	X
Association des Paralysés de France	12 place des Grena- diers - 42000 Saint- Etienne	Tél. : 93 28 62 Fax : 93 33 19	M. BES (délégué Départemental)	13/02/97	19/03/97	1/RHO/661	2/42/RHO/661	X	
Association Rou- chone de services et emplois familiaux	6 rue du P Calmette - 42230 Roche la Molière	Tél. : 50 40 12 Fax : 90 59 18	M. DEFOURS (président) Mme CHABANOLLES (directrice)	07/02/97	19/03/97	1/RHO/520	2/42/RHO/520		X
Maintien à domi- cile du Forez	3 rue du 19 mars 1962 - 42160 Andrézieux	Tél. : 36 48 29 Fax : 36 91 50	Mme PICQ (présidente) Mme HAMMACHE (directrice)	05/07/00	21/07/00	1/RHO/824	2/42/RHO/824	X	X

L'offre existante sur le département

Dénomination	Adresse	N° Tél. (04 77) N° fax (04 77)	Nom	Date agrément		N° agrément		Activité	
				simple	qualité	simple	qualité	Prestataire	Mandataire
Office de garde à domicile	8 rue Martin Bernard - 42700 Firminy	Tél. : 89 06 07 Fax : 89 06 07	Mme QUINSON (présidente) Mme GRANGER (directrice)	07/02/97	08/04/97	1/RHO/517	2/42/RHO/517	X	X
«SOS maintien à domicile»	63 rue Jean Jaurès - 42800 Rive de Gier	Tél. : 83 02 90 Fax : 83 02 91	M. R-OUSSET (président) M. DEMOLIERE (Directeur)	13/02/97	19/03/97	1/RHO/512	2/42/RHO/512	X	X
Vivre à domicile / St-Chamond	37 rue Alsace Lorraine - 42400 Saint-Chamond	Tél. : 29 23 00 Fax : 29 23 09	Mme BOISSONNAT (présidente) M. SOUTRENON (Directeur)	07/02/97	19/03/97	1/RHO/519	2/42/RHO/519	X	X

L'offre existante sur le département

- **L'amélioration de l'habitat :**

En fonction de leurs ressources, les personnes âgées peuvent bénéficier de primes à l'amélioration de l'habitat (PAH) ou de subventions de l'agence nationale pour l'amélioration de l'habitat (ANAH Social) pour les travaux de mise aux normes. Des subventions sont accordées par l'Etat.

- **Les aides techniques :**

Les personnes présentant des handicaps physiques doivent suivre un parcours très compliqué pour obtenir les moyens de compensation de leur handicap (fauteuils roulants, adaptation de l'environnement physique...). C'est pourquoi l'Etat a décidé de la mise en place d'un comité de pilotage départemental chargé de sensibiliser les partenaires et de faire converger les efforts pour accélérer les procédures de prise en charge. La Loire a été site pilote en la matière.

Les financeurs ont été réunis au sein d'une commission des financeurs, un dossier unique avec guichet unique a été créé et une labellisation des équipes techniques est étudiée (médecins, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, secrétaires...). Ce dispositif s'inscrit bien comme mesure d'aide à la vie quotidienne mais s'adresse plus particulièrement aux personnes adultes handicapées.

- **La formation des professionnels paramédicaux :**

L'Etat est responsable des écoles de formations des professionnels paramédicaux qui interviennent notamment auprès des personnes âgées. A ce titre, il prend en charge la formation des infirmières, aides-soignantes et aides médico-psychologiques.

- **Le CODERPA :**

Le comité départemental des retraités et personnes âgées est une instance départementale présidée par le Préfet dont la vocation est de constituer un lieu de réflexion et de dialogue où les retraités et personnes âgées puissent participer à l'élaboration de la politique les concernant.

A ce titre, il est consulté sur les programmes départementaux en faveur des personnes âgées, est informé de tous les problèmes départementaux relatifs aux personnes âgées, et aide à la conclusion de conventions locales avec les organismes oeuvrant en faveur des personnes âgées.

Son secrétariat est assuré par la DDASS.

B- Les Caisses de sécurité sociale

- **Les caisses de retraite**

Elles participent activement au maintien à domicile des personnes âgées, par le biais de leur service d'action sanitaire et sociale.

Il s'agit d'aides individuelles ou collectives octroyées aux retraités en fonction de leurs ressources et de l'évaluation de leurs besoins. Dans la Loire, les principales caisses apportant leur contribution en faveur des personnes âgées sont la Caisse Régionale d'Assurance Maladie Rhône-Alpes et la Mutualité Sociale Agricole.

L'offre existante sur le département

• L'assurance maladie

L'assurance maladie assure le financement des services de soins infirmiers à domicile. En 2000, 764 places de services de soins infirmiers à domicile sont financées pour un montant total de 35 074 297 Francs.

C- Les Centres Communaux d'Action Sociale

Les communes ou les centres communaux d'action sociale développent leur propre action sociale en faveur des personnes âgées. Ils participent ainsi à la prévention de l'isolement et du vieillissement. Elle se concrétise par :

- la gestion des services d'aide à domicile,
- l'information et les conseils aux personnes âgées,
- la participation aux frais de télé-assistance,
- les subventions aux clubs du 3^{ème} âge,
- l'aide aux vacances,
- l'aide aux transports,
- la création de services de voisinage ou d'aide à la personne,
- l'accessibilité des lieux pour les personnes à mobilité réduite (aménagement de trottoirs, installations de bancs, arrêts de transport en commun accessibles, etc...).

L'offre existante sur le département

Tableau schématique des partenaires financeurs des différentes prestations de maintien à domicile

Financier et prestations	Caisse de retraite CRAM, MSA, etc..	CAF	Assurance maladie CPAM, MSA	CCAS	Etat	Conseil général	Participation des bénéficiaires
Aide ménagère ou allocation représentative de services ménagers	●					●	oui
Majoration des pensions pour tierce personnes (pour les bénéficiaires d'une pension d'invalidité de + de 60 ans)	●						
Allocation compensatrice						●	
P.S.D APA à compter du 1 ^{er} janvier 2002						● ●	Oui en fonction des ressources
Soins à l'acte			●		● CMU		
SSIAD (soins infirmiers à domicile)			●				

L'offre existante sur le département

Financier et prestations	Caisse de retraite CRAM, MSA, etc..	CAF	Assurance maladie CPAM, MSA	CCAS	Etat	Conseil général	Participation des bénéficiaires
Portage de repas à domicile				●		●	oui
Garde à domicile	●						oui
Télé-assistance	●			●		●	oui
Adaptation de l'habitat	●				●	●	oui
Logement (Allocation logement ou APL)		●					oui

L'offre existante sur le département

1.3 Le rôle du secteur associatif et du bénévolat

Les associations n'apparaissent pas parmi les financeurs institutionnels. Elles jouent pourtant un rôle essentiel dans le cadre du partenariat et des actions en faveur du soutien à domicile des personnes âgées, tant dans le maintien du lien social que dans le soutien moral ou psychologique.

La Loire dispose, à ce jour, de 11 associations de maintien à domicile en faveur des personnes âgées. Seules les activités des associations mentionnées ci-après ont pu faire l'objet d'analyse. Une enquête postale les concernant, a été réalisée en mars 2000 par la Direction de la Protection Sociale.

- Les **services mandataires** sont des services gérés par des associations ou des C.C.A.S., qui apportent un appui administratif (contrat de travail, fiches de paie, déclaration à l'U.R.S.S.A.F, voire parfois, aide au recrutement et aux remplacements éventuels) pour la gestion d'une embauche de personnel par l'utilisateur qui est donc, lui-même employeur. De ce fait, la personne âgée rémunère elle-même sa salariée et finance le coût du service rendu par le service mandataire. Elle peut être solvabilisée par la P.S.D. ou l'A.C.T.P. en fonction de ses ressources.

Parmi les 11 associations ligériennes, trois d'entre elles gèrent un service mandataire, tandis que huit sont à la fois prestataire et mandataire (soit près des trois quarts).

44

Présentation des associations du département de la Loire (cf. tableau page suivante)

L'ensemble des associations œuvrant dans le secteur du maintien à domicile en faveur des personnes âgées sont régies par la loi du 1^{er} juillet 1901, et le décret du 16 août 1901. De plus, 80 % d'entre elles sont habilitées à l'aide sociale.

Les associations de maintien à domicile disposent de services prestataires ou de services mandataires.

- Les **services prestataires** sont des services gérés par des associations ou des C.C.A.S., employeurs des aides à domicile, qu'ils mettent à la disposition des personnes âgées. Selon leurs ressources, les usagers peuvent obtenir une prise en charge partielle des frais par leur caisse de retraite ou l'aide sociale ou bénéficier d'une solvabilisation par le biais de la P.S.D. ou de l'A.C.T.P.

Département de la Loire - Schéma 2001 - 2006 en faveur des personnes âgées

L'offre existante sur le département

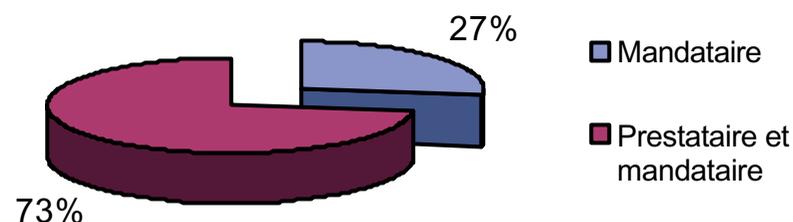
Présentation des associations du département de la Loire

Association	Adresse du siège	Téléphone	Fax	Président	Directeur	Date de création	Affiliation	Agrément simple	Agrément qualité
SOS Maintien à domicile	63 rue J. Jaurès - 42800 Rive de gier	04 77 83 02 90	04 77 83 02 91	JL. ROUSSET	E. DEMOLIERE	1 MAI 1988	URIOPS	3 décembre 1992	3 décembre 1992
Maintien à domicile du Forez	3 rue du 19 mars 1962 - 42260 Andrézieux Bouthéon	04 77 36 48 29	04 77 36 91 80	C. PICQ	N. HAMMACHE	30 août 1995	FEPEM Loire	13 janvier 1997	3 mars 1997
Association générale des familles de Roanne	18 quai commandant Lherminier - 42300 Roanne	04 77 70 46 47	04 77 72 34 88	F. BOAILLON	M. BOIALLON	3 décembre 1972		13 février 1997	19 mars 1997
Vivre à domicile	37 rue A. Lorraine - 42400 Saint-Chamond	04 77 29 23 00	04 77 29 23 09	B. BOISSONNAT	MJ. SOUTRENON	30 décembre 1972	UNASSAD-UNCASS-URIOPS	7 février 1997	19 mars 1997
Association Rou-chonne de services et emplois familiaux	6 rue P. Calmette - 42230 Roche la Molière	04 77 50 40 12	04 77 90 59 18	M. DEFOURS	S. CHABANOLLES	10 octobre 1996	FEPEM	2 novembre 1996	27 janvier 1997
Aide au quotidien	11 place de l'hôtel de ville - 42000 St-Etienne	04 77 41 47 36	04 77 25 29 39	Mme TRAPEAUX	Mme MAY	23 juin 1998	UNASSAD	13 février 1997	17 novembre 1997
Aide à domicile en milieu rural	12, place de la République - 42210 Montrond les bains	04 77 36 16 99	04 77 94 50 58	J. GARNIER	B. MIOCHE	1 avril 1949	UNADMR	oui	oui
Office de garde à domicile	8 rue Martin Bernard - 42700 Firminy	04 77 89 06 07		C. QUINSON		14 novembre 1990	FDASSAD-FEPEM-ELP Services	24 juin 1992	7 juillet 1998
ARCADIA	11, rue Benoît Malon - 42300 Roanne	04 77 23 25 27	04 77 23 25 25	J. AUROUX	D. FRULEUX	1964	UNASSAD-FRASSAD	oui	oui
AIMV	30 A de la résistance BP 151 - 42004 St-Etienne	04 77 43 26 26	04 77 25 71 29	E. SKARNIAK	G. SAPHY	avril 1956	UNASSAD		19 mars 1997
Croix Rouge Française	24, rue M. Rondet 42000 St-Etienne	04 77 43 54 90	04 77 43 54 91	M. HERCOTT				19 mars 1997	19 mars 1997

L'offre existante sur le département

Toutes ces associations doivent recevoir un agrément de l'Etat.

Type de gestion des associations ligériennes



Source : Enquête DPS auprès des associations (mars 2000)

46

Les moyens de communication mis en œuvre par les associations ligériennes

Les associations œuvrant en faveur du maintien à domicile des personnes âgées utilisent des moyens de communications relativement divers : règlement intérieur, livret d'accueil, plaquette d'information, carte de visite recensant les différents services proposés, contrat d'intervention...

Ce travail d'information auprès des bénéficiaires et de leur entourage paraît primordial au vu de la diversité des services proposés.

Les bénéficiaires

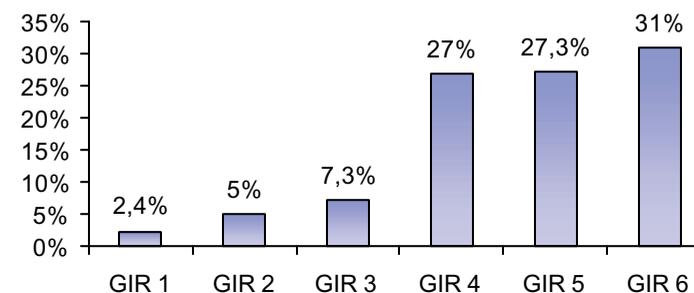
D'après l'enquête réalisée par la Direction de la Protection Sociale auprès des associations ligériennes, près de 20 000 personnes bénéficient d'un service de maintien à domicile, que celui-ci soit prestataire ou mandataire.

A - Le degré de dépendance

Sur les 11 associations de maintien à domicile en faveur des personnes âgées, quatre disposent d'une répartition de leurs résidents par GIR (groupe iso-ressource).

Les informations recueillies concernant le degré de dépendance font apparaître un girage supérieur à 3, soit 86 % des bénéficiaires, ce qui correspond à des personnes relativement autonomes.

Dans les quatre associations, la répartition s'effectue ainsi :

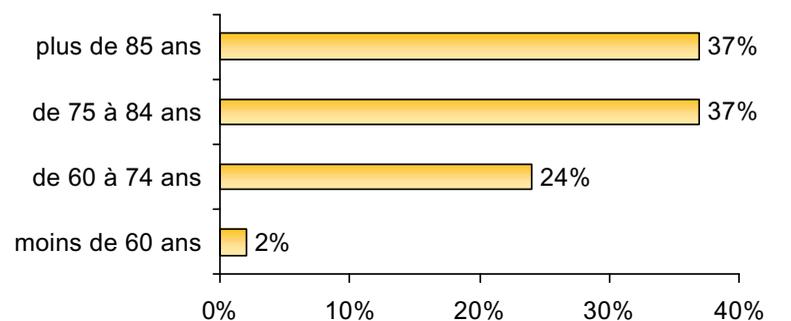


Source : Enquête DPS auprès des associations (mars 2000)

L'offre existante sur le département

B - Les bénéficiaires par tranche d'âge

D'après la répartition des bénéficiaires par tranche d'âge, on peut constater que 37 % des personnes aidées bénéficiant d'un service de maintien à domicile ont plus de 85 ans, ce qui s'explique par la volonté forte pour les personnes âgées de rester le plus longtemps chez elles.



Source : Enquête DPS auprès des associations (mars 2000)

L'activité des associations

A - Le personnel des associations ligériennes de maintien à domicile :

• Le personnel salarié

Le personnel salarié est le pilier du maintien à domicile. En effet, la personne âgée doit être totalement en confiance avec l'intervenant, pour que leur relation reste privilégiée.

Nombre de personnes physiques	1706
Nombre d'E.T.P.*	936

*E.T.P. : Equivalent Temps Plein

L'écart entre le nombre de personnes physiques et le nombre d'équivalent temps plein se justifie par le fait que les horaires de travail sont souvent morcelés (tôt le matin, et le soir).

D'après l'enquête réalisée, 99 % des salariés travaillant au sein des associations de maintien à domicile en faveur des personnes âgées sont des femmes.

• La formation des personnels

La formation est ressentie comme un besoin par les personnes concernées, car elle permet une meilleure aptitude à gérer les situations, une reconnaissance et une amélioration de la qualité de la prise en charge.

Pour le département de la Loire, 270 personnes travaillant dans le secteur du maintien à domicile en faveur des personnes âgées sont titulaires du C.A.F.A.D. (Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile).

• Le nombre de bénévoles

Les bénévoles sont l'un des atouts du maintien à domicile, et s'articulent autour des salariés, de la famille et du voisinage.

Sur les huit associations, qui ont répondu à cette question, on dénombre 725 bénévoles qui œuvrent dans le secteur du maintien à domicile.

L'offre existante sur le département

B - Le nombre d'heures effectuées :

Globalement, l'activité des services prestataires et des services mandataires recensée au cours de cette enquête auprès des associations ligériennes est de 2 681 003 heures pour l'année 1999, soit une moyenne par personne aidée de 140 heures par an.

L'activité des associations peut être scindée selon le type de gestion de l'association, qu'elle soit prestataire ou mandataire.

• Les services prestataires

	Volume d'heures gérées en 99	Nombre de personnes aidées	Moyenne d'heures annuelles par personne aidée
Croix Rouge	92 446	843	110
AIMV	1 036 940	8 096	116
Vivre à domicile	74 697	697	107
AGFR	14 174	182	78
ADMR	192 001	2 032	94
ARCADIA	226 847	2 143	106
Aide au quotidien	19 835	193	103
TOTAL	1 656 940	14 186	117

En ce qui concerne les services prestataires, le volume d'heures annuelles géré par ces services en 1999 s'est élevé à 1 656 940 heures, soit une moyenne par personne aidée de 117 heures par an (ce qui correspond à une moyenne hebdomadaire de plus de 2 heures).

• Les services mandataires

	Volume d'heures gérées en 99	Nombre de personnes aidées	Moyenne d'heures annuelles par personne aidée
Croix Rouge	107 701	464	232
AIMV	566 731	3 013	188
OGD	39 042	106	368
ARSEF	450	56	8
Vivre à domicile	56 003	169	331
ADMR	156 774	787	199
AGFR	23 213.5	77	301
Aide au quotidien	10 020	68	147
ARCADIA	64 129	227	282
TOTAL	1 024 063	4 967	206

Si on analyse l'activité des services mandataires, le volume d'heures gérées en 1999 s'élève à 1 024 063 heures, soit une moyenne par personne aidée de 206 heures par an (plus de 3 heures hebdomadaires).

L'offre existante sur le département

Section 2

Un ensemble de services classiques

De multiples services mis à la disposition des personnes âgées

L'aide dans les actes de la vie quotidienne passe par de nombreux services organisés, selon les cas, par des communes, des entreprises privées ou des associations. Ces dernières peuvent prendre la forme d'associations prestataires et/ou mandataires. Les associations prestataires sont employeurs du personnel qu'elles mettent à la disposition des bénéficiaires. Les associations mandataires mettent à la disposition des personnes âgées du personnel que ces dernières rémunèrent. L'association est responsable de la qualité de la prestation proposée.

Un agrément particulier dit «agrément de qualité» délivré par l'Etat est prévu pour les associations et les entreprises dont les services portent notamment sur l'assistance aux personnes âgées, handicapées ou dépendantes.

2.1. Les services d'aide ménagère

Avec les services de soins, les services d'aide ménagère à domicile constituent la principale forme de soutien à domicile en faveur des personnes âgées. La personne chargée de l'aide a pour mission d'accomplir un travail matériel, moral et social contribuant au maintien à domicile de la personne âgée, laquelle souffre généralement d'une incapacité, momentanée ou permanente, ne lui

permettant pas d'accomplir seule les actes essentiels de la vie quotidienne (entretien courant du domicile, courses, repassage, préparation des repas, soins sommaires d'hygiène, etc...).

En plus des travaux ménagers, l'aide à domicile doit permettre à la personne âgée de conserver son indépendance, d'entretenir des relations sociales avec l'extérieur, de rompre éventuellement son isolement. Elle peut, sans se substituer à la personne, l'assister dans ses démarches administratives. Elle ne peut pas accomplir de gros travaux ménagers, ni des toilettes médicalisées.

Les services d'aide à domicile desservent la quasi-totalité des communes du département. Ces services sont des C.C.A.S. ou des services municipaux, les autres services sont des associations régies par la loi 1901.

L'aide ménagère est, en principe, financée prioritairement par les personnes qui en bénéficient, mais les caisses de retraite et l'aide sociale départementale assurent une part importante du coût de cette prestation pour leurs ayants-droits.

Les chiffres suivants montrent l'évolution de cette prestation servie aux bénéficiaires de l'aide sociale et des différents organismes de sécurité sociale.

L'offre existante sur le département

Financement de l'aide ménagère dans le département de la Loire au titre de l'aide sociale aux personnes âgées entre 1995 et 1999

	1995	1996	1997	1998	1999
Nombre de bénéficiaires	923	978	1 005	1 006	1 011
Nombre d'heures payées	131 033	164 357	168 091	159 830	159 446
Coût en millions de francs	10,201 MF	12,139 MF	12,246 MF	12,348 MF	12,399 MF

L'augmentation des revenus des retraités conduit à une stabilisation du nombre de bénéficiaires de l'aide sociale au titre de l'aide ménagère, le plafond légal d'attribution étant fixé au minimum vieillesse, soit à titre indicatif pour 1999 : 41 197 F pour une personne seule et 73 906 F pour un couple.

Cette stabilisation est liée aussi à la baisse des tarifs horaires intervenue courant 1999 suite à l'allègement des charges sociales. Par ailleurs, comme pour la Prestation Spécifique Dépendance, il est dorénavant tenu compte des revenus des capitaux dans le calcul des ressources.

A titre indicatif, le montant de la participation horaire d'aide ménagère des bénéficiaires de l'aide sociale s'élève à 7,50 F. Les taux horaires d'aides ménagères retenus par le Conseil général sont alignés sur les taux pratiqués par la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse, soit 70,70 F au 1^{er} janvier 2000.

Aide ménagère aux personnes âgées financée par les organismes de sécurité sociale dans le Département de la Loire

(Régime général et Mutualité Sociale Agricole)

CRAM	1997	1998	1999
Nombre de bénéficiaires	7 301	7 561	7 391
Nombre d'heures payées	798 099	797 604	788 630
Coût en millions de francs	48,155 MF	47,906 MF	43,144 MF

Sur une enveloppe globale régionale de 3 505 395 heures pour 1999, le département de la Loire a bénéficié d'un quota d'heures de 830 556 heures, soit près de 24 % pour une population de plus de 60 ans, qui représente en fait 15 % de la population rhônalpine. La consommation arrêtée au 31 décembre 1999 s'élève à 788 630 heures.

MSA	1997	1998	1999
Nombre de bénéficiaires	889	864	936
Nombre d'heures payées	41 526	49 271	54 894
Coût en millions de francs	2,034 MF	2,399 MF	2,676 MF

L'offre existante sur le département

2.2. La garde à domicile

La prestation répond à un besoin d'accompagnement et d'aide à la vie quotidienne. Elle complète l'intervention de l'aide ménagère qui est plus limitée dans son volume horaire.

Elle est gérée par des associations en gestion mandataire ou prestataire, plus rarement par des entreprises à but lucratif. Elle peut faire l'objet d'un contrat de gré à gré.

Elle est financée par la personne intéressée, parfois aidée par sa famille mais aussi grâce au versement de la prestation spécifique dépendance.

Pour bénéficier des services de garde à domicile, il faut s'adresser directement aux associations (type A.R.C.A.D.I.A, A.D.M.R.). Les frais de garde à domicile sont à la charge du demandeur et s'élèvent environ à 60 francs/heure.

Une aide financière peut être accordée en fonction de la situation du bénéficiaire (ressources, état de santé) par les caisses de retraites ou par le Conseil général, dans le cadre de la P.S.D. à domicile, lorsque son état de dépendance la classe dans un des groupes iso-ressources 1, 2 ou 3.

Nombre de personnes bénéficiant de la garde à domicile selon les différentes caisses de retraite

CNAV	1997	1998	1999
Nombre bénéficiaires	363	33	61

AVA	1997	1998	1999
Nombre bénéficiaires	5	2	4

ORGANIC	1997	1998	1999
Nombre bénéficiaires	14	11	12

MSA	1997	1998	1999
Nombre bénéficiaires		Secours éventuels	

Secours miniers	1997	1998	1999
Nombre bénéficiaires	20	23	15

L'offre existante sur le département

Gestion de la demande et modalités de règlement pratiquées en 1999 (concernant la C.N.A.V. uniquement)

• Gestion de la demande :

La demande d'intervention doit être présentée au Service Social de la Caisse Régionale.

En cas d'accord de prise en charge, l'assistant social propose à la personne âgée l'intervention d'un prestataire de service conventionné et le bénéficiaire ne s'acquitte que de la part financière qui lui incombe.

Dans cette pratique, les règlements de la Caisse Régionale sont adressés directement au prestataire de service.

Si la personne âgée opte pour une autre formule (service mandataire, emploi de gré à gré...) elle fait alors l'avance des frais et est remboursée ultérieurement par la Caisse Régionale sur la présentation des justificatifs, et toujours dans les limites exposées ci-après.

• Modalité de règlement

Le montant maximum pris en charge par personne sur une année civile est de :

- 8 000 Francs pour une personne seule.

Le montant pris en charge par la Caisse Régionale reste fixé à 80 % du total de la dépense engagée par le bénéficiaire dans la limite de :

- 10 300 Francs pour une personne seule,
- 15 500 francs pour un couple.

La prise en charge est attribuée pour une durée maximale de 6 mois, non renouvelable.

Cependant, si à l'issue de la prise en charge, le montant maximum n'a pas été épuisé, celle-ci peut être prolongée par l'assistant social dans la limite du montant maximum, après vérification de l'effectivité de l'aide.

2.3. Les services de soins infirmiers

Les services de soins infirmiers à domicile (S.S.I.A.D) ont été créés par la loi du 4 janvier 1978 modifiant la loi «sociale» du 30 juin 1975. Ils appartiennent à la catégorie des services sociaux et médico-sociaux et relèvent de la compétence de l'Etat. Leur réglementation a été précisée par le décret n°81-448 du 8 mai 1981.

Ainsi leur création ou extension est soumise à l'accord du Préfet, après avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale (C.R.O.S.S.). Ils constituent l'élément pivot d'une politique de maintien à domicile en offrant la possibilité de dispenser, sur prescription médicale, des soins infirmiers et d'hygiène. Ces soins s'adressent aux personnes âgées de 60 ans et plus ou aux personnes de moins de 60 ans atteintes de maladies invalidantes.

L'offre existante sur le département

Le service de soins peut ainsi permettre d'éviter une hospitalisation lorsque l'environnement médical et social s'y prête, de faciliter le retour au domicile après hospitalisation, de prévenir ou de retarder une dégradation de l'état du patient. C'est pourquoi, il met en œuvre des prestations s'inscrivant dans la durée et exigeant une meilleure coordination que ne le feraient de simples interventions à l'acte.

• Un fort développement sur dix ans

En 1991, dix-sept services de soins existaient dans la Loire. Ils offraient une capacité de prise en charge totale de 457 places. En dix ans, en donnant la priorité au maintien à domicile, les pouvoirs publics ont appliqué une politique constante de développement des services de soins en Rhône-Alpes.

Cela se traduit, dans la Loire, par une capacité en hausse de 67 % entre 1991 et 2000.

En 2000, 25 services de soins à domicile autorisés existent dans la Loire et offrent une capacité totale de 764 places autorisées et financées. Huit d'entre eux sont gérés par des établissements publics dont six par des centres hospitaliers locaux, et les dix sept autres par des associations privées à but non lucratif.

L'ensemble dessert 30 cantons sur les 40 cantons que compte le département.

• Les prévisions pour les 5 prochaines années

Au 31 /12 /2000, le département de la Loire se trouvait en dernière position en Rhône-Alpes(*) pour son taux d'équipement (13,08 places pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans).

En 2001, 341 nouvelles places de SSIAD ont été attribuées en région Rhône-Alpes, dont 65 pour le département de la Loire. Cela classe notre département au 2^{ème} rang des bénéficiaires de places de la région, après le département du Rhône.

Ces créations de places s'inscrivent dans le cadre d'un plan quinquennal 2001-2005 de développement de l'offre de soins à domicile pour lequel l'Etat veut créer nationalement 20 000 places.

Ce plan va permettre dans le département la couverture des zones non encore desservies et d'augmenter la couverture des zones qui ont une capacité inférieure à la moyenne du département.

(*) :

- *Taux d'équipement régional Rhône-Alpes au 31/12/2000 : 14,86 places pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans.*

- *Taux d'équipement national SSIAD au 01/01/1999 : 15,21 places pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans.*

L'offre existante sur le département

Capacité des SSIAD par canton pour le département de la Loire (situation au 27/09/2000)

54

Cantons	TOTAL	PA de 75 ans et +	Pour 1000 PA 75 ans et +
Boën	50	1 063	47
Chazelles/Lyon	18	824	22
Feurs		2 020	0
Montbrison	30	1 908	16
Noiretable		426	0
St-Bonnet le château		794	0
St-Galmier	45	2 186	21
St-Georges		356	0
St-Jean Soleymieux	50	468	107
St-Just St-Rambert		2 454	0
Belmont	23	525	44
Charlieu	34	1 319	26
Néronde	45	842	53
La Pacaudière		486	0
Perreux	30	1 415	21
St-Germain Laval		545	0
St-Haon le Chatel	25	882	28
St-Just en chevalet		536	0
St-Symphorien de Lay	19	1 205	16
Roanne (2 cantons)	80	6 710	12
Bourg Argental	15	736	20

Nota : une carte présentant les zones d'intervention des SSIAD figure en annexe au présent document

Source : DDASS 42

L'offre existante sur le département

Cantons	TOTAL	PA de 75 ans et +	Pour 1000 PA 75 ans et +
Le Chambon Feugerolles	65	2 037	32
Firminy	25	3 124	8
Pelussin	20	1 050	19
Rive de Gier	40	1 932	21
St-Genest Malifaux		549	0
St-Héand	20	1 794	11
La Grand Croix		1 570	0
St-Etienne (9 cantons)	129	19 734	7
St-Etienne (2 cantons)	40	3 311	12
TOTAL LOIRE	803	620801	13

Capacité des SSIAD par canton (*suite*)

55

Arrondissement	St-Etienne	Montbrison	Roanne	Loire
Capacité totale autorisée	354	193	256	803
Capacité totale financée	339	170	255	764
Pour 1000 PA de 75 ans et +	10	15	18	13
PA 75 ans et +	35 837	12 499	14 465	62 801

Capacité des SSIAD par arrondissement pour le Département de la Loire (situation au 27/09/2000)

Source : DDASS 42

L'offre existante sur le département

Commune	Places autorisées	Places financées au 31.12.97	Places SCM financées au 31.12.98	Places SCM financées au 31.12.99	Places SCM financées au 31.12.00	Places financées au 31.12.01	Places accordées en 2002	Places financées au 31.12.2002	Reste à financer	Date des autorisations restant à financer
Andrézieux bouthéon	20					11			9	15.06.2001
Belmont de la Loire	26	20	23	23	23	23	3		3	04.01.2002
Bourg argental	15					15			0	
Chambon-Feugerolles	45	35	35	40	45	45			0	
Chazelles/Lyon	18	18	18	18	18	18			0	
Le Coteau	30	24	24	29	30	30			0	
Firminy	25	20	25	25	25	25			0	
ADMR Haut Forez	50	36	36	36	43	50			0	
ADMR Côte Roannaise	25	20	24	24	25	25			0	
ADMR La plaine	19	16	16	16	19	19			0	
ADMR Montagnes du matin	45	36	36	36	44	45			0	
ADMR des pays du Gand et du Rhins	24	16	16	19	19	24			0	
La Ricamarie	20	20	20	20	20	20			0	
Rive de Gier	45	35	40	40	40	40	5		5	04.01.2002

L'offre existante sur le département

Commune	Places autorisées	Places financées au 31.12.97	Places SCM financées au 31.12.98	Places SCM financées au 31.12.99	Places SCM financées au 31.12.00	Places financées au 31.12.01	Places accordées en 2002	Places financées au 31.12.2002	Reste à financer	Date des autorisations restant à financer
Roanne	30	25	30	30	30	30			0	
Saint-Chamond	40	36	40	40	40	40			0	
Saint-Etienne AIMV	55	42	50	50	50	50			5	06.12.2001
Saint-Etienne Croix Rouge	41	39	39	39	39	39			2	06.12.2001
Saint-Etienne Valbenoite	40	35	40	40	40	40			0	
Saint-Just Saint-Rambert	20					11			9	16.07.2001
Saint-Héand	20	17	20	20	20	20			0	
HL Boën	50	40	40	40	40	50			0	
HL Charlieu	34	19	24	29	34	34			0	
CH Montbrison	30	25	25	25	25	30			0	
HL St-Galmier	26	22	22	22	26	26			0	
Saint-Pierre De Boeuf	20	10	20	20	20	20			0	
CH de Roanne	50	36	46	49	50	50			0	
TOTAL SSAD	863	642	709	730	765	830			33	

L'offre existante sur le département

2.4. Les services de télé-assistance

Créée en 1978, la télé-assistance contribue au maintien à domicile des personnes dépendantes en leur donnant la possibilité d'alerter immédiatement, en cas de besoin et par simple pression sur un bouton, une centrale d'écoute.

Celle-ci est capable de traiter les appels tous les jours de l'année et à toute heure

. Prise en charge mutuelle

Un abonnement mensuel (en moyenne 180 F), modulé selon les ressources, est à la charge du bénéficiaire.

Plusieurs systèmes de télé-assistance coexistent dans le département. Ils sont proposés généralement par les associations.

Le terme générique utilisé le plus couramment pour désigner les services de télé-sécurité ou de télé-alarme est celui de télé-assistance.

Les services de télé-assistance sont proposés essentiellement par des C.C.A.S., des caisses de retraite et des associations.

Actuellement, une subvention de 196 000 F est accordée par le Conseil général de la Loire aux deux organismes principaux :

L'association d'Aide aux Isolés, Malades et Vieillards (AIMV) qui gère le système de télé-alarme «Delta Revie» 32, rue de la Résistance – BP 151 – 42004 SAINT ETIENNE CEDEX 1, Tel : 04.77.43.26.34, qui couvre le sud du département.

L'Association Roannaise du Comité d'Aide à Domicile Inter-génération et Assistance (ARCADIA), qui gère un service de télé-assistance sur l'ensemble des communes de l'arrondissement de Roanne – 11, rue Benoît Malon – 42300 ROANNE – Tél : 04.77.72.82.70, qui couvre le Nord du Département.

Ces deux systèmes de télé-assistance peuvent couvrir par ces installations l'ensemble du département et même au-delà.

D'autres services de télé-assistance existent sur le département :

Filien A.D.M.R. : 12, place de la République – 42210 MONTROND LES BAINS – Tel : 04.77.36.16.99. - Couverture géographique : pas de sectorisation.

SOS Maintien à Domicile : 63, rue Jean Jaurès – 42800 RIVE DE GIER – Tel : 04.77.83.02.90. – Couverture géographique : Territoire d'action sociale de Gier-Ondaine-Pilat

Cette prestation touche une population âgée en moyenne de 83 ans et en majorité féminine.

Les types d'interventions sont les suivants :

- appel pour chutes avec ou sans hospitalisation,
- malaises ou maladies,
- autres (assistance, angoisse, erreur de manipulation..)

L'offre existante sur le département

. Les services de voisinage

Ils facilitent la surveillance et le soutien de la personne âgée par des visites à domicile de bénévoles. Ces services peuvent être structurés à partir de centres communaux d'action sociale (C.C.A.S.) ou des associations de proximité. En milieu rural, ces liens de voisinage sont moins institutionnalisés, les relations et les solidarités s'établissent plus facilement. Cette présence bénévole est parfois, le seul «fil conducteur» du soutien à domicile et elle est indispensable.

2.5. Les foyers restaurants et les services de portage de repas à domicile

. Les foyers-restaurants

Les foyers-restaurants accueillent chaque midi, les personnes âgées valides qui ne souhaitent pas cuisiner ou prendre leur repas seules. Il s'agit également pour elles d'un moment privilégié d'échanges et de contacts avec l'extérieur.

Ces foyers-restaurants sont gérés par des Centres Communaux d'Action Sociale (C.C.A.S.) ou des établissements d'hébergement pour personnes âgées. Ils servent des repas à prix modérés. Cette prestation est surtout développée dans les villes au sein des foyers-résidences.

Les repas sont pris en charge par la personne âgée ou par l'aide sociale départementale en fonction des ressources de la personne. Au 27 septembre 2000, le nombre de bénéficiaires au titre de l'aide sociale s'élève à 32 personnes âgées. Le prix du repas prin-

cipal sur lequel peut intervenir la participation de l'aide sociale pour les bénéficiaires de l'aide sociale aux personnes âgées est fixé en moyenne à 38 francs au foyer-restaurant annexé au foyer-logement. Compte tenu de ce prix, le taux de participation de l'aide sociale aux frais de repas servi ou fourni (les participations fixées sont limitées à un repas par jour) aux résidents ainsi qu'aux personnes âgées non logées à l'établissement et aux infirmes, est fixé ainsi qu'il suit :

Catégories	Plafond des ressources	Participation de l'aide sociale	Participation personnelle des bénéficiaires
A	Personne seules	23 F	15 F *
	Ressources inférieures ou égales à 41 197 F		
B	Ressources supérieures à 41 197 F mais inférieures ou égales à 42 193 F	21 F	17 F
A	Ménages	42 F	34 F
	Ressources inférieures ou égales à 73 906 F		
B	Ressources supérieures à 73 906 F mais inférieures à 75 898 F	40 F	36 F

Source : CG 42

* Aucune personne n'accède à la gratuité totale : par exemple, les personnes bénéficiant du minimum vieillesse paient 15 francs par jour et par repas.

L'offre existante sur le département

. Les services de portage de repas à domicile

Plusieurs organismes et services proposent le portage des repas au domicile des personnes âgées. Ces repas, fabriqués par une structure de restauration ou un foyer-restaurant, peuvent être amenés chauds ou bien livrés prêts à réchauffer (liaison froide).

Le fonctionnement des services de portage est souple.

Il est possible de faire appel à eux tous les midis du lundi au vendredi, ou bien certains jours de la semaine, ou bien encore temporairement pendant une période donnée. Les prix des repas varient selon les structures. Le tarif de référence est fixé par arrêté départemental. Il est en moyenne de 38 francs.

Comme pour les foyers-restaurants, les repas sont pris en charge par la personne âgée ou par l'aide sociale départementale en fonction des ressources de la personne.

Section 3

Les autres services contribuant au maintien à domicile

3.1. L'accueil temporaire et l'accueil de jour

L'accueil temporaire et l'accueil de jour constituent une alternative intéressante à l'entrée en institution, et sont bien souvent une véritable passerelle entre le maintien à domicile et l'institution.

Ces deux formules entrent dans la palette des moyens à développer en direction des personnes âgées et de leur famille, pour leur permettre de rester aussi longtemps que possible, et dans des meilleures conditions de confort, dans un lieu de vie qu'ils ont choisi.

. L'accueil temporaire

Les motifs qui conduisent à solliciter l'hébergement temporaire en établissement s'articulent autour de quatre grands thèmes : l'arrivée de l'hiver et/ou l'isolement du domicile personnel de la personne âgée ; l'épuisement ou le départ momentané de la famille ou des aidants ; le besoin de vacances dans un lieu sécurisant pour la personne âgée ; « l'essai » d'un placement en établissement.

En 2000, on dénombre 113 places d'hébergement temporaire. Les trois arrondissements de la Loire sont dotés de la façon suivante :

ARRONDISSEMENTS	Nombre de places
Saint-Etienne	33 places
Montbrison	47 places
Roanne	33 places
Total Loire	113 places*

**soit 1,80 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus*

L'hébergement temporaire est de plus en plus sollicité par les usagers et leur famille. Les établissements en fonction de la demande et des places disponibles affectées ou non à ce type d'accueil tentent de répondre au mieux.

L'offre existante sur le département

Les commentaires accompagnant l'enquête «maintien à domicile» mettent en évidence que les maisons de retraite et les foyers-résidences sont favorables au développement de cette activité qui contribue favorablement à la mise en place de ce type d'hébergement.

L'âge moyen des personnes accueillies est supérieur à 81 ans alors que la durée moyenne de séjour est d'environ trois mois, sans dépasser six mois par année civile.

Pour les personnes âgées et leur famille, ce type de prise en charge a majoritairement constitué une réponse utile correspondant à leurs besoins ponctuels.

. L'accueil de jour

En 2000, une vingtaine de places d'accueil de jour est recensée sur le département de la Loire. Les réflexions menées dans le cadre du schéma mettent en évidence que :

La majorité des établissements ne souhaitent pas pratiquer l'accueil de jour, souvent pour des raisons de gestion.

Toutefois, l'accueil de jour représente un pilier indispensable du maintien à domicile. La demande semble importante pour ce type de prise en charge et correspond entièrement à une attente du public.

Pour ceux qui le pratiquent, la clientèle accueillie est composée essentiellement de personnes dépendantes ou semi-valides ;

Les demandes sont formulées essentiellement par les familles (épousement), ou pour répondre à la solitude des personnes âgées.

La fréquentation est de l'ordre de 1 à 3 jours par semaine.

L'accueil temporaire et l'accueil de jour feront l'objet d'un financement au titre des soins, de la dépendance et de l'hébergement dans le cadre de la réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées même s'ils ne sont pas de l'accueil à temps complet.

3.2. L'accueil familial

L'accueil familial des personnes âgées est aussi une alternative à l'entrée en institution. La loi 89-475 du 10 juillet 1989 et ses décrets d'application ont déterminé le cadre juridique de l'accueil par des particuliers, à leur domicile et à titre onéreux, des personnes âgées notamment.

Le 27 novembre 1989, le Conseil général confiait aux associations d'aide à domicile, le suivi administratif et social des familles d'accueil. En mars 1991, le Conseil général définissait les modalités d'agrément, le suivi social des personnes accueillies et la formation des particuliers agréés.

Le nombre de personnes âgées ayant recours à ce type d'accueil reste assez faible dans la Loire, contrairement à la pratique de certains départements.

L'offre existante sur le département

Statistiques de l'accueil en famille dans la Loire depuis 1998

Rubriques	Personnes âgées		
	1998	1999	2000
Particuliers agréés	16	16	16
Personnes âgées accueillies	9	10	10

Source : CG 42

Les personnes accueillies sont des femmes (80%), avec une moyenne d'âge de 83 ans. L'origine des personnes âgées accueillies dans la Loire provient pour l'essentiel du domicile 80 % et 20 % d'établissement de santé.

62

3.3. Le soutien aux aidants familiaux

La solidarité familiale reste le pilier central du maintien à domicile des personnes âgées. Les réflexions menées dans le cadre de l'élaboration de ce document ont mis en relief le manque d'information, la solitude et la souffrance de l'aidant familial face à la personne âgée dépendante.

La première aide dont a besoin la famille consiste en une bonne information. La demande porte sur les conditions et les limites du maintien à domicile, les moyens d'aide au repos, les alternatives à l'hébergement collectif.

Apporter une information adaptée aux proches permet entre autre de lutter contre le sentiment d'incompétence et de culpabilité que

les professionnels observent quand la famille n'a pas d'autre choix que l'entrée en institution. La bonne connaissance des enjeux permet de limiter les conflits au sein de la famille.

Néanmoins, ce que demandent le plus souvent les familles c'est :

D'une part, **une modération du coût** des produits et services, particulièrement dans l'hébergement collectif,

D'autre part, **l'aménagement de solutions de répit** : structures d'accueil temporaire, d'accueil de jour, de placement familial pour permettre de souffler, particulièrement en cas de prise en charge de la dépendance psychique.

Généralement, on peut souligner que c'est par la diversité et la souplesse des dispositifs qu'on peut le mieux répondre aux besoins très évolutifs des personnes âgées.

L'action des proches se révèle un complément décisif aux mesures entreprises par les professionnels dès lors qu'une information adéquate des familles permet aux uns et aux autres d'agir de façon concertée.

L'accompagnement des aidants familiaux n'appelle pas la mise en place de moyens lourds. Il s'agit, pour l'essentiel, d'aménager les lieux d'écoute et de parole où se rencontrent familles et professionnels.

Les aidants trouvent dans ces lieux de rencontre et d'échange des interlocuteurs qui les écoutent, les informent, les soutiennent psychologiquement.

L'offre existante sur le département

Section 4

La coordination de ces services : les CLIC

Face à cette multiplicité des services intervenant auprès des personnes âgées, il est apparu nécessaire de créer des structures de coordination.

C'est pourquoi l'Etat a décidé la mise en place en 2000, à titre expérimental, des centres locaux d'information et de coordination ayant vocation à prendre en compte tous les aspects de la vie quotidienne des personnes âgées, qu'ils touchent aux soins, à l'accompagnement de la personne, à la qualité et au confort d'usage du cadre bâti, mais aussi à la vie sociale, culturelle et citoyenne.

A ainsi été créé en 2000 dans la Loire un site expérimental sur le modèle du guichet unique permettant la coordination des professionnels et la réponse aux interrogations des usagers des services en un lieu unique.

Le Centre Local d'Information et de Coordination est un lieu ouvert à tous ; lieu d'écoute, d'information, d'aide à la coordination des intervenants à domicile, lieu d'accueil de proximité pour aider la personne dépendante dans le cadre de son quartier. Le CLIC a pour objectif de réfléchir à la prise en charge la plus juste et la plus solidaire pour la personne âgée en perte d'autonomie.

Il propose à titre gratuit, pour aider les personnes âgées et leur famille :

- conseils et informations,
- écoute et évaluation,
- aide à la décision,
- accompagnement personnalisé.

L'année 2001 a vu la fin de l'expérimentation et le début de la pérennisation des CLIC autour d'un système regroupant les acteurs et financeurs.

A ce titre, un comité de pilotage départemental, présidé par le préfet et le président du conseil général devra se mettre en place prochainement.

Il devra notamment instruire les dossiers des promoteurs de CLIC.

Trois niveaux de labellisation pourront être obtenus par les promoteurs, en fonction des services offerts par le CLIC dont ils demandent la création :

Le label 1 correspond à des missions d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien aux familles ,

Le label 2 prolonge le niveau 1 par des missions d'évaluation des besoins et d'élaboration du plan d'aide personnalisé,

Le label 3 prolonge le niveau 2 par les missions de mise en œuvre, de suivi et d'adaptation du plan d'aide personnalisé. Services de soins à domicile installés dans la Loire.





Chapitre 2

65

Le dispositif d'hébergement collectif



L'offre existante sur le département

Section 1

Les principes généraux de l'hébergement collectif

Dans le département de la Loire, plusieurs catégories d'établissements accueillent des personnes âgées ayant le plus souvent au moins 83 ans et pour la moitié d'entre elles lourdement dépendantes.

Grâce à un large partenariat, la plupart des aides sont accessibles dans tout le département.

Le Conseil général et ses partenaires conduisent une politique active afin de mettre en adéquation les besoins des personnes âgées avec l'offre existante.

Que sont exactement ces formes d'accueil ?

Quels rôles le Conseil général et ses partenaires jouent-ils dans leur développement ?

Quelles sont les caractéristiques de la population âgée qui y réside ?

Des réponses sont apportées grâce à une analyse précise de la situation du département de la Loire.

1.1. Définitions et principes essentiels de l'hébergement

Les personnes âgées peuvent être accueillies spécifiquement au sein de structures sociales et médico-sociales telles que les foyers-résidences, les maisons de retraite et au sein de structures sanitaires, les unités de soins de longue durée (nouvelle dénomination «des longs séjours»).

Cette offre d'hébergement est principalement régulée par deux autorités : le Conseil général et l'Etat.

Des typologies de structures en voie d'évolution

Jusqu'à la réforme des établissements pour personnes âgées, il existait trois types d'établissements dits " classiques " et d'autres formes d'accueil :

Le foyer - résidence

Structure à caractère social, il désigne un établissement initialement conçu pour accueillir des personnes âgées valides n'ayant besoin d'être aidées qu'occasionnellement. Il permet de disposer de studios ou d'appartements individuels, dans un lieu identifié, en bénéficiant de services collectifs (repas, loisirs) à la carte. Le prix de journée demandé couvre le logement, les charges et les services collectifs minimum, hors repas et prise en charge individualisée.

La maison de retraite

Structure à caractère médico-social, elle assure à la différence des foyers – résidences, une prise en charge intégrale du résident,

L'offre existante sur le département

dépendant ou non, dans un établissement généralement situé en ville ou au centre bourg. La personne âgée bénéficie de prestations liées à l'hébergement telles que la restauration, l'animation, l'entretien des chambres et celui des vêtements.

Selon son état, elle peut aussi bénéficier :

- d'une aide à la personne pour prévenir ou prendre en charge la dépendance,
- d'une prise en charge médicale et paramédicale, financée par dotation de l'assurance maladie.

L'unité de soins de longue durée (USLD)

Anciennement dénommée «long séjour», elle désigne une structure sanitaire, intégrée ou non au sein d'un établissement hospitalier.

Elle accueille des personnes nécessitant, en plus des soins liés à la perte d'autonomie, des soins techniques médicaux qui ne pourraient être pleinement assurés dans des institutions médico-sociales, même dotées d'une section de cure médicale.

De par leur définition, les USLD ne sont pas strictement réservées aux personnes âgées.

Toutefois, ces dernières représentent la quasi-totalité des personnes accueillies.

A cette typologie, dite «classique», peuvent s'ajouter d'autres formes d'accueil par des établissements présentant des aménagements particuliers en fonction des objectifs poursuivis :

La maison d'accueil pour personnes âgées dépendantes (MAPAD)

Elle permet de bénéficier d'une prise en charge de type maison de retraite au sein d'un établissement adapté aux besoins spécifiques des personnes âgées dépendantes, en terme d'équipements, de surface etc...

Le centre d'animation naturelle tirée d'occupations utiles (CANTOU)

Il s'agit le plus souvent d'une petite unité (de 10 à 15 places) pouvant être intégrée à une maison de retraite existante.

Elle est destinée à assurer la prise en charge des personnes âgées désorientées, souffrant de troubles mentaux ou de démences, par exemple de type Alzheimer.

La maison d'accueil rurale pour personnes âgées (MARPA)

Elle désigne un petit établissement qui accueille des personnes âgées ne pouvant plus rester à domicile, souvent du fait de l'isolement.

Elles sont implantées en milieu rural. Une maîtresse de maison assure la gestion et l'animation de la structure.

Ce type d'hébergement est non médicalisé et s'apparente très largement à une prise en charge de type foyer-résidence, mais en milieu rural.

L'offre existante sur le département

Les autres structures

Elles se situent à mi-chemin entre le domicile et l'institution et s'adressent à des personnes valides. Le fonctionnement hôtelier et médical est basé sur l'apport de services extérieurs. L'aide ménagère peut être prise en charge par les caisses vieillesse ou l'Aide Sociale, et les soins par la sécurité sociale.

Le plus souvent, ces structures, de capacité peu importante, sont dirigées par une Maîtresse de maison.

Des modalités d'accueil diversifiées

Selon les besoins des personnes âgées et de leurs familles, des modalités d'accueil diversifiées peuvent être proposés.

- **L'hébergement permanent** est pratiqué dans tous les établissements. La structure constitue alors le lieu de vie permanent de la personne âgée.

- **L'hébergement temporaire** est une formule plus souple, pratiquée dans certains foyers-résidences et maisons de retraite.

Elle permet d'héberger les personnes âgées sollicitant ce type d'accueil pour une période maximum de trois mois consécutifs.

Elle peut constituer une réponse à des situations d'urgence, telle qu'une sortie d'hôpital. Parfois, elle permet également de soulager les familles ou de faciliter un passage progressif vers l'hébergement permanent.

- **L'accueil de jour**, encore peu développé, permet aux personnes âgées de bénéficier durant la journée de services collectifs offerts en maison de retraite.

Il ne nécessitera pas, en théorie, l'installation d'un lit ou la réservation d'une chambre pour la personne âgée concernée. Il permet généralement aux familles de «souffler» et aux personnes âgées de bénéficier de la prise en charge de l'institution sans l'intégrer définitivement.

La typologie des structures et des modalités d'accueil des personnes âgées regroupe donc aujourd'hui, un panel important de prestations. Parce qu'elle est destinée à une population fragilisée, cette offre doit être encadrée et régulée.

Les évolutions concernant les typologies d'établissements issues de la réforme

La réforme engagée dans le secteur personnes âgées a été le fruit d'un constat : les personnes âgées n'arrivent que tard en établissement (83 ans en moyenne) et dans un état de dépendance de plus en plus lourd.

Les distinctions entre les catégories d'établissements ne se justifiaient plus au regard de l'évolution convergente de la population qui nécessite une prise en charge de plus en plus médicalisée.

De ce fait, la réforme de la tarification a vocation à s'appliquer à tous ces établissements qui sont aujourd'hui dénommés EHPAD (établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes). Ainsi, les unités de soins de longue durée vont-elles se transformer pour la plupart en établissements médico-sociaux.

L'offre existante sur le département

De même, la tarification ternaire hébergement, dépendance et soins va être appliquée à l'accueil de jour et l'hébergement temporaire. Une question reste en suspens qui est celle des petites structures. Les foyers résidences pourraient, en raison de leur taille, faire l'objet d'un traitement réglementaire particulier.

1.2. Un domaine aux compétences partagées

A - Le président du Conseil général et le préfet délivrent les autorisations de création et d'extension aux établissements :

Pour les établissements de statut public, le préfet est compétent pour délivrer l'autorisation lorsque l'établissement fournit des prestations prises en charge par l'assurance maladie ou par l'aide sociale de l'Etat.

Le préfet de région autorise les établissements d'intérêt régional et le préfet de département les établissements d'intérêt départemental et les SSIAD.

En parallèle, le président du conseil général dispose d'une compétence d'habilitation au titre de l'aide sociale du département et délivre un avis sur la création de l'établissement

Dans le cas où l'établissement ne souhaite pas fournir des prestations prises en charge par l'assurance maladie ou de l'aide sociale du département, une délibération de l'organe de la collectivité publique responsable suffit à créer l'établissement.

S'agissant d'établissements publics, le président du conseil général ne délivre qu'un avis et cela en raison du principe général tendant

à éviter toute tutelle entre les collectivités locales.

L'avis du président du conseil général est une formalité substantielle préalable à la délibération de la collectivité concernée.

La création, la transformation ou l'extension *des établissements de statut privé* nécessitent une autorisation du président du conseil général et ceci indépendamment de l'effectivité de la prise en charge des prestations par l'aide sociale départementale. Elle est donc requise, qu'elle entraîne ou non habilitation au titre de l'aide sociale.

L'autorisation est conjointe préfet - président du conseil général lorsqu'il y a une intervention concurrente de l'aide sociale départementale et de l'assurance maladie ou de l'aide sociale de l'Etat. Tel est le cas d'un projet de maison de retraite comportant une section de cure médicale.

La réforme des établissements pour personnes âgées, initiée par les décret du 26 avril 1999, met un terme à ce régime. En effet, les établissements qui prenaient en charge des personnes âgées deviennent EHPAD (établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes) quel que soit leur statut.

A ce titre, la médicalisation devient le principe et ces établissements devront être automatiquement autorisés conjointement par le préfet et le président du conseil général.

B - Le pouvoir de fermeture et de contrôle est aussi un domaine partagé :

Il existe deux cas de fermeture :

L'offre existante sur le département

- *Un établissement ou service ouvert sans autorisation* doit être fermé. Ce pouvoir de fermeture est confié à l'autorité publique compétente pour autoriser sa création (article L 313-11 alinéa 1 du code de l'action sociale et des familles). Si cette autorité est le président du conseil général, ce dernier prononce la décision de fermeture et l'exécution de cette mesure est confiée au préfet qui dispose d'un pouvoir d'appréciation quant à cette exécution.

- Le préfet prononce la fermeture *d'un établissement ou service autorisé* au titre de l'ordre public (art L 313-11 alinéa 2). Cette fermeture intervient lorsque les normes ne sont pas respectées, lorsque sont constatées des infractions aux lois et règlements, ou lorsque la santé, la sécurité, le bien-être physique ou moral des usagers se trouvent menacés ou compromis.

- Le président du conseil général est détenteur du pouvoir de contrôle du bien être moral et physique des résidents de l'ensemble des établissements qu'il a autorisé.

C - La tarification est aujourd'hui de deux types : hébergement et soins

La tarification et le contrôle budgétaire des structures habilitées à l'aide sociale

A l'objectif de régulation et de planification de l'offre d'hébergement, s'ajoute pour le Conseil général une mission d'aide aux plus démunis, par l'intermédiaire de l'aide sociale à l'hébergement.

Dans ce cadre, les établissements ouverts par autorisation du Président du Conseil général peuvent, sauf mention contraire, être habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale à l'héberge-

ment. Une aide subsidiaire peut alors permettre d'assurer la différence entre le coût total de l'hébergement et les ressources dont peut disposer la personne âgée.

En contrepartie, obligation alimentaire et récupération sur la succession peuvent être mis en œuvre.

L'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale implique en retour une maîtrise des tarifs pratiqués par la structure. L'objectif est ainsi de permettre un accès équitable aux établissements quelles que soient les ressources des usagers.

De ce fait, dans ce type d'établissement, le Président du Conseil général dispose d'une compétence de tarification des prestations d'hébergement (dépenses hôtelières, d'administration, d'aide à la personne). Il fixe chaque année un prix de journée plafonné.

Une partie de ce dispositif sera revue dans le cadre de la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, prévue par les décrets du 26 avril 1999.

Actuellement, près de trois quarts des structures publiques et privées sont habilitées à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale ainsi que toutes les unités de soins longue durée.

La tarification et le contrôle des établissements disposant de soins.

Les forfaits soins (forfait soins courants et forfait cure médicale). Les foyers-résidences, les maisons de retraite et les unités de soins longue durée peuvent bénéficier de dotations dont le montant est fixé par le Préfet (en fonction du nombre de lits) et payées par l'assurance maladie.

L'offre existante sur le département

Sont incluses dans la pratique :

- **au titre du forfait-soins courant, (plafond de 21,33 francs par jour en 2000)** les dépenses liées à l'achat des médicaments et produits nécessaires aux soins,

- **au titre du forfait-cure médicale, (plafond plus élevé fixé à 171,79 francs par jour en 2000)** le même type de dépenses ainsi que celles liées à la rémunération des personnels médicaux et paramédicaux, à l'achat de petit matériel médical et à l'amortissement des aménagements nécessaires pour dispenser les soins (salle de soins, etc...).

En outre, le Préfet dispose de compétences relatives :

- au contrôle de la légalité des délibérations prises par les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées,

- au contrôle de la légalité des arrêtés pris par le Président du Conseil général en terme de création, transformation ou fixation du prix de journée dans les établissements publics ou privés,

Le recours aux professionnels libéraux.

Toutes les structures ne bénéficient pas de ces dotations au titre des soins. Elles ont alors recours aux professionnels du secteur libéral (cabinets d'infirmières, médecins généralistes du secteur, etc...) dont les prestations peuvent être remboursées par l'assurance maladie.

Enfin, la Caisse Régionale d'Assurance Maladie détient une compétence de fixation et de contrôle direct des dépenses engendrées au titre des forfaits soins courant ou cure médicale dans les établissements non habilités à l'aide sociale.

La réforme issue des décrets du 26 avril 1999 met en place une nouvelle tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

La première nouveauté est l'instauration, à côté des tarifs soins et hébergement, d'un tarif basé exclusivement sur l'état de dépendance des résidents.

Ainsi, les charges liées à la dépendance, celles liées à l'état de santé et celles liées à l'hébergement vont être distinguées.

Ce tarif dépendance va être couvert par l'institution d'une allocation personnalisée à l'autonomie, délivrée sous conditions de ressources et modulées en fonction de la dépendance du résident.

La tarification au titre du soin voit la disparition de la distinction entre soins courants et section de cure médicale.

Désormais, la tarification journalière des soins dépendra non de la qualification du lit mais du classement du résident dans la grille AGGIR. L'établissement recevra une dotation globale de fonctionnement.

Cette réforme sera applicable dans tout EHPAD dès signature d'une convention tripartite établissement–Etat–Conseil général.

L'offre existante sur le département

Section 2

Les caractéristiques de l'offre

L'hébergement en établissement sera analysé sous ses aspects quantitatifs et qualitatifs. Des données complémentaires permettront de dresser le profil de la population âgée accueillie dans les structures d'hébergement.

2.1. L'approche régionale de l'existant

Au 1er janvier 2000, la DRASS indique pour la région les données suivantes :

Accueil des personnes âgées (types d'accueil) (cf. tableau page 74)

Il ressort que le département de la Loire offre un dispositif d'accueil diversifié. Ces données ne fournissent que des capacités en valeur absolue qu'il importe de ramener aux populations concernées.

Accueil des personnes âgées (taux d'équipement) (cf. tableau page 75)

Ramené à des critères démographiques, le dispositif de prise en charge des personnes âgées du département de la Loire se situe en 5^{ème} position par rapport à la moyenne des autres départements (région Rhône-Alpes) du point de vue de l'équipement en structures d'hébergement (158,59 lits pour 1000 habitants âgés de 75 ans et plus dans la Loire contre 156,36 en moyenne régionale).

Sur le plan des services de soins à domicile, le taux d'équipement ligérien est le plus faible de la région Rhône-Alpes (13,08 places pour 1000 habitants âgés de 75 ans et plus), alors qu'en France métropolitaine la D.R.A.S.S. fait ressortir un taux moyen de l'ordre de 15, 21 places.

En revanche, le taux d'équipement ligérien en lits médicalisés (78,92 lits médicalisés pour 1000 habitants âgés de 75 ans et plus) demeure sensiblement supérieur à la moyenne régionale (76,77) et à la moyenne nationale, de l'année précédente, s'élevant à 60,01 lits.

2.2. La couverture quantitative des besoins dans le département de la Loire

Afin de pouvoir disposer de données précises à un niveau infra départemental, l'évaluation quantitative de l'offre d'hébergement est, elle aussi présentée selon les modalités décrites en première partie.

La capacité totale d'accueil

En 2000, le département dispose globalement de 11 523 places d'hébergement, soit 183 lits pour 1 000 habitants de 75 ans et plus.

Près d'une place d'accueil pour cinq habitants de 75 ans et plus.

L'offre existante sur le département

Lits ou places installés au 1.01.2000 publics ou privés

Type d'accueil	Rhône-Alpes	Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Haute-Savoie
Hébergement permanent									
Maison de retraite									
Nombre d'établissement	583	66	46	64	84	86	156	36	45
Nombre de lits	35 984	4 801	2 813	3 103	5 452	5 785	9 366	2 002	2 662
dont section de cure médicale	15 173	1565	1 084	1 282	2 587	2 591	3 564	1 197	1 303
Logement foyer									
Nombre d'établissement	333	27	29	23	54	47	106	27	20
Nombre de logements	17 564	761	1855	876	2 640	2 814	5 835	1 781	1 002
dont section de cure médicale	785		175	68	115	130	96	154	47
Hébergement temporaire									
Nombre de lits									
Accueil de jour nombre de places	678	28	16	63	184	60	221	24	82
Services de soins à domicile									
Nombre de services	165	16	15	17	31	22	35	12	17
Nombre de places	5 144	438	353	557	142	593	1 297	335	429
Soins de longue durée									
Nombre de lits	10 666	995	1 172	820	1 978	1 588	2 656	661	796

Source : DRASS - FINES - SAE

L'offre existante sur le département

Taux d'équipement au 01.01.2000 pour 1000 habitants de plus de 75 ans

Type d'accueil	Rhône-Alpes	Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Haute-Savoie
Taux d'équipement en structures d'hébergement pour personnes âgées (lits maison de retraite, logements de foyers-résidences lits hébergement temporaire)	156,36	193,43	192,76	128,73	139,8	158,6	165,29	160,63	119,3
Taux d'équipement en places de services de soins à domicile	14,83	15,16	14,53	17,74	19,29	10,86	13,9	14,14	13,66
Taux d'équipement en lits médicalisés (lits de section de cure médicale en maison de retraite et foyers-résidences, lits de soins de longue durée)	76,77	88,58	100,04	69,11	79,05	78,92	67,7	84,89	68,34
France au 01.01.1998 :	Taux d'équipement en structure d'hébergement : 144,82 lits Taux d'équipement en services de soins à domicile : 14,95 places Taux d'équipement en lits médicalisés : 58,22 lits								

75

Source : DRASS - FINESS - SAE

L'offre existante sur le département

Capacité d'accueil des structures d'hébergement pour personnes âgées en 2000

	Nombre de places	Densité *
Maison de retraite	6 361	101, 28
Long séjour (USLD)	1 572	25, 03
Foyers-résidences	3 311	52, 72
Autres	279	4, 44
TOTAL	11 523	183

* densité : pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus

Une analyse par secteur permet de constater que la densité d'équipement est inférieure à la moyenne départementale pour l'arrondissement de Saint Etienne (172 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus).

La comparaison des données du département avec celles de la région Rhône-Alpes montre, qu'au 1er janvier 1999, la Loire dispose d'une densité de places d'accueil pour personnes âgées (183 places pour 1000 personnes de 75 ans et plus) supérieure à la moyenne régionale (164 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus).

La Loire fait partie des départements français présentant les plus fortes densités, et présente des valeurs nettement supérieures à la moyenne nationale (169 places pour 1000 habitants âgés de 75 ans et plus).

L'accueil en maison de retraite

Un lit de maison de retraite pour dix habitants de 75 ans et plus.

En 2000, le département dispose de 6 361 lits de maisons de retraite, soit un taux d'équipement de 101 lits pour 1000 habitants de 75 ans et plus.

D'après les données publiées par la D.R.A.S.S., le département dispose, au 1^{er} janvier 1999, d'une densité de places en maisons de retraite supérieure à la moyenne régionale (90 lits pour 1000 personnes de 75 ans et plus).

L'accueil en unités des soins de longue durée

En 2000, la Loire compte 1588 lits d'unités de soins longue durée («longs séjours»), soit un taux d'équipement de 25 lits pour 1000 habitants de 75 ans et plus.

Le Roannais est le secteur géographique le moins pourvu en ce qui concerne ce type de structures.

Au 1^{er} janvier 1999, le département présente une densité de lits en unités de soins de longue durée (U.S.L.D.) à peu près équivalente à la moyenne régionale (26 lits pour 1000 personnes de 75 ans et plus).

Département de la Loire - Schéma 2001 - 2006 en faveur des personnes âgées

L'offre existante sur le département

L'accueil en foyers-résidences

Dans le département, les structures de type foyers-résidences, initialement réservées à des personnes âgées plus valides, regroupent 3311 logements en 2000, soit 53 logements pour 1000 habitants de 75 ans et plus.

Selon les données disponibles au 1^{er} janvier 1999, le département dispose d'une densité de places en foyers résidences (53 logements pour 1000 personnes de 75 ans et plus) nettement supérieure à la moyenne régionale de Rhône-Alpes (45 logements pour 1000 personnes de 75 ans et plus).

2.3. La capacité d'accueil habilitée à l'aide sociale

La majeure partie de la capacité implantée dans le département est habilitée à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement. *Au total, au 1^{er} janvier 2000, 9 480 places sont dans ce cas, soit 151 places pour 1000 personnes de 75 ans et plus, représentant 82 % de la capacité totale.*

Cette densité varie nettement selon les trois arrondissements de la Loire. L'arrondissement de Montbrison est totalement habilité à l'aide sociale. L'arrondissement de Saint Etienne présente une valeur inférieure à la moyenne départementale.

Dans les unités de soins longue durée, tous les établissements sont habilités à l'aide sociale.

Dans les foyers-résidences, 73 % de la capacité d'accueil du département est habilitée à l'aide sociale.

Dans les maisons de retraite, 5529 lits sont habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, soit 87 % de la capacité totale de ce type de structure.

Section 3

Les places médicalisées en établissements

La médicalisation s'entend tous types de prises en charge (à domicile via les services de soins infirmiers à domicile et en établissement via les sections de cures médicales et les unités de soins longue durée) ; elle relève de la compétence de l'Etat et d'un financement de l'Assurance Maladie.

S'agissant tout particulièrement de la médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées, il est nécessaire de souligner que seuls les établissements relevant d'un statut public ou privé associatif sont concernés dans la Loire.

Une partie de la capacité d'accueil en établissement peut prendre directement en charge des personnes âgées dont l'état de santé nécessite un suivi médical. C'est le cas des lits d'unité de soins de longue durée mais aussi des lits de cure médicale implantés dans certaines maisons de retraite et quelques foyers-résidences.

Dans les autres cas, la prise en charge médicale est assurée par les professionnels libéraux.

L'offre existante sur le département

3.1. La capacité d'accueil autorisée en section de cure médicale

Un lit de cure médicale pour 19 personnes âgées de 75 ans et plus.

Au 28 septembre 2000, le département dispose de 3 344 places de cure médicale autorisées, soit 53 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus. La grande majorité de ces places sont installées en maisons de retraite.

Capacité d'accueil autorisée en section de cure médicale en septembre 2000

	Nombre de lits de S.C.M autorisés	Taux d'équipement autorisés *
Maison de retraite	3 216	51
Foyers-résidences	128	2
TOTAL	3 344	53 lits

* pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus

Source : D.D.A.S.S.42 / CG42

Le taux d'équipement de lits de cure médicale varie nettement à l'intérieur du département. Il est notamment le plus faible dans l'arrondissement de Saint Etienne.

Un équipement médicalisé parmi les plus élevés, en Rhône-Alpes et en France.

Au 1^{er} juin 2000, le département de la Loire présente un des plus forts taux d'équipement de lits de section de cure médicale de la région (52,22 lits médicalisés pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus), presque équivalent à celle de la Savoie (54,25 lits pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus) qui se situe en première position avant la Loire.

Par ailleurs, si on ajoute aux places de cure médicale la capacité des unités de soins longue durée, le département de la Loire apparaît bien équipé en places d'accueil médicalisé par rapport aux autres départements français.

Ainsi, avec 72,96 places pour 1000 habitants âgés de 75 ans et plus au 27 août 2001, il présente un taux d'équipement en SCM et Soins de longue durée proche de la dernière moyenne régionale disponible (74 places pour 1000).

De plus, il figure parmi les départements français ayant les plus forts taux d'équipements.

L'offre existante sur le département

Situation des lits de cure médicale et long séjour du département
au 28/09/2000.

Récapitulatif	Total	SCM autorisés	LS autorisés	Nombre de PA + 75 ans	Taux d'équipement pour 1000 PA + 75 ans
Arrondissement Montbrison	1 4 82	950	532	12 499	118.60
Arrondissement Roanne	1 111	897	214	14 465	76.81
Arrondissement Saint-Etienne	1 989	1 229	760	35 837	55.50
Arrondissement Saint-Etienne	4 582	3 076	1 506	62 801	72.96

Nota : une carte présentant la répartition des lits de cure médicale et long séjour par canton figure en annexe au présent document.

79

Source DDASS 42

LS : Long séjour
SCM : Section de cure médicale

L'offre existante sur le département

Taux d'équipement en places de section de cure médicale et unités de soins de longue durée au 1er juin 2000

Taux d'équipement en SCM et soins de longue durée

Départements	Population de 75 ans et plus au 1.01.2000 (source INSEE)	Capacités SCM installés au 01.06.2000	Capacités SLD installés au 01.01.2000	Capacités SCM + SLD installés au 01.06.2000	Taux d'équipement SCM + SLD au 01.06.2000	Ecart / taux régional
Ain	30 900	1 586	995	2 581	83,53	12,10
Ardèche	26 200	1 310	1 172	2 482	94,73	23,31
Drôme	33 500	1 390	820	2 210	65,97	- 5,45
Isère	69195	3112	1 928	5040	72,84	1,41
Loire	62801	3076	1508	4582	72,96	1,54
Rhône	104 752	3837	2 686	6523	62,27	-9,15
Savoie	27 578	1358	677	2 035	79,56	8,14
Haute-Savoie	33 600	1 358	796	2 154	64,11	-7,32
Région	386526	17 027	10 582	27 607	71,42	

Source : DDASS

Département de la Loire - Schéma 2001 - 2006 en faveur des personnes âgées

L'offre existante sur le département

Même si sur le plan de sa dotation soins, le département de la Loire apparaît comme se situant à la 3^{ème} place de la région, derrière l'Isère et le Rhône (voir tableau), le financement à la place apparaît insuffisant.

Départements	Enveloppe 2000 sections de cure médicale et SSIAD (<i>en francs</i>)
Ain	137 404 405
Ardèche	112 804 064
Drôme	122 146 915
Isère	274 490 717
Loire	251 448 727
Rhône	329 270 043
Savoie	115 230 455
Haute-Savoie	120 840 592
Région Rhône-Alpes	1 463 635 918

Source : DDASS 42

Toutefois, cet équipement médicalisé est insuffisamment financé

En effet, le département de la Loire a vu la création de nombreux lits mais dont le financement au titre des soins n'a que rarement dépassé les plafonds fixés par arrêtés ministériels.

Cette application de forfaits aux établissements en dessous du plafond section de cure médicale (165 F en 2001) crée une situation d'inadaptation aujourd'hui des établissements aux problèmes de la dépendance.

Le financement au titre des soins va s'améliorer dans le cadre de la réforme

Deux mouvements vont dans le sens d'une meilleure prise en charge médicalisée dans le département :

En premier lieu, un plan national fixant pour objectif le maintien à domicile des personnes âgées, accompagné de créations de places de SSIAD, est engagé (voir page 56).

En second lieu, la réforme de la tarification des EHPAD, déjà évoquée, va conduire à médicaliser des établissements qui ne sont pas aujourd'hui financés à partir d'une dotation soins. Ce sont des établissements dans lesquels les résidents font aujourd'hui appel à des intervenants libéraux (médecins et infirmiers) afin de procéder à leurs soins. A ce titre, un plan quinquennal de renforcement de la médicalisation (2001-2005) a été lancé nationalement. 6 milliards de francs y ont d'ores et déjà été consacrés.

En terme de places, tous les lits actuellement financés au titre de l'hébergement ont vocation à être médicalisés et donc financés

L'offre existante sur le département

également au titre du soin. Cela signifie donc que les taux d'équipement en lits médicalisés devraient, à l'issue de la réforme, c'est à dire au 31/12/2003, coïncider avec les taux d'équipement en lits d'hébergement.

Etant donnée cette évolution, les taux d'équipement à comparer sur le plan régional dans le cadre des nouvelles autorisations changent. Il s'agit maintenant des taux d'équipement en lits pour personnes âgées dépendantes, tous ces lits devant être médicalisés dans un avenir proche. L'apport de ces moyens nouveaux doit contribuer à promouvoir la qualité des prestations offertes aux résidents, selon les exigences d'un cahier des charges issu d'un arrêté du 26 avril 1999.

Ainsi, les conventions tripartites signées entre l'Etat, le Conseil général et les établissements fixeront-elles des objectifs en matière de qualité.

Ces conventions, dont la signature est prévue pour intervenir au plus tard en 2003, accéléreront la mutation des structures les moins médicalisées et les moins dotées en personnel qualifiés vers un niveau répondant mieux aux besoins des personnes âgées dépendantes en institution.

Section 4

Le fonctionnement des structures d'hébergement

Taille et tarifs pratiqués des établissements de taille moyenne

Différentes données permettent de décrire les caractéristiques des établissements pour personnes âgées du département. Elles concernent notamment la taille, les modalités d'accueil des structures et les tarifs.

Taille des structures (*maisons de retraites, foyers-résidences, USLD*).

Globalement, la majorité des établissements du département sont de taille moyenne avec une capacité de 77 lits.

Parmi les 82 **maisons de retraite**, près de 55 % des structures ont une capacité inférieure ou égale à 77 lits d'hébergement permanent. A l'inverse, les maisons de retraite de plus de 100 lits ne représentent que 10 % des établissements.

Par ailleurs, c'est parmi les maisons de retraite publiques que les structures de plus de 77 lits sont les plus fréquentes (70 %).

Les **foyers-résidences** du département comptent une capacité moyenne de 69 logements d'accueil. Environ 65 % ont une taille supérieure ou égale à 69 logements, dont 74% sont des foyers-résidences publics. Quatre foyers-résidences disposent d'une capacité supérieure à 100 logements, dont un établissement de 120 logements.

Enfin, seules 6 des 16 **unités de soins de longue durée** comptent moins de 60 lits, les dix autres établissements ont une capacité d'accueil supérieure ou égale à 60 lits (une structure détient une capacité de 195 lits).

Les modalités d'accueil

Actuellement, la quasi-totalité de la capacité d'accueil est con-

L'offre existante sur le département

sacrée à l'hébergement permanent. Certains établissements ont développé d'autres modalités d'accueil : accueil temporaire, accueil de jour. C'est essentiellement le cas des maisons de retraite, mais la capacité de ce type d'accueil est actuellement très peu significative.

Tarifs

Des informations sur l'accessibilité des structures d'un point de vue financier peuvent être connues grâce à l'analyse des prix de journée. Le prix de journée des établissements non habilités à l'aide sociale n'est pas connu des services du Conseil général qui ne les tarifie pas.

Les établissements privés lucratifs sont nombreux à pratiquer des tarifs différenciés. Le prix varie alors selon la taille et le confort de la chambre ou selon le niveau de dépendance de la personne hébergée, soit le plus souvent entre 300 et 400 francs.

Un prix de journée moyen en maisons de retraite habilitées de 243 francs.

La majorité des établissements habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale facture un prix de journée unique. C'est le cas des unités de soins de longue durée et d'une grande partie des maisons de retraite.

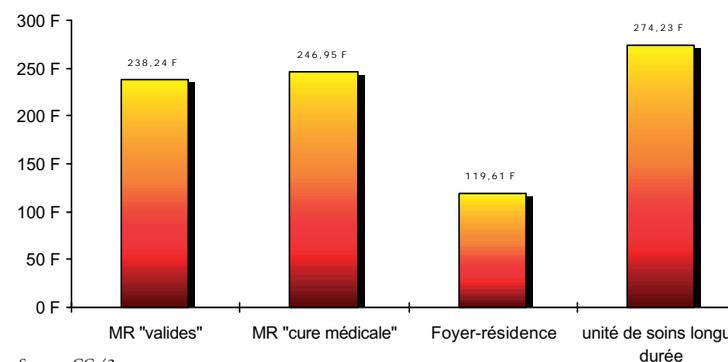
En 2000, le prix de journée moyen en maison de retraite est de 238 francs en section «valides» et de 247 francs en section «cure médicale». Il est logiquement plus élevé en U.S.L.D. et inférieur en foyers-résidences, du fait de la nature des prises en charge.

Par ailleurs, si le prix de journée est théoriquement un «tout compris», des suppléments peuvent être demandés pour l'achat de

couches, l'entretien du linge ou des services spécifiques (coiffure, service de pédicure...).

	Prix de journée moyen Loire
MR «valide»	238,24 F
MR «cure médicale»	246,95 F
Foyer-résidence	119,61 F
Unité de soins longue durée	274,23 F

Prix de journée moyens 2000 selon le type de structure pour le département de la Loire



Source : CG 42

Pour faire face aux frais d'hébergement, les personnes accueillies en établissement peuvent bénéficier de différentes aides.

Parmi ces aides, l'aide sociale à l'hébergement tient une place importante.

L'offre existante sur le département

Etablissement pour personnes âgées

Le nombre de bénéficiaires de l'aide sociale

Année	Loire	Hors Loire *
1999	1 498	174
1998	1 509	172
1997	1 493	173
1996	1 568	166
1995	1 543	151
1994	1 510	132
1993	1 576	126
1992	1 648	111
1991	1 754	123
1990	1 736	121

* Hors département, le Conseil général est aussi amené à verser l'aide sociale à l'hébergement pour ses ressortissants accueillis en établissement. Ainsi, sur les dix dernières années, on recensait en moyenne 145 bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement dans les structures frontalières de la Loire.

Section 5

Activité des structures, conditions d'accueil et services offerts

Pour pouvoir disposer d'un maximum d'informations sur les différentes structures d'hébergement pour personnes âgées du département, une enquête postale a été réalisée par la Direction de la Protection Sociale (Sous-direction des établissements) auprès de ces dernières.

Mise en place en mai 1999, cette enquête a concerné tous les établissements d'accueil pour personnes âgées du département de la Loire.

Méthodologie de l'enquête

La participation à l'enquête a été élevée. Toutefois, le taux de réponse varie en fonction de la nature de l'établissement, de son statut et de son lieu d'implantation.

Au 26 octobre 1999, 130 établissements sur 143 ont retourné leur questionnaire, soit un taux de réponse de 90 %.

Taux de réponse des établissements enquêtés (en pourcentage)

Types de structure	Taux de réponse
Maisons de retraite	88 %
Foyers-résidences	94 %
U.S.L.D.	85 %
Ensemble	90 %

Si tous établissements confondus, le taux de réponse est satisfaisant, les exploitations par type de structure ou par statut sont plus délicates à interpréter. De même, les taux de réponses observés dans certaines zones géographiques limitent la fiabilité des résultats par zone.

Cependant, il est possible d'extraire de cette enquête un nombre significatif d'informations concernant l'activité des structures, les conditions d'hébergement et l'organisation générale des services fournis aux résidents.

L'offre existante sur le département

Activité des structures

Le taux d'occupation démontre l'importante activité des structures. En moyenne, les établissements ayant répondu à l'enquête comptent 96 personnes présentes pour 100 places installées. Il varie peu en fonction du type d'établissement. Dans les maisons de retraite, il atteint 96,76 %. Il est un peu moins fort dans les U.S.L.D. et dans les foyers-résidences.

Récapitulatif des taux d'occupation par type de structure pour le département de la Loire

Type de structure	MR	FR	USLD
Loire	96,76 %	94,79 %	96,54 %

Source : CG 42 (enquête SDE 1999)

MR : Maison de Retraite

FR : Foyer-résidence

USLD : Unité de Soins Longue Durée

Durée moyenne de séjour

Une durée moyenne de séjour de plus de 3 ans.

	Maison de retraite	Foyer-résidence	Unité de soins longue durée	Autres structures (1)	TOTAL
Age moyen des résidents (en années)	83,74	84,23	83,76	84,83	83,96
Age moyen d'entrée en institution (en années)	82,25	81,96	82,61	81,96	82,19
Durée moyenne de séjour (en années)	3,45	4,34	1,39	2,6	3,16

(1) Les autres structures sont des logements collectifs pour des personnes qui ont une autonomie supérieure à celles hébergées en foyer-résidence ou en maison de retraite.

Source : CG 42 (enquête SDE 1999)

Pour l'année 1999, la durée moyenne de séjour déclarée par les établissements ayant participé à l'enquête est de 3 ans et deux mois.

C'est en foyer-résidence que cette durée est la plus longue (4 ans et 4 mois). En maison de retraite, elle est plus faible (3 ans et 5 mois). Les unités de soins de longue durée qui accueillent des personnes ayant d'importants problèmes de santé, ont une durée moyenne de séjour nettement plus courte (1 an et 5 mois).

Age à l'entrée

Une entrée en établissement de plus en plus tardive.

Ces données tendent à confirmer l'entrée de plus en plus tardive des personnes âgées en établissement. L'âge moyen d'entrée en institution s'élève à plus de 82 ans.

Cet âge moyen de personnes très âgées au moment de leur admission varie très peu, selon le type d'établissement. Il est plus élevé dans les unités de soins de longue durée.

Evaluation de l'âge moyen du résident, de son entrée en institution et de la durée moyenne de son séjour suivant chaque type de structure

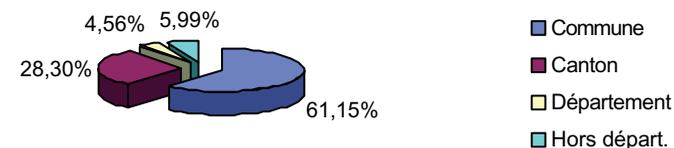
L'offre existante sur le département

Origine géographique

Une aire de recrutement essentiellement locale.

Le pourcentage de résidents originaires de la Loire varie en fonction du type de structure d'accueil. On constate qu'il est plus fort dans les unités de soins de longue durée (96,39 %) que dans les foyers-résidences (94,01 %) ou les maisons de retraite (76,25 %).

Origine géographique des personnes hébergées en foyer-résidence



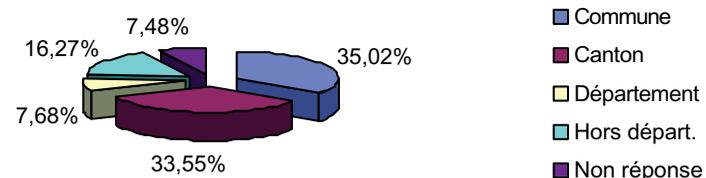
Source : CG 42 (enquête SDE 1999)

Origine géographique (commune, canton, département, hors département) des résidents hébergés par type de structure

	Commune	Canton	Département	Hors département	Non réponse	TOTAL
Maison de retraite	35,02 %	33,55 %	7,68 %	16,27 %	7,48 %	100 %
Foyer-résidence	61,15 %	28,30 %	4,56 %	5,99 %	0 %	100 %
Unité de soins longue durée	50,50 %	31,95 %	13,94 %	3,61 %	0 %	100 %

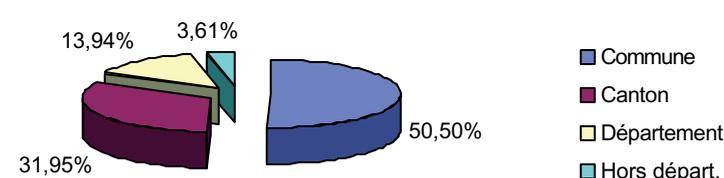
86

Origine géographique des personnes hébergées en maison de retraite



Source : CG 42 (enquête SDE 1999)

Origine géographique des personnes hébergées en unité de soins longue durée



Source : CG 42 (enquête SDE 1999)

Département de la Loire - Schéma 2001 - 2006 en faveur des personnes âgées

L'offre existante sur le département

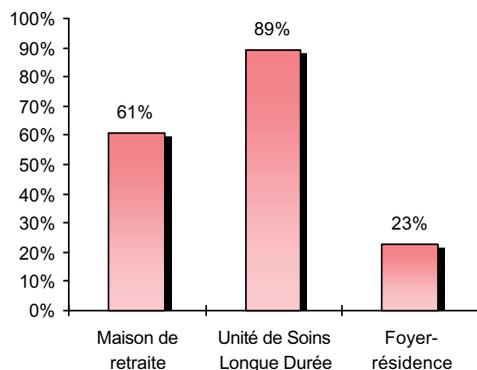
Degré de dépendance

En maison de retraite, 60 % des résidents présentent une dépendance importante.

Le niveau de dépendance de certains résidents a pu être défini grâce à l'utilisation de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources). Cette grille permet de déterminer six niveaux de dépendance allant du groupe 1 (GIR 1) pour les personnes les plus dépendantes au groupe 6 (GIR 6) pour les personnes autonomes.

La perte d'autonomie selon le type d'institution

Proportion de GIR 1 à GIR 3 selon le type d'institution (en %)



Source : CG 42 (enquête SDE 1999)

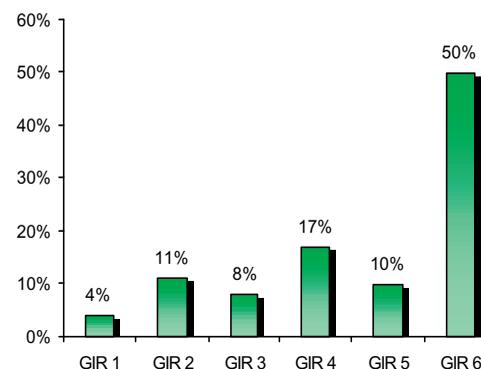
Le niveau de dépendance varie selon la structure d'accueil. Tous âges confondus, les personnes les plus dépendantes (GIR 1 à GIR 3) sont proportionnellement différentes selon le type de structure.

Bien évidemment, les spécificités des différents types de structures d'accueil entraînent une forte différence dans le niveau de dépendance des personnes hébergées. Dans les unités de soins de longue durée, la quasi-totalité des résidents présente une forte dépendance, 89 % appartenant aux groupes iso ressources 1-2 et 3. Au contraire, dans les foyers-résidences, 23 % des personnes appartiennent aux groupes iso-ressources 1-2 et 3.

Répartition des résidents par niveaux de dépendance et par type de structure d'hébergement en 1999

Les GIR en foyer-résidence

Répartition par Groupes ISO - Ressources des personnes hébergées en foyer-résidence (en %)

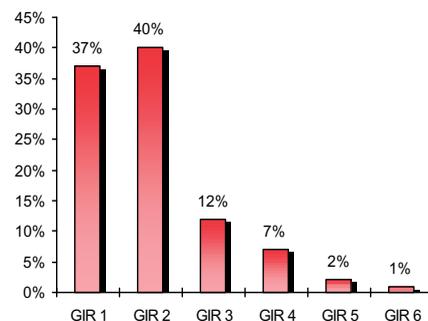


Source : CG 42 (enquête SDE 1999)

L'offre existante sur le département

Les GIR en Unité de soins longue durée

Répartition par Groupes ISO -
Ressources des personnes hébergées
en USLD (en %)

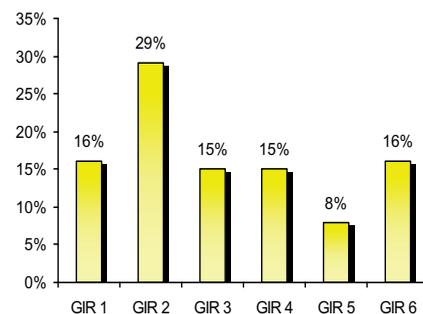


Source : CG 42 (enquête SDE 1999)

88

Les GIR en maison de retraite

Répartition par Groupes ISO -
Ressources des personnes hébergées
en maison de retraite (en %)



Source : CG 42 (enquête SDE 1999)

L'encadrement

Dans le cadre des prestations d'hébergement, les établissements pour personnes âgées habilités à l'aide sociale possèdent un taux d'encadrement médical différent selon le type de structure.

Récapitulatif des taux d'encadrement par type de structure pour le département de la Loire

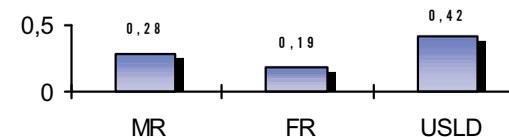
Le taux d'encadrement médical représente le rapport des Equivalents Temps Plein (ETP) par le nombre des résidents.

Les ETP regroupent les Aides Soignantes (AS), les Agents des Services Hospitaliers (ASH) et les Infirmières Diplômées d'Etat (IDE).

Loire

Type d'institution	Taux d'encadrement
MR	0,28
FR	0,19
USLD	0,42

Source : CG 42 (enquête SDE 1999)



Source : CG 42 (enquête SDE 1999)

Département de la Loire - Schéma 2001 - 2006 en faveur des personnes âgées

L'offre existante sur le département

Les conditions d'accueil

• Maisons de retraite

Une majorité de chambre d'une surface inférieure à 20 m².

Du point de vue de la répartition des lits au sein des établissements existants, les maisons de retraite ayant participé à l'enquête disposent pour 68 % d'entre elles de chambres qui ont une surface inférieure à 20 m².

La grande majorité de la capacité des maisons de retraite est accessible aux personnes à mobilité réduite. Par ailleurs, certaines maisons de retraite disposent d'un autre type de chambre (chambre à trois lits, studio...) mais très peu de structures sont dans ce cas.

• Les foyers-résidences

Des logements adaptés au handicap.

Dans les foyers-résidences, la majorité des logements sont de type T1 bis (une pièce avec cuisine et sanitaires séparés). Les logements de type T1, constitués d'une pièce avec coin cuisine et sanitaires séparés sont moins nombreux. Enfin, très peu d'appartements sont des T2 (deux pièces, cuisine et sanitaires séparés).

La grande majorité des logements est accessible aux personnes à mobilité réduite, soit parce qu'ils sont situés au rez-de-chaussée, soit parce qu'ils sont desservis par un ascenseur. Très peu de logements ne sont accessibles que par escalier.

Considérés comme des substituts de domicile, les foyers-résidences intègrent dans le prix de journée un service limité adapté aux personnes âgées valides. Cependant, des services complémentaires sont mis à disposition des résidents. Ainsi, parmi les services proposés par les foyers-résidences ayant participé à l'enquête, figurent le plus souvent l'accès à un foyer-restaurant, l'aide ménagère, le portage de repas, un foyer-club...

• Unités de soins de longue durée

Dans les unités de soins de longue durée, les chambres individuelles sont plus fréquentes que les chambres doubles.

Environ 95% des chambres individuelles ont une surface inférieure à 20 m² (sanitaire compris) et près de la moitié des chambres doubles ont une surface inférieure à 22 m².

Enfin, toute la capacité d'accueil est accessible aux personnes à mobilité réduite.

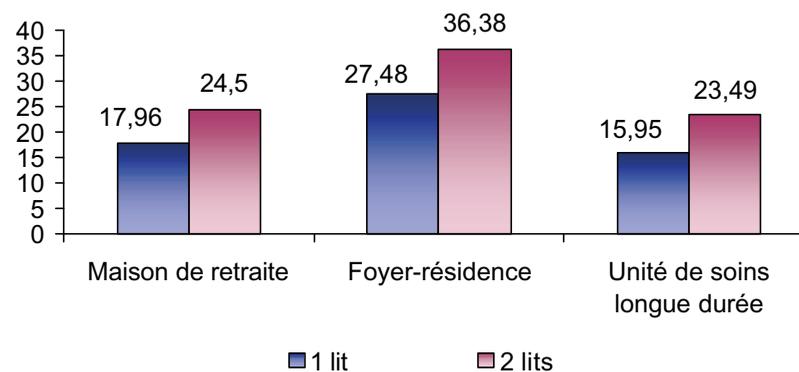
L'offre existante sur le département

Aménagement des chambres selon le type de structure pour le département de la Loire

Proportion de chambres qui ont une surface inférieure à 20 m²

Type de structures	MR	FR	USLD
Loire	67,86 %	2,86 %	95,24 %

Source : CG42 (enquête SDE 1999)



90

Surface moyenne des chambres en m²

	1 lit	2 lits
Maison de retraite	17,96	24,5
Foyer-résidence	27,48	36,38
Unité de soins longue durée	15,95	23,49

Source : CG42 (enquête SDE 1999)



Chapitre 3

91

Le dispositif sanitaire gériatrique



L'offre existante sur le département

1. Une prise en charge dans les services de court séjour

Le secteur sanitaire participe à la prise en charge des personnes âgées au même titre que pour le reste de la population. On retrouve donc des personnes âgées dans les services de médecine et de chirurgie.

Ainsi, au CHU de Saint-Etienne, 25% des séjours sont le fait de personnes de plus de 70 ans. La majorité des personnes âgées accueillies ne se trouvent pas dans les services de gériatrie.

2. Une prise en charge dans des services spécialisés

Les USLD sont le lieu d'accueil des personnes âgées n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

Parallèlement, il existe des services de court séjour spécialisés dans la gériatrie. La gériatrie stéphanoise est actuellement organisée autour de deux services : l'un installé à l'hôpital de la Charité et l'autre situé à Saint-Jean-Bonnefonds, à la périphérie de l'agglomération stéphanoise. A côté, d'autres établissements hospitaliers du département disposent de services de gériatrie.

3. Le travail en réseau

Un réseau existe dans le nord du département entre le Centre Hospitalier de Roanne et les hôpitaux locaux de Charlieu, St-Just-

la-Pendue, Amplepuis, Thizy, Bourg-de-Thizy et les maisons de retraites du secteur. Il permet une liaison profitable aux usagers entre ces différentes prises en charges.

Parallèlement, un centre d'orientation, d'évaluation et de bilan en gériatrie (CEBEG) a été créé au CH de Feurs. Son objectif est d'effectuer des bilans en vue de l'orientation des personnes âgées, et de prévenir, retarder et préparer l'entrée en institution en soutenant le maintien à domicile ;

Le CEBEG comprend deux pôles :

- Le pôle " diagnostic et bilan " concerne particulièrement des pathologies somatiques, des troubles psychiques.
- Le pôle " prise en charge de la dépendance et aide au maintien à domicile " concerne les personnes âgées atteintes de handicaps physiques et /ou psychiques lourds.

4. Les structures de prise en charge des troubles de la mémoire

Ces structures participent à la prévention de la démence en permettant des diagnostics et des orientations adaptées.

Elles réunissent différents professionnels : médecins neuropsychologues, neurologues, gériatres, psychiatres, psychologues, orthophonistes

Il en existe plusieurs sur le département : au CHU, au CH de Firminy, au CH du Pays de Gier, au CH de Montbrison et au CH de Feurs.





3ème partie

Les orientations d'actions pour les cinq prochaines années

95



Les orientations d'actions pour 5 ans

Si la deuxième partie du document avait pour objectif de dresser le bilan de l'existant sur le département de la Loire, la troisième partie doit permettre d'établir des priorités sur un certain nombre d'actions qui se déclinent autour de quatre axes forts :

- Organiser et construire une observation sociale partagée autour d'une véritable coordination gérontologique
- Renforcer le maintien à domicile
- Adapter l'hébergement collectif pour mieux prendre en charge la dépendance
- Développer la prévention

L'ensemble de ces propositions doit, bien entendu, rejoindre et d'une façon permanente, deux des grands principes relevés dans la charte des droits et libertés des personnes âgées dépendantes, à savoir :

La citoyenneté,

La dignité des personnes âgées.

Un nouveau cadre : la réforme des EHPAD

1. Les principes de la réforme

La réforme de la tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes issue de la loi du 24 janvier 1997, des décrets et arrêtés du 26 avril 1999 et du 4 mai 2001 doit répondre à trois finalités :

- Tenir compte d'une composante essentielle de l'état de la personne âgée, à savoir sa dépendance.

Aujourd'hui, la tarification est fondée sur un système binaire entre des charges d'hébergement et des charges de soins, bien loin des besoins actuels des personnes âgées.

En effet, les diverses prestations liées à la dépendance domestique, sociale et relationnelle ne sont actuellement pas prises en compte en tant que telles dans la tarification actuelle. Elle n'instaure donc aucune modulation liée à l'état de dépendance de la personne.

- Progressivement mieux proportionner les moyens réels des établissements au regard du degré de dépendance de leur résidents.

Aujourd'hui, certains établissements ne sont pas médicalisés, ou partiellement, et font appel à des professionnels libéraux médicaux et paramédicaux afin de faire face à la montée de la dépendance. Mais le recours à ces professionnels, faute de règles, ne conduit pas toujours à des prises en charges coordonnées.

Les orientations d'actions pour 5 ans

De plus, la différence de financement entre les unités de soins de longue durée (statut sanitaire) et les sections de cure médicale (statut médico-social) n'ont plus lieu d'être ces deux types de structures accueillant bien souvent la même population en terme de lourdeur de prise en charge.

- **De définir des critères de qualité attendus des établissements et de promouvoir des processus d'assurance qualité.**

En effet, pour l'instant, l'activité des établissements ne peut être évaluée faute de références de bonnes pratiques et de l'existence d'une démarche d'assurance qualité dans ce secteur.

2. Les modalités de la réforme

- **La création de trois sections tarifaires indépendantes :**

Les recettes et dépenses des établissements seront réparties entre trois sections :

La section hébergement couvrira l'ensemble des prestations hôtelières, de restauration et de services aux résidents non liés à leur état de dépendance mais pouvant contribuer à la prévention de celle-ci.

La section dépendance couvrira les prestations directement liées à l'état de dépendance des personnes accueillies (surcoût hôtelier et prestations relationnelles et d'aide à la vie quotidienne).

La section soins prendra en charge les soins d'hygiène, de confort et de continuité liés à l'état de dépendance, c'est à dire les prestations de nursing, ainsi que les prestations liées aux affections somatiques et psychiques des résidents ;

Ce système va permettre l'existence d'un seul tarif hébergement, identique pour chaque résident et d'une modulation des tarifs soins et dépendance en fonction de l'évaluation de la dépendance des résidents.

A ce titre, chaque résident va être classé par l'équipe médico-sociale de son établissement dans la grille AGGIR qui permet l'évaluation de la dépendance.

- **La création d'une allocation personnalisée d'autonomie**

Cette allocation, qui remplace la prestation spécifique dépendance à compter du 1^{er} janvier 2002, va permettre le paiement, pour de nombreuses personnes hébergées, du tarif dépendance.

Elle est dite personnalisée car adaptée aux revenus de la personne mais aussi à son état de dépendance.

L'élargissement des bénéficiaires de cette prestation, par rapport à la PSD, va permettre de solvabiliser nombre de personnes âgées.

Elle sera attribuée par le président du conseil général, après avis d'une commission départementale.

Les orientations d'actions pour 5 ans

- **La signature d'une convention tripartite**

Pour la mise en œuvre de cette nouvelle tarification dans les établissements, devront être signées entre le conseil général, l'Etat et l'établissement une convention dont le but est de prévoir pour 5 ans l'évolution de l'établissement, tant sur le plan de ses moyens financiers que sur sa démarche qualité.

A cet égard, un cahier des charges fixe au niveau national un ensemble de recommandations sur les conditions de vie des résidents, sur les relations avec les familles et l'entourage des personnes âgées, sur l'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique et sur la formation des personnels exerçant dans l'établissement.





Chapitre 1

101

Organiser la coordination et construire
une observation sociale partagée



Les orientations d'actions pour 5 ans

La loi du 24 janvier 1997 instituant la Prestation Spécifique Dépendance a introduit dans son article premier les bases d'une coordination gérontologique qui pourrait s'appuyer sur l'ensemble des partenaires institutionnels publics et privés en charge de ce secteur, de façon à construire une véritable coordination institutionnelle, mais qui pourrait aussi permettre de bâtir un réel dispositif d'observation et d'intervention locale dans le cadre d'une coordination de proximité.

Cette loi souligne la capacité et la compétence du Conseil général à gérer, dans le cadre de partenariats clairement établis, l'ensemble de ce dispositif.

Section 1

Les objectifs de la coordination

La coordination gérontologique concerne toute personne âgée dépendante ou autonome.

Elle doit prendre en compte les besoins de la population âgée (enquête, observation sociale partagée, bilan...), favoriser les initiatives locales en direction de ces besoins et développer le partenariat des différents travailleurs médico-sociaux.

Par ailleurs, la coordination doit mettre l'accent sur le développement de l'information et la formation des acteurs de terrain dans le but d'harmoniser l'ensemble des dispositifs et travailler en cohérence, de réaliser un véritable travail de mise en adéquation des moyens et par la même, générer une véritable égalité de traitement de l'utilisateur.

Section 2

Poursuivre et développer la coordination institutionnelle au niveau départemental

2.1. Rappel de l'existant

En application des dispositions de l'article 1^{er} de la loi du 24 janvier 1997 et consécutivement à la loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, l'Assemblée Départementale du Conseil général, réunie le 16 novembre 2001, a approuvé le principe d'une convention relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées à domicile et la coordination des actions liant le Conseil général de la Loire et les organismes de protection sociale.

Cette convention, signée par les différents partenaires le 28 juillet 2002, définit la coordination de la prise en charge de la dépendance quel qu'en soit le niveau, et l'instruction des dossiers de demande de prestations ou d'aides à domicile ainsi que le suivi.

Cette coordination prévoit entre autres, la coordination des évaluations et les échanges d'informations au moyen d'une fiche de coordination. Ces dispositifs permettent d'éviter les doubles interventions ou les ruptures de droit des personnes âgées.

Les orientations d'actions pour 5 ans

2.2. L'instance départementale de coordination gérontologique

L'article premier de la loi du 24 janvier 1997 prévoit également la mise en place d'un «comité national de la coordination gérontologique» chargé de suivre la mise en œuvre des conventions et d'harmoniser l'intervention des professionnels.

Ce comité est chargé, conformément à l'arrêté du 22 mai 1997 fixant le cahier des charges «d'une fonction d'évaluation des besoins, mais aussi des réponses qui y sont apportées, de leur coordination et du dispositif conventionnel existant».

Afin de disposer d'un outil analogue, le Conseil général de la Loire a mis en place avec ses partenaires institutionnels une instance départementale de coordination gérontologique dont la composition s'inspire de celle du comité national.

Annexe :

La composition de l'instance départementale de coordination gérontologique. (article 3 de la convention) relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées à domicile et la coordination des actions.

Cette instance se réunit une à deux fois par an et rassemble les représentants de l'Etat des organismes sociaux, du CODERPA, des communes, des hôpitaux, des régimes complémentaires et autres organismes impliqués dans l'action médico-sociale en faveur des personnes âgées dans la Loire.

Elle est coprésidée par le Préfet et le Président du Conseil général.

Les institutions ont ainsi engagé un processus de coopération associant l'ensemble des services sociaux et qui dépasse très largement le cadre de la prestation spécifique dépendance puis désormais de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie.

Cette instance peut se voir confier des missions complémentaires permettant à l'ensemble des acteurs de terrain de disposer des mêmes informations, des mêmes outils et de travailler ainsi dans la même direction.

En effet, cette instance peut inclure dans ses travaux, non seulement toute remontée d'observation en provenance du terrain, mais aussi se voir confier la réalisation d'études et l'organisation d'une diffusion d'informations exhaustive en direction des professionnels du domaine des personnes âgées.

Section 3

Développer et organiser une coordination locale

Le Conseil général doit jouer un rôle fédérateur et d'harmonisation des initiatives locales.

A ce titre, les équipes médico-sociales chargées de l'évaluation de la dépendance dans le cadre du dispositif P.S.D. puis désormais de l'APA, se sont livrées, depuis 1997, à un important travail d'échanges avec tous les acteurs locaux impliqués dans la politique gérontologique (associations de maintien à domicile, CCAS, caisses de retraite, établissements d'hébergement, établissements de santé et les organismes tels que l'URSSAF, la DDTEFP...).

Les orientations d'actions pour 5 ans

Par ailleurs, au travers des admissions d'urgence à la P.S.D. puis désormais à l'APA (retour à domicile après hospitalisation), les équipes médico-sociales sont déjà amenées, de fait, à réaliser une véritable coordination des interventions sanitaires et sociales (rencontres des professionnels hospitaliers, de la famille, des services de soins, des services d'aide à domicile, du médecin traitant, etc...).

La compétence géographique des équipes médico-sociales ne se limite pas à un territoire restreint comme peut l'être une commune.

En intervenant sur un secteur gérontologique défini autour d'un pôle hospitalier doté de services de soins de suite de longue durée, les équipes médico-sociales ont ainsi une vision globale du potentiel d'un secteur et participent à la mise en complémentarité des différents acteurs de terrain.

En effet, la personne âgée dépendante fait appel souvent à un certain nombre de professionnels, de métiers tout à fait différents, dont les interventions isolées doivent s'inscrire dans une prise en charge globale et cohérente d'aide à la personne.

3.1. Impulser une coordination gérontologique dans un cadre intercommunal

Au niveau de la coordination locale, il faut souligner le rôle moteur du Centre Communal d'Action Sociale compte tenu de son statut qui lui confère, en sa qualité d'établissement public, un rôle de coordonnateur eu égard au décret 95-562 du 6 mai 1995, mais aussi compte tenu de sa proximité avec le public, de sa connaissance du terrain et des intervenants potentiels qu'il connaît bien.

Il peut avoir un rôle majeur de coordination et d'animation des différents professionnels.

Par ailleurs, dans le cadre de sa politique générale d'aide aux communes, le Conseil général de la Loire souhaite favoriser et susciter des initiatives pouvant créer du lien et de la cohérence entre les différentes actions menées par les communes et permettre une réelle intercommunalité.

Il est proposé de favoriser au niveau local la mise en place d'une coordination gérontologique forte, et ce dans le cadre intercommunal de façon à être le plus près possible de l'usager tout en restant en lien étroit avec l'équipe médico-sociale du Conseil général qui intervient sur chacun des territoires d'action sociale.

Il est en effet important que les coordinations gérontologiques initiées au niveau local puissent s'appuyer sur les réseaux mis en place par l'ensemble des partenaires institutionnels et de terrain. Leur champ d'intervention doit obligatoirement, pour être cohérent et efficace, relever d'un seul et même réseau et ne pas recourir plusieurs réseaux à la fois.

3.2. Les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (circulaire DAS-RV2 n° 2000-310 du 6 juin 2000)

La capacité de coordonner les réponses apportées aux besoins de la personne isolée et/ou dépendante pour continuer à vivre chez elle influencera de manière décisive la qualité de la prise en charge et, aussi l'efficacité de la politique de maintien à domicile de demain.

Les orientations d'actions pour 5 ans

La coordination est donc un enjeu majeur qui doit laisser aux personnes âgées le libre choix de leur mode de vie et répondre à leur aspiration à vivre chez soi.

Il convient de distinguer au moins deux niveaux de coordination :

- **la coordination des financeurs** (vu précédemment) et la planification relevant a priori du niveau départemental (elle est organisée par la loi du 24 janvier 1997) ;

- **la coordination des intervenants** autour de la prise en charge, quel que soit son lieu de vie.

Ce dernier niveau de coordination, dit de «**coordination locale**» ou «**coordination de proximité**», vise à mieux répondre notamment aux besoins de la personne âgée dépendante en réunissant autour d'elle l'information, les moyens et surtout les services lui permettant de rester chez elle.

Cette coordination doit être articulée à une estimation des besoins de la personne et à un recensement de l'offre en termes de services, de places, de formation.

L'objectif est d'aboutir au maillage, sur le territoire départemental (dans le cadre de bassins de vie), de centres locaux d'information et de coordination gérontologique (C.L.I.C.) ouverts principalement aux personnes âgées et à leur entourage, sans considération de niveau de revenus ni de critères de santé ou de dépendance.

Cela implique une démarche souple, décentralisée, diversifiée, mais répondant à des principes communs clairement établis et définissant des procédures et des outils.

Dans cet esprit, la circulaire du 18 mai 2001 relative aux CLIC fixe les modalités de la campagne de développement des CLIC .

Elle établit une procédure et institue un cahier des charges auquel doivent répondre les promoteurs afin d'obtenir le label CLIC.

L'objectif étant que ces structures réunissent les acteurs de la gérontologie et de les inscrire dans le cadre d'un développement durable, cette circulaire prévoit deux champs d'intervention conjointe de partenaires :

- **Au niveau de l'obtention du label de CLIC :**

Les dossiers seront instruits par un comité de pilotage départemental, qui pourrait être issu de l'instance départementale de coordination gérontologique.

Le comité de pilotage doit être composé du préfet, du président du conseil général, de représentants de grandes villes (CCAS), des principales caisses de retraite et de la direction départementale de l'équipement.

Ce comité doit dresser l'état des lieux des coordinations existantes, organiser le maillage du département en CLIC et l'articuler avec le schéma gérontologique, instruire les dossiers de labellisation, organiser l'évaluation et réguler les opérations de financement.

L'attribution du label CLIC est formalisé par une décision cosignée par le préfet et le président du conseil général.

Les orientations d'actions pour 5 ans

- **Au niveau du financement**

Jusqu'à présent, les financements étaient apportés par l'assurance maladie puis l'Etat.

Aujourd'hui, si l'intervention de crédits d'Etat demeure, pour assurer la pérennité de ces instances et l'implication de tous les acteurs du secteur personnes âgées, les promoteurs doivent rechercher des cofinancements, notamment auprès du Conseil général, des communes ou de la CRAM.

Là où l'initiative locale pourra être validée, le Conseil général aidera à sa mise en œuvre.

Si ces projets ne peuvent être réalisés à cause de contraintes liées au territoire de certaines communes qui disposent de peu de moyens, le Conseil général pourra initier cette coordination locale intercommunale en prenant appui sur les réseaux existants qu'il a organisés.





Chapitre 2

109

Renforcer la politique de maintien à domicile



Les orientations d'actions pour 5 ans

Le développement du maintien à domicile en faveur des personnes âgées constitue l'axe majeur de ce document. Il fait appel à une série de dispositions dont la toute première consiste en l'extension des services de soins à domicile.

Section 1

Mieux couvrir le territoire en services de soins à domicile

L'Etat et le Conseil général proposent de favoriser, par tout moyen, l'extension des services de soins à domicile.

Ils en font une de leurs priorités qui, par ailleurs, s'inscrit parfaitement dans le cadre général d'aide et de maintien à domicile retenu par l'Etat, notamment au travers des dispositions de la loi du 20 juillet 2001 instituant une allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Cette orientation commune de l'Etat et du département prend en compte pour les années qui viennent :

- *la perspective de transformation des lits de long séjour dans les établissements hospitaliers,*
- *le maintien du taux d'équipement en hébergement collectif sur les deux prochaines années.*

Au 01/09/2001, le département comptait 848 places autorisées dont 65 nouvelles financées en 2001 et 18 en attente de financement.

Ce financement s'intègre dans une politique forte de l'Etat de développement des places de SSIAD, politique qui aboutira en 2005.

Section 2

Développer les prestations contribuant à la sécurité et à la lutte contre l'isolement

2.1. Développer les services d'aide à domicile

Dans le même esprit, le souci de développer l'offre de service mais aussi la qualité du service rendu à l'utilisateur amène à envisager rapidement la prise de certaines mesures, à savoir :

- **Développer l'information en direction des publics concernés**, c'est à dire les personnes âgées elles-mêmes, mais aussi leurs familles ainsi que les services publics ou privés en charge de mettre en place ces prestations dans le département.

Il faudra ici préciser notamment les possibilités d'intervention les dimanches et jours fériés.

- **Encourager les regroupements d'actions et les initiatives intercommunales** afin de réduire les coûts de gestion et obtenir une meilleure couverture du département en terme d'offre de service,

Les orientations d'actions pour 5 ans

au travers des conventions passées entre les services d'aide à domicile et les organismes financeurs.

- **Valoriser le rôle social des aides à domicile** : Cette mesure peut se concrétiser dans le cadre du programme de formation du personnel.

2.2. Promouvoir la télé-assistance

Avec l'âge et le veuvage, beaucoup de personnes âgées, principalement des femmes, se trouvent confinées à leur domicile. L'isolement constitue assez souvent un motif d'entrée en institution.

Les collectivités publiques et les associations ont progressivement développé des réponses variées pour assurer la sécurité des personnes âgées et lutter contre leur isolement.

Le département dispose d'un service de télé-assistance performant. Cette prestation, qui s'explique notamment par la prise en charge partielle du coût total de fonctionnement du service par le Conseil général et par l'ensemble des différents régimes de caisses de retraite, mérite cependant d'être confortée.

L'objectif est de raccorder toutes les communes qui le souhaitent et susciter auprès d'elles une incitation particulière permettant une égalité de traitement du citoyen sur l'ensemble du département.

Le Conseil général et ses partenaires publics et privés font de cette action l'un des instruments de proximité au service du maintien à domicile.

2.3. Développer l'information et l'accompagnement des personnes âgées et de leurs proches

Assurer la sécurité des personnes âgées et lutter contre leur isolement supposent une vaste campagne d'information en leur direction. Elle peut s'exercer par le canal des bulletins d'informations municipaux ou départementaux.

Les informations peuvent aussi être véhiculées par le biais des associations prestataires et des outils d'information qu'ils utilisent souvent (tracts, affiches, plaquettes, communiqués dans la presse, etc...) mais également à l'occasion des visites à domicile ou d'entretiens téléphoniques des acteurs sociaux de terrain.

Il paraît souhaitable de favoriser la création d'une plaquette commune d'information par canton ou par bassin de vie, qui pourrait être réalisée avec l'ensemble des partenaires institutionnels publics ou privés.

Elle aurait pour objectif d'apporter à l'usager, à sa famille et à son voisinage, l'information la plus complète possible sur les aides et les actions dispensées dans sa zone géographique.

Ces recueils d'information pourraient être publiés au cours de l'année 2002.

Le Conseil général et ses partenaires du schéma départemental favoriseront, dans les cantons, la mise en place de lieux où les familles ayant en charge un parent âgé dépendant, pourront trouver un accueil, une information, une formation adaptée à leurs besoins ainsi qu'un soutien psychologique.

Les orientations d'actions pour 5 ans

2.4. Soutenir les initiatives locales

Comme cela a déjà été mentionné précédemment, le Conseil général souhaite s'engager sur la mise en œuvre d'une coordination gérontologique «locale» organisée et structurée dans le cadre d'une intercommunalité en liaison avec les réseaux gérontologiques. Toute initiative locale allant dans ce sens sera suivie et soutenue.

De nombreuses associations agissent aujourd'hui pour lutter contre l'isolement des personnes âgées. L'une des premières tâches de l'observatoire gérontologique départemental devra être le recensement exhaustif de l'ensemble des structures associatives à vocation gérontologique.

Force est de constater également que la solidarité de voisinage joue un rôle considérable dans la lutte contre l'isolement. Les collectivités publiques et les organismes de sécurité sociale peuvent trouver le moyen de catalyser cet investissement dans le développement des diverses formes d'aide «au répit en faveur des aidants».

C'est pourquoi il paraît souhaitable qu'au sein de l'Observatoire gérontologique de la Loire, prenne place une «unité de veille» chargée notamment de la détection et du suivi des initiatives et innovations des actions d'aide à domicile.

Cet observatoire rendrait compte annuellement de la situation en matière d'innovation sociale dans le département.

Chaque institution pourra ainsi dégager les initiatives les plus pertinentes pour lesquelles un soutien administratif et financier devra être retenu.

Section 3

Promouvoir des services de qualité

3.1. Développer la souplesse et l'adaptation des services à la demande

Aide à domicile

Il s'agira de définir une charte de qualité portant sur la nature et la qualité des travaux à réaliser au domicile des personnes, la continuité des prestations des week-ends et des jours fériés.

Elle définirait également les qualifications nécessaires pour exercer le métier d'aide à domicile, quel que soit le service de maintien à domicile.

Par ailleurs, il conviendra :

- De mettre en place la formation des salariés rémunérés pour assurer un service d'aide à domicile auprès des personnes âgées, tel que le précise l'article 16 de la loi du 24 janvier 1997, et d'assurer leur soutien, selon l'article 12 du décret n° 97-426 du 28 avril 1997.
- De répondre aux nouvelles situations sociales tout en optimisant l'utilisation des moyens collectifs par la modernisation des outils de gestion, qui allieraient la performance des services, la maîtrise des budgets et la simplification administrative.

Les orientations d'actions pour 5 ans

Pour y parvenir, il s'agira de favoriser l'utilisation de techniques de traitements informatiques, qui permettent de collecter l'ensemble des informations relatives aux prestations à domicile et de les sécuriser.

Portage de repas à domicile

Le développement de l'offre et de la qualité du service appelle :

- Le soutien des collectivités publiques aux associations susceptibles d'assurer un service de repas en fin de semaine et les jours fériés.
- L'utilisation des services de restauration collective, là où ils existent (ex : cantines municipales, cantines scolaires communales ou intercommunales, services de restauration des établissements pour personnes âgées ou des structures hospitalières).
- Le recours, autant que possible, à la liaison froide tout en mettant en avant le respect des régimes alimentaires et la possibilité de choix des repas sur une semaine.

Il paraît important d'apporter une aide aux communes qui initient de tels projets notamment par le biais d'une aide au démarrage.

Les projets garantissant la qualité de la prestation et l'adéquation avec les attentes des usagers pourront être soutenus par le Conseil général et feront l'objet de financements particuliers.

Il ne s'agit pas pour le Conseil général de favoriser la quantité, mais de privilégier la qualité du service proposé à la population.

3.2. Développer la professionnalisation des intervenants

L'aide à domicile ne s'improvise pas.

La qualité des actions dans ce secteur repose aussi sur les compétences des intervenants.

Le rapport «Hespel-Thierry» montre bien la diversité des acteurs, la diversité des métiers et la nécessaire redéfinition des missions, des spécificités et des interventions de chacun.

Le Conseil général et l'ensemble des partenaires institutionnels en charge de ce secteur pourraient contribuer à la formation des aides à domicile en prenant en charge une partie du coût de leur remplacement pendant la préparation du diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (anciennement CAFAD)

Ce dispositif pourrait reprendre dans le sens d'une démarche contractuelle faisant ressortir les objectifs et les engagements des parties, en fonction des besoins recensés.

Il s'agirait ainsi :

- **D'attribuer une aide financière à la préparation au diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale,**
- **D'étudier les modalités de la mise en œuvre de formations adaptées,** susceptibles d'améliorer le niveau des aides ménagères.

Il apparaît souhaitable que le Conseil général et les caisses de retraite harmonisent leurs programmes d'aide à la formation, s'associent pour définir des objectifs convergents, développer des moyens communs, voire instaurer un financement partagé.

Les orientations d'actions pour 5 ans

La politique de conventionnement entreprise depuis la parution de la loi P.S.D., offre un cadre propice à la mise en œuvre d'une telle politique. L'instance gérontologique départementale pourra présenter chaque année un bilan des évolutions dans ce domaine au cours de la période d'exécution du schéma.

Par ailleurs, dans le cadre de son champ de compétence en matière de formation professionnelle, le Conseil régional Rhône-Alpes affiche une volonté d'intervention en matière de formation professionnelle en direction des demandeurs d'emploi au diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale, mais aussi à d'autres formations dans le domaine de l'aide à domicile des personnes âgées.

Dans cette perspective, plusieurs chantiers sont engagés autour de la qualification :

- la réforme du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile (CAFAD) et la mise en place en 2002 du diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale ;
- le projet de certification des cadres de proximité visant notamment la qualification des responsables de secteur de l'aide à domicile,
- la validation des acquis de l'expérience, qui doit s'appliquer à titre expérimental au diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale dès la parution des textes.

Pour rendre les métiers de l'aide à domicile plus attractifs, le statut et les conditions de travail des professionnels sont améliorés : revalorisation du montant du coût horaire de l'aide ménagère de 1,2 € (7,90 F), sur décision de la CNAV de décembre 2001 ; amélioration des horaires de travail ; négociation entre les partenaires sociaux ; recrutement et formation des responsables de secteur pour accompagner les professionnels de terrain dans l'exercice de leur métier.

En janvier 2002, la DGAS lancera une étude pour mieux connaître les freins à l'embauche dans ce secteur et formuler des préconisations. Un kit des instruments mobilisables pour la formation sera proposé aux services déconcentrés et une journée technique sera organisée début 2002.

Le fonds de modernisation de l'aide à domicile constitue un levier majeur pour la qualification d'un secteur qui compte environ 85 000 salariés auprès des personnes âgées, dont seuls 20 % sont titulaires d'une certification professionnelle. Section spécifique du fonds de financement de l'APA, il devrait être doté d'une enveloppe de 53,6 M€ (350 MF), dès 2002.

Ce fonds interviendra en complémentarité du droit commun (obligations des employeurs, fonds de formation professionnelle, responsabilités des conseils régionaux, outils du SPE...). Il participera au financement de la formation qualifiante et de la validation des acquis de l'expérience des intervenants de terrain et des responsables de secteurs. L'enveloppe réservée financera différents types d'opération :

- expérimentation dans 15 à 20 départements,
- qualification des personnels en place,
- innovations des métiers,
- évaluation des dispositifs,
- opérations de communication pour faire connaître ces métiers et les rendre attractifs,
- enveloppe pour des expérimentations locales.

Dans cet esprit, il appartiendra aux différents employeurs de fixer des actions de formation en direction de l'aide à domicile et de solliciter, notamment, le Conseil régional Rhône-Alpes pour la prise en charge financière.





Chapitre 3

117

Adapter l'hébergement collectif



Les orientations d'actions pour 5 ans

Section 1

L'hébergement en établissement : une prise en charge complexe qui nécessite des adaptations permanentes

1.1. Favoriser les adaptations qualitatives de l'accueil en établissement

Globalement, le dispositif d'accueil en établissement, avec 11 523 places recensées en septembre 2000 couvre les besoins de placement, le taux d'occupation variant, selon les catégories d'établissements, entre 94 et 97%.

Pourtant, la situation n'est pas homogène sur l'ensemble du département, et les anticipations démographiques peuvent justifier des adaptations contrastées selon les territoires, même si la tendance de fond, pour les cinq prochaines années, reste marquée par une tendance générale à la diminution du nombre des personnes âgées de plus de 80 ans, qui constituent la clientèle principale des établissements.

Le vieillissement des âges d'entrée en institution et la désorientation, devenue la principale cause de départ du domicile, induisent une série d'adaptations dans les modes d'accueil des établissements : il s'agit en particulier de favoriser des formes d'organisation de l'espace et du temps qui conviennent le mieux possible à des populations marquées par une dépendance physique ou psychique importante.

Enfin, les adaptations qualitatives se joueront sur le terrain de l'application des conventions tripartites avec l'Etat, le Conseil général et les établissements qui demanderont la prise en compte de la dépendance de leurs résidents. Les références de qualité des prises en charge dans les principaux domaines énumérés par l'arrêté du 26 avril 1999, donneront lieu, de la part de l'Etat et du Conseil général, à un contrôle du respect des engagements souscrits par les établissements.

1.2. Les adaptations démographiques selon le territoire

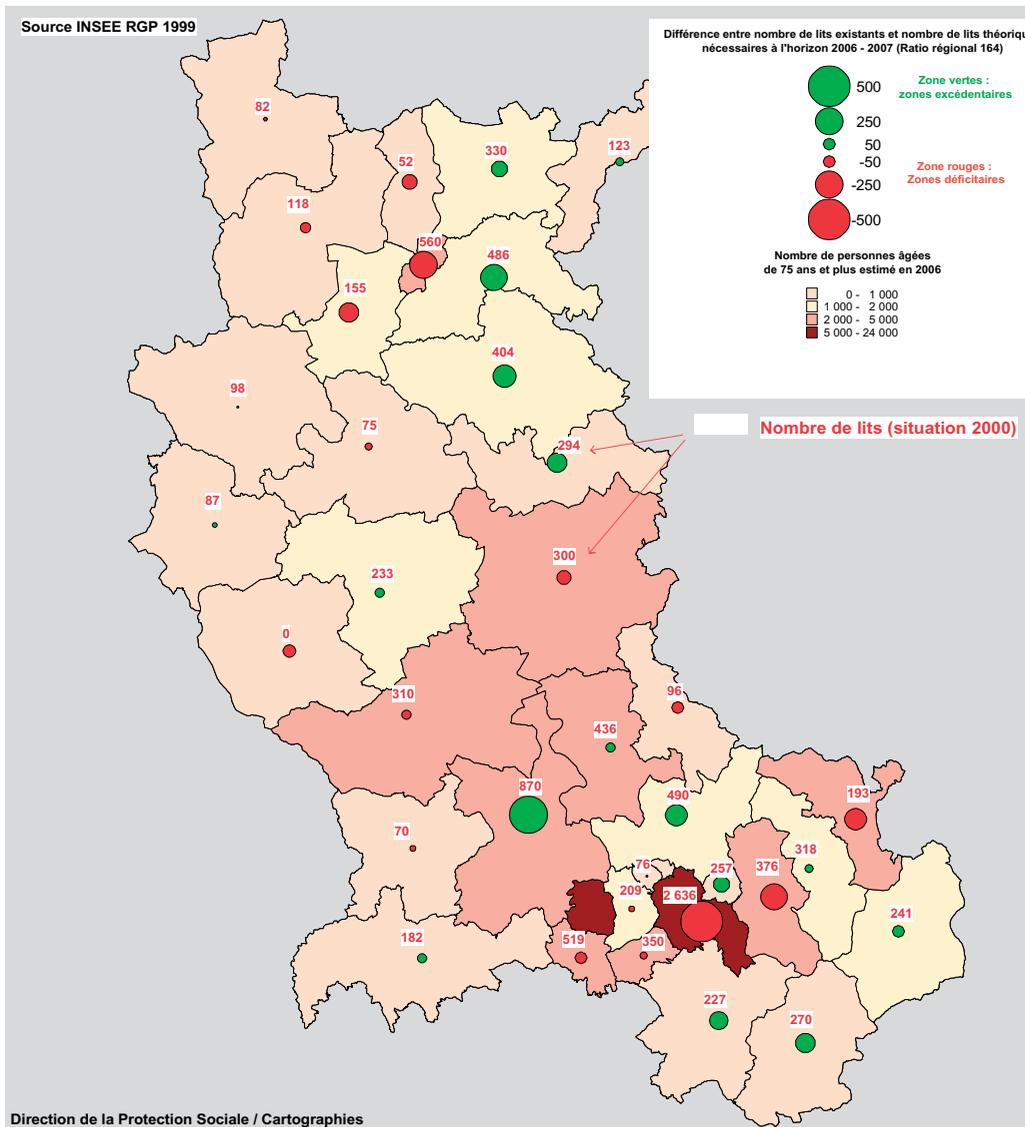
Les demandes d'entrée en établissement devraient évoluer à la baisse au cours des cinq prochaines années, sous l'effet conjugué de l'arrivée dans les établissements des classes d'âge creuses nées pendant la Grande Guerre et du renforcement effectué par les politiques de maintien à domicile, qui correspondent à une attente très forte de la population âgée.

Les effets du déficit de naissances dû à la première guerre mondiale devraient se faire sentir jusqu'en 2005 environ, de sorte que le dispositif d'accueil devrait globalement continuer à couvrir les besoins, son niveau actuel le situant au-dessus de la moyenne nationale, soit 183 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus, contre 164 places en moyenne régionale.

Par contre, les perspectives d'évolution de la population de personnes âgées de plus de 75 ans à l'horizon 2006-2007 conduisent à proposer d'engager, dans le cadre de ce schéma, quelques opérations pour un total de places à créer compris entre 400 et 500 sur l'ensemble du département et principalement sur l'arrondissement de Saint-Etienne.

Les orientations d'actions pour 5 ans

Répartition de l'accueil de la population
âgées de 75 ans et plus
(en rapport avec le ratio régional 1999)



120

Les orientations d'actions pour 5 ans

Part des personnes âgées par arrondissement en 1999

Arrondissement	Nombre de PA de + 75 ans recensement 1999	Nombre de PA de + 75 ans estimés en 2006-2007 ⁽¹⁾	Nombre de lits existants en 2002	Nombre de lits théoriques ⁽²⁾	Ecart
Montbrison	12 500	14 125	2 584	2 387	197
Roanne	14 465	16 345	2 777	2 762	15
Saint-Etienne	35 836	40 495	6 162	6 844	- 682
Total Département	62 801	70 965	11 523	11 993	soit 470 places à créer

121

⁽¹⁾ Estimation de la population en 2006 / 2007 (+ 13% sur la base du dernier RGP 1999).

⁽²⁾ En application du ratio national
$$\frac{\text{Nb de lits}}{1000 \text{ PA de } + 75 \text{ ans}} = 169$$

Les orientations d'actions pour 5 ans

Analyse démographique des besoins au-delà de 2006

On constate donc que si les années 2001-2006 ne justifient pas d'engager une politique d'augmentation des capacités d'accueil, la phase postérieure de reprise de la demande devra néanmoins être anticipée.

Dans la mesure toutefois, où il ne s'agira que d'une phase transitoire de croissance des besoins, ce sont des structures adaptables, qui correspondent le mieux à l'attente des personnes âgées, notamment des structures ouvertes sur des hébergements temporaires, et modulables en fonction des besoins (accueils de jour, accueil de nuit, accueil saisonnier, accueil familial), qui devront être privilégiées.

En conséquence, la capacité totale d'accueil doit rester stable durant la période couverte par le schéma soit 2001-2006. Néanmoins, il faudra également tenir compte de l'augmentation de l'effectif des personnes âgées à partir de 2006.

D'après les projections établies par l'INSEE Rhône-Alpes, la population ligérienne âgée de 85 ans et plus devrait progresser de 15 091 en 2005 à 21 135 personnes en 2010, soit une augmentation de 40 %.

1.3. L'adaptation des conditions d'accueil à la dépendance

L'âge moyen en institution n'a cessé de s'élever au cours des dernières années. Il est aujourd'hui, en moyenne au niveau du département, de l'ordre de 83 ans, et devrait continuer à croître au cours des prochaines années.

Dès lors, c'est la physionomie d'ensemble de l'institution qui se trouve bouleversée par cette évolution. Les structures non médicalisées du type foyer-résidence pour personnes âgées valides désireuses de se rapprocher des centres urbains ne correspondent plus à la demande.

La maison de retraite traditionnelle tend à accueillir de façon de plus en plus significative des profils de dépendance qui auraient relevé, il y a encore peu d'années, des longs séjours hospitalier.

Dans la mesure où elle est retardée le plus tard possible, l'entrée en établissement ne prend plus nécessairement la forme d'un choix définitif. La famille a souvent besoin d'être relayée, qu'il s'agisse de dépendance physique ou psychologique, même lorsque des services à domicile interviennent auprès de la personne âgée.

Pour des raisons de coûts et de disponibilité, les services d'aide à domicile ne peuvent être présents en permanence, de jour comme de nuit.

Un relais institutionnel est alors recherché, de façon ponctuelle ou renouvelée.

L'ouverture des établissements à ces formes d'accueil occasionnel, à durée limitée, ou renouvelée constitue un enjeu important de l'adaptation des structures aux besoins de prises en charge au cours des prochaines années.

Cette adaptation aura pour corollaire l'organisation d'accueils plus spécialisés, disposant des compétences humaines capables d'assurer, sans risque pour la personne âgée, des prises en charge immédiates.

Les orientations d'actions pour 5 ans

A l'avenir, l'imprévisibilité de l'accueil pourrait être atténuée par le travail de préparation qui aura été mené par les intervenants du réseau gérontologique. L'adaptation des conditions d'accueil à la dépendance devrait être ainsi renforcée, notamment au plan des qualifications de l'encadrement soignant, qui devront être pris en compte par l'Etat.

1.4. Les adaptations qualitatives à prescrire à tous les établissements

Au-delà des conventions tripartites à passer entre le Conseil général, l'Etat et les établissements en application de l'arrêté du 26 avril 1999, le Conseil général souhaite porter un effort particulier sur la qualité de prise en charge des personnes âgées.

Des prescriptions de qualité, qu'il appartient au Conseil général et à l'Etat de formuler de façon précise dans les conventions, seront étendues à l'ensemble des établissements auxquels la signature d'une charte de qualité sera proposée.

A cet effet, pour associer les professionnels du secteur à la préparation des conventions et de la charte de qualité, le Conseil général de la Loire a organisé un groupe de travail dont la mission est de traduire le référentiel qualitatif national formulé dans l'arrêté du 26 avril 1999 en objectifs précis, dont les conditions et les délais d'exécution ont été bien adaptés à la réalité départementale.

L'Etat est associé à cette réflexion qui permettra de formuler d'ici fin 2001, un référentiel départemental de la qualité des prises en charge

• La qualité de vie en établissement

Des garanties de qualité de la prise en charge sont à apporter aux personnes âgées, et ces précautions passent par l'actualisation de documents de référence, à caractère déclaratif ou contractuel, dont la caractéristique est de reposer sur une élaboration concertée avec l'ensemble du personnel. Par la suite, les engagements de qualité souscrits impliquent l'adhésion de tous les intervenants auprès de la personne âgée qui est assurée, par ce moyen, d'une meilleure homogénéité dans le niveau qualitatif du service auquel elle peut compter.

Ces documents de référence sont :

- **LE PROJET INSTITUTIONNEL**, qui retrace les objectifs généraux de l'institution, les principes d'organisation de la vie des résidents qu'elle s'attache à mettre en œuvre, les conditions générales d'accueil et de prise en charge, les modalités de participation du personnel à la mise en pratique du projet institutionnel.

- **LE PROJET DE VIE ET LE PROJET DE SOINS**, qui s'intègrent dans le projet institutionnel, en explicitant de façon pratique les modalités de la prise en charge dans le cadre de l'hébergement et du soin.

- **LE RÉGLEMENT INTÉRIEUR, LE LIVRET D'ACCUEIL ET LE MODÈLE DE CONTRAT DE SÉJOUR**, qui sont destinés à l'information à la fois des personnes âgées, de leur famille et de leurs visiteurs, mais également du personnel, qui est tenu par les dispositions du règlement intérieur.

Les orientations d'actions pour 5 ans

• L'espace

La notion d'espace renvoie autant à l'agrément du cadre de vie, au niveau architectural et de la décoration intérieure, qu'à la sécurité des locaux.

Le Conseil général de la Loire entend poursuivre conjointement avec l'Etat et la Région le programme d'humanisation engagé depuis les deux précédents contrats de plan et faire en sorte qu'il n'existe plus de chambres de plus de deux lits dans l'ensemble des établissements.

A ce jour, le nombre de lits restant à humaniser se situe encore aux environs de 230. Dans le cadre du contrat de plan entre l'Etat et la région Rhône-Alpes 2000-2006, ces derniers apporteront leur appui aux projets d'humanisation des structures retenus dans le département de la Loire.

Ce programme d'intervention concernera les établissements suivants :

- Maison de retraite de Champdieu	14
- Maison de retraite de St-Julien-Molin-Molette	21
- Maison de retraite L'Accueil St-Just-St-Rambert	44
- Maison de Retraite de la Loire de St-Just-St-Rambert	151
TOTAL :	230 lits

• L'adaptation des locaux aux différents handicaps physiques :

Dans la mesure où certains établissements devront adapter leurs locaux aux différents handicaps des résidents, le Conseil général étudiera au cas par cas les améliorations nécessaires.

• La sécurité :

Enfin, le Conseil général continuera de regarder comme prioritaire tout investissement justifié par des motifs de sécurité, en particulier pour permettre aux établissements de se conformer dans les délais impartis aux prescriptions des commissions de sécurité.

Le Conseil général s'attachera au respect de ces recommandations, au fur et à mesure de leur échéance, dans la mesure où les engagements pris par les établissements correspondent à un niveau de prestation justifiant l'existence d'un financement public.

Les conventions tripartites, dont la signature est prévue pour intervenir au plus tard fin 2003, accéléreront la mutation des structures les moins médicalisées et les moins dotées en personnels qualifiés vers un niveau répondant mieux aux besoins d'hébergement permanent ou temporaire des personnes âgées dépendantes.

Les orientations d'actions pour 5 ans

Section 2

Le comité départemental pour l'amélioration de la qualité dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes

2.1. Historique et composition

Le comité a été mis en place à la demande du Vice Président du Conseil Général chargé des Affaires Sociales, suite au colloque «la qualité en établissement : entre maîtrise budgétaire et enjeux gérontologiques» (27 novembre 1998).

Ce comité a été constitué à partir de la libre adhésion des établissements du Département, tous les établissements ayant été sollicités.

Il comprend aujourd'hui :

- des représentants d'établissements (publics, privés, hospitaliers), représentant également des organisations d'établissements telles que : la Mutualité de la Loire, l'UDAMSS 42,
- un représentant du CODERPA,
- un représentant de la DDASS,
- un représentant de l'échelon régional de l'assurance maladie,
- des représentants du Conseil Général (DPS).

Ses travaux sont pilotés par le Président du Mouvement Français pour la Qualité. Ses travaux ont débuté en septembre 1999.

2.2. Objectif

L'objectif du Comité de Pilotage était de définir et valider un référentiel qualité centré autour de la satisfaction des résidents, et applicable à l'ensemble des établissements accueillant des personnes âgées du Département.

L'élaboration de ce référentiel s'inscrit par ailleurs dans le cadre des textes relatifs à la mise en œuvre de la réforme de la tarification (décrets N° 99-316 et N°99-317 du 26 avril 1999 modifiés par le décret N° 2001-388 du 4 mai 2001, arrêtés du 26 avril 1999), ainsi que des outils élaborés au niveau national par la Mission MARTHE (outil d'auto-évaluation " ANGELIQUE ").

Ce référentiel est aujourd'hui élaboré et va faire l'objet jusqu'au 1^{er} semestre 2002 d'une application test dans un échantillon d'établissements du Département, avant d'être diffusé pour application dans l'ensemble des établissements à partir du second semestre 2002.

2.3. Le référentiel Loire

Il a été élaboré en correspondance directe avec l'outil " ANGELIQUE ", mais permet à la différence de cet outil :

- d'être un support commun à tous les établissements dans le cadre de la mise en œuvre d'une démarche qualité,

Les orientations d'actions pour 5 ans

- d'être à la fois un outil d'auto-évaluation et un outil d'évaluation et d'audit,
- d'être ainsi utilisable à la fois par les établissements et par les tutelles,
- de définir le contenu des thèmes devant constituer respectivement le projet de vie, le projet de soins, et le projet de management (définissant l'organisation générale de l'établissement), le tout constituant le projet institutionnel.

Une application informatisée de ce référentiel doit permettre :

- de dégager le niveau général de qualité d'un établissement,
- de dégager le niveau de qualité d'un groupe de thèmes (par exemple thèmes relatifs au projet de vie), d'un thème ou d'un chapitre précis.

Cette application permettra par ailleurs de déterminer le profil des établissements du Département afin de déterminer des priorités.

Le référentiel sera également utilisé pour la négociation des conventions tripartites dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme de la tarification.



Chapitre 4

127

Développer la prévention

Les orientations d'actions pour 5 ans

Section 1

Préserver le rôle et la place des personnes âgées

Comme le préconise ce document, et de façon à maintenir l'esprit de citoyenneté et de reconnaissance des demandes des personnes âgées dans la cité, un certain nombre d'actions et d'initiatives locales pourront être menées avec l'aide du Conseil général tant sur l'adaptation des lieux de vie, que sur les activités centrées, par exemple, sur la stimulation de la mémoire ou encore sur les opérations menées dans le cadre de la prévention de la maltraitance.

128

1.1. Adapter les lieux de vie et l'espace public

1.1.1. Adapter les lieux de vie

Le Conseil général continuera d'apporter un soutien financier aux opérateurs publics en faveur de l'adaptation des logements aux handicaps de la vieillesse. Par ailleurs depuis janvier 2001, cette mesure est élargie aux bailleurs privés dans le cadre d'Opération Programmée d'Amélioration de l'Habitat (O.P.A.H.). De même, l'aide concerne les personnes à mobilité réduite quel que soit leur âge.

Ces efforts doivent être poursuivis, particulièrement les campagnes d'information en direction de la population, des élus, des services techniques municipaux, des services de l'Etat et du département.

1.1.2. Adapter l'espace public

«Favoriser l'accompagnement de la personne âgée lors des actes quotidiens de la vie et renforcer ses moyens de transport»

Dans l'esprit des mesures préconisées précédemment dans le cadre des moyens à développer permettant de réduire l'isolement des personnes âgées les plus dépendantes, le Conseil général poursuivra sa participation financière aux dépenses d'investissement ayant trait à l'acquisition de véhicules pour personnes âgées ainsi qu'aux aménagements intérieurs (rampes d'accès, mains courantes, élargissement des portes, équipement de salle d'eau ...) permettant d'accueillir des personnes ayant des difficultés de déplacement du fait de leur état de dépendance.

«Adapter l'environnement»

Il est indispensable aujourd'hui de prévoir dans l'ensemble des projets d'aménagement urbain et de construction d'immeuble à usage d'habitation ou d'activité commerciale, l'adaptation de ces locaux aux populations handicapées et semi-dépendantes. La réflexion doit être menée au niveau de chaque commune, afin de prévoir la réalisation d'un certain nombre de travaux, devant permettre l'accessibilité de l'ensemble des ligériens aux services de la cité.

Exemple :

Abaissement des trottoirs devant les passages protégés,
Aménagement des carrefours sur les lieux de grande circulation,
Adaptation de tous les services publics aux handicapés (poste, SNCF, préfecture, mairie, sécurité sociale, etc...)

Les orientations d'actions pour 5 ans

Réservation des rez-de-chaussée aux personnes âgées dépendantes.

Dans le cadre de l'adaptation de l'espace public à la situation de dépendance des personnes âgées, il convient de relier ces actions avec celles menées auprès des personnes handicapées.

Il serait utile que les collectivités locales puissent jouer un rôle tout à fait incitatif auprès des opérateurs publics et privés, qui pourraient développer en direction des personnes âgées des initiatives leur permettant de fréquenter l'ensemble des services publics.

1.2. Favoriser la création d'ateliers

Certains services gérontologiques et établissements d'hébergement proposent des activités centrées par exemple sur la stimulation de la mémoire.

Ces activités sont à repérer et à valoriser au fur et à mesure de leur création.

En concertation avec les communes, il serait intéressant d'encourager les actions intergénérationnelles, la personne âgée apportant un témoignage vivant sur l'histoire locale.

1.3. Prévenir la maltraitance

La violence perpétuée à l'encontre des personnes âgées est un phénomène qui semble prendre de l'ampleur mais qui reste mal quantifié.

La notion de maltraitance recouvre de multiples situations qui vont de l'acte délictueux au regard de la loi (escroquerie, vols, coups, blessures...), à l'acte banalisé quotidien (intimidation, humiliation, infantilisation) ;

Les actes de maltraitance envers les personnes âgées surviennent aussi bien dans le cadre familial qu'en milieu institutionnel.

Il convient de développer l'information du public sur l'identification des situations de maltraitance des personnes âgées.

Aussi, en liaison avec les partenaires médico-sociaux, l'association ALMA a mis en place un dispositif d'écoute téléphonique permanente. Les personnes impliquées dans ce dispositif proposent des solutions aux différents publics rencontrés par les interlocuteurs.

Dans ce contexte, l'action de cette association qui œuvre dans ce domaine pourrait être soutenue.

1.4. Favoriser l'aide aux aidants

Il conviendrait de développer les informations sur les alternatives possibles dans la prise en charge quotidienne par les aidants. Des périodes de repos permettent, en effet, d'éviter les situations conflictuelles parfois génératrices de violence.

L'importance de ces modes alternatifs de prise en charge explique qu'ils entrent dans le champ de la réforme de la tarification.

En ce qui concerne l'accueil de jour, le tarif relatif à l'hébergement correspondra aux charges de la fonction «gîte et couvert de jour».

Les orientations d'actions pour 5 ans

Cette activité sera intégrée dans le calcul des tarifs soins et dépendance.

Au titre de l'hébergement temporaire, la tarification nouvelle s'appliquera sur la base du nombre de journées prévisionnelles de l'activité.

Le tarif hébergement pouvant être modulé dans le cadre de la réforme, en fonction des modalités d'accueil, cette activité pourra être valorisée.



Chapitre 5

131

Les évolutions sanitaires

Les orientations d'actions pour 5 ans

La dépendance n'est pas considérée comme une maladie ; c'est pourquoi sa prise en charge est dite relevant du secteur «médico-social».

Cependant, le vieillissement entraîne un accroissement des pathologies quelles soient chroniques ou accidentelles. Aussi, le secteur sanitaire est-il un élément fondamental de l'offre de services en faveur des personnes âgées.

L'ensemble des établissements hospitaliers ainsi que des professionnels de santé concourent en complémentarité avec le secteur médico-social à développer des services et des modes de prise en charge spécifiques permettant de prévenir, de soigner et d'évaluer leurs besoins.

Cette complémentarité, comme il a été vu précédemment, existe déjà dans le département de la Loire. Les outils du secteur sanitaire tendent à la développer.

Section 1

Les évolutions envisagées par le schéma régional d'organisation sanitaire

Les études préalables à l'adoption du SROS ont mis en évidence l'existence de mauvaises conditions d'admission et d'orientation des personnes âgées dans les structures de court séjour, un manque de compétences gériatriques au sein des établissements de santé, une faible coordination entre les intervenants et une insuffisance d'alternatives à l'hospitalisation, notamment.

Face à ces dysfonctionnements, le SROS préconise la mise en place de réseaux gérontologiques. En outre, il donne un rôle particulier aux hôpitaux locaux et aux centres hospitaliers de proximité dans la coordination gérontologique.

Enfin, les projets d'établissement devront préciser les conditions d'accueil, d'orientation et de retour à domicile des patients âgés, ainsi que les modalités d'accompagnement des patients en fin de vie.

En application de ces préconisations, un projet porté par l'association AMADIS (Avenir du maintien à Domicile Innovant stéphanois) a reçu un avis très favorable de la part de «CAP RESEAU», organisme régional qui regroupe les services instructeurs de l'Assurance Maladie (URCAM) et de l'Etat (DRASS) compétents pour soutenir techniquement et financièrement les réseaux de soins.

Ce projet prévoit d'aller vers la continuité des soins dans le cadre d'une prise en charge globale et coordonnée de la personne âgée en articulant les différents intervenants que sont les secteurs hospitaliers publics et privés, ambulatoires, sociaux et médico-sociaux.

En effet, il est indispensable de créer des filières entre l'hôpital et les structures médico-sociales afin de prévenir des hospitalisations parfois traumatisantes mais aussi afin d'éviter que des problèmes de santé lourds ne soient pris en charge dans des établissements médico-sociaux mal adaptés.

Les orientations d'actions pour 5 ans

Section 2

Les projets dans le département de la Loire

Le CHU de St-Etienne, dans le cadre de son projet d'établissement, a créé un pôle gérontologique global.

A ce titre, la création de trois services est envisagée :

- **Une unité de prise en charge des syndromes démentiels.**

Celle-ci interviendrait en cas de situation de crise liée soit à une aggravation de la maladie, soit à un épuisement des aidants ou de l'environnement ;

Cette unité ferait partie du réseau consacré à la prise en charge de la démence déjà existant et permettrait la prise en charge de ces états de crise tant au niveau diagnostic, que des soins et thérapeutiques multidisciplinaires.

- **Une unité mobile gériatrique**

Elle permettrait le recours, au bénéfice des différents services non gériatriques, d'une équipe de professionnels formés à ces prises en charge. Elle réaliserait, à la demande, un diagnostic de situation, un projet de soins et une aide à l'orientation. elle permettrait d'activer les différentes filières extrahospitalières.

- **Une unité d'évaluation, de prévention et d'orientation**

S'adressant essentiellement aux personnes âgées fragilisées, pour lesquelles des actions sont possibles à partir de la synthèse d'évaluation, elle aurait 4 missions :

- Soutenir l'action des médecins généralistes dans l'accompagnement des personnes âgées,
- Diminuer le recours à l'urgence et à l'hospitalisation, par son action en amont,
- Orienter, dès que possible, la personne vers la meilleure structure,
- Prévenir les incapacités et en particulier les pertes d'autonomie.

Cette structure devrait être implantée au sein d'une unité d'hospitalisation de semaine et comporter 8 lits.

En sus des projets du CHU, le secteur sanitaire de St-Etienne (secteur 6), devrait voir la création d'une unité de médecine gériatrique dans les pôles disposant d'une UPATOU (Unité de Proximité d'Accueil, de traitement et d'Orientation des Urgences).

Les orientations d'actions pour 5 ans

Conclusion

En arrêtant conjointement ainsi les dispositions du présent schéma départemental en faveur des personnes âgées pour les années 2001-2006, l'Etat et le Conseil général marquent leur volonté commune d'apporter un cadre de référence, largement partagé avec les professionnels qui ont contribué à sa préparation.

134

La réforme de la tarification, qui introduit une prise en charge spécifique de la dépendance en établissement, va marquer l'évolution de ce secteur d'activité.

Il en sera de même pour le maintien à domicile grâce au développement des réseaux gérontologiques et de l'accueil familial. La mise en œuvre de ces propositions s'opérera de façon progressive et avec la collaboration de l'ensemble des partenaires institutionnels et de terrain.

Ces cinq années seront mises à profit pour observer finement l'évolution des besoins des personnes âgées et les ressources utilisées, afin que les orientations retenues puissent faire l'objet, le cas échéant, d'ajustements nécessaires.



Les participants

135



Les participants

Ce document a été élaboré sous la responsabilité de :

Pascal CLEMENT, Président du Conseil général

Docteur Bernard BONNE, Vice-Président du Conseil général

Ghislaine DE MEAUX, Conseillère technique

Philippe GAUTHIER, Directeur de la Protection Sociale

Josiane FLACHON, Directeur adjoint de la Protection Sociale

L'ensemble des travaux relatifs au schéma départemental en faveur des personnes âgées a été piloté et coordonné par :

Nasser AMAOUCHE, Chargé d'études, D.P.S, Responsable du Schéma départemental en faveur des personnes âgées

137

Séverine DUPUY, Assistante à la D.P.S.

Catherine VISSET, Infographiste, D.P.S.

Gérard MURE, Cartographe à la DPS

Avec l'aide et la contribution directe de :

La Sous-direction de la Protection Médico-Sociale Adulte

Jean Michel SUARD, Sous-Directeur de la P.M.S.A.

Docteur DELHUMEAU-GAZEL, Médecin conseil

Véronique GEOURJON, Adjoint au Sous-Directeur chargé de la P.M.S.A.

Les participants

Martine DEGOUTTE, Anne Marie GAUTHIER, Gérard DUPLAIN, André VILLARD, Coordonnateurs personnes âgées

La Sous-direction des établissements

Michèle LORILLON, Sous-Directeur chargé des établissements

Magaly COCLET, Adjointe au Sous-Directeur chargé des établissements

Constitution du Comité de pilotage

138

Etat

Monsieur le Préfet de la Loire

Madame LAGRASTA, Directrice Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

Monsieur HAHUSSEAU, Directeur Départemental de l'Équipement

Monsieur SORRIAUX, Inspecteur Principal des Affaires Sanitaires et Sociales

Madame LUSSATO, Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales

Mutualité Sociale Agricole

Monsieur DEBOFFLES, Directeur de la Mutualité Sociale Agricole

Mutualité de la Loire

Monsieur ANASTASY, Directeur Général de la Mutualité de la Loire

Département de la Loire - Schéma 2001 - 2006 en faveur des personnes âgées

Les participants

Caisse Régionale d'Assurance Maladie

Monsieur KINER, Directeur Général de la C.R.A.M. Rhône-Alpes

Caisse Primaire d'Assurance Maladie

Madame JUST, Assistante Sociale Chef Adjointe, Service Social C.P.A.M. de Saint Etienne

Représentants des mairies

Monsieur EICHENBERGER, Secrétaire Départemental de l'U.N.C.C.A.S.

Monsieur SIMON, Délégué départemental de l'U.N.C.C.A.S.

Gestionnaires d'établissements et de services

Monsieur BAROUX, Président de l'U.D.A.M.S.S. 42

Madame BOISSONNAT, Présidente de la F.D.A.S.S.A.D. Loire

Madame MONTUY-COQUARD, Représentante de la F.E.H.A.P.

Monsieur MOULARD, Représentant de l'O.S.P.A.

Monsieur PECCHINI, Délégué de la F.H.F.

Monsieur SKARNIAK, Représentant de la F.D.A.S.S.A.D.

Représentant des usagers

Monsieur GIRARD, Secrétaire général du CODERPA

Les participants

Enfin, la concertation engagée dans le cadre du schéma départemental a réuni quatre groupes de travail

groupe 1 : «Organiser la coordination et construire une observation sociale partagée»

Madame BOISSONNAT, Présidente de la F.D.A.S.S.A.D.

Madame BOURG, Secrétaire départementale adjointe du CODERPA

Monsieur DELHAYE, Président de l'O.S.P.A

Madame DIAZ, Conseillère Technique A.D.M.R.

Madame DUMAS, Responsable de la vie sociale à la mairie d'Andrézieux Bouthéon

Monsieur EICHENBERGER, Secrétaire départemental de l'U.N.C.A.S..S.

Madame ETIENNE-CRESEGUT, Directrice de la maison de retraite et du Foyer de vie pour Adultes Handicapés de St-Just-St-Rambert

Monsieur GIRARD, Secrétaire général du CODERPA

Monsieur NOALLY, Trésorier A.R.C.A.D.I.A.

Madame ORSET, Assistante Sociale, Maison de retraite de Saint-Just-Saint-Rambert

Madame PACCARD, Responsable de l'Action Sanitaire et Sociale – M.S.A.

Monsieur PROVENZANO, Directeur du Centre Hospitalier du Chambon Feugerolles

Monsieur SERPANTIE, Membre de l'U.D.A.M.S.S. 42

Monsieur SOUTRENON, Directeur de l'Association Vivre à Domicile

Monsieur SUARD, Sous-Directeur chargé de la Protection Médico-Sociale Adulte (D.P.S.)

Monsieur DUPLAIN, Coordonnateur Personnes Agées (D.P.S.)

Monsieur AMAOUCHE, Chargé d'études (D.P.S.)

Madame DUPUY, Assistante (D.P.S.)

Groupe 2 : «Renforcer la politique du maintien à domicile»

Madame BAYON, Directrice Service Soutien à Domicile - A.R.C.A.D.I.A.

Madame BOBLIN, Responsable Organisation et Méthode - A.I.M.V.

Madame BOUTON, Responsable des travailleurs sociaux à la ville de Saint Etienne

Madame DUBOIS, Directrice Adjoint du Service Soutien à Domicile - A.C.A.D.I.A.

Docteur FAURE DRESSY, Représentante A.M.A.D.I.S.

Monsieur FERRET, Conseiller Technique à l'A.D.M.R.

Département de la Loire - Schéma 2001 - 2006 en faveur des personnes âgées

Les participants

Madame JUST, Assistante Sociale Chef adjointe, Service Sociale C.R.A.M. Saint Etienne
Monsieur LAJARIGE, Représentant du CODERPA
Madame MEDJANA, Représentante du réseau A.M.A.D.I.S.
Madame PACCARD, Responsable de l'Action Sanitaire et Sociale - M.S.A.
Monsieur PRUVOST, Vice-Président du C.C.A.S. de Sury le Comtal
Monsieur SAPHY, Directeur A.I.M.V.
Madame GEOURJON, Adjointe au Sous-Directeur chargé de la Protection Médico-Sociale Adulte (D.P.S.)
Madame GAUTHIER, Coordonnateur Personnes Agées (D.P.S.)
Monsieur AMAOUCHE, Chargé d'études (D.P.S.)
Madame DUPUY, Assistante (D.P.S.)

Groupe 3 : «Adapter l'hébergement collectif»

Madame BANDELIER, Directrice de la maison de retraite Pierre Meunier
Monsieur BORY, Directeur Services des Personnes Agées - Ville de Saint Etienne
Madame BOURG, Représentante du CODERPA
Madame DEKEYNE, Directrice M.A.P.A.D. Aurélia
Madame KOSMA-PAUL, Cadre infirmier à la Maison de retraite de La Fouillouse
Madame LACOMBRE, Représentante C.C.A.S. de Pouilly-sous-Charlieu
Madame MEUNIER, Représentante du C.C.A.S. de Pouilly-sous-Charlieu
Monsieur MIOCHE, Directeur de l'A.D.M.R. – Montrond les Bains
Madame MONTUY-COQUARD, Directrice de la M.A.P.A.D. du Soleil
Monsieur MOULARD, Représentant de l'O.S.P.A.
Monsieur PAROCHE, Chef de la Cellule Technique et Financement de l'Habitat Public à la D.D.E.
Monsieur PECCHINI, Directeur de l'hôpital local de Saint Galmier
Madame PETAVY, Assistante sociale - M.S.A.
Monsieur SERPANTIE, Représentant de l'U.D.A.M.S.S. 42
Madame LAVIS, Adjointe au Sous-Directeur chargé des établissements (D.P.S.)
Monsieur VILLARD, Coordonnateur Personnes Agées (D.P.S.)
Monsieur AMAOUCHE, Chargé d'études (D.P.S.)
Madame DUPUY, Assistante (D.P.S.)

Les participants

Groupe 4 : «Développer la prévention»

Madame BOBICHON, Cadre infirmier A.I.M.V.
Madame BOURBON-CHAPUIS, Responsable du Service Social C.R.A.M.
Madame CHOUVELON, Assistante sociale M.S.A.
Monsieur GAUDENZ, Représentant CODERPA
Madame LEDIN, Responsable Action Sanitaire et Sociale - Promotion Santé - C.P.A.M.
Madame PERROUD, Cadre infirmier A.R.C.A.D.I.A.
Madame ROLLY, Assistante sociale secteur Personnes Agées - C.C.A.S. Rive de Gier
Madame ZADRA, Infirmière coordinatrice, Association Vivre à Domicile
Docteur WEILL, Médecin P.M.S.A. (D.P.S.)
Madame DEGOUTTE, Coordonnateur Personnes Agées (D.P.S.)
Monsieur AMAOUCHE, Chargé d'études (D.P.S.)
Madame DUPUY, Assistante (D.P.S.)

142

Que l'ensemble des partenaires institutionnels, des professionnels ayant participé à cette concertation, soient, une nouvelle fois, très vivement remerciés.

Enfin, merci à tous ceux qui, indirectement, ont contribué à l'élaboration du schéma départemental en faveur des personnes âgées.



Lexique

143



A

ACTP :	Allocation compensatrice tierce personne
ADMR :	Association d'aide à domicile en milieu rural
AGFR :	Association générale des familles de Roanne
AGGIR :	Autonomie, gérontologie, groupe iso-ressources
AIMV :	Association départementale d'aide aux isolés, malades et vieillards
ALMA :	Allo maltraitance
AMADIS :	Avenir maintien à domicile innovant stéphanois
ANAH :	Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat
APA :	Allocation personnalisée à l'autonomie
APL :	Aide personnalisée au logement
ARCADIA :	Association roannaise du comité d'aide à domicile inter-génération et assistance
ARSEF :	Association rouchonne de services et emplois familiaux
AS :	Aide soignante
ASH :	Agents des services hospitaliers

145

C

CAF :	Caisse d'allocation familiale
CAFAD :	Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile
CANTOU :	Centre d'animation naturelle tirée d'occupations utiles
CCAS :	Centre communal d'action sociale
CG 42 :	Conseil général de la Loire
CNAV :	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CODERPA :	Comité départemental des retraités et des personnes âgées
CPAM :	Caisse primaire d'assurance maladie
CRAM :	Caisse régionale d'assurance maladie
CROSS :	Comité régional de l'organisation sanitaire et sociale
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire

Lexique

D

DDASS :	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DDE :	Direction départementale de l'équipement
DDTEFP :	Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
DRASS :	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DPS :	Direction de la protection sociale

E

EHPAD :	Etablissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes
ETP :	Equivalent temps plein

146

F

FDASSAD :	Fédération départementale de la Loire des associations de soins et de services à domicile
FEHAP :	Fédération des établissements d'hospitalisation privée
FHF :	Fédération hospitalière de France
FR :	Foyer Résidence

G

GIR :	Groupe iso-ressources
-------	-----------------------

I

IDE : Infirmière diplômée d'Etat
INSEE : Institut national de statistique et d'études économiques

M

MAPAD : Maison d'accueil pour personnes âgées dépendantes
MARPA : Maison d'accueil rurale pour personnes âgées
MR : Maison de retraite
MSA : Mutualité sociale agricole

O

OGD : Office de garde à domicile
OPAH : Opération programmée d'amélioration de l'habitat
OSPA : Office stéphanoise des personnes âgées

P

PAH : Prime à l'amélioration de l'habitat
PMSA : Protection médico-sociale adulte
PSD : Prestation spécifique dépendance

Lexique

S

SC :	Soin courant
SCM :	Section de cure médicale
SDE :	Sous-direction des établissements
SLD :	Soins de longue durée
SSIAD :	Services de soins infirmiers à domicile
SROS :	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

U

UDAF :	Union départementale des associations familiales
UDAMSS 42 :	Union départementale des associations médico-sociales et sociales de la Loire
UNCASS :	Union nationale des centres communaux d'action sociale
USLD :	Unité de soins longue durée
UPATOU :	Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences

1. Cartes
2. L'instance Départementale de Coordination Gériatrique

L'Instance Départementale de Coordination Gérontologique :

Il est créé une Instance Départementale de Coordination Gérontologique (I.D.C.G.) co-présidée par le Président du Conseil général et le Préfet de la Loire.

Cette instance traite à l'échelle départementale les questions de la coordination gérontologique. Elle est notamment chargée d'une fonction d'évaluation des besoins, des réponses qui y sont apportées, de leur coordination et du dispositif conventionnel existant à cet effet. L'I.D.C.G. a en charge la labellisation des C.L.I.C. et rend un avis sur tous les projets de création ou de modernisation du secteur de l'aide à domicile.

L'I.D.C.G. est composée des signataires de la convention, à raison de deux représentants par signataire.

Pour le Conseil général, la représentation est assurée par au moins deux élus, lesquels sont assistés par le Directeur de la Protection Sociale ou son représentant.

Pour l'Etat, la représentation est assurée par le Préfet, lequel est assisté par le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales ou son représentant.

Pour les organismes de Sécurité Sociale, la représentation est assurée par le Président ou son représentant, le Directeur ou son représentant.

Sa composition associe l'ensemble des partenaires intéressés:

- représentants du CODERPA,
- représentants des communes,
- représentants des hôpitaux,
- représentants des régimes complémentaires,
- représentants des organismes de maintien à domicile,
- représentants des Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (E.H.P .A.D.).

Son ordre du jour est alimenté par les travaux des parties signataires réunies en commissions spécialisées et transmis au Conseil général.